

И. Е. МЕРЕУЦЭ, В.Ф.ЧЕРНАТ, Б.П.УНТУ

**РЕАБИЛИТАЦИЯ
И ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ
ОНКОЛОГИЧЕСКИМ
БОЛЬНЫМ**



Кишинэу • 1999

ИНСТИТУТ ОНКОЛОГИИ МОЛДОВЫ

(директор — доктор хабилитат медицинских наук, профессор Д. СОФРОНИ)

**Государственный Медицинский
и Фармацевтический Университет им. "Н.Тестемицану"**
*(ректор — доктор хабилитат медицинских наук, профессор,
член-корреспондент АН Молдовы И. АБАБИЙ)*

Кафедра Гематологии и Онкологии ГМФУ "Н.Тестемицану"
*(заведующий — доктор хабилитат медицинских наук, профессор,
член-корреспондент АН Молдовы И. КОРЧМАРУ)*

Медицинский Центр "Ирен-МАРК"

И. Е. МЕРЕУЦЭ, В.Ф.ЧЕРНАТ, Б.П.УНТУ

**РЕАБИЛИТАЦИЯ
И ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ
ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ**

Кишинэу • 1999

Рецензенты:

В.В. Брюзгин — доктор медицинских наук, Руководитель отдела диспансеризации ОНЦ РАМН Российской Федерации.

А.И. Сауля — доктор хабилитат медицинских наук, профессор, академик АН Румынии.

Авторы:

И.Е. МЕРЕУЦЭ — доктор хабилитат медицинских наук, профессор кафедры Гематологии и Онкологии ГМФУ "Н.Тестемидану", научный руководитель отделения микрохирургии и реабилитации в онкологии Института Онкологии Молдовы.

В.Ф. ЧЕРНАТ — доктор медицинских наук, научный руководитель отдела организации, диагностики и реабилитации Института Онкологии Молдовы.

Б.П. УНТУ — врач, директор медицинского Центра "ИРЕН-МАРК".

Важность реабилитации и паллиативной помощи у онкологических больных становится все более очевидной и в медицинском и тем более социальном плане. Возникает необходимость создания новых организационных форм этих служб в масштабе Республики. В книге раскрыта концепция и организационно-правовые предпосылки для создания профильного реабилитационного центра с функциями научно-клинического педагогического и методологического учреждения в масштабе Молдовы, описана комплексная интегральная программа восстановительного лечения и паллиативной помощи онкологическим больным в структурно-социальном размере населения, раскрыта законодательная основа санаторно-курортного лечения онкологических больных, даны методические рекомендации по санаторно-курортному лечению онкологических больных, обоснованы рекомендациями по организации системы паллиативной помощи онкологическим больным, как одной из составных частей Национальной Программы Противораковой борьбы в Молдове, обоснованы организационные формы, медико-социальная инфраструктура социальной поддержки (Центр паллиативной терапии, программа по домашнему уходу, хосписов), также раскрыты и другие проблемы в онкологической практике.

Книга предназначена для онкологов, организаторов здравоохранения, хирургов, интернистов, семейным врачам, а также для студентов и курсантов.

Авторы выражают большую признательность и благодарность директору Института Онкологии Молдовы профессору, академику Д.Ф. Софрони, главному онкологу Министерства Здравоохранения Республики Молдова, члену-корреспонденту Академии Наук Республики Молдова Г.П. Цыбырнэ и сотруднику Центра Реабилитации г. Чикаго, США, профессору Я.М. Камышову за оказанную методическую помощь в издании данной монографии.

ПРЕДИСЛОВИЕ

В процессе диагностики и лечения онкологических больных определяются две большие группы: больные леченные по радикальной программе, III клинической группы, нуждающиеся в проведении реабилитации и больные с далеко зашедшим опухолевым процессом, IV клинической группы, которым нужна паллиативная помощь. Отсюда и определяется медико-социальная значимость реабилитации и паллиативной помощи у онкологических больных. К этим проблемам привлекают внимание не только онкологи, но и другие специалисты-психологи, социологи, социальные работники, служители культа и т.д. С реабилитации вообще и в медицине написано много. О реабилитации и паллиативной терапии у онкологических больных стали говорить около 10 лет назад.

Реабилитация онкологических больных приобретает большое значение в связи с увеличением числа радикально излеченных больных. Это подтверждается и статистикой. В Республике Молдова в настоящее время около 40 тысяч больные. Каждый год мы берем на учет первичных больных около 7 — 7,5 тысяч. Из них получает радикальное лечение около 4200 (58,6%) и они нуждаются в проведении реабилитации (медицинской, терапевтической, хирургической, профессиональной и социальной). Цель реабилитации — это вернуть больного в прежнее положение в семье и обществе. Реабилитацию онкологических больных надо рассмотреть как итог профилактики, диагностики и лечения. Это интегральный показатель нашей работы.

С другой стороны мы должны диагностировать злокачественные новообразования в ранних стадиях. Но показатели говорят сами по себе. Удельный вес IV клинической группы на этап диагностики составляет 27,5%. Этим больным с самого начала нужна проведение паллиативной, симптоматической терапия и социальная поддержка.

- Профессор И.Е. Мереуца, и доктор медицины В.Ф. Чернат, и доктор Унту Б.П. предприняли попытки показать актуальность проблемы реабилитации и паллиативной помощи в онкологии и, раскрыть проблемы управления, менеджмента в этих областях, методы терапевтической и хирургической реабилитации, социально-трудовой реабилитации, показав при этом уровень качества жизни этих больных. Авторы показали медико-социальная значимость этих проблем. Данная работа может служить подспорьем для осуществления Национальной Программы противораковой борьбы в Молдове.

Член кор. АН РМ, профессор И.Ф. Корчмару

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблем реабилитации и паллиативной помощи в онкологии

Реабилитация онкологических больных в условиях Республики Молдова является государственной проблемой. Инвалидность вследствие злокачественных новообразований в настоящее время занимает 1-2 места в общей структуре инвалидности. Это зависит от уровня здравоохранения, эффективности методов лечения, уровня медицины в целом. Как известно, показатели инвалидности относятся к числу основных критериев здоровья населения. Комплексная реабилитация онкологических больных представляет собой одну из первоочередных задач, сформулированных во всеобъемлющей программе ВОЗ по борьбе против рака. Между тем, достоверно то обстоятельство, что значительная часть онкологических больных в Молдове, признанных нетрудоспособными, приступает к работе уже в течение ближайшего времени после стационарного этапа лечения. С другой стороны, длительное выключение инвалидов из трудового ритма, их искусственная изоляция, приводят к потере трудонаправленности, интереса к работе, общественно полезному труду. Это ограничивает численность трудовых ресурсов и ведет к существенным экономическим потерям. Все это свидетельствует о нынешнем несовершенстве имеющихся решений и требует исследования причин такого положения, обоснования практических действий. Существующий уровень знаний позволяет найти новые подходы к этой проблеме, при этом позитивная реализация ее возможна в региональных масштабах. Очевидна и необходимость детальной разработки методических подходов к системному изучению процесса восстановления трудоспособности основанных на современных позициях биоэнергетической концепции, интеграции в решениях органов здравоохранения и социального обеспе-

чения для создания научно-практической платформы службы реабилитации онкологических больных в республике. И все это надо делать уже сегодня, т.к. не координированные системы восстановительного лечения больных в большинстве учреждений Молдовы не находят разумной альтернативы ни в медицинском, тем более социальном аспектах. Так, в частности, у большей части онкологических пациентов после проведенного специфического лечения возрастает уровень эндогенной специфической интоксикации, создается избыток глюкокортикоидов в организме, что в конечном итоге способствует репродуктивной активации рецидивирования или прогрессирования заболевания с широкой зоной метастазирования. Существенно ухудшаются показатели до годичной летальности и окончательные результаты лечения. Это еще раз подчеркивает актуальность проведения комплексных исследований, включающих разработку методов нейрогуморального управления процессов реадaptации, которые в конечном счете позволят уменьшить смертность онкологических больных, внедрить в практику эффективные способы реабилитации в условиях стационара, санаторно-курортных учреждениях, поликлиниках и на дому, в конкретных действиях существенно способствовать восстановлению трудоспособности и социальной реабилитации радикально леченных пациентов. С учетом указанной цели в общем плане исследований предусматривается формирование автоматизированной системы онкорехабилитации онкологическим больным в Молдове, экспертный скрининг и определение алгоритма профессиональной миграции онкологических больных на этапах лечения. Математический анализ и компьютерное моделирование процессов биоэнергетической реактивации, также как и прогнозирование исходов реабилитации, сможет стать действенной основой построения принципиально новой методологии восстановления физиологического гомеостата у онкологических больных.

Важность онкологического компонента в санаторно-курортном обеспечении широких слоев населения не вызывает сомнения. Именно онкологические подразделения санатория в большинстве случаев являются одними из первых звеньев в цепи реабилитационных мероприятий и именно здесь часто предопределяется дальнейшее течение выздоровления, нередко и судьба онкологического больного. К сожалению, однако, пока еще имеется большой разрыв в научных достижениях "современной" онкологии и таковой в условиях учреждений санаторно-

курортного типа. В этом плане разработка и совершенствование современных методов комплексного обследования и реабилитации онкологических больных, внедрение их наиболее оптимальных вариантов и способов в санаторно-курортную практику является новым актуальным направлением в онкологии.

Возможность комплексного обследования и реабилитации больных в условиях современного санатория с развитой службой функциональной диагностики вполне обосновано. Прогресс в области фармакологии и синтетической химии, молекулярной биологии и патофизиологии при постоянном совершенствовании лабораторной техники, позволяет уже сейчас выйти за рамки так называемых "стандартных" методов и перейти от вспомогательной функции обычных исследований к конструктивным заключениям для объективной: оценки состояния больного, конкретного осмысления характера воздействия на гомеостат избранных видов восстановительного лечения, реадaptации и реабилитации в прямом смысле этого слова. Помимо всего того, внедрение современных теоретических положений и чисто практических установок, выросших на базе клинической онкологии и стыке смежных наук, также как и специальных методов исследования позволяет анализировать опыт онкологической санитарно-курортной практики с новых позиций и даже в ряде случаев выносить решения на основе новых методологических принципов. В конечном итоге все это соответствует современным концепциям о реабилитации как комплексном процессе, предусматривающем интегральный подход к больному человеку с использованием всех параметров его жизнедеятельности. В этом плане становится ясно, что разработка и внедрение реабилитационного подхода к санаторным больным онкологического профиля, также как и специальных реактивационных комплексных мероприятий по управлению процесса саморегуляции и действенной реабилитации — реальный путь улучшения массовой онкологической помощи населению.

С каждым годом число онкологических больных увеличивается. Это связано в основном с процессом старения населения, т. е. увеличением продолжительности жизни, увеличением числа курящих табак и ростом заболеваемости СПИД-ом. В развивающихся странах потребление табака увеличивается ежегодно на 2% и по прогнозу Всемирной Организации Здравоохранения к 2000 году послужит причиной ежегодного прироста заболеваемости только раком легкого на 1,5 млн. случаев (ВОЗ, 1992 г.).

Наряду с созданием системы медикаментозной противоболевой помощи онкологическим больным, очень важное значение имеют и организационные мероприятия по созданию системы учреждений здравоохранения, где бы эта помощь оказывалась в рамках паллиативной помощи вообще.

Впервые клиника по лечению хронической боли была открыта в США в 1946 году (Volica, 1986). Первая монография "Управление боли" была опубликована в 1956 г., а в 1965 г. начались стажировки для специалистов по лечению боли из США, Европы и Японии в Вашингтонском университете, в 1974 г. организована Международная Ассоциация Изучения Боли (IASP), 1975 г. журнал "Pain", 1983 г. — Американская Ассоциация Альгологов (AAA). В 1990 г. — Европейская Ассоциация Симптоматического Лечения при Раке (MASCC).

В странах СНГ первые кабинеты противоболевой помощи боли организованы в Российской Федерации и Молдове — в Ленинграде, Ростове-на-Дону, Москве и Кишинэу. Опыт их работы показал, что амбулаторно, в домашних условиях эффективное обезболивание возможно более, чем у 80% пациентов. Это позволило в 1989 году Решением Коллегии МЗ СССР рекомендовать их организацию при всех крупных онкологических учреждениях. Наиболее эффективной формой организации противоболевой помощи является создание противоболевых центров с дневными стационарами (Шаронова Г. Г., 1989; Дурандина В.В., 1989; Беляев Д. Г., 1990; Камышов Я. М., 1988; Vanier, 1986). Экономические расчеты показывают низкую стоимость лечения болевого синдрома в этих центрах и стационаре (Ferris F.D., 1991). Расчеты Познякова В. В. (1989) показали, что доля затрат на противоболевую терапию составляет всего лишь 2% от стоимости специфического противоопухолевого лечения.

Во многих странах подучили признание лечебницы для терминальных онкологических больных — хосписы, где пациент может получить все виды помощи, улучшающие качество его жизни за счет высоко квалифицированного медицинского обслуживания и первоклассного оборудования (Walsh, 1990). В США движение по организации хосписов началось с середины 70-х годов и в 1976 г. их насчитывалось 17, а через 5 лет численность превысила 1000. В СНГ имеются несколько функционирующих хосписов (Москва, С-Петербург). Несмотря на существование в ряде зарубежных стран двух систем здравоохранения — частной и

государственной, везде имеются службы и центры паллиативной помощи (Beduk, 1991).

В этом направлении важно наполнить эту систему содержанием, т.е. высококвалифицированными специалистами всех уровней, которые в частности назначают наркотические анальгетики только при необходимости их применения, т. е. с соблюдением "трехступенчатого подхода" в лечении боли, рекомендованного ВАЗ (Чистов В. И., 1989; von Roenn, 1991).

Отсутствие знаний у населения о возможностях и принципах борьбы с болью у онкологических больных приводит к нежеланию давать оценку интенсивности боли у 70%, описывать другие характеристики боли у 49%, принимать необоснованно лекарства у 48% пациентов (von Roenn, 1991). Несколько улучшить ситуацию возможно путем организации широкой сети санитарно-просветительской работы среди пациентов и их родственников с публикацией для них всевозможных памяток и брошюр (Sier, 1990).

Итак, актуальность как реабилитации, так и паллиативной помощи онкологических больных, также как и необходимость создания новых организационных форм этих служб в масштабах Республики Молдова — очевидна. Это и определило в большей части задачи настоящего исследования.

ГЛАВА 1. РЕАБИЛИТАЦИЯ И ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ В ОНКОЛОГИИ

Реабилитация как отдельное направление в медицине появилась в последнем десятилетии, но уже прочно вошла в обиход работников здравоохранения и социального обеспечения. Вместе с тем, далеко не все врачи представляют себе объем и смысл, вкладываемый в содержание этого термина.

На XIX ассамблее Всемирной Организации Здравоохранения в 1966 году была принята резолюция, согласно которой смысл реабилитации заключается в устранении физических и социальных последствий болезни.

В настоящее время Организация Объединенных Наций (ООН) располагает специальной программой реабилитации, которая осуществляется ВОЗ, МОТ, ЮНЕСКО и др. международными организациями.

Для координации мероприятий в бывших социалистических странах в 1956 году был создан специальный Комитет экспертов, основной задачей которого являлось целенаправленное осуществление программ реабилитации.

Несмотря на успехи, достигнутые в последние годы по разработке изучаемой проблемы в целом, судя по данным литературы, интерпретация самого понятия "реабилитация" является еще разноречивой.

Так, K.V. Krishneskani (1968) под реабилитацией подразумевает полное восстановление физической, психической, социальной, производственной и экономической полноценности больных. В то же время A. Brigeck, 1969 вкладывает в понятие "реабилитация", проведение мероприятий, направленных на возвращение человека к его обычному образу жизни.

П.А. Маковейский (1972), Г. С. Юмашев, К. Ренкер (1973), Л.А. Винник, Ю. Я Фишер (1974), Р. Круг, Ш. Литомерцин (1975) и другие считали, что под реабилитацией принято понимать комплекс терапевтических, психологических, педагогических, социальных мероприятий, с помощью которых больного можно вернуть к нормальной жизни и соответствующей его состоянию здоровья работе.

В.Н. Молотков (1976), С. Пилипчук (1976), В. и Дзян с соавт. (1976) и другие подчеркивали, что применительно к людям реабилитация должна означать восстановление здоровья в клиническом, функциональном и социальном плане.

О. Г. Бунин с соавт. (1975) G. Chevrole, P. Chompingne et al (1966) и др. придерживаются мнения о приоритетности профессиональной адаптации больного после лечения, приобщение к труду лиц с частичной утратой профессиональных навыков и использование в общественной жизни пострадавшего даже с полной утратой профессиональных навыков.

Таким образом, понятие "реабилитация" предусматривает целый комплекс мероприятий, которые должны использоваться органами здравоохранения и социального обеспечения, общественными и производственными организациями для устранения осложнений заболевания, восстановления здоровья и трудоспособности больных и инвалидов.

В свете современных представлений о реабилитации и, исходя из необходимости индивидуализации планируемых мероприятий и оптимизации оценки полученных результатов, Куницкий Е. М. (1990)

выделяет реабилитацию медицинскую, которая должна включать комплекс лечебно-оздоровительных и социальных мероприятий, направленных на излечение больного, и социально-трудовую, которая должна включать наряду с восстановительной терапией, также общественные, педагогические, психологические, социальные мероприятия.

С учетом выше изложенного во многих развитых странах проводились целенаправленные исследования по разработке наиболее оптимальных форм и методов реабилитации. В частности в Англии, ПНР, Испании, Германии, Италии, Франции, США и других странах были организованы специальные центры, в которых проводилась целая система реабилитационных мероприятий, позволяющая значительному числу больных и инвалидов вернуться к общественно-полезному труду.

IX Совещание министров здравоохранения и социального обеспечения в Праге 1967 году определило реабилитацию — как систему государственных социально-экономических, медицинских, профессиональных, педагогических, психологических и других мероприятий.

Реабилитация, как концепция, требующая синтеза (интеграции) различных знаний — медицинских, психологических, социальных, открывает новые пути для пересмотра ряда теоретических положений в медицине. Эта концепция вплотную соприкасается с основными положениями экологии человека (А. Д. АДО, 1976) и позволяет по новому рассмотреть важнейшие проблемы соотношения биологического и социального в происхождении его болезней, в их развитии, профилактике и лечении. Реабилитация определяется (М. М. Кабанов 1971; 1974) как динамическая система взаимосвязанных компонентов (медицинских, психологических, социальных), направленная на достижение конечной цели — восстановление статуса личности особым методом, сущность которого была изложена выше.

Рассмотрение реабилитации с позиции системного подхода дает возможность правильного ее понимания как системы деятельности, участниками которой является человек (сам представляющий собой открытую систему) и окружающая его биологическая и социальная среда в их взаимодействии. Конечная цель (конкретный результат) реабилитации является системообразующим фактором. Следует различать в системе реабилитации подсистемы с их основными элементами. Так, клинко-биологическая подсистема включает в качестве основных элементов, охватываемые такими понятиями, как гомеостаз, адаптация,

компенсация, социально-психологическая подсистема отношения и взаимоотношения больных с окружающей средой. Реабилитация, видимо, может рассматриваться, если пользоваться классификацией систем, приведенной П. И. Калью, и как динамическая, и как концептуальная система. Применение системного подхода к процессу реабилитации позволяет избежать альтернативности в важнейшем вопросе медицины — соотношения социального и биологического в патологии человека (и не только в патологии) и открывает путь для ее преодоления.

Концепция реабилитации, предусматривающая интегративный подход к больному человеку с использованием всех параметров его жизнедеятельности дает новый импульс для развития клинического направления, опирающегося на богатый опыт и детально разработанный материал многочисленных клинических исследований прошлых десятилетий.

Реабилитация имеет конкретный субстрат исследования — саногенетические механизмы в их биосоциальном единстве, методику исследования — использование специфических нагрузок, многообразие специальных методов реабилитации, а также специализированные организационные формы в структуре здравоохранения (О.Г. Коган, В. Л. Найдин, 1988).

Авторы рассматривают реабилитацию с точки зрения саногенез как механизма борьбы с болезнью, выздоровление и поддержание здоровья.

Последовательная саногенетическая концепция изложена в работах С. М. Павленко, (1980), согласно представлениям которого саногенез — динамическая система защитно-приспособительных механизмов (физиологического и патофизиологического характера), возникающая на стадии предболезни, развивающаяся на протяжении всего болезненного процесса и направленная на восстановление нарушений саморегуляции организма.

По определению Международной организации труда, сущность реабилитации заключается в восстановлении здоровья лиц с ограниченными физическими и психическими способностями для достижения максимальной физической, психической, социальной и профессиональной полноценности.

Больше 30% специалистов по реабилитации считают ее самостоятельным третьим разделом медицины, следующим за профилактикой и лечением. 50% же профессионалов подчеркивают, что медицинский этап реабилитации должен начатая в остром периоде заболевания.

В сущность медицинской реабилитации вкладывается понятие применения комплекса медикаментозных, хирургических, физических, климатических и других методов терапии, обеспечивающих восстановление утраченных или ослабленных функций организма (М. Н. Ломано, 1979). Л. А. Рутковский считает, что медицинская реабилитация на современном этапе должна предусматривать восстановительное лечение, охватывающее своевременное и качественное выполнение диагностических и лечебных мероприятий на всем его протяжении, а также контроль за тем, чтобы врачебная экспертиза временной утраты трудоспособности была квалифицированной.

Профессиональная реабилитация ставит своей задачей обучение лиц, утративших трудоспособность, новым профессиям, доступным им по состоянию здоровья. Под профессиональной реабилитацией большинство исследователей понимают обучение или переобучение больных, утративших в той или иной мере трудоспособность к профессиям, доступным им по состоянию здоровья (В.А. Воробьев, и В. Татарский, 1975; Ю.А. Фишер). По мнению Л. А. Рутковского (1976) — это осуществление врачебной экспертизы временной и стойкой утраты трудоспособности и рациональное трудоустройство больных и инвалидов.

Под социальной реабилитацией понимается реинтеграция больного в обществе, его рациональное трудоустройство, сокращающие экономические потери (II отчет Комитета ВОЗ по реабилитации, 1969 г).

Д. Гришевич (1968) понимает под социальной реабилитацией рациональное трудоустройство больных и инвалидов. В.И Герасименко (1977) вкладывает в это понятие реинтеграцию больного в обществе и его рациональное трудоустройство, сокращающие экономические потери.

Все эти виды реабилитации представляют собой сложное по своей направленности классификационным и конечным результатам единство комплексного процесса, в котором они тесно взаимосвязаны. Поэтому строгого разграничения между ними провести нельзя. Однако не все ученые придерживаются такого мнения. Так, и С. Пилипчук (1978), признавая в общем и целом определение понятия "реабилитация", считает целесообразным разграничить медицинскую от клинической реабилитации. Основанием для такого разграничения служит то, что медицинская реабилитация включает в себя элементы клинической, профессиональной и социальной реабилитации, предусматривает проведение мероприятий, направленных на подготовку больного жить в пределах возможностей,

насколько позволяют его силы после болезни, но с максимальным использованием его физических резервов. Клиническая реабилитация, по мнению авторов, должна определяться применением комплексной терапии, обеспечивающей излечение воспалительного процесса и восстановление нарушенных функций организма.

Ю. Д. Яцотинский, В. Н. Молоеков (1977) наряду с медицинской, включающей в себя клиническую и функциональную реабилитации, выделяют еще и профессионально-социальную реабилитацию. При этом в содержании ее вкладывают применение комплекса психологических, социальных и производственных мероприятий, направленных на восстановление общей работоспособности больных, возвращение их к своей профессии или к другому общественно-полезному труду.

А. Науман (1974), N. Riska (1974) и другие рассматривают медицинскую профессиональную и социальную реабилитацию как этап единого последовательного процесса. Действительно, имеется определенная логика. Однако если исходить из целей и задач реабилитации, то они представляют непрерывный процесс, предусматривающий одновременно проведение комплекса профилактических, диагностических, лечебных, социальных и других мероприятий с момента выявления заболевания до полного излечения больного с возвращением его к труду.

Таким образом, в плане целей и задач, определенных по отношению к личности больного, реабилитацию следует рассматривать как активную функцию общества, которая в зависимости от своей

направленности и результатов может быть: клинической, функциональной, трудовой, профессиональной, бытовой, социальной и пр. В основе различия каждой из них лежит совокупность признаков, которые отражают качественную сторону частных вопросов общей реабилитации.

Развитие клинической онкологии привело к тому, что в настоящее время многие из ранее обреченных больных могут жить долгие годы (Блохин и и., 1982). Стадо совершенно очевидно, что сам по себе факт доживаемости значительного числа больных до какого-то определенного срока уже не может удовлетворить больного и общество, равно как не может быть единственным критерием излеченности. Наступил момент, когда под излечением в онкологии необходимо понимать не только клиническое выздоровление больного, но и его возвращение к прежнему социальному положению. Это и подтверждает тезис, что реабилитация становится неотъемлемой частью социологического статуса населения

и обязательно должно входить в общегосударственную программу здравоохранения. Этот тезис определен еще в ноябре 1967 г. в г. Праге на IX Конференции министров здравоохранения социалистических стран.

Более 50% онкологических больных, находящихся на диспансерном учете, живут свыше пяти лет после установления диагноза, причем их число в общей структуре континентов нарастает в течении всех последующих лет (Демидов В. П., 1981 и др.). С другой стороны внедрение в практику методов ранней диагностики и комплексного лечения привело к увеличению продолжительности жизни онкологических больных. Реабилитация стала неотъемлемой частью клинической онкологии. О создании специализированных отделений восстановительного лечения в онкологических диспансерах, в онкологических институтах писали В. Н. Герасименко 1977, Г. И. Коваленко, Р. Т. Мельников с соавт. 1981; Т. Н. Кукушкина с соавт. 1982; Healey et al., 1973; Dowinie 1974; Raven, 1974; Winick, Robbina, 1977; Quack, 1978 и др. Шевченко И. Т., 1979, Напалков И. П. и др. 1980, Дедков И. П., 1982, Зелинский А. П., Присяжнюк А. Е., 1982, Резякина Л. Н., Шабашова Н. Я. и др., 1983, Dietz Т.Н., 1974; Yillanueva, 1976; Gruber F.O. 1979, и многие другие.

Вопрос об организации реабилитационного центра был рассмотрен на Международном симпозиуме социалистических стран (1964 г).

М. N. Vatten 1972 считает, что функциями реабилитационного центра должны быть:

1. Обеспечить реабилитацию пациентов — как находящихся в больнице, так и выписываемых из нее.

2. Определить потенциальные возможности инвалидов всех возрастов и другие. Этой проблеме уделялось большое внимание даже в бывших социалистических странах таких как НРБ, Куба, ПНР. Были созданы центры реабилитации в этих странах. Более того, была и специальная программа СЭВ по реабилитации. Были и соответствующие проекты для строительства этих центров. Таким был проект серии 254-11 Гипро 30 МЗ СССР, более чем на 200,500 и более ковк.

В этом проекте были запланированы такие разделы как:

1. Социально-психологический, где будут работать психолог, социолог, логопед, юрист. В этом отделе должен быть и кино— и концертный зал и библиотека.

2. Разделы физиотерапии (свето-парафино-озокерит, грязелечение,

подводный массаж, лечебные ванны, различные души, массажные отделения и др.).

3. Разделы трудотерапии, механо-гидротерапия с бассейнами. Проект предусматривал и консультативно-отборную комиссию: председатель, зав. профильными отделениями (травматолог-ортопед, невропатолог и т. д.) и лечебно-реабилитационная комиссия, где бы работали врачи-специалисты по разделам медицины, врачи по ЛФК и др. Тем не менее злокачественные новообразования вносились в рубрику противопоказаний к активной реабилитации, санаторно-курортному лечению.

За последние годы в ряде стран Европы и в СНГ при онкологических институтах были созданы так называемые дома долечивания. Опыт использования санаторного лечения онкологических больных в ближайшие сроки после окончания радикального лечения описан в работах как отечественных, так и зарубежных авторов (Ришко М. Ф., 1979, Пашков А.И. и др., 1980; Геращенко В. Н. и др., 1981; Гнатишак А. И., Шиян Д. Н. 1983; Lau H., 1967; Trub C., 1969; Heude W., 1970) и др.

Исследователи считают, что больным с злокачественными опухолями после радикального хирургического, комбинированного или комплексного лечения в течение первых трех лет после операции необходимо ежегодно проводить 4-6 недельные курсы санаторного лечения.

Направление на санаторно-курортное лечение онкологических больных психологически расценивается как доказательство стойкости его излечения, что очень существенно с позиции деонтологии.

Лечение онкологических больных в санаториях и курортах имеет ряд специфических особенностей (Герасименко В. и , 1988). Автор отмечает, что эффективность лечения и состояния фактической трудоспособности больных увеличивается при такой последовательности лечения — стационар-курорт-поликлиника.

В США функционируют более 30 центров реабилитации, в Великобритании — 27, в Италии — 60, Дании — 12. Курс реабилитации ежедневно проходят в США более 200000 онкологических больных, а в Нидерландах свыше 50000, в Дании — 15000, в ФРГ около 100000.

Экономическая эффективность правильно поставленной службы реабилитации онкологических больных сомнений не вызывает. По данным центров ФРГ, экономия за счет последней составляет 5 млн. марок в месяц. Чехословацкая Федеративная Республика, статистически обработав материал по реабилитации онкологических больных в стране,

отметила сокращение сроков выздоровления на 30% и существенное сокращение инвалидности среди населения. В Варшаве потери, связанные с онкологическими заболеваниями, составили 79 млн. долларов. Польские ученые считают, что реабилитационная помощь, оказанная в специализированных центрах оздоровления дает экономию в 100 млн. долларов и возврат к трудовой деятельности большей части пациентов на 1 год раньше других. По данным из США, на каждую тысячу долларов, вложенных в специализированную реабилитацию онкологических больных, можно получить 36 тыс. долларов, которые пациент зарабатывает в течение активной жизни, причем часть этой суммы он выплатит государству в виде налогов. Труд 100 тысяч реабилитированных онкологических больных в США увеличивает объем валового национального продукта по меньшей мере на 500 млн. долларов. В ФРГ за счет сокращения пенсионных и прочих социальных расходов у онкологических больных, прошедших реабилитацию в центрах оздоровления, получена экономия в 10 раз превышающая расходы на восстановительное лечение.

Установленная высокая социальная и экономическая эффективность деятельности реабилитационных центров, сопоставление экономических потерь от временной и стойкой утраты трудоспособности у онкологических больных, затрат на подготовку новых кадров взамен выбывших рабочих и служащих, включая стоимость восстановительного лечения и строительства центров, показало, что каждый вложенный рубль может быть возмещен в двукратном размере (Литва, Грузия, РСФСР).

Теоретические и методологические основы реабилитации онкологических больных разрабатывается как в странах СНГ (В. Н. Герасименко и соавт., 1975 — 1980; К.Ренкер, 1973; В. Д. Лакосина, Г. К. Ушаков, 1976; и П. Напалков, 1979; В. А. Пономарев, 1979; Р.А. Мельников и соавт., 1977 — 1981; Л. Ю. Димарский, 1980), так и в Республике Молдова (Камышов ЯМ. 1982,84,94), так и за рубежом (G Wolff, M. Wolff, 1973; D. Burdick; 1975, G. Marohot, 1978; T. Sando et al., 1978).

Решение вопроса о возможности трудовой реабилитации онкологических больных требует учета всего комплекса медицинских, социальных и трудовых факторов (В. И. Бедов и соавт., 1975; И. и Ефимов, 1975). По мнению Neuman (1970) в такой комплекс должны включаться многие мероприятия, такие как:

1) обследование физического, умственного, эмоционального состояния (с учетом общественных и профессиональных факторов);

2) осуществление медицинского, психиатрического, хирургического и др. ухода;

3) протезирование;

4) консультации;

5) тренировка;

6) приспособление с учетом психических и физических индивидуальных особенностей.

По данным Л.С. Цекова и Р. Н. Русева (1971), N.Zelss (1974) решение проблемы реабилитации онкологических больных должно включать специальную подготовку врачей и среднего медицинского персонала по единой программе, а также патронаж таких больных.

Наиболее совещенную систему реабилитационных мероприятий для онкологических больных предложил Р.А. Мельников и соавт., (1977). Она включает:

1. профилактику осложнений после операции;

2. организацию лечебных мероприятий, направленных на устранение или уменьшение различных функциональных нарушений, создание специальных отделений, расширение показаний к санаторно-курортному лечению;

3. изменение деятельности ВТЭК (продление больничных листов онкологических больных), более гибкий и индивидуальный подход к определению степени трудоспособности, организацию переобучения;

4. создание системы мероприятий по стационарной и инобольничной психогигиене, профилактике и психотерапии, активизацию санитарно-просветительной работы. Реабилитационные мероприятия должны проводиться с начала момента лечения и предусматривают современные мероприятия (методы) щадящих операций, снятие болевого синдрома, протезирование (I. Chouvorgne, 1974; T. Halle, 1970; J. Henley, 1970) в течение первых трех лет с последующими ежегодными 4-6 недельными курсами санаторного лечения (T. Haude, 1972; T. Swift, 1970; G. Steller, 1975).

В исследованиях зарубежных ученых (T. Deeley, 1973, S. Nefther, 1974) особое внимание уделяется психотерапии и больным с плохим прогнозом. Сам факт онкологического заболевания, калечащее хирургическое вмешательство является психогенией с развитием чувства собственной неполноценности, тревоги за близких (В. Н. Герасименко, Ю. А. Артюшенко, 1978). Такие больные нуждаются в особых психологических

мерах воздействия. Е. Т. Даниленко, Е. С. Косов (1975) указывают на необходимость совместной помощи органов здравоохранения и социального обеспечения для реабилитации лиц, страдавших психическими заболеваниями в старости, с целью нормализации микросферы, улучшения материально-бытовых условий, осуществление бригадного врачебного обслуживания (психиатра, невропатолога, терапевта и других специалистов) в зависимости от характера заболевания. Этот принцип реабилитации больных приемлем и для онкологических больных (Я. М. Камышов, 1990; 1992 и др.).

Так, на Всесоюзном симпозиуме, посвященном совершенствованию методов реабилитации онкологических больных (1978), многими исследователями (С. Г. Резников, В. П. Герасименко, Ю. В. Артюшенко, А. И. Гнатышов, Ю. М. Стернюк, Г. И. Коваленко, К. К. Медич, В. Ф. Семиглазов с соавт., В.А.Чулкова) было отмечено, что процесс реабилитации больных, перенесших радикальное лечение по поводу рака молочной железы, необходимо осуществлять группой специалистов: психологом, психотерапевтом, инструктором по лечебной физкультуре, протезистом; в ряде случаев после выписки из стационара должен осуществляться психоневрологический контроль (Д. П. Березкин и соавт., 1976).

Таким образом, из приведенных данных видно, что методы физической психологической реабилитации, проводимые в период стационарного лечения достаточно разработаны, тогда как методы восстановления психической деятельности, особенно после выписки больных из онкологического стационара, применяются мало.

Программа реабилитации должна рассматриваться индивидуально для каждого больного в зависимости от его состояния, пола, возраста, стадии и локализации опухоли, ее гистологического строения, предполагаемых методов лечения, прогноза и других факторов (Герасименко В. Н., Артюшенко Ю. В. 1982; Джафаров Р., 1989).

К проблеме реабилитации в каждом индивидуальном случае желателен многопрофильный подход, с учетом преемственности всех этапов его жизни, которые позволили бы индивидуализировать этапы реабилитации (Серебров А. И. 1979).

Реабилитационные мероприятия должны начинаться с момента первичного обращения больного в онкологическое учреждение и продолжаться весь период диспансерного наблюдения за ним (Напалков Н.П., 1979).

По мнению Герасименко В.Н. (1988) в онкологии невозможно точно

определить прогноз заболевания и, несмотря на это, в начале лечения необходимо установить цели реабилитации. Автор говорит о 3-х целях реабилитации в онкологии:

1) восстановительная — предполагается выздоровление без значительной потери трудоспособности;

2) поддерживающая болезнь заканчивается потерей трудоспособности, но ее можно уменьшить тренировкой и адекватным лечением;

3) палиативная — при прогрессировании заболевания можно предупредить некоторые осложнения (пролежни, контрактуры и другие расстройства).

Программа реабилитации должна предусматривать максимальное восстановление трудоспособности, включая физическую, психологическую, профессиональную, т. е. быть комплексной. Именно она, комплексная программа восстановительного лечения онкологических больных, оказывает ощутимое влияние на третий завершающий этап реабилитации — оценку трудоспособности, рациональное трудоустройство, реадaptацию в семье и в обществе. Одним из главных условий реабилитации является обеспечение преемственности всех ее звеньев: поликлинического, клинического — стационара, диспансерного и онкологической ВТЭК. Роль последнего имеет подчас доминирующее значение. В идеальном случае реабилитация должна заканчиваться профессиональной переориентацией и профессиональным переобучением.

В повседневной работе ВТЭК нередко имеет место переоценка неблагоприятного клинического и трудового прогноза у больных, радикально леченных по поводу злокачественных опухолей, в результате чего они длительное время признаются нетрудоспособными. Следствием сказанного является тот факт, что 32% онкологических больных находятся на инвалидности свыше 5 лет, не имея возможности активной трудовой деятельности (Мельников Р. А. и др., 1977; Шабинова и Я. и др., 1983). Л. Н. Ревякина (1975) показала, что онкологическую ВТЭК непосредственно после завершения лечения проходят всего 26% больных. Исследования В. М. Мерабишвили с соавт. (1979) показали, что 28.6% больных от прохождения ВТЭК отказались, 71.4% вернулись к труду, получив при прохождении ВТЭК I, II (56.3%) и III (15,1%) группы инвалидности. В основе этих явлений лежит стремление лиц трудоспособного возраста приступить к работе сразу после лечения по радикальной программе, воздерживаясь от прохождения ВТЭК. Многие авторы (Кочетков и Г., 1969; Герасименко

В. Н. и др., 1980; Емельянов Ю. М., 1981; (Gredakii T., 1978), анализируя результаты восстановления трудоспособности совершенно справедливо склонны считать пятилетний срок нетрудоспособности при злокачественных опухолях более чем условным.

Возможность трудовой реабилитации онкологических больных связана с локализацией и стадией процесса, характером проведенного лечения, степенью анатомио-функциональных нарушений, возрастом, образованием и квалификацией (Герасименко В. И., 1988). Для онкологических больных особенно важен клинический прогноз, который отчасти определяет и трудовой прогноз (Холдин С.А., 1968; Березкин Д. Л., 1979; Артюшенко Ю. В., 1980 и др.).

Следует заметить, что пол больного, возраст, профессиональные условия труда, трудовая направленность, семейно-бытовая ситуация должны приниматься во внимание так же, как и стадия процесса и локализация опухоли (Герасименко В. и 1977; Симонов И. и, 1974; Резников С.Г., 1980).

С медицинской, и тем более с социально-экономической точки зрения все группы инвалидности должны быть рассмотрены отдельно (В. М. Мерабишвили с соавт., 1979). Для дифференциации групп реабилитируемых больных опухолями основных локализаций авторы предлагают введение специальных коэффициентов, характеризующих "самореабилитацию", "частичную реабилитацию", трудовую реабилитацию. Показатель "саморегуляции" равен отношению больных вернувшихся к труду без прохождения ВТЭК. к числу леченных по данной локализации. Для III группы инвалидности рассчитан отдельный показатель названный — показатель частичной реабилитации. Коэффициент трудовой реабилитации отражает фактическое возвращение к труду больных основных локализаций независимо от того, проходили они ВТЭК или не проходили, имеют или не имеют группу инвалидности.

Из изложенного следует, что как в планировании реабилитационных усилий, так и в оценке их результатов имеются существенные различия, которые определяются совершенно конкретным содержанием. Поэтому все они должны быть использованы в клинической практике в качестве тестов. Причем каждый из таких тестов должен иметь внутри себя определенную шкалу критериев, которая отражала бы определенную объективную информацию о проводимом комплексе реабилитационных мероприятий (Н.И. Герасименко, 1970).

Вопросами эргомоулирования при реабилитации онкологических больных начали заниматься сравнительно недавно (Камышов Я. М. с сотруд., 1987). В литературе вопрос энергодефицита и энергопотери у онкологических больных раскрыт не достаточно.

Т.С. Морозкина считает, что энергетические затраты в норме связаны с общей клеточной массой. Казалось бы развитие кахексии у больных раком должно сопровождаться вследствие уменьшения массы тела снижением энергетических затрат. Однако при росте злокачественных опухолей изменены взаимоотношения между этими процессами: у онкологических больных, особенно с метастазирующими опухолями, метаболические затраты в покое больше чем у здоровых людей. Следовательно у больных раком увеличивается потребность в энергии (Lundholm R.I., Schersten T. Et al. 1980; Theologides A., 1986).

У больных раком в покое расход энергии несколько выше, чем у теряющих массу неонкологических больных (Lindmark L., Ergman L., 1985). После резекции опухоли снижаются энергетические затраты организма (Lereburs E. 1985).

L. Lindmark, L. Eknian 1985 полагают, что факторами увеличения энергетических затрат можно объяснить снижение массы больных на 0.5-1 кг/мес., и что обусловлено это не столько влиянием самой опухоли, сколько повышенной потребностью организма в энергии для поддержания жизненно необходимых синтезов и напряжения иммунной системы. Вероятно, повышением скорости синтеза белков в расчете на массу тела (по включению ¹⁴C-тирозина) обусловлено не более трети всех энергетических затрат (Eden E., Edstrom Bennegardt K. et al., 1985).

При росте различных трансплантируемых опухолей у крыс (карциносаркомы Уокер, саркомы 4М, гепатом) общий расход энергии организмом растет параллельно росту опухоли (Morisson S.D., 1987) при увеличении потребности в энергии определяется еще до развития кахексии животных.

L. Lindmark, L. Eknian 1985, непрерывно контролируя поглощения тканями кислорода и образования СО у опухолевых животных, обнаружили, что у них энергозатраты в течение суток неуклонно возрастают, несмотря на поступление пищи. Это по мнению исследователей, определяет фатальный исход от рака.

Таким образом, увеличение энергетических затрат организма при росте злокачественных новообразований у человека и животных несомненно. Восполнить УТИ затраты во многих случаях возможно путем

обеспечения рационального энтерального и парантерального питания.

В работах В. С. Шапота, Radcliffe J.D., 1984; Roue A.M. et al., 1986 было показано, что злокачественная опухоль функционирует как ловушка глюкозы, создавая в организме постоянный "подсос" гипогликемическое давление — это одно из важнейших проявлений системного действия злокачественной опухоли на организм.

Энергетическое голодание тканей уменьшение уровня макро энергетических соединений и, в первую очередь, АТФ нередко играет ведущую роль в развитии дистрофических изменений в тканях. Вследствие этого нарушения функции органов. Энергетический дефицит усугубляется тем, что расход энергии при росте злокачественных новообразований увеличен.

Нарушение энергетического обмена обусловлено частичным разобщением фосфорилирования, нарушением структуры митохондриальных мембран и увеличением их проницаемости, тенденцией к гипогликемии, снижением содержания гликогена в клетках печени и компенсаторным усилением глюконеогенеза, требующего дополнительных затрат энергии, усилением катаболизма липидов и накоплением продуктов ПОЛ, разобщающих окислительное фосфорилирование, усилением катаболизма белков, тканевой гипоксией. Обнадешивает то, что эти нарушения в значительной степени частично обратимы.

Стойкого улучшения энергетического метаболизма нельзя добиться без соответствующей гормональной коррекции (Морозкина Т. С., 1989). Показания к заместительной терапии считаются обоснованными, если обнаружена резкая недостаточность той или иной железы. Однако злокачественная опухоль характеризуется системным действием на организм.

L. Lindmark, L. Eknian (Шапот В. С. с соавт. 1968), непрерывно контролируя поглощение тканями кислорода и образования СО₂ у опухолевых животных, обнаружили, что у них энергозатраты в течение суток неуклонно возрастают, несмотря на поступление пищи.

Это по мнению исследователей, определяет фатальный исход от рака.

К. П. Балицкий доказал, что эффективное воздействие магнитного поля на голову (с целью регрессии перевитых опухолей у животных) сопровождается усилением образования макроэнергетических соединений.

Ю. Я. Грикмен и др. рекомендуют применять неспецифические иммуностимуляторы (элеутерокок, спленин и др.) вместе с гормонами (предни-

золоном, тиреодином, и др.) на фоне полигдюкинного парантерального питания.

Общеизвестно, что гипоксия играет большую роль в возникновении различных опухолей.

Гипоксические зоны появляются в злокачественных опухолях уже в начальных стадиях их развития. По мере роста опухоли количество гипоксических клеток увеличивается, достигая в среднем 1 — 10% (Ven den Brenkca. 1962; Suit C.C., 1966), а ее PO_2 снижается в злокачественных опухолях кожи PO_2 в 2 — 4 раза (И. Т. Кипеч и др. 1968), в меланомах (Ю.И. Рампон и др., 1967), в патологических очагах шейки матки — в 1,5 раза (В. А. Бернштейн и др., 1971) меньше, чем в окружающих нормальных тканях.

В основе использования ГБО в онкологии лежит установленная Gray с соавторами в 1953 г. зависимость между чувствительностью злокачественного новообразования к повреждающему воздействию ионизирующего облучения и напряжения в нем кислорода.

Гипоксия в определенной степени защищает опухолевые клетки от ионизирующего облучения, а гипероксия, повышая радио чувствительность опухолей, наоборот, потенцирует его действие.

Это явление получило название кислородного эффекта. В литературе известны много работ в отношении применения ГБО в онкологии (Фрид, Звтюхин А. А., 1981, 1990; Камышов Я.М., 1982, 1985) и другие.

Программа восстановительного лечения больных со злокачественными опухолями молочной железы должна быть комплексная, а реабилитационные мероприятия должны начинаться уже с момента установления диагноза. В результате различных методов хирургического и лучевого лечения рака молочной железы часто возникают ранние и поздние осложнения:

Ранние:

- а) лимфорея (наблюдается у 1/3 больных (Семиглазов И. К., 1967);
- б) ранний отек верхней конечности;
- в) нагноение раны;
- г) некроз кожных лоскут.

Поздние послеоперационные осложнения:

- а) лимфостаз верхней конечности;
- б) контрактура (неподвижность) плечевого сустава;
- г) плекситы;

д) фиброзы;

е) артрозы.

Это и определяет, реабилитацию у этой категории больных, где должны принимать участие: врач-онколог, психолог, инструктор по лечебной физкультуре, протезист и другие специалисты.

Профилактика лимфореи основывается на тщательной остановке кровотечения и обеспечении функционирования "воздушной" дренажной системы (Селезнев И. К., 1967).

Гнатышак А. И., Стернюк И. М., 1978; Семиглазов В. Ф., 1979 после снятия швов больным назначают теплый (38-40°C) душ на область предплечья, плеча, грудную клетку, который расширяет коллатерали и способствует прекращению лимфореи (Герасименко В. Н., 1988).

Ранний отек верхней конечности наблюдается в 14% маммологических больных (Герасименко В. Н., 1988). Это осложнение является следствием острого тромбофлебита верхней конечности, неправильного выбора кожного разреза, а также технических погрешностей операции (Naagensen, 1975).

Поздними послеоперационными осложнениями больных, получавших лечение по поводу рака молочной железы, являются лимфостаз, контрактура, парез, паралич верхней конечности, боли в области грудной стенки. Важность из профилактики и лечения в плане реализации программы реабилитации тем более актуальны, что они в ряде случаев приводят к потере трудоспособности больного и его инвалидизации (Герасименко В. К и др., 1981).

Поздний отек (лимфостаз) верхней конечности является одним из наиболее частых осложнений радикального лечения рака молочной железы (Холдин С. А., 1962; Герасименко В. и 1977).

Разработанные (В.Н. Герасименко, 1978; Ю. И. Стернюк, 1978) программы реабилитации больных раком молочной железы предусматривают коррекцию функциональных нарушений, а также протезирование и подбор подходящей одежды, помогающей скрыть послеоперационный косметический дефект. Эти мероприятия, наряду с протезированием молочной железы, имеют большое значение при реабилитации женщин, перенесших радикальное лечение (С. Chardot, 1974; I. Robertsson, 1978; J. Laterdino, 1978), способствуя становлению престижа, изменению отношения к перенесенной болезни и ее последствиям (В.Н. Мясищев, 1971, 1974; К И. Кабанов, 1977).

Джафаров Р. Д., 1983 предложил в комплексе реабилитации маммологических больных применение эластично-матерчатого бюстгалтера-повязки, а также применение комплекса кинезитерапии — лечебной физкультуры, механотерапии, массажа и применение психокорректирующих мероприятий: психотерапии, медитации (Белой Н. А., 1974, 1982).

О психологической реабилитации этих больных писали многие авторы (Герасименко В. Н., Семиглазова В. Ф., 1979, Джафаров Р. Д., 1983 и др.)

Как известно, при комплексном лечении больных раком молочной железы проводится удаление придатков матки, что вызывает изменения в деятельности гипоталамо-гипофизарной системы, проявляющиеся в нервно-психических, вегетативно-сосудистых и обменно-эндокринных расстройствах (Л. Г. Купченко, 1980), что, в свою очередь, обуславливает необходимость осуществления мер по психогигиене и психопрофилактике (Т. Deeley, 1973; S. Nefther, 1974).

О благоприятном влиянии санаторно-курортного лечения на социальную и трудовую реабилитацию больных после радикального лечения молочной железы писали многие авторы (И. М. Цукерман и Л. Е. Михно, 1982, Панов А. И. и др., 1980, Кривобоков и Г., Осипов Ю. С., А.И. Гнатищак и Д. Н. Шиян 1983).

В литературе встречаются сведения и о противопоказаниях при реабилитации маммологических больных. Так, Джафаров Р. Д. (1983) считает, что наличие у больных рецидивов и метастазов опухоли, повышение температуры выше 37°C, наличие гнойных процессов, склонность к кровотечению, выраженный болевой синдром, выраженная остенизация больного, воспаления век и лимфатических сосудов, психические возбуждения являются противопоказаниями для проведения реабилитационных мероприятий.

Отдаленные результаты лечения рака желудка принято оценивать с точки зрения радикальности хирургического лечения и патофизиологических исследований оперативного вмешательства, вызывающего разнообразные нарушения в организме больного. Большое значение в оценке отдаленных результатов резекции желудка необходимо придавать появлению различных постгастрорезекционных синдромов.

Восстановление нарушений функций после обширных операций требует проведения интенсивной общеукрепляющей, восстановительной терапии, мер по профилактике осложнений, корригирующих мероприятий

для устранения функциональных дефектов, психотерапии (Герасименко В. Н., Артюшенко Ю. В., 1976; Демин В. Н., Резников С. Г., 1967; Коримасов А. М., 1964; Сергеев С. И., с соавт. 1975).

Совершенно очевидно, впрочем, что мероприятия по реабилитации больных раком желудочно-кишечного тракта, перенесших радикальную операцию не могут ограничиваться только рамками медицины, проведению их должно предшествовать изучение процесса социально-трудовой реадaptации этой категории больных (Ефимов И. Н., 1973; Кабанов М. М., 1976; Нестерова В. А., Нестеров В. П., 1971, Ревениена Л. И., 1975 и др.).

Все заболевания, возникшие после резекции желудка, принято разделять на несколько постгастрорезекционных расстройств. Среди функциональных осложнений важное значение имеет демпинг-синдром, синдром приводящей петли и гипогликемический синдром.

Демпинг-синдром встречается от 2 до 83% (Ю. Т. Комаровский — 30% (1967); Т. Ф. Маркова — 83% (1969); Д. А. Рогова, В. П. Трошина — 50% (1974); М. М. Ковалев, В. К. Теплый — 9. 4%(1979); I.R. Ross — 2% (1971); I. Williams — 25% (1971) и др.

Большинство авторов основное внимание уделяют рациональной диете, правильному режиму питания, заместительной терапии, витаминотерапии (М. Ф.Ришко и соавт., 1982, Г. Г. Кныров и соавт., 1982; А. И. Лактионова 1983; Сидоренко Л. Н., Сырбу И. Ф., 1986).

При тяжелом, прогрессирующем демпинг-синдроме в период истощения адаптационных процессов, когда консервативное лечение может дать лишь частичный или временный эффект, ряд отечественных и зарубежных авторов рекомендуют производить повторные реконструктивные операции на оперированном желудке с восстановлением пассажа по 12-перстной кишке (Маят В. С. и др., 1967; Захаров Е. Е., Захаров А. Е., 1970, Вилявин Г. Д., Бедров Б. А. 1975, Вахидов К В. и др. 1979, Amdeur, 1960, Jorclan G., 1971 и др.).

Гипогликемический синдром относится тоже к постгастрорезекционным расстройствам и часто сопровождается с демпинг-синдромом (Ковалев М. П., Теплый В. К., 1977, 61 rare! М., 1971 и др.).

Грозным осложнением у этой категории больных после резекции желудка является истощение. Ю. В.Артюшенко (1974) наблюдал агастральное истощение у 23% больных, А. К. Панков (1974) — у 61% больных; Е.И. Петрин (197.5) — у 12% больных; С.Г. Резников (1977) — у 39% больных; Ков Д (1970) — у 66.4%.

У этих больных после резекции желудка возникают анемии (Маркова, 1969; Ганичкин А. М., Резник С. Д., 1973; Гудивак И. И., Романца М. И., 1975; Миканба З. Д., Кацевская Э.С., 1974; Хлебникова И. М., Сенгило Е. А., 1977; Bertrond I., 1973; Buchkin F., Woodward., 1976 и др.).

Многие авторы указывают на значительные метаболические сдвиги:

1. Белковое голодание и снижение иммунитета (А. М. Звегин, 1979);
2. Нарушение углеводного обмена (В. Х. Василенко и соавт., 1979);

П. И. Корчукова, 1974; А. Я. Грубергиу и соавт., 1977; Л. А. Франкфурт, 1967).

Патогенетически обоснованное лечение касается как принципа лечебного питания, так и применения различных медикаментозных средств, а также методов заместительной терапии (Самсонов М. А., Лоранская Т. И., Настерова А. П. 1984). Школенко Р. Л., Шибаева С. Н., Нагоев Х. Н., Томашевская М. А., 1980; Настерин М. Ф. и др., 1986; Нанашишвили И. С., 1980).

В. Х. Василенко и соавт., Коржукова Д. И., Николаев Н. О., Пономаренко В. Н., 1974). На основании большого опыта рекомендуют больным с постгастрорезекционными расстройствами назначать малые дозы аминазина, триоксазина, элениума, супрастина, беллоида, считая, что на фоне диетотерапии легкие седативные средства хорошо помогают при постгастрорезекционном синдроме.

Одни авторы (Гаджиев А.С., Ананьев В. Г., Сливак В. П., 1972; Лоранская Т.П., 1979; Песов В. С., Панцырев Ю. М., 1976), при лечении выраженного астенического синдрома и значительного дефицита массы тела проводят общеукрепляющую заместительную терапию (панкреатин, полизим, понзинорм, фестал, мексаза), другие (Коржакова И. И., 1974, Маят В. С., Щенцырев Ю. М., 1975; Панцирев Ю. М., 1973) рекомендуют назначить больным витаминотерапию, переливание крови и плазмы.

Гормонотерапия (нерабол по 2 мг 3 раза в день в течение 15-20 дней) в сочетании с диетой оказалась эффективной, и лечение больных демпинг-синдромом (Самсонов М. А., Лоранская Т. И., Настерова А. П., Самсонов М. А. и соавт., Лоранская Т. И., Настерова А. П., 1984) считают, что реабилитация больных, радикально леченных по поводу рака желудка должна сочетать в себе диетотерапию в сочетании с лечением аминокислотными смесями, белковыми препаратами, солевыми растворами, жировыми эмульсиями, анаболическими гормонами, ферментными препаратами, препаратами железа, витаминами.

Многие авторы пишут о выраженных функциональных и морфологических изменениях в печени у больных после резекции желудка (А. К. Панков и соавт., 1974; — у 11% больных; З. В. Доценко, 1975 — у 73% больных; Н. Klugman, 1971 — у 20% больных; М. С. Говорова, 1968 — у 51% больных).

У этой категории больных после резекции желудка наблюдаются и различные психические нарушения, которые требуют адекватного лечения (В. А. Ромасенко, К. А. Скворцов, 1961; Р.А. Мельников и соавт., 1979; А.А. Бусалов, Ю. Т. Комаровский, 1966; Л. Е. Гальперина, 1967; К. К. Белов, 1967; В. Н. Герасименко, 1977 и другие).

Основная задача восстановительного лечения больного раком желудка состоит в разработке методов компенсации нарушенных функций организма, возникающих как в результате заболевания, так и в связи с проведением хирургического лечения (Артюшенко Ю.В., 1979).

Р. А. Мельников с соавт. предложили применить у этих больных комплексный препарат включающий витамины В, РР по 1 мл; С — 4 мл; глюкоза 40% — 60 мл; инсулин 10-12 ед.; хлористый кальций 10% -10 мл, вводившийся капельно внутривенно один раз в день, а также эфедрин 5% — 1 мл вводится подкожно 2 раза в день и кокарбоксилаза 5% — 100 ед. раз в день внутримышечно.

В последние годы появились работы по вопросам реабилитации онкогастрологических больных и в Республике Молдова (Кошуг Г.Д., Я.М. Камышов, Донская А. Е. и др.).

Рак шейки матки является наиболее частым видом злокачественных опухолей женской половой сферы, поражая в основном женщин в активном трудовом возрасте.

Необходимость применения в процессе лечения рака матки комбинированных и лучевых методов приводит к появлению анатомофункциональных нарушений и осложнений, требующих применения восстановительного лечения. Наиболее частым осложнением, развивающимся после радикального лечения рака шейки матки, является посткастрационный синдром. Частота возникновения его составляет 50-85% (Вихляева Е. М., 1972; Мануйлова И. А., 1976; Шмакин К. Н., 1980; Козаченко В. П., 1983; Alha A., Nieminen U., 1976 и др.

По данным К. Н. Герасименко с соавт. (1988) посткастрационный синдром встречается у 41,7% больных.

Коррекцией нарушений, возникающих у женщин после экстирпации матки с придатками, занимались многие исследователи.

И. А. Мануйлова (1973) предлагает использовать для лечения посткастрационного синдрома транквилизаторы и комплекс витаминов в сочетании с новокаином, так как применение гормональных препаратов дает нестойкий кратковременный эффект.

М. Г. Арсеньева 1977, Р. Bagovic, 1975 считает целесообразным назначение андрогенных препаратов, таких как тестостерон, метилтестостерон, метидандростендиол. В этот же период необходимо назначить резерпин, препараты белоида, беллатаминала.

Е.М. Вихляева (1976) рекомендует сочетание андрогенов и нейролептиков. По мнению авторов сочетанное применение гормонов и френола благотворно влияет на корковую динамику, тормозит функции коры большого мозга и ретикулярной формации. В литературе имеются данные о применении различных схем лечения посткастрационного синдрома.

Особое место в восстановленном лечении больных раком шейки матки имеет терапия лучевых осложнений. И. Г. Коненко (1971), Е. Кивгы (1965) местно применяли гидрокортизон при различных лучевых реакциях мочевого пузыря и прямой кишки.

О. Solati (1979) для лечения поздних лучевых циститов применял адренхромсемикарбозон-сульфон ввиду активного влияния препарата на капиллярное кровообращение в тканях.

Э. Н. Лубенец (1978) для лечения повреждений прямой кишки предлагает вводить пресакрально смесь, содержащую гидрокортизон, витамины и антибиотики.

Г.С. Горожанкина (1976) при лечении поздних реактивов и циститов рекомендует проводить интравектальное и пресакральное введение смесей лекарственных препаратов, обладающих противовоспалительным анальгезирующим и стимулирующим регенерацию тканей действием.

М. Л. Гершанович (1982), Э. Шлот (1976) рекомендуют при лечении лучевого ректита применение метацила. А.А. Габелов и соавт., 1978 считают целесообразным при лечении повреждений прямой кишки применение 0.5% раствора новокаина и введение его в бедренную артерию.

Л. Б. Берлин, Н. М. Борошникова (1973), В. Н. Герасименко с соавт. (1986), А. С. Павлов, К. Н. Костромина (1983), М. С. Бордысев и соавт., 1986, Р. Bagovic (1972); В. Rajhain et al.(1972), U. Nieminen(1976) с целью стимуляции системы гемопоза рекомендуют назначение лейкогена, пентоксила, витаминов, анаболических гормонов, настойки лимонника или элеутерококка.

Лечение поздних лучевых повреждений, свищей должно быть хирургическим путем с применением пластических операций И. М. Деревянко, Д.В.Кана (1986), А. И. Шабанов и соавт., (1969), К1 Х Саркисян, В. П. Попов, (1972), М. Gigigevic (1974) отстаивают методику применения мазей и растворов фитогемоглотенина (ФГА) при лучевых поражениях кожи. Авторы утверждают, что этот препарат является сильным биогенным стимулятором.

Н. С. Казанцев (1973), И. Ю. Кириянов (1976) добились хороших результатов при лечении фиброзов, применяя диметилсульфоксид в виде местных аппликаций 80-90% раствора.

Хераишвили Д. и (1984) наблюдала осложнения у больных раком шейки матки I стадии при постоперационном дистанционном направлении в 15-39% (цистит, пиелонефрит, лейкопения, анемия, общая слабость, гипотония, ректит).

В Республике Молдова разрабатывается подход к реабилитации онкологических больных различных специальностей (Камышов Я. М., Чобану Д. А., Мереуцэ И. Е., Яхонтова Т. К., Гаврилук М. и другие).

Рак легких является одной из главных причин инвалидизации (Григорьев З.З., Полякова Э. Л., 1971; Гуляева Л. М., 1971; Мерабишвили В. И. и другие 1983).

Основой реабилитации этих больных является восстановление дыхательной и сердечно-сосудистой функции после операции на легком (Вагнер Р. с соавт., 1979).

Одним из основных предоперационных мероприятий должна быть лечебная дыхательная гимнастика наряду с оксигенотерапией, противовоспалительным лечением ингаляциями муколитических препаратов (трипсин, химотрипсин), бронхолитиков (эфедрин, зуфилин), назначением бронхо- и коронарорасширяющих препаратов, отхаркивающих микстур (Герасименко В. Н. с соавт, 1988). Р. И. Вагнер с соавт., 1978 считает, что, за исключением психологической предоперационной подготовки, основные компоненты медицинской реабилитации должны начинаться после проведения резекции легкого и должны проходить три этапа:

- 1) реанимационный этап (на протяжении 1-3 суток);
- 2) клинический этап, который проводится в отделении (на протяжении 14-20 дней) до выписки из стационара;
- 3) консолидационный этап, который длится минимум 6 недель, на котором проводится реабилитация. Авторы рекомендуют:

- 1) беренцию положения тела и особенно позвоночника на койке;
- 2) пассивную кинезитерапию и селективный массаж дыхательных мышц;
- 3) активные упражнения по постановке выдоха, кашля и отхаркивания;
- 4) упражнения по синхронизации и ритмичности вентиляции;
- 5) активную дыхательную гимнастику;
- 6) реадаптация дыхания к уменьшенным легочным структурам после резекции легкого.
- 7) упражнения по постуральному дренажу.

На втором этапе частично сохраняется те же приемы (2, 3, 4, 6, 7) (варьируется лишь их интенсивность и длительность по индивидуальным показаниям). К ним присоединяется дозированная ходьба на свежем воздухе, эрготерапия. На третьем этапе включаются элементы спортивных игр. В послеоперационном периоде лечебная физическая культура является составной частью лечебных мероприятий. Ее цель — профилактика послеоперационных пневмоний, ателектазов, борьба с гиповентиляцией, с возможными застойными явлениями в легких и паренхиматозных органов. Она должна продолжаться и в тренировочном периоде (Герасименко В. Н. с соавт., 1979).

В последние годы в Республики Молдова появились сообщения о реабилитации онкопульмонологических больных (Е.Ф. Малай, Я. М. Камышов, И.Е.Мереуца, В. Бидяк, И. И. Моиш, С. Полеску и др.). Авторы раскрывают организационные формы 4 звеньев реабилитации (стационар, поликлиника, санаторно-курортная реабилитация, реабилитация в домашних условиях) и возможность создания Реабилитационного Республиканского Онкологического центра.

Из изложенной информации ясно, что реабилитация онкологических больных является актуальной проблемой клинической онкологии. В работе будут раскрыты вопросы организации реабилитации, экономическая эффективность, программирование этапов реабилитационного пособия, формирование системы стационар-поликлиника-курорт и др.

Понятие паллиативной помощи онкологическим больным является многогранным и включает в себя, в первую очередь, оказание противоболевой помощи, а также борьбу с такими тягостными симптомами, как тошнота и рвота, запоры, слабость, плохой аппетит, одышка, депрессия.

Одним из наиболее частых и мучительных проявлений онкологического заболевания в терминальной его стадии является боль. Во всем мире

отсутствуют достоверные сведения о болях, связанных с онкологическими заболеваниями (Donica, 1986).

Исследования Hillier R. (1987) показывают, что около 5% онкологических пациентов имеют боль к моменту установления диагноза и число их возрастает до 60% к моменту смерти. Изучение жалоб в последней недели жизни раковых больных показало, что боль как один из симптомов за 4 недели до смерти встречался у 54%, а за 1 неделю у 34% (Foley, 1991). Приведенные данные показывают, что жалобы на боль чаще предъявляются пациентами в стадии генерализации опухолевого процесса. Так если на ранних стадиях заболевания боль встречается в 30-40% (Stjemsward, 1987), 33% (Donica, 1980), 40% (Deschamps, 1984) случаев, то уже в IV стадии заболевания частота жалоб на боль значительно возрастает — 78% (Donica, 1980), 80% (Deschamps 1984), 87% (Greenmaid, 1987), 70% (Foley, 1986), 70-80% (Sowinsky, 1987), Walsch (1987). По данным ВОЗ (1986) 70% больных, умирающих от рака, испытывают боль. В своих исследованиях V. Ventafridda (1990) отмечает, что если за неделю до смерти такие нестерпимые симптомы, как боль, одышка, депрессия, тошнота отмечались у 96.8% пациентов, то в последние 24 часа жизни число пациентов отмечавших эти жалобы снижалось до 58.7%.

Однако резкое усиление боли у онкологических больных может быть вызвано не только прогрессированием опухолевого процесса (Coyle, 1991), но и развитием местной инфекции (септический артрит, остеомиелит, пельвиоперитонит).

Arathuzik D. (1991) из 80 опрошенных женщин с метастазами рака молочной железы — боль у большинства из них являлась серьезным физическим и психологическим страданием.

Twycross G. M. (1976), работая в St. Christopher Hospice (Лондон) приводит данные, полученные в процессе наблюдения за 500 больными, из которых следует, что 80% из них получали сильнодействующее опиатные анальгетики, поскольку страдали от боли.

В работе, выполненной в University of Wisconsin (США) Daut R.L. Cleeland C.S. (1982) отмечено, что в отличие от общепринятого мнения, что рак начинается без болевых проявлений, у 40-50% больных, у которых был обнаружен рак, в качестве раннего симптома заболевания отмечались боли. У больных имеющих метастазы или находящихся в далеко зашедшей стадии заболевания, цифры, указывающие на наличие боли, достоверно повышаются и составляют 65-100%.

Детальное изучение ХБС у онкологических больных позволило создать его классификацию в соответствии с патофизиологическими механизмами (ВОЗ, 1989; Bonica, 1980; Foley, 1979, 1985, 1987; Twycross, 1983). Причины боли у онкологических больных были сгруппированы следующим образом:

1. Боль, вызванная непосредственно опухолью, в т. ч. связанная с:
 - поражением костей;
 - сдавлением или разрушением нервных структур;
 - прорастанием опухоли в мягкие ткани;
 - вовлечение в опухолевый процесс полых органов;
 - повышенным внутричерепным давлением;
 - мышечным спазмом (вторичным по отношению к болям, обусловленным поражением костей).
2. Боль, вызванная противоопухолевой терапией:
 - постхирургическая; после торактомии, мастэктомии, радикальных операций на голове и шее, ампутации конечностей);
 - постхимиотерапевтическая (периферические нейропатии, стероидный псевдоревматизм, асептические некрозы костей, мукозиты, постгерпетическая невралгия);
 - постлучевая (миелспатия, фиброз плечевого и поясничного -крестцового сплетения, вторичные опухоли, некроз кости, дерматиты и мукозиты, повреждения органов и систем).
3. Боль, связанная с астенией: запоры, пролежни и т.д.
4. Боль, не связанная с заболеванием раком: корешковые и мышечно-фасциальные боли, остеоартриты и артрозы, ревматические боли и т.д.

Рядом авторов была изучена и частота тех или иных причин, вызывающих боль у онкологических больных. Боль, обусловленная непосредственно раковой опухолью занимает ведущее место и встречалась у 67% (Twincross, 1982), 75% (Grond, 1990), 82% (Takeda), 78% стационарных и 62% амбулаторных больных (Foley, 1986). Боль, явившаяся осложнением специфического противоопухолевого лечения была отмечена у 5% (Twincross, 1982), 8% (Takeda, 1986), 11% (Grond, 1990), 19% стационарных и у 25% амбулаторных больных (Foley, 1986). На боль, не связанную непосредственно с опухолевым процессом, предъявляли жалобы 25% (Twincross, 1982), 10% (Takeda, 1986), 14% (Grond, 1990) и по данным Foley (1986) соответственно у 3 и 10% больных.

Coyle Nessa (1991) и Franko de Cono (1991) описывают различные

осложнения со стороны кожных покровов, являющиеся источником боли, такие как побочные действия противоопухолевой терапии, пролежни, малигнизированные и нераковые язвы, расчесы и инфекции (herpes zoster).

В публикации Amer (1985) впервые было обращено внимание на то, что боль, вызванная поражением нервных структур, менее чувствительная к эпидуральной опиоидной анальгезии в сравнении с болью, вызванной раздражением ноцицепторов в соматических и висцеральных структурах. В дальнейшем это нашло свое развитие и в исследованиях других ученых, и были выделены три типа боли в структуре ХБС — соматическая, висцеральная, и дифференциальная (Foley, 1986; Grond, 1990; Mercadante S., 1990; Wentafredda, 1991), что позволило дифференцировано подходить к лечению ХБС, учитывая при этом патофизиологические механизмы. Это явилось очередной ступенью в понимании природы раковой боли и борьбы с ней.

У многих больных, страдающих болями в терминальной стадии, могут быть несколько причин, вызывающих боль, а также в соответствии с этим несколько типов боли, т. е. болевой импульс носит мультицентрический характер.

Значительную роль здесь играет локализация первичного очага, соответственно, распространенность процесса, наличие или отсутствие метастазов, которые, в свою очередь, являются дополнительным болезнетворным очагом. Немало важно при этом, какие анатомические структуры оказываются вовлеченными в опухолевый процесс.

Эпидемиологические исследования, направленные на изучение частоты боли при различных нозологических формах онкологических заболеваний, выявили, что действительно локализация первичной опухоли имеет значение. Так по данным Istituto Nazionale dei Tumorei в Милане, основанном на сведениях о пациентах в терминальной стадии, следует, что из 253 больных с опухолями головы и шеи боль встречалась у 85.4% пациентов (Annual Report, 1984), а из 115 больных — с раком гортани — у 84.8% (Annual Report, 1986).

Убедительные исследования были проведены в Memorial Sloan Kettering Cancer Center (США). Данные, представленные в публикации Greenwald H.P., Bonica J.J., Bergner M. (1987), дают сведения о том, что болевой синдром отмечен у 85% больных с первичным поражением костей со злокачественными новообразованиями полости рта — 80%, мочепо-

ловой сферы у мужчин — 75% и женщин — 70%, раке молочной железы — 52%, раке легкого — 45%, лимфомамой — 29% и лейкомии — 5%.

Исследования Daut R.L., Cleeland C.S., о которых упоминалось выше, указывают, что боль как один из первых симптомов была отмечена при раке яичников у 49% больных, раке простаты — 45%, колоректальном раке — 42%, раке молочной железы — 39%, раке тела матки — 22%, раке шейки матки — 18%.

Работы, выполненные в ряде онкологических клиник Италии позволили представить данные (Pannuti, 1984) о частоте боли в зависимости от формы заболевания раком. Так у 100% больных раком яичников и раком шейки матки была описана боль, у 95% — раком прямой кишки или молочной железы, 89% — раком легкого толстого кишечника и у 75% больных раком желудка.

Взяв за основу данные Американского Противоракового Общества, Bonica J.J. (1985) произвел статистический расчет частоты встречаемости боли в США, в зависимости от локализации и распространенности опухолевого процесса.

Ряд авторов отмечают, что на частоту ХБС влияет определенным образом и тот факт, где онкологический больной проводит свои последние дни. Из числа амбулаторных больных, т. е. получающих лечение в домашних условиях, жалобы на боли отмечены у 62% (Foley, 1986), 71% (Bonica, 1980), 87% (Greenwald, 1987). В то же самое время среди пациентов, находящихся в стационарных условиях, жалобы на боль были выявлены реже, а именно у 60-80% Bonica, 1980, (Greenwald, 1984), однако в исследование Foley (1986) эти показатели составили 78, т. е. выше.

Первые количественные определения боли были описаны Hardy в 1940 году, применившим для этого тепловые раздражения кожи. Эти методики были использованы в изучении порога боли при воздействии на организм аспирина, морфина и кодеина (Evans, 1984). Следует признать, что эта методика не нашла распространения среди клиницистов, в частности, онкологов для определения силы боли. В дальнейшем в 1948 году Keele была предложена карта для оценки интенсивности боли, предлагающая производить это на основе субъективных ощущений пациента. Согласно этой методике пациенту предлагалось самому определить интенсивность в балдах, исходя из того что: 0 — нет боли; 1 — легкая боль; 2 — средняя боль; 3 — сильная боль; 4 — очень сильная, невыносимая боль.

Широкое применение системы УА2 позволило выявить некоторые недостатки и трудности, с которыми сталкивались пациенты, ее используя. В частности, это были сложности чисто эмоционального характера, иногда психомоторные проблемы (Voguiet, 1988). В литературе также отмечено, что, кроме этого, различные категории работников здравоохранения имеют тенденцию занижать силу боли по сравнению с оценкой ее самими больными, в среднем 13% при сильной и на 37% при средней боли (Grossman, 1991).

Sheperd S. (1988) разработал и предложил вопросник степени боли. Однако, широкого применения этот вопросник не имел, поскольку не являлся Универсальным ввиду многих неудобств его использования.

Ketovuri H. (1987) сообщил о специально разработанном в Финляндии вопроснике для оценки болевого синдрома. Эта методика имела только частное значение, и, как сам автор отмечал, его полезность и ценность сказалась лишь в обучении медицинских сестер при оказании помощи своим пациентам.

Разными авторами были предложены всевозможные системы оценки ХБС, в том числе и интенсивности боли, в виде шкал, вопросников (Ventafredda, 1987; Benedittis, 1988). Предлагалось включить в комплексную оценку состояние больного в виде индекса количества часов сна и их соотношение с часами, проведенные в постели (Gorli, 1988). Кроме субъективных болевых ощущений использовались оценки состояния пациента и по выражению лица. Подробный анализ всех этих методик был произведен Le Resche L. (1988).

Clark W.C. (1989) предложил свою оригинальную шкалу (MDS), с помощью которой производится многопараметральная оценка боли, учитывающая ее характер, силу и ряд других сопутствующих симптомов.

Рядом отечественных клиницистов разработаны специальные карты для оценки ХБС, которые затем были использованы для статистического отчета и обработки информации на ЭВМ (Брюзгин И. И., 1988; Дурандина В. В., 1989; Зайдинер Б. М., 1989).

Несмотря на множество предложенных методик, оценки состояния онкологических пациентов, страдающих ХБС, в том числе и силы боли, наиболее широко используются в практике отечественных и зарубежных исследователей система VAS и система, предложенная Keele K.D. Это подтверждается данными публикаций, касающихся изучения ХБС, где приводится оценка силы боли преимущественно по этим двум методикам

(Беляев Д. Г., Брюзгин В. В., 1989; Исакова М. Е., 1988; Павлова З. В., 1989; Сидоренко Ю. С., 1989; McGuire, 1988; Grossman, 1991).

В своих работах многочисленные авторы отмечают, что онкологические больные в основном страдают от сильной боли, особенно в терминальной стадии заболевания (Poniatowsky, 1991). Несмотря на это, имеются разноречивые мнения относительно частоты сильной боли.

Deshamp M., Vand P. (1984) сообщает, что сильная боль имеет место у 40% онкологических больных в курабельных стадиях и 80% инкурабельных.

Stjernward J. (1984, 1985, 1987, 1988) и Fine P.G. (1987) указывают на тот факт, что 25% умирающих онкологических больных, в том числе в США и Англии, страдают от сильной боли, причем больше амбулаторных больных, чем стационарных. Из числа пациентов, имеющих ранние стадии заболевания, средняя и сильная боль отмечается у 30-40%. Dorgeal K.L. (1989) отметил, что среди госпитализированных больных жалобы на боль предъявляли 45%, причем рассчитывать на адекватное обезболивание могли только две трети из них.

Клинические исследования, проведенные в Японии (Takeda, 1986) показали, что из 118 онкологических больных с терминальной стадией заболевания сильная боль была у 68 (57.6%).

В своих работах Bonica J.J. (1980), Sowinsky (1987) отмечают, что в начальной стадии заболевания сильная боль присутствует у 1/3 пациентов, а к IV стадии их число возрастает до 80%.

Parkers (1987) своими исследованиями показал на имеющиеся различия в частоте средней и сильной боли в зависимости от места лечения онкологических больных. Так пациенты, находящиеся в клинике, испытывают среднюю боль в 37% и сильную — в 22% случаев. В то же время среди пациентов, находящихся в амбулаторных, домашних условиях, число предъявляющих жадобы на среднюю боль несколько снижается (21%), а имеющих сильную боль значительно возрастает (50%).

В литературе мы нашли только единичные сообщения, указывающие на зависимость частоты и интенсивности боли у онкологических больных от их возраста и пола. Так по данным Kremer E.F. (1982), сильная боль несколько чаще отмечается у женщин — 81% (у мужчин — 76%), а слабая — соответственно 18 и 20%. Epick R. E. (1991) указывает на снижение с возрастом чувствительности к боли и к анальгетикам.

Изучение болевого статуса у 444 больных японским ученым Ochi G.

(1987) показало, что интенсивная боль чаще отмечалась у пациентов моложе 55 лет и страдавших раком прямой кишки, матки и яичников.

Из 401 больных только у 3% была описана сильная и очень сильная боль (Grond, 1991), а легкая или средняя у 24%, еще 20% пациентов не смогли оценить интенсивность боли.

Из работы Kantor T.G. (1986) следует, что боль может контролироваться тремя категориями лекарств: а) действующие на наркотические рецепторы ЦНС; б) тормозящие или понижающие болевой импульс; в) действующие на передачу болевого сигнала на периферии.

За последнее десятилетие, начиная с 1982 года, под эгидой ВОЗ несколько раз были собраны совещания экспертов, занимающихся проблемой борьбы с болью у онкологических больных. В составе этих экспертов были специалисты различного профиля — онкологи, анестезиологи, неврологи, нейрохирурги, фармакологи, психологи, организаторы здравоохранения со многих стран мира. Результатом этих совещаний явилось руководство по обезболиванию при раке (УНО, 1986; ВОЗ, 1989), переведенное на 12 языков мира.

В результате этой деятельности была отработана стратегия лечения боли при раке, заключающаяся в последовательном подходе и сочетании специфического противоопухолевого и симптоматического лечения. При этом значительное место отводится блокадам, нейрохирургическим вмешательствам. Важное значение имеет организация постоянного и всестороннего ухода как в стационаре, так и дома. Безусловно, осознавая, что в ряде случаев полное обезболивание невозможно (Stjernward, 1987; Dare, 1987; Meynadier, 1985; WHO, 1986; Tempest, 1984; Dodratz, 1991) все же следует стремиться, чтобы невыносимая боль была максимально снижена.

Следующим немаловажным этапом в работе экспертов была разработка методологии применения обезболивающих лекарственных средств, как основного способа контролирования боли при раке.

В качестве основных препаратов были предложены: на первой ступени — аспирин и парацетамол, на второй — кодеин, на третьей — морфин. Двумя ключевыми концепциями, лежащими в основе применения анальгетиков для контролирования боли у онкологических больных, является назначение их применения "по часам" и "по восходящей". Кроме этого, все лекарственные препараты должны применяться в адекватной для обезболивания конкретного больного дозе и удобной форме.

желательно для орального употребления. Использование этих подходов показало их высокую эффективность во многих странах мира (Лян Н.В. 1989; Павлова З.В., 1989, Фрид И.А., 1989, Брюзгин В. В., 1990; Beaver, 1990; Clarke, 1990; Ettinger, 1988; Kanner, 1987; Polak, 1988; Rogers, 1987; Sittl, 1990; Sowinsky, 1987; Javaid F., 1987; Stiersward, 1988; Stoll, 1990; Grossman, 1992).

Ретроспективный анализ 2-х летних результатов лечения боли у 1229 онкологических больных в Миланском Центре по изучению боли (Ventafridda, 1987) показал, что лечение на 1-й ступени получил 11% пациентов, на 2-й ступени — 24%, на 3-й ступени — 26% и на всех трех ступенях — 54%. Кроме анальгетиков в соответствии с рекомендациями ВОЗ 79% Зольных получали адекватную терапию, в том числе нейрорепетики — 66%, стероиды — 38%, антидепрессанты — 27%, антиконвульсанты — 3%. Автор отметил, что лечение по методике ВОЗ имеет преимущества в легкости и эффективности. Отдается предпочтение оральному применению анальгетиков с использованием адекватной терапии. Тем не менее, только в 25 странах мира имеется возможность орального применения опиоидов.

Опыт применения рекомендаций ВОЗ в Онкологическом центре Сайтама, Япония (Takeda, 1986) для лечения боли при раке у 205 больных свидетельствует о высокой их эффективности. Обезболивания не наступало на 1-й ступени у 16% пациентов, на 2-й у 8%. При использовании сильных опиоидов полный эффект отмечен у 81%, значительный у 15% и частичный у 4% получавших их онкологических больных.

Дальнейшие разработки экспертов ВОЗ (WHO, 1990) и ряд специалистов, работающих в этой области (Portenoy R.K., 1988; Ventafridda V., 1990), рекомендуют рассматривать проблему борьбы с болью у онкологических больных, как составную часть комплекса мероприятий, направленных на улучшение общего состояния онкологических больных в терминальной стадии заболевания и объединенных общим названием паллиативная помощь или симптоматическое лечение.

Как уже было отмечено выше, в качестве основного опиоидного анальгетика был предложен морфин. Большое количество публикаций, посвященных изучению его природы, фармакокинетики, клинического воздействия в виде его анальгетического и побочных эффектов, свидетельствует о большом к нему интересе со стороны как теоретиков так и практиков-клиницистов. Этому посвящены исследования выполненные

Swerdlow M. (1967, 1983, 1986), в частности, об исторических аспектах изучения наркотиков автор сообщает следующее: впервые морфин был выделен из опия в 1806 г. (Serturmer), термин "блокада нерва" предложен в 1892 г. (Frank), алкогольная блокада при невралгии впервые произведена в 1990 г. (Pitres, Verger).

Наиболее удобным является оральное применение морфина, но этот путь чреват побочными проявлениями такими как тошнота, запоры. Для избежания этого предлагается использовать ректальное введение (Rogers, 1988; Lakdja, 1986), подкожное введение с помощью имплантированных (Baines, 1988; Lang, 1990; Bruera, 1987, 1988; Kerr, 1989, 1990; De Sousa, 1988) или накожных дозаторов (Исакова М. Е., 1988), длительное внутривенное введение, используя индивидуальный дозатор (Stuart, 1986). Однако, Veubler (1984) в своей работе отмечает, что именно оральное применение морфина дает намного меньше нежелательных эффектов. Сравнительный анализ приема через рот таблеток или водных растворов морфина не выявил различий по эффективности и побочных проявлений (Walsh, 1984, Ventafridda, 1989; Paune, 1991; Ripamonti, 1991).

Существуют ситуации, которые затрудняют осуществлять адекватное обезболивание с использованием опиатов, и о которых следует помнить. К ним относятся симмулирующие токсические проявления опиатов, такие как метаболические нарушения, метастазы в головной мозг, кишечная непроходимость, а также так называемые опиоидустойчивые болевые синдромы — нейропатическая боль и случайная боль, не связанная с опухолевым процессом (Lossignol D., 1993).

Как было отмечено выше при нейропатической боли эффективность опиатов значительно снижается. Для достижения адекватного обезболивания широко используются антидепрессанты, причем повышение анальгезии не коррелируется с повышением дозы опиатов, а зависит от антиноцицептивного действия антидепрессантов (Papera E.A., 1990, 1990).

Рядом фармакологических фирм были предложены аналогичные опиоидные анальгетики также медленно всасывающиеся, но синтетической природы. Среди зарубежных наиболее известен бупронорфин (темгезик, норфин, но-пен) в виде сублингвальных таблеток. Клиническое применение показало его высокую эффективность при обезболивании терминальных онкологических больных (Брюзгин В. В., 1991; Annual Report, 1985; Hotz, 1988; Richard, 1988; Trombotatore, 1988), а также в

предоперационной подготовке и при ранней послеоперационной боли (Jorgensen, 1988). Сравнительные исследования бупренорфина с морфином по их эффективности и побочным проявлениям не показали ощутимых различий по всем сравниваемым различиям по всем сравниваемым параметрам (Atkinson, 1990).

Научные разработки отечественных химиков и фармакологов в последние годы позволили создать новый синтетический анальгетик опиоидного ряда — просидол. При изучении его в ряде клиник России были отмечены высокие его анальгетические качества, не уступающие препаратам морфина, но со значительно меньшими побочными действиями как по частоте, так и по выраженности.

Отмечаемые побочные проявления опиоидов (тошнота, запоры, повышенная возбудимость) хорошо известны и могут быть профилактически или успешно контролируемы (Warfield 1989; Bottomley, 1992; Johanson, 1992). У многих врачей существует боязнь назначения морфина не только из-за возможного привыкания, но из-за угнетения дыхания (White, 1991), хотя общеизвестен факт, что боль является самым мощным раздражителем дыхательного центра, и это осложнение в анализируемой нами литературе мы встретили в единичных наблюдениях.

Шагом вперед явилось регионарное обезболивание, предусматривающее введение опиатов в эпидуральное или субархноидальное пространство. Этому предшествовало открытие опиат-рецепторов, располагающихся непосредственно в структурах ЦНС. Успех этой методики был обусловлен непосредственной доставкой опиатов к рецепторам, в то время как при любом другом пути введения до опиат-рецепторов доходит только 0.01% анальгетика. Сравнительное изучение фармакокинетики опиатов при различных путях их введения не выявило различия. Однако, тот факт, что концентрация препарата в ликворе поддерживается более длительное время при эпидуральном или субархноидальном введении позволяет при использовании этих методик получать более длительную анальгезию. В последние годы появились эффективные, длительно действующие наркотические и ненаркотические анальгетики нового поколения (De Conno F., 1991; Zech D. 1990; Lipton S., 1987; Hanks G., 1990; Husedo, 1990). По данным Zech D. (1990), основанным на опыте лечения боли у 1070 онкологических больных, основным путем введения анальгетиков у этой категории больных был "per os" — 84% и только у 4% пациентов были использованы методики эпидурального

введения. Таким образом, эти методики в последние годы используются только в тех случаях, когда невозможно использование других путей введения анальгетиков в силу общего физического состояния больного или из-за препятствий со стороны опухолевого процесса.

Широкое распространение получили методики длительного субархноидального и эпидурального введения наркотических анальгетиков через катетер с помощью различного рода инфузоров. Эти методики позволяют значительно снизить дозу потребляемого наркотика с достижением выраженного анальгетического эффекта (Алиев Д.А., 1989; Беляев Д. Г., 1987; Исакова М. Е., 1989, 1990; Павлова З. В., 1989; Мереуца И. Е., 1989; Али, 1989; Ballantyne, 1988; Bonezzi, 1986; Chrubasik, 1984, 1987; Caputi, 1986; Dezso, 1986; Du Pen, 1987; Gomez, 1987; Lipton, 1987; Marid, 1988; Meynadier, 1985; Meuret G., 1993; Motsch, 1987; Montero M.J., 1987; Muller, 1987; Seijo, 1987; Intshev, 1989; Villaria, 1987; Wermeling, 1987; Wishart 1981).

В последние годы были предложены также и новые методики для лечения боли, разработанные для использования у онкологических больных в ОЩ РАМН Исаковой М. Е., Свиридовой С. П., Павловой З.В., Ларионовой И. Б., Цириховым С. М. В числе этих методов вошли эпидуральная и субархноидальная химическая денервация, чрезкожная электронейростимуляция, а также их комбинация. Безусловно, что для этих процедур должны быть строгие показания (Alvarez, 1987).

Ряд зарубежных авторов сообщили о введении морфина непосредственно в желудочки головного мозга через имплантированный катетер (Cuneo, 1987; Meynadier, 1985; Obdens, 1987; Su, 1987; Weigel, 1985). Однако, широкого распространения этот способ воздействия на боль не нашел, несмотря на его высокую эффективность, из-за технической сложности процедуры и необходимости выполнения ее высоко квалифицированными специалистами-нейрохирургами. Этим же специалистам требуют и нейродиструктивные способы обезболивания: дорзальная ризотомия, мезенцефальная трактотомия, таламотомия, хордотомия (Gybels, 1976; Gras, 1987; Sundaresan, 1989; Tronnier, 1988), причем использованы они могут только у 15% больных с эффективностью только у 60% из них (Cleeland, 1987) стереотаксическая мезенцалофлотомия и множественная таламотомия (Frank, 1987) с обезболивающим эффектом у 83.5% и 51.9% больных, соответственно. Для повышения качества жизни с метастазами рака простаты и молочной железы в кости

и адекватного их обезболивания предложено нейрохирургическое вмешательство на гипофизе в виде транссфеноидальной гипофизэктомии (Kennedy M.E., 1988).

Некоторые авторы использовали для субарахноидального введения и другие вещества, в частности динорфин (Wen, 1987), в-эндорфин (Oyama, 1980) и достигали анальгетического эффекта.

При неэффективности лекарственной терапии рядом авторов предложены методики различного рода блокад с использованием местноанестезирующих препаратов, а также в сочетании их с кортикостероидами (Zimmerman, 1984; Jain, 1988; Lebovits, 1989) или локальное воздействие холодом (Hiedl, 1987). У части пациентов эти процедуры имели эффект.

Широкую поддержку у специалистов нашли методы воздействия на ЦНС путем чрезкожной электронейростимуляции (ЧЭНС). Этот метод может быть одинаково эффективно использован у ряда больных как самостоятельный метод обезболивания (Камышов ЯМ., 1988), так и в сочетании с традиционными методами лекарственной анальгезии, что в последнем случае позволяет снизить дозу анальгетика (Камышов Я.М., 1989, 1990; Лян Н. В., Мереуца И. Е., 1989; Мкртчян Л. Н., 1989; Павлова З. В., 1989; Zimmerman, 1984; Thompson, 1986; Hasun, 1988). Наиболее эффективно применение ЧЭНС при деафферентальной боли, которая плохо поддается лечению традиционными анальгетиками (Hanks, 1990).

Некоторые авторы предлагают свои оригинальные способы обезболивания, исключающие применение медикаментозного воздействия (Сидоренко Ю. С., 1988) или дополняющие его химиотерапией (Шеленко П. В., 1989), энтеросорбцией (Бондацкая Л. В., 1989; Мереуца И. Е., 1991), ультразвуковыми и СВЧ-воздействием (Кузнецов В. Е., 1989). Graffam S. (1989) использовал музыкотерапию — релаксацию в снижении боли. Методики имели некоторый анальгетический эффект, но пока применяются только авторами их предложившими.

По-прежнему остаются широко применяемыми и специфические противоопухолевые методы лечения ХБС. Это в значительной мере относится к боли, обусловленной метастатическим поражением костей скелета. Многочисленные литературные сообщения свидетельствуют о высокой эффективности лучевого воздействия на костный болевой очаг (Бонацкая Л. В., Кузнецов В. Н., 1989; Нивинская М. М., 1980, 1989; Ammon, 1984; Bates, 1986; Boz, 1991; Zimmerman, 1984; Nielsen, 1991).

В последние годы для лечения костных метастазов, в том числе и для воздействия на болевой синдром ими генерируемый, используется природный калоцитонин, получаемый из печени лосося, а также различных препаратов фосфора — би— или дифосфонат (Masud, 1989; Berressem, 1985; Chrubasik, 1987; Enck, 1991; Szanto J., 1986; Sasaki, 1991), эдитронат натрия (Smith, 1989). При этом отмечался анальгетический эффект, но в неполной мере.

Наряду с созданием системы медикаментозной противоболевой помощи онкологическим больным, очень важное значение имеют и организационные мероприятия по организации системы учреждений здравоохранения, где бы эта помощь оказывалась в рамках паллиативной помощи вообще.

Впервые в мире клиника по лечению хронической боли была открыта в США в 1946 году (Bonica, 1986). Первая монография "Управление болью" была опубликована в 1956 г., а в 1965 г. начались стажировки для специалистов по лечению боли из США, Европы и Японии в Вашингтонском Университете, где клиника боли была открыта в 1960 г. В 1974 г. организована Международная Ассоциация Изучения Боли (IASP), 1975 г. — журнал "Pain" (Боль), 1983 г. Американская ассоциация Алгологов (AAA), 1990 г. — Европейская ассоциация Паллиативной помощи (EAPC) и Многонациональная Ассоциация Симптоматического Лечение при раке (MASCC).

В странах СНГ первые кабинеты противоболевой помощи были организованы в Российской Федерации в Ленинграде (Фрид И. А., 1989), Ростове-на-Дону (Зайдинер Б. М., 1989), Москве (Брюзгин В. В., 1989), Кишиневе (Камышов Я. М. 1986) Опыт их работы показал, что амбулаторно, в домашних условиях эффективное обезболивание возможно более чем у 80% пациентов и позволил в 1989 г. решением Коллегии МЗ СССР рекомендовать их организацию при всех крупных онкологических учреждениях. Наиболее эффективной формой организации противоболевой помощи является создание противоболевых центров в дневном стационаре (Шаронова Г. Г., 1989; Дурандина В. В., 1989; Беляев Д. Г., 1990; Брюзгин В. В., 1990; Vanier, 1986). Экономические расчеты показывают низкую стоимость аналогичного лечения в этих Центрах и стационарах, в 2,5 раза по данным Ferris F. D. (1991). Доля затрат на противоболевую терапию составляет всего лишь 2% от стоимости специфического противоопухолевого лечения (Поздняков В. В., 1989).

Во многих странах, в том числе и в России, получили признание лечебницы для терминальных онкологических больных — хосписы, где пациент может получить все виды помощи, улучшающие качество его жизни за счет высоко квалифицированного медицинского обслуживания и первоклассного оборудования (Walsh, 1990). В США движение по организации хосписов началось с середины 70-х годов и в 1976 г их насчитывалось только 17, зато через 5 лет численность превысила 1000. В России имеется только один функционирующий хоспис в Ленинграде и ряд в стадии организации. Несмотря на существование в ряде зарубежных стран двух систем здравоохранения — частной и государственной, везде имеются службы и центры паллиативной помощи (Beduk, 1991). Электронная система связи во Франции позволяет медицинскому персоналу поддерживать постоянную связь с пациентами и осуществлять контроль за их лечением и состоянием на расстоянии до 760 км (Benamed, 1989).

Однако, даже создав систему паллиативной помощи онкологическим больным, оказывается, что этого явно недостаточно. Важно наполнить эту систему содержанием, а именно высоко квалифицированными специалистами всех уровней. Из литературы следует, что многие врачи назначают наркотические анальгетики задолго до необходимости их применения, т. е. не соблюдают "трехступенчатый подход" в лечении боли, рекомендованный ВОЗ (Чиссов В. И., 1989; von Roenn, 1991). Опрос медицинских сестер указывает, что половина из них имеют неправильные знания о принципах наркотического обезболивания, около 70%, считают, что можно терпеть слабую боль и 5% — сильную боль (Watt-Watson, 1987). Для исключения этого предлагаются специальные программы обучения для медицинских сестер, студентов и врачей (Pilwsky, 1988; Walker, 1991).

Незнания населения, в частности онкологических больных и их родственников, о возможностях и принципах борьбы с болью приводят к нежеланию давать оценку интенсивности боли у 70%, описывать другие характеристик боли у 49%, принимать лекарства у 48% пациентов (von Roenn, 1991). Избежать этого возможно только путем организации широкой сети санитарно-просветительской работы среди пациентов и их родственников с публикацией для них всевозможных памяток и брошюр (Siehl, 1990).

Проведенный анализ литературных данных свидетельствует, что вопро-

сы организации паллиативной помощи, в т. ч. противоболевой терапии привлекают внимание многих специалистов различного профиля, работающих в этой области.

Между тем, до настоящего времени не проведено статистически достоверного, основанного на значительном клиническом материале, эпидемиологического изучения хронического болевого синдрома у онкологических больных. Существующие сообщения основаны на мало-численном материале, а подчас и разноречивые и, не дают возможности представить четкое мнение по этому вопросу.

Среди отечественных публикаций нет данных о сравнительном анализе применения лекарственных препаратов для обезболивания онкологических больных, что дало бы возможность предложить схему этого лечения, основанную на арсенал имеющихся в стране лекарств.

Согласно литературным данным, все больше находит применение принцип комплексности в реабилитационном процессе, а именно участие нескольких специалистов, таких как психолог, психотерапевт, специалисты ВТЭК-а и др. (Донская Л. В. с соавт., 1984 г, Герасименко В. Н. с соавт, 1988; Блинов Н. Н. с соавт., 1989; Демин Е.В. 1990; Vronsos., 1991; Couette J., 1991; Aaronson N., 1991 и др.).

В лице врача, специалиста социальной помощи, ВТЭК-а, родственников, членов семьи онкологический больной должен найти опору и поддержку для уменьшения разрыва между реальностью и надеждами, т.е. для улучшения качества своей жизни. С. Weithofer-Holletz (1983), W. Satariano, D. Eckert (1986) подтверждают позицию о неразрывной связи социальной поддержки онкологических больных с улучшением качества их жизни и подчеркивают внесенный вклад больного в групповую деятельность в обществе.

Проведенный анализ литературы свидетельствует, что вопросы реабилитации и палиативной помощи онкологическим больным являются актуальными и привлекают внимание многих специалистов различного профиля, работающих в этой области. В отечественной литературе нет сведений об организации реабилитации и паллиативного лечения в Республике Молдова, не раскрыта медикосоциальная инфраструктура этой помощи У онкологических больных, нет сведений о программах комплексного реабилитационного лечения и паллиативной помощи, об организационных звеньях этого вида лечения, отсутствуют сведения о интегральной оценке психо-социального и сомато-функционального сос-

тоянии онкологического больного и использовании ее как критерия качества жизни, не разработаны уровни качества жизни для онкологических больных. Эти и другие проблемы реабилитации и паллиативной помощи будут раскрыты в настоящей книге.

ГЛАВА 2. МЕНЕДЖМЕНТ В ПРОВЕДЕНИИ РЕАБИЛИТАЦИИ И ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ

1. Аргументы, факты и актуальность проблемы

Лечение злокачественных опухолей остается одной из актуальных задач здравоохранения Молдовы в звеньях онкологического контингента, поскольку в современном обществе рак создает целый ряд социальных и экономических проблем.

По данным РОНЦ (Трапезников Н. П. 1990г.) к 2000 году ожидается рост числа зарегистрированных больных. Эти данные подтверждают и многие исследования других стран (Bonica J.J., 1990, 1992, Foley K.M., 1985, Oyama T. 1990, I. Pava, 1993, 1994 и др.). Вместе с тем, применение радикальных методов в лечении постоянно нарастающего числа злокачественных новообразований во всем мире, ведет к возрастанию числа излеченных от рака больных и неуклонному увеличению продолжительности жизни данных пациентов. В работе Н. Л., Николкова (1984) приводятся данные по странам СНГ относительно 3 млн. случаев излечения после радикальных методов лечения.

В республике Молдова наблюдается также тенденция — постоянный рост числа онкологических больных. Так, если показатель заболеваемости за 1980 год составлял 149 на 100000 населения, так 1990 году он поднялся до 179.3 на 100000 населения. Показатель болезненности составлял соответственно 668.3 к 840.0 на 100000 населения. Эти данные неодинаковы по разным районам республики.

Таблица 1 иллюстрирует динамику заболеваемости раком в республике Молдова с 1986 (год аварии на Чернобыльской АС) по 1993 г. в показателях % 000 и стандартизованных по Молдове и Европе.

Наблюдается определенный рост заболеваемости.

Таблица 1

Динамика заболеваемости раком в Республике Молдова (1986—1993 г.г.)

Годы	% 000	Всего	
		стандартизованные пок. Европа	стандартизованные пок. Молдова
1986	183.4	256.4	187.7
1987	180.8	255.8	187.4
1988	176.4	256.9	187.4
1989	177.0	227.7	168.0
1990	179.2	235.4	173.9
1991	179.6	230.6	156.9
1992	171.3	215.2	156.9
1993	177.7	220.9	164.0
1994	176.0	214.5	166.0

Таблица 2

Динамика заболеваемости раком некоторых локализаций в Республике Молдова (1985 — 1997 г.г.)

Локализация	1985		1997	
		% 000		% 000
Рак легкого	1029	24,7	918	21,3
Рак щитовидной железы	80	1,9	79	1,8
Злокачественные новообразования мозга	16	1,4	6	0,6
Гемобластозы	409	9,9	504	11,7
Врожденные пороки у детей		9,7 на 1000		16,7 (1996) (у 1000 детей)

С другой стороны 5-ти летняя выживаемость онкологических больных в республике Молдова составила 52.1 в году и 50.3 в 1990 году. Данный показатель естественно варьирует по разным районам.

В настоящее время на диспансерном учете в Поликлинике Онкологического Института состоят 39530 больных. Из них наблюдаются 5 и более лет. 19036 больных, что составляет 48.2%. Из 39530 больных — 2680 (6.8%) являются пульмонологические, 8260 (21%) гинекологические, 5867(1,5%) маммологические, 5300(14.%) гастроэнтерологические.

В связи с постоянным ростом числа излеченных онкологических больных острее становятся реабилитации этой категории больных.

Необходимо отметить, что остается другая часть онкологических больных у которых лечение оказалось неэффективной или уже не показано основное лечение и они нуждаются в проведении мероприятий паллиативной помощи. Возникает вопрос об организации реабилитации онкологических больных леченых по радикальной программе и организации паллиативной помощи у этой категории больных в масштабе республики. На органограмме № 3 выведен алгоритм управления системой лечебно-реабилитационного и паллиативного обслуживания онкологических больных в республике Молдова.

В период 1990—1993гг в Институте Онкологии Молдова получили лечение 7819 больных. Из них 4739 (60.6%) получили лечение по радикальной программе и они нуждались в проведении комплекса реабилитационных программ воздействия с целью возвращения их в строй социальной жизни, к труду. Остальные же 3080 больных нуждались в проведении паллиативной терапии.

Органограмма 1

Алгоритм управления системой лечебно-реабилитационного обслуживания онкологических больных в Молдове



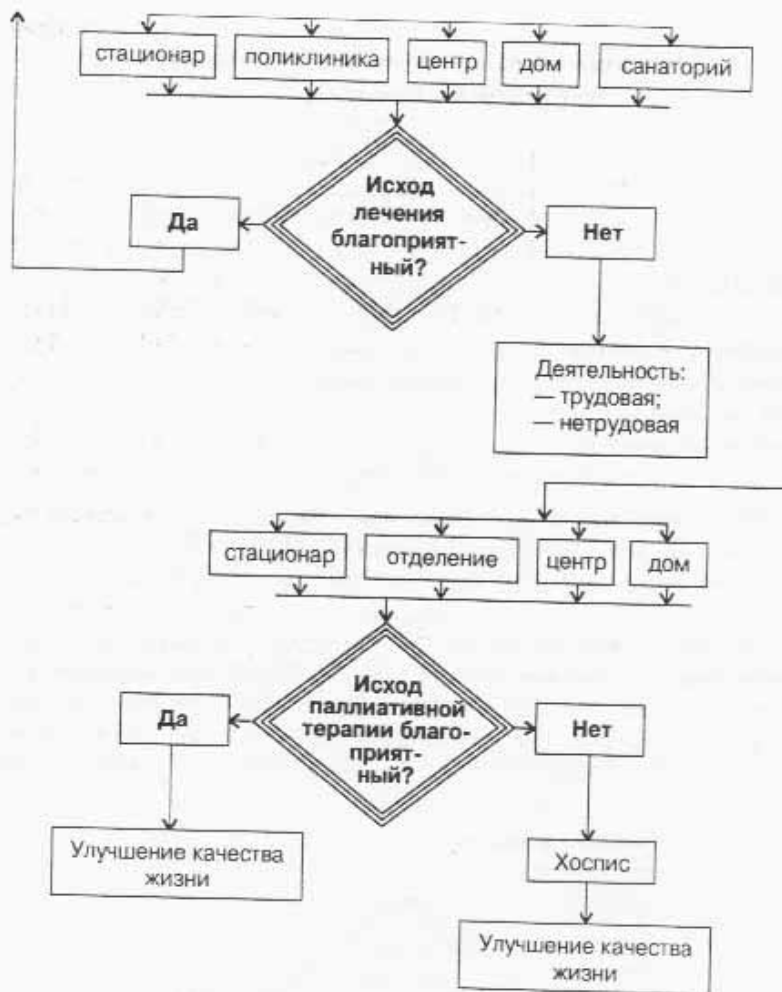


Таблица 3 иллюстрирует диагностическую миграцию онкологических больных нуждающихся в паллиативном лечении.

Таблица 3

Диагностическая миграция онкологических больных, нуждающихся в паллиативном лечении

Показатель	Год				В среднем год
	1990	1991	1992	1993	
Абсолютное число больных	3080	3130	3445	3555	3303
Абсолютный прирост	—	50	315	110	158
Темп роста (%)	—	102	110	103	105
1% прироста (число больных)	—	31	31	34	32

Результаты динамики, приведенные в таблице свидетельствует о ярко выраженной тенденции роста числа онкологических больных, нуждающихся в паллиативном лечении. За период с 1990-го по 1993 годы абсолютное число больных, нуждающихся в паллиативном лечении возросло с 3080 пациентов до 3555 пациентов. При этом среднегодовой темп прироста таких больных составил 105%. Следует отметить, что увеличение этих больных на 1% соответствовало в среднем росту 32-м пациентам. Из полученных данных можно сделать заключение о том, что за 4-летний период (1990—1993г.г.) в республике отмечено достоверное возрастание числа больных нуждающихся в паллиативном лечении.

Для сравнительной оценки миграция больных по отдельным нозологическим формам использован показатель "темпа прироста", позволяющий, во-первых, в одних единицах измерения, а именно, в процентах, и во-вторых, определить иерархию онкологических больных нуждающихся в паллиативном лечении.

Результаты обработанных данных представлены в таблице 4. Иерархия нозологических форм онкологических больных нуждающихся в паллиативном лечении, на основании исследования темпа роста числа больных, начиная с 1990 года.

Результаты динамики показывают, что с 1990-го года наибольшими темпами идет увеличение больных с новообразованиями мочевыделительной системы в среднем на 168% в год.

Второе место занимают больные — laringe (на 122% в год), третье — больные половая система у женщин (на 111% в год).

Вместе с тем, по сравнению 1990-м годом отмечается снижение роста легочных больных (ежегодный темп прироста составляет 99%) и гастрологических больных (ежегодный темп прироста составляет 91%). Прогнозируя увеличение больных на 1994 год, следует отметить, что при существующих тенденциях динамики первые три места в иерархии будут принадлежать выше перечисленным группам.

Вместе с тем, анализ структуры паллиативной больным по нозологическим формам проведенный за 1993-й год отразил следующую картину:

Структура больных, нуждающихся в паллиативном лечении, по данным за 1993-й год.

Таблица 4

Иерархия изолированных форм онкологических больных, нуждающихся в паллиативном лечении на 1990 год

Нозологическая форма	Темп роста (%)				В среднем	Ранг
Мочеполовая система Sistena urinară	100	69	296	215	170	1
Гортань Laringele	100	136	108	142	122	2
Половая система у женщин Aparatul jenițal la femei	100	95	120	128	111	3
Молочная железа Glanda mamară	100	83	98	133	104	4-5
Пищевод Esofag	100	81	125	108	104	4-5
Прямая кишка Rect-anus	100	94	99	120	103	6
Толстая кишка Colon	100	92	90	125	102	7
Легкие Plămii	100	92	101	104	99	8
Желудок Stomac	100	88	79	98	91	9

Таблица 5

Структура больных, нуждающихся в паллиативном лечении (1993 г.)

ПРОФИЛЬ	Удельный вес
Легкие	27%
Желудок	21%
Молочная железа	11%
Мочевыделительная система	10%
Прямая кишка	9%
Толстая кишка	9%
Половая система женщин	9%
Пищевод	2%
Гортань	2%
Всего	100%

Вышеуказанное достаточно аргументирует актуальность реабилитации и паллиативной помощи онкологическим больным в республике Молдова. Приведенные данные обосновывают необходимость расширения реабилитации и организацию паллиативной помощи в плане создания национальной политики в области реабилитации и паллиативной помощи онкологическим больным.

2. Организационно-методические вопросы реабилитации онкологических больных, леченных по радикальной программе в Республике Молдова

Прежде чем раскрыть существо сугубо медицинской реабилитации, необходимо раскрыть вопрос организационной структуры реабилитации онкологических больных в Молдове, определить необходимость средства и ресурсы финансовые вопросы.

С точки зрения организации основными представляются следующие звенья.

- Реабилитация в стационаре.
- Реабилитация в поликлинике (дневном стационаре).
- Реабилитация в специализированном Реабилитационном центре.

Санаторно-курортная реабилитация.
 Реабилитация в домашних условиях
 Все разделы имеют как правило обратную связь с организационными структурами онко-ВТЭК-а.

2.1. Реабилитация в поликлинике

В республике Молдова первый специализированный центр по восстановительному лечению онкологических больных был создан в 1983 году на базе отделения реабилитации Онкологического института. Тогда появилась и новая вспомогательная дисциплина реабилитация в онкологии и специальность — онколог-реабилитолог, который критически определял программу восстановительного лечения. Концепция реабилитации начинается с того, что у больного имеется основной онкологический диагноз и сопутствующая патология.

В начальном периоде центр имел несколько этапов: простой центр (врач и медсестра), потом открывается дневной стационар. Создается междисциплинарный центр (3 врача), дневной стационар на 10 коек, обслуживание больных в поликлинике и на дому, то есть организуется выездная служба этого Центра.

Здесь работают: онкологи — 1-2; 2-3 терапевта; психолог; иглорефлексотерапевт; химиотерапевт и другие. В центре определяются 3 категории больных:

- с онкологическим заключительным диагнозом;
- с онкологическим заключительным диагнозом и с неясными соматическими заболеваниями;
- больные с далеко запущенными опухолями и с хроническим болевым синдромом.

В таблице 6 представлена, реабилитация в поликлинике.

Таблица 6

Реабилитация в поликлинике

Год	Кол-во процедур	Кол-во больных	Лечение в дневном стационаре	Лечение физическими факторами	Рефлексотерапия
1989	2896	1964	360	1263	341
1990	2019	1611	439	704	368
1991	2659	215	624	1305	286
1992	2217	2217	504	1484	229
1993	1981	1633	481	956	196

Необходимо отметить, что из физических факторов применялись — электроанальгезия в 35%, магнитотерапия в 10%, ультразвуковая терапия в 8%, гипербарическая оксигенация в 7%, лазерная терапия в 25%, рефлексотерапия в 25%. Медикаментозная терапия охватывала 50% больных, психологическая коррекция применялась в 60%. Эффективность реабилитации в поликлинике составил 87%. Кабинеты восстановительного лечения.

В комплексе онкологической помощи в городах и районных центрах необходимы в комплексе кабинета онколога, кабинеты противоболевой терапии, восстановительного лечения (реабилитации) для онкологических больных.

1. В нашем понимании амбулаторный кабинет восстановительного лечения необходимо организовать в составе поликлинического отделения онкологических диспансеров и районных поликлиник.

2. Кабинет должен работать по графику;

3. Прием и лечение больных в амбулаторном кабинете восстановительного лечения ведут врачи онкологи имеющие специальную подготовку по реабилитации и паллиативному лечению онкологических больных.

4. Основными задачами амбулаторного кабинета восстановительного лечения должны быть:

— оказание консультативной помощи и проведение восстановительного лечения больным злокачественными новообразованиями и его радикального лечения;

— обеспечение своевременного начала, непрерывности и преемственности и этапности; организации и осуществления реабилитации;

— дифференцированный подход при выборе методов и средств у разных больных.

5. В кабинет направляются больные:

— после радикальных оперативных вмешательств (мастэктомия) на молочной железе, желудке, толстой кишке (в том числе с колосомами), мочевом пузыре (с цистостомами), легких (после пульмонэктомии и лобэктомий), челюстно-лицевой области и опорно-двигательного аппарата;

— после комбинированного лечения рака матки, гортани; местными постлучевыми повреждениями.

6. В соответствии с поставленными задачами кабинет организует и осуществляет:

— составление индивидуальной программы амбулаторного восстановительного лечения;

— проведение реабилитации с учетом методических рекомендаций Института Онкологии; (1992 г.)

— привлечение для консультаций других специалистов поликлиники или диспансера;

— применение методов функциональной диагностики рентгенологического, ультразвукового лабораторного и др. для определения объема и характера лечения и контроля за состоянием больных;

— на должность врача должны назначаться врач онколог имеющий специальную подготовку по реабилитации онкологических больных.

Мы приступили к организации таких кабинетов в республике.

Первые из них был организован в Окницкой ЦРБ, в Яловенской поликлинике. Ниже приводим некоторые данные иллюстрируемые работу кабинета реабилитации (Чернат В.Ф., 1993)

Данные Чернат В. Ф., 1993 говорят о высокой эффективности работы кабинета восстановительной терапии. Наибольшая эффективность получены при раке молочной железы 100%, раке органов ЖКТ 94%, раке матки 84%, раке легких 81%.

В последующем такие кабинеты организованы в Каларашском, Фалештском районах, в городах Сороки, Бельцы.

Таблица 7

Распределение радикально оперированных онкологических больных по причинам обращений с целью реабилитационного лечения

Причины обращений	Основная группа		Контрольная группа	
	число больных	абс. (%)	число больных	абс. (%)
1. Ухудшение общего состояния	51	23.1	11	27.5
2. Обострения сопутств. патол.	33	15.0	9	22.5
3. Депрессивные состояния	68	30.9	13	32.5
4. Постоперационные осложнения	56	25.5	7	17.5
5. Легочно-сердечная недостат.	12	5.5	—	—

Таблица 8

Эффективность реабилитационных методов лечения больных с онкологической патологией

Метод лечения	Эффективность	Ранг
Магнотерапия	52 (%)	4
Магнитотерапия + электросон	71 (%)	3
Лазеротерапия	73 (%)	2
Лазеротерпия + аэроионная рефлексотерапия	91 (%)	1
Контрольная группа	46 (%)	5

Таблица 9

Эффективность реабилитационных методов лечения больных с различной локализацией онкологической патологии

Методы лечения	Эффективность				
	Рак матки	Рак органов ж.к.т.	Рак молочной железы	Рак легких	Опухоли опорно-двиг. ап.
Магнитотерапия	44(%)	53(%)	36(%)	78(%)	65(%)
Магнитотерапия электросон	86(%)	56(%)	78(%)	64(%)	—*
Лазеротерапия	75(%)	67(%)	81(%)	69(%)	—
Лазотерапия + аэроионная					
рефлексотерапия	89(%)	94(%)	100(%)	81(%)	92(%)
Контрольная группа	36(%)	58(%)	56(%)	56(%)	31(%)

* — эффективность не исследовалась.

Онкологический реабилитационный центр

Мы уже говорили, что организация восстановительного лечения должны рассматривать как дальнейший этап совершенствования специализированной онкологической медицинской помощи. Значимость этого вида помощи обусловлена как экономическими факторами так и социально-медицинскими. Думается, что медицина и в том числе и онкология участвует в производственном секторе. Ведь много даже из онкологических больных возвращаются в строй и работают и конечно имеет место процесс воспроизводство рабочей силы.

В центре исследований мы поставили энергетическую концепцию безмедикаментозные способы реабилитации, преимущественно в условиях поликлиники, на дому и в санаторно-курортных учреждениях. Наряду с этим, оригинальные методики тестирования эффективности реабилитационного лечения и компьютерной регистрации уровней, целые выкладки по математическому моделированию энергетического субстрата во взаимосвязи с опухолевым процессом. Наконец, прогнозирование исходов реабилитационного лечения и действенный скрининг профессиографической миграции реабилитированных онкологических больных. В зако-

нодательной части работы — полная реформа в деятельности онко ВТЭК Молдовы.

В НИИ онкологии Молдовы разработкой и исследованиями в планируемом объеме и указанной глубине поиска, масштабы организационных форм внедрения — начали заниматься впервые. Не более 3 лет как в практическом плане стали разворачивать реабилитационную службу в столице Молдовы и отдельных районов.

В качестве причин инвалидности и смертности населения онкологические заболевания занимают второе, а по тяжести инвалидизации — первое место. Прогноз экономического ущерба по Молдове за год (Камышов Я. М., Мереуца И. Е., Цыбырнэ Г.А., 1992г) составляют суммарном виде около 10. 8 — 11.2 тыс. лей. В представленном аспекте высокую актуальность и практическую значимость приобретают вопросы рациональной организации службы специализированной реабилитации и оздоровительного лечения онкологических больных в условиях единого центра. Последний должен состоять из стационара на 100 коек (2 палатных отделения), физиотерапевтического отделения, гимнастического зала с плавательным бассейном, ванного отделения с грязелечебным сектором, отделения трудотерапии с оборудованием для профессионального обучения и переквалификации, сектора функциональной экспертизы и компьютерного моделирования.

В центре фактически будет продолжено начатое в отделениях стационара восстановление физических и психических функций пациентов, лечение разнообразной интеркуррентной патологии (бронхиальная астма, диабет, постинфарктные состояния и др.) Организация реабилитационного центра позволит сконцентрировать все усилия на достижении максимального эффекта: снижение уровня инвалидизации, годичной и общей летальности, изменение не только количественных показателей длительности жизни онкологического больного, но и ее качественной характеристики. В настоящее время совершенно очевидно, что сам по себе факт доживаемости значительного числа больных до какого-то определенного срока уже не может удовлетворить больного и общество, равно как не может быть единственным критерием излеченности. Наступил момент, когда излечением в онкологии стали понимать не только клиническое выздоровление, но и возвращение больного к прежнему социальному положению. Таким образом, реабилитация становится неотъемлемой частью социологического статуса населения и общегосударственной программы здравоохранения.

Концептуальные предложения на проектирование Реабилитационного центра для онкологических больных

Площадь строительства — 1,5 га.

Удаленность материальных коммуникаций — не более 500 м.

Нужна автономная система энергообеспечения ее дублирование (или с ИОМ в комплексе).

Пищеблок и столовые нужны, но при необходимости можно сочетать со столовой ИОМ.

Помещения для приема посетителей нужны.

Зимний сад предположительно.

Система тревоги нужна.

Кондиционирование поступления воздуха обязательно.

Собственные мастерские.

Видеозалы (2) и залы (2) психологической разгрузки.

Установки водоподготовки (дистиллированная вода и пр.).

Конструкция в целом — бетон — легированная арматура.

Тонированное стекло.

Помещение для персонала — душевые, раздевалки с кодированными шкафами, комбинированные туалеты.

Техническая служба (больничная техника, техника обеспечения, медицинская техника) может быть в комплексе ионологии.

Запасные и складские помещения должны быть автономные.

АПТЕКА.

Склад медикаментов, склад медицинских принадлежностей к ним и т.д.

3-х этажный блок со стационаром на 100 коек.

1. Поликлиническое отделение на 1-м этаже рядом с онко ВТЭК-ом (дневной стационар).

2. Приемное отделение.

3. Социально-психологическое отделение.

4. Реабилитационные отделения.

5. Клинические отделения на 30 коек.

6. Курс или кафедра реабилитации в комбинации с паллиативным лечением.

7. Библиотека с конференц-залом на 60-80 мест.

8. Буфет.

9. Раздевалка для студентов на 80-100 мест.

10. Социально-психологическое отделение;

психиатр;

психотерапевт;

логопед;

юрист.

Поликлиника должна предусмотреть возможность консультативной квалифицированной помощи больных онкологически г. Кишинева и республики.

11. Отделение функциональной диагностики с компьютерным классом.

12. Отделение медицинской экспертизы и автоматизированного моделирования основных систем жизнедеятельности (онко ВТЭК).

13. Отделы программы онкорезабилитация (компьютеризированный архивный банк пациентов и т. д.).

СТАЦИОНАР.

I. Реабилитационный центр (на 90 коек).

— 3 отделения до 30 коек;

— электролечебный кабинет 2 — по 6 мест;

— аппараты;

— кабинет для электросна (набор на 4 места № 4);

II. Магнитотерапия.

— кабинет для магнитотерапии (кабинет на 2 места);

— магнито-аэронная терапия № 2);

— магнито-лазерная терапия;

III. Лазеролечение.

— кабинеты для лазеротерапии (для разных лазеров);

IV. Иглорефлексотерапия.

— кабинет для аэронизации.

V. Психологическая разгрузка.

VI. Водолечение.

1. Сауна — 1;

2. Кабинет для водолечения 2 на 6 мест (3+3);

а) души на 3 места;

б) ванный зал на 3 места;

в) бассейн.

VII. Кабинет фитотерапии — фитобар 1.

VIII. Кабинет кислородных аппликаций (в нелегочной кислородной терапии)

— кислородные маски;

— кислородные коктейли.

IX. Отделение гиперболической оксигенации.

— кабинет врача — 1;

— сестринская;

— специально-оборудованное отделение на 2 места;

X. Кабинеты для персонала.

1. душевая — 1;

2. Раздевалка — 1;

3. Комната зав. отделением;

4. Ординаторская — 3;

5. Кабинет ст. медсестры — 1;

6. Склад для ст. медсестры — 1;

7. Кабинет сестры-хозяйки со складским помещением — 1;

XI. Отделение профессиональной реориентации (механотерапии, трудотерапии).

Мастерские.

Курс (кафедра) реабилитации и паллиативной помощи онкобольных

1. Кабинет зав. курсом (кафедры) со всеми удобствами.

2. Кабинет зав. учебной частью с тамбуром и со всеми удобствами.

3. Кабинет профессора (доцента).

4. Ассистенская.

5. Кабинет для клинических ординаториев, врачей стажеров.

6. Лаборатория занимающееся функционально-соматическим статусом онкобольного и трудоустройством онкобольного.

7. Конференц-зал на 50-80 мест.

8. Библиотека.

9. Методический кабинет.

10. Видеокласс.

11. Компьютерный класс.

12. Учебные классы.

13. Кино-фотолаборатория.

14. Туалеты.

При центре должны работать консультативно-отборочная комиссия, которая определяет статус больного, психо-сомато-функциональное состояние и определяет реабилитационную программу для больного по

этапам — стационар — реабилитационный центр — санаторно-курортное лечение — профессиональная реориентация — трудоустройство.

Здесь должны работать председатель (зам. директора Института Онкологии), заведующие профильных отделений, главные специалисты, зав. отдела реабилитации, лечащий врач, врач реабилитолог.

Научно-хозяйственная и социально-экономическая значимость создания Реабилитационного центра

Народно-хозяйственная значимость ожидаемых результатов по внедрению результатов проведенного исследования в Молдове — более 160000 млн. лей экономии на каждые 100 пациентов за год (переосвидетельствование и восстановление трудоспособности с сохранением профессиографической базы, сокращение числа пациентов интернируемых в стационар для долечивания, сокращение вызовов участковых врачей и бригад обслуживания по скорой помощи). Социологический аспект — отказ по всему массиву пациентов от лекарственного способа лечения, в настоящее время при ситуационных особенностях медикаментозного снабжения — трудно переоценить. Полная отмена лекарственных средств — реальна не менее чем в 55% случаев. При этом, затраты на переподготовку кадров — минимальны. На такой основе представляется реальным и сотрудничество с международными ассоциациями и Всемирной федерацией помощи больных раком. Еще о актуальном социологическом аспекте, касающимися семьи в составе которой находится пациент онкологического профиля. В этих случаях, надежное восстановительное лечение, полноценная реабилитация, одномоментно решает судьбу микроклимата в квартире, психологический и духовный настрой, наконец, трудоспособность работающих или обучающихся (детский и подростковый контингенты) родственников, что в конечном счете не поддается возможно точному позитивно-финансовому и социально-экономическому учету.

Мы приступили к реализации данной проблемы.

Конкретный уровень внедрения результатов работы — международный, (СНГ и ряд стран Европы), путем широкой информации (журнальная и монографическая), изобретательской и рационализаторской деятельности, участия в конгрессах и симпозиумах, круглогодичной методологической работе в межрегиональной школе-семинаре, конкретных международных контрактов.

За последнее десятилетие определились существенные положительные сдвиги в области медицинской, трудовой и социальной реабилитации онкологических больных. В основе этого процесса лежит улучшение непосредственных и отдаленных результатов больных злокачественными новообразованиями, связанное с современными успехами хирургического, комбинированного и комплексное лечения, а также оздоровительными мероприятиями, проводимыми после радикального лечения.

Так в настоящее время из общего числа онкологических больных (39530), находящихся на диспансерном учете 19036 (48.2%) больных наблюдаются 5 и более лет.

Как известно, диспансерное наблюдение за онкологическими больными должно, помимо периодического обследования с целью ранней диагностики рецидивов, метастазов и первично-множественных метастазов, включать комплекс общих оздоровительных мероприятий.

Злокачественные новообразования в 30-35% сопровождаются сопутствующими заболеваниями: патология сердечно-сосудистой системы (хроническая ишемическая болезнь сердца в различных вариантах, в том числе постинфарктный кардиосклероз; артериальная гипертензия, дистрофия миокарда различного генеза), хронические неспецифические заболевания легких (бронхиты, бронхиальная астма, эмфизема легких, хроническая пневмония), болезни пищеварительного тракта (гастриты, язва желудка и двенадцатиперстной кишки, желчекаменная болезнь, хронические холециститы, хронические гепатиты), болезни почек и мочевыводящих путей (хронический пиелонефрит, мочекаменная болезнь, хронический цистит) и многие другие хронические заболевания, встречающиеся, по крайней мере, не реже, чем у неонкологических больных.

Таблица 10 демонстрирует структуру сопутствующих заболеваний и их частоту у онкологических больных (N — 494) основными локализациями.

Общим явлением для всех онкологических больных, в том числе и радикально излеченных, можно считать наличие функциональных нарушений нервной системы, как следствия тяжелого эмоционального стресса, вызванного получением информации об опухолевом характере заболевания, пребыванием, в специализированном стационаре, последствиями обширных операций, иногда вынужденно носящих калечащий

Таблица 10

Структура сопутствующих заболеваний и их частота у онкологических больных

Сопутствующая патология	Количество больных	
	абс.	%
1. Заболевания сердечно-сосудистой системы	137	27,73
2. Заболевания органов дыхания	46	9,31
3. Сердечно-сосуд	28	5,67
4. Заболевания прочих органов	68	13,77
5. Другие опухоли	8	1,68

характер, а также длительными курсами химиогормонотерапии и лучевого лечения. Следует подчеркнуть, что сама лекарственная терапия опухолей и лучевая терапия может вызвать вегетодистонические и астенические реакции.

Чаше расстройства со стороны центральной нервной системы у излеченных онкологических больных проявляются невротическими, ипохондрическим, депрессивным синдромами, а также своеобразным синдромом "самоизоляции" больного, резко нарушающими не только трудоспособность, но и социальную адаптацию человека.

Таблица 11 демонстрирует психические изменения у онкологических больных на этапах диагностики онкологического процесса и на этапе реабилитации в поликлинике.

Очень часто, особенно при раке эндометрия, молочной железы, наряду с артериальной гипертензией и атеросклерозом имеют место нарушения эндокрино-обменного характера (ожирение, сахарный диабет, гипопункция щитовидной железы). В наших исследованиях ожирение встречалось в 2%, сахарный диабет — в 1,5%.

У излеченных онкологических больных с достаточной частотой наблюдается стойкие органические и функциональные нарушения, вызванные последствиями и осложнениями хирургического, лучевого и химиогормонального лечения новообразования. Наблюдается осложнения со стороны системы кроветворения (анемия, умеренно выраженные лейкоцитопении), поражения кожи и слизистых оболочек (лучевые

язвы, ректиты, циститы), нарушение в системе внешнего дыхания (лучевые пульмониты, остаточные явления эмпиемы плевры), пищеварительных органов гастриты культи желудка, дискинезии кишечника, хронические колиты и энтероколиты).

Таблица II

Психические изменения у онкологических больных на этапах диагностики и реабилитации в поликлинике

Этапы Синдромы	Поликлиника			
	Этап диагностики		Этап реабилитации	
	абс.	%	абс.	%
1. Тревожно-депрессивный	96	51,1	11	8,7
2. Дисфорический	24	12,8	4	3,3
3. Тревожно-ипохондрический	12	6,4	20	15,8
4. Астено-ипохондрический	11	5,8	32	25,4
5. Астено-депрессивный	4	2,1	5	25,4
6. Обесиванофобический	5	2,1	5	3,9
7. Апатический	3	1,6	15	11,9
Все симптомы	155	82,4	90	71,4
В с е г о	188	100,0	126	100,0

Организационные аспекты санаторно-курортного лечения онкологических больных в республике Молдова

В 1991 году на заседании медицинского совета при лечебно-профилактическом управлении республиканского совета по управлению курортами профсоюзов Молдовы (с 4 мая 1993 г. реорганизован в республиканскую фирму "Синдбальнеосервис Молдова") был поднят вопрос о возможности организации в санаториях профсоюзов реабилитационного дечення радикально излеченных онкологических больных.

После предварительна консультаций с учеными института Онкологии специалистами "Синдбальнеосервис Молдова" был получен положительный ответ о возможностях организации лечения этого контингента больных в санаториях.

На рабочем заседании сотрудников института Онкологии и фирмы "Синдбальнеосервис Молдова" в феврале 1992 г. был обозначен план

мероприятий о подготовке лечения в профсоюзной здравницах онкологических больных, который предусматривал:

- подготовку и утверждение в установленном порядке методических рекомендаций о лечении онкологических больных в здравницах Молдовы;
- укреплении материальной базы в санаториях необходимой медицинской техникой для лечения онкобольных;
- подготовку врачебного персонала санаториев на рабочем месте в институте Онкологии;
- деонтологическое обучение персонала санаториев при работе с онкобольными;
- внесение изменений в специализацию коечной сети санаториев;
- дооснащение инструментарием и медикаментами дежурных постов в здравницах на случай оказания срочной и неотложной помощи;
- другие организационные аспекты.

По завершению подготовительной работы сотрудниками онкоинститута и фирмы "Синдбальнеосервис Молдова" был подготовлен совместный приказ Министерства Здравоохранения Республики Молдова и фирмы "Синдбальнеосервис Молдова" "Об организации санаторно-курортного лечения радикально, излеченных онкологических больных в санаториях № 38/6" от 15 февраля 1993 г.

Приказ предусматривал, что с учетом ныне действующей специализации санаториев, наличия лечебной базы и квалификации медицинских кадров лечения онкологических больных предусматривалось:

- санаторий "Кодру" (село Гыржаука, Кэлэрашский р-н) — радикально излеченных по поводу рака желудка;
- санаторий "Золотая нива" (курорт Сергеевка) — радикально излеченных по поводу рака молочной железы;
- санаторий им. С. Лазо (курорт Сергеевка) — больных, перенесших радикальные операции на матке и придатках;
- санаторий "Патрия" (курорт Сергеевка) — больных, перенесших радикальные операции на легких.

Санаторий "Кодру", "Золотая нива", им. С. Лазо и "Патрия" являются хорошо оснащенными, специализированными здравницами, имеющие немалый опыт в организации санаторно-курортного лечения природными и преформированными лечебными факторами и средствами. Здесь функционирует кабинеты и отделения оснащенные современной медицинской аппаратурой и техникой, водо— и грязелечебницы, плавательные

бассейны, кабинеты физиотерапии, кишечного и гинекологического орошения, гидротатические кабинеты, залы ЛФК и механотерапии, массажные и другие кабинеты, УЗИ-диагностики (с. "Кодру") психотерапии. В санаториях функционируют кабинеты функциональной диагностики, рентгеновские, клинко-диагностические лаборатории.

Санаторий на курорте Сергеевка имеют возможность широко использовать в лечебных и профилактических целях климатические условия Черного моря (азроталассотерапия, прогулки по маршрутам терренкура), а санаторий "Кодру" находящийся в лесу и располагающий источниками минеральных вод для внутреннего приема к тому же накопил опыт реабилитационного лечения больных, оперированных по поводу язвенной болезни желудка, двенадцатиперстной кишки и после холецистэктомии.

Все санатории располагают высокой степенью благоустройства (комнаты на 1-2 человек со всеми удобствами), имеют необходимые условия для полноценного досуга (библиотеки, кинозалы, видео салоны, танцплощадки, бары, спортивные площадки, корты и т.д.). Питание в столовых здравниц в одну смену с учетом назначенной врачом диеты.

Завершив подготовительные работы Минздрав Республики Молдова и фирма "Синдбальнеосервис Молдова" информировали Совет Федерации независимых профсоюзов Молдовы о готовности вышеперечисленных здравниц к приему и организации лечения радикально излеченных онкологических больных.

Постановлением СФНПМ "Об организации санаторно-курортного лечения онкологических больных" от 12 июля 1993 г. № 50 предусмотрено ежегодное выделение 50 бесплатных путевок в санатории профсоюзов для работающих, страдающих онкологическими заболеваниями через институт Онкологии за счет централизованных средств Целевого фонда социального страхования. По данным путевок в 1993 году было оздоровлено 26 больных в санаторий "Кодру" в 1 квартале (январь) 1994г. Институту выделено 12 путевок в этот же санаторий (в связи с экономическим кризисом санатории на курорте Сергеевка временно не функционируют). Лечение больных в санатории "Кодру" было организовано строго в соответствии с методическими рекомендациями, "Санаторно-курортное лечение онкологических больных в Молдове", утвержденным Министерством здравоохранения Республики Молдова (И. Е. Мереуцэ, Я. М. Камышов, Цыбырнэ Г. А. и др.).

Наличие утвержденных методических рекомендаций по организации санаторно-курортного лечения онкологических больных позволило впервые осуществить лечение в санаторий "Кодру" больных излеченных от рака желудка. Отдаленные результаты пребывания и лечения больных в санатории могут быть проанализированы через несколько лет, вместе с тем необходимо отметить, что уже сам факт пребывания больного в санатории положительно сказывался на психозмоциональном настроении больных, которые также отмечали и улучшение состояния здоровья в целом.

Предварительная эффективность санаторно-курортной реабилитации составляет 85%.

С учетом того, что санаторно-курортное лечение радикально излеченных онкологических больных для Республики Молдова является новым направлением в рурортологии мы начали консолидацию ученых Онкоинститута и врачей санаториев для изучения не только отдаленных результатов лечения но и внедрение в практику новых методов курортной терапии и расширения рекомендаций для направления и других онкобольных в санатории (болезни крови, почек и др.).

В связи с недостаточными в целевом фонде социального ФНПМ на санаторно-курортное лечение, увеличение выпуска путевок для лечения онкобольных мы предлагаем решить этот вопрос путем:

— размещения государственного заказа в фирму "Синдбальнеосервис Молдова" на лутевки Минздрава Республики Молдова;

— выделение определенного количества путевок Министерству труда и социальной защиты для распределения их пенсионерам и неработающим инвалидам;

— работа со спонсорами, различными общественными фондами и меценатами;

— другие источники изыскания средств на приобретение путевок для онкобольных, не запрещенные законодательством Республики Молдова. (средства противоракового общества, фонда поддержки онкологических больных и их семей "Pollijsive Care"; средства самих больных и их родственников и т.д.)

Направление на санаторно-курортное лечение допустимо исключительно для больных третьей группы онкологического диспансерного учета (больные, получившие радикальные противоопухолевое лечение и не имеющие признаков рецидивов или метастазов опухоли).

Учитывая клиническое течение онкологического процесса у онкологических больных, фактор риска в онкологии, сомато-функциональное состояние с целью уменьшения инсоляции направлять больных на санаторно-курортное лечение следует преимущественно в осенне-зимний период.

Показаниями для направления на санаторно-курортное лечение онкологических больных нам представляются следующие:

Осложнение проведенного радикального противоопухолевого лечения.
Сопутствующие заболевания.

А. Последствия радикального лечения рака желудка.

Пострезекционные расстройства легкой и средней степени:

- демпинг — и гипогликемический синдром;
- гастрит культи желудка;
- анастомозит;
- рефлюкс-эзофагит;

хронические: гепатит, холецистит, панкреатит, энтероколит (вне фазы обострения);

- анемия (железодефицитная и В12 фолиеводефицитная);
- дефицит массы тела больного до 10 кг (по индексу Брока идеальная масса тела — рост в см. — 100);
- функциональные нарушения нервной системы.

Б. Последствия радикального лечения толстой кишки:

- функциональные расстройства: дискинезия кишечника с явлениями кишечного стаза или диареей (вне фазы обострения);
- хронические колиты и энтероколиты легкой и средней степени (вне фазы обострения);
- функциональные нарушения нервной системы.

Сроки после излечения основного заболевания: не ранее 3-6 месяцев для местных санаториев и не ранее 6-12 месяцев для курортов.

Учитывая наши данные, больным всех форм и локализаций злокачественных опухолей, перенесших радикальное противоопухолевое лечение и не имеющих возврата болезни 5 и более лет, санаторно-курортного лечения показано по поводу следующих сопутствующих заболеваний:

- а) органов кровообращения;
- б) органов пищеварения;
- в) функциональных заболеваний нервной системы;
- г) болезней бронхов и легких нетуберкулезного характера;

- д) хронического пиелита, пиелонефрита, мочекаменной болезни;
- е) нарушений обмена, болезней эндокринной системы;
- ж) болезней органов зрения.

Наши данные подтверждают, что преформированные курортные факторы могут отрицательно влиять на состояние онкологического больного, порой даже активизировать онкологический процесс, по этому нам представляются наиболее частые следующие противопоказания для направления больных на курорте:

- все виды грязей;
- внутренне и наружное применение родоновой, сероводородной, мышьяковистой, азотной воды;
- гелиторапия, ультрафиолетовая терапия;
- теплые и горячие ванны;
- высокочастотная электротерапия.

Не подлежат санаторно-курортному лечению:

- больные I группы онкологического диспансерного учета;
- больные II группы онкологического диспансерного учета;
- больные III группы онкологического диспансерного учета (излеченные от опухоли) в сроки до 5 лет от излечения (за исключением больных раком желудка и толстой кишки, направляемых по поводу осложнений радикального лечения);

— больные III группы онкологического диспансерного учета с подозрением на рецидив или метастазы опухоли, пока это подозрение не отвергнуто;

— больные IV группы онкологического диспансерного учета (с далеко зашедшим опухолевым процессом, подлежащие только симптоматическому лечению), даже при общем удовлетворительном их состоянии, потому что все виды санаторно-курортного восстановительного лечения стимулируют опухолевый рост и ухудшают состояние больного.

Так же не подлежат санаторно-курортному лечению исходя также из вышеперечисленных соображений больные

- с лучевыми язвами кожи и слизистых оболочек,
- лучевыми ректитами, циститами, кольпитами, эзофагитами, пневмонитами (для лечения этих осложнений успешно используются медикаментозные средства),
- наличием различного рода свищей, включая противоестественный задний проход, гастростому, фарингостому, трахеостому, а также:

— с неудовлетворительной функцией сфинктера заднего прохода после сфинктеросохраняющих операций по поводу рака прямой кишки.

Зарубежный и начальный опыт в проведении санаторно-курортной реабилитации онкологических больных обосновывают то, что больные с сопутствующими заболеваниями, таких как заболевания:

- костно-мышечной системы, в том числе суставов;
- периферической нервной системы;
- хронических воспалительных заболеваний женской половой сферы;
- кожные заболевания;
- хронические заболевания ЛОР-органов, не подлежат санаторно-курортному лечению из-за возможности активизации опухолевого процесса и возникновения рецидивов.

Относительным противопоказанием можно считать неблагоприятный индивидуальный прогноз течения опухолевого процесса, который в значительной мере обусловлен следующими факторами:

- значительное распространение опухоли или массивное поражение регионарного лимфатического аппарата до радикального лечения;
- состояние после радикального лечения опухолей, склонных к частым рецидивам и бурному метастазированию;
- состояние после повторного лечения по поводу рецидива опухоли или ее метастазов и живущие после этого, без дальнейших признаков заболевания.

Во всех случаях возможность направления больного на санаторно-курортное лечение определяются индивидуально, желательно после консультации врачей онкологов специалистов, врачей реабилитологов Онкологического Института и заключение врачебно-консультативной комиссии.

Наши данные подтверждают, что при неблагоприятном функциональном фоне у онкологического больного, и когда есть необходимость в проведении активных лечебных мероприятий в стационаре, естественно, и после тяжелых последствий радикального лечения санаторно-курортная реабилитация противопоказано при:

- выраженных (III ст.) пострезекционных расстройств после оперативного лечения рака желудка,
- дефиците массы тела больного более 10 кг. при тяжелых формах щитовидной и паращитовидной недостаточности после тиреоидэктомии,
- выраженных легочно-сердечная недостаточности после пульмонэктомии;

— выраженном лимфостазе конечностей после лимфаденэктомии (выше I степени);

- рецидивирующее рожистое воспаление при лимфостазе;
- резко выраженным посттромбофлебетический синдром.

Реабилитационно-отборочная комиссия и порядок медицинского отбора на санаторно-курортное лечение онкологических больных III группы диспансерного учета

При медицинском отборе на санаторно-курортное лечение онкологических больных по поводу последствий лечения основного заболевания необходимо руководствоваться сроками, определенными методическими указаниями.

Медицинский отбор онкологических больных осуществляется в том же порядке, что и всех остальных больных, но с обязательным предъявлением больным лечащему врачу справки по форме 1-ОНКО, выданный онкологической поликлиникой, на учете которого находится данный больной.

Направление онкологического больного на санаторно-курортное лечение по поводу сопутствующих заболеваний не должно назначаться ранее 5 лет после окончания радикального противоопухолевого лечения без признаков возврата болезни (рецидив, метастазы).

Помимо общеклинического обследования, необходимо для направления больных на санаторно-курортное лечение, онкологические больные перед получением справки по форме 1-ОНКО должны обследоваться онкологом с целью исключения рецидива и метастазов опухоли.

Ниже приводятся краткие схемы обязательного обследования онкологических больных, излеченных от опухолей наиболее часто встречающихся локализаций:

1. Рак желудка:
 - рентгеноскопия желудка;
 - фиброгастроскопия по показаниям;
 - крупнокадровая флюорография грудной клетки;
 - для женщин: осмотр онкогинеколога.
2. Рак прямой кишки:
 - ректоскопия;
 - ирригоскопия;
 - крупнокадровая флюорография грудной клетки;

- радионуклеидная сцинтиграфия печени (при показаниях);
- для женщин: осмотр онкогинеколога.
- 3. Рак ободочной кишки:
 - ирригоскопия;
 - фиброколоноскопия (по показаниям);
 - крупнокадровая флюорография грудной клетки;
 - радионуклеидная сцинтиграфия печени (при показаниях);
 - для женщин, осмотр онкогинеколога.
- 4. Рак легкого:
 - рентгенография и томография органов грудной клетки;
 - бронхоскопии (при показаниях);
 - рентгенография костей (при показаниях);
 - осмотр гинеколога (у женщин);
- 5. Рак молочной железы:
 - осмотр онкогинеколога;
 - крупнокадровая флюорография (после комбинированного лечения рентгенография) грудной клетки;
 - мамография здоровой молочной железы;
 - радионуклеидная сцинтиграфия печени (при показаниях);
 - рентгенография и (или) радионуклеидная сцинтиграфия скелета, особенно позвоночника и костей таза (при показаниях).
- 6. Рак почки:
 - крупнокадровая флюорография грудной клетки;
 - внутривенная урография (для исключения метастазов забрюшинные лимфатические узлы и для оценки выделительной функции оставшейся почки);
 - радионуклеидная сцинтиграфия печени (по показаниям);
 - осмотр гинеколога.
- 7. Рак мочевого пузыря:
 - цистоскопия;
 - крупнокадровая флюорография грудной клетки;
 - для женщин: осмотр онкогинеколога;
- 8. Рак яичка:
 - крупнокадровая флюорография грудной клетки;
 - внутривенная урография (для исключения метастазов в забрюшинные лимфатические узлы).
- 9. Рак шейки матки (состояние после радикальной лучевой терапии)

- осмотр онкогинеколога;
- кольпоскопия (цитологическое исследование материала с поверхности шейки матки);
- крупнокадровая флюорография грудной клетки;
- ректальное пальцевое исследование и ректороманоскопия;
- цистоскопия;
- при показаниях — радионуклеидная сцинтиграфия печени;
- при возможности: радионуклеидная сцинтиграфия забрюшинных лимфатических узлов.
- 10. Рак шейки матки состояние после хирургического и комбинированного лечения):
 - осмотр онкогинеколога;
 - крупнокадровая флюорография грудной клетки;
 - ректальное пальцевое исследование и ректоманоскопия (после комбинированного лечения);
 - цитоскопия (после комбинированного лечения);
 - при возможности: радионуклеидная сцинтиграфия забрюшинных лимфатических узлов).
- 11. Рак тела матки: после радикального лучевого лечения:
 - осмотр онкогинеколога;
 - цитологическое исследование аспирата из полости матки;
 - крупнокадровая флюорография грудной клетки.
- 12. Рак тела матки (после радикального хирургического или комбинированного лечения):
 - осмотр онкогинеколога;
 - крупнокадровая флюорография грудной клетки;
 - при возможности, радионуклеидное исследование забрюшинных лимфатических узлов;
 - при показаниях; радионуклеидное исследование печени.
- 13. Рак яичников:
 - осмотр онкогинеколога;
 - крупнокадровая флюорография грудной клетки;
 - при показаниях (подозрение на экссудат в плевральных полостях);
 - рентгенография грудной клетки.
- 14. Рак щитовидной железы: (после хирургического и комбинированного лечения):
 - пальпация области шеи (зона щитовидной железы и регионарных лимфатических узлов);

- крупнокадровая флюорография грудной клетки;
- при показаниях (подозрение на местный рецидив) радионуклидное исследование щитовидной железы;
- осмотр гинеколога;
- при показаниях: рентгенография и (или) радионуклидное исследование скелета (при папиллярном раке — преимущественно позвоночника, при фолликулярном — плоских костей).

15. Рак ЛОР-органов:

- осмотр онколаринголога с выполнением дополнительных исследований по его назначению;
- крупнокадровая флюорография грудной клетки;
- осмотр гинеколога.

16. Опухоли опорно-двигательного аппарата (после хирургического и комбинированного лечения):

- осмотр и пальпация послеоперационных рубцов;
- пальпация регионарных лимфатических узлов;
- крупнокадровая флюорография грудной клетки;
- осмотр гинеколога;
- радионуклидная скintiграфия печени (при показаниях).

17. Рак кожи (после радикального лучевого или хирургического лечения):

- тщательный осмотр после операционного рубца (или поля облучения);
- тщательная пальпация регионарных лимфатических узлов;
- крупнокадровая флюорография грудной клетки;
- дополнительные исследования, соответственно жалобам больного.

18. Лимфогранулематоз, другие злокачественные лимфомы (состояние после радикальной лучевой терапии или химиолучевой терапии),

- хронические лейкозы в фазе стойкой ремиссии ;
- необходимый объем исследования и оценка возможности направления больных на санаторно-курортное лечение решается в лечебном учреждении, где больной получал соответствующую терапию и находится под наблюдением в крупных онкологических диспансерах институте онкологии, в гематологических отделениях городских и областных больниц, с выдачей заключения больному для представления в комиссию.

Справка по форме 1-ОНКО выдается больным онкологам онкополиклиники только после проведения всех указанных выше исследований.

После санаторно-курортного лечения больной подлежит осмотру гинеколога один раз в три месяца.

При отсутствии признаков возврата болезни и эффективности санаторно-курортного лечения лечащим врачом совместно с онкологом целесообразно обсудить вопрос о повторном направлении больного на курорт или санаторий.

РЕЗЮМЕ

Итак, реабилитация является одной из ведущих медико-социальных проблем. Развитие клинической онкологии привело к тому, что в настоящее время многие из обреченных больных могут жить долгие годы.

Наступил момент, когда под излечением в онкологии необходимо понимать не только клиническое выздоровление больного, но и его возвращения к прежнему социальному положению. Что касается раздела медицинской реабилитации в онкологии то для достижения цели принимают участие следующие звенья: реабилитация в стационаре, в поликлинике, Реабилитационный центр, санаторно-курорты лечения, реабилитация в домашних условиях, лечебная гимнастика, массаж.

С 1992 года в республике санаторно-курортные формы реабилитации онкологических больных в следующих здравницах:

1. Санаторий "Кодру" (с. Гыржаука, Каларашский район) радикально излеченных больных по поводу рака желудка;
2. Санаторий "Золотая нива" (курорт Сергеевка) больных, перенесших радикальную мастэктомию;
3. Санаторий им. С. Лазо (курорт Сергеевка) — больных, перенесших радикальные операции на матке и придатках;
4. Санаторий "Патрия" (курорт Сергеевка) — больных, перенесших радикальные операции на легких.

Все эти этапы, формы и создают комплексную программу реабилитации этих больных. Создано автоматизированная компьютеризированная информационная система "Онкорезабилитология и Информационно-экспертный регистр".

2.3 Паллиативная помощь. Организационные формы и структура медико-социального обеспечения больных с запущенным опухолевым процессом

В последние годы вопросы оказания паллиативной помощи онкологическим больным, находящимися в терминальной стадии заболевания принимают все большую актуальность в мире и в жизни нашей Республики. Это в первую очередь связано с тем, что Всемирной организацией здравоохранения эта проблема поставлена в один ряд с тремя такими основными направлениями противораковой борьбы как первичная профилактика, ранняя диагностика, и лечение курательных форм злокачественных новообразований. Если в середине 80-х годов речь шла об эффективной борьбе с болью, то в настоящее время, по мере накопления опыта, вопрос ставится значительно шире и проблема помощи умирающим онкологическим больным обозначаются как паллиативная помощь. Проблема адекватного обезболивания является составной частью этой помощи.

В Республике Молдова паллиативная помощь только создается, открыты и работают первые, кабинеты противоболевой терапии. Опыт работы этих кабинетов показал их высокую рентабельность как в финансовом отношении, так и в психо-социальном. По 4-х летнему опыту работы кабинета противоболевой помощи, организованного на базе поликлиники онкологического института, в других ЦРБ, в т.ч. в Яловенах можно отметить, что качество жизни онкологических больных, состоящих под наблюдением врачей кабинета, значительно повышается. Это связано, в первую очередь с возможностью обращения больного за консультативной или лечебной помощью необходимой для борьбы с болью или другими мучительными проявлениями прогрессирующего онкологического заболевания. Постоянный контакт с больными и его родственником при их непосредственном посещении кабинета, по телефону или в ряде случаев при посещении больных на дому позволяет улучшить психологический статус пациента, помочь членам семьи в организации ухода за тяжелобольным как советом так и обучением ряду необходимых процедур.

Адекватное и системное обезбоживание с помощью этой службы позволило значительно снизить число выездов бригад "Скорой помощи" на дом к онкологическим больным, которые вызывались только лишь для введения анальгетиков.

Таблица 12 демонстрирует эти данные.

Таблица 12

Анализ вызов по отделению скорой и неотложной медицинской помощи Окницкой ЦРБ к больным онкологического профиля (И.Е. МЕРЕУЦА, 1991 г.)

Показатели	1986	1987	1988 (кв)
Общее количество вызовов	8143	7801	2448
Из них онкологические	141	105	31
Их удельный вес, %	10.7	10.3	10.1
На 10 тыс. населения	29.3)	21.4	6.3
Повторность вызова, %	161 (43.9)	49(49.5)	14(49.3)
В среднем к одному больному	2.3	2.0	1.9
Повод-причины вызова			
Одышка	30	21	9
Гипертермия	31	10	4
Боль	80	78	18
Введение наркотических средств			
Промедол	9	4	1
Морфин	2	3	1
Оmnopон	2	1	0

Ядром паллиативной помощи по нашему мнению могут быть хосписы, которые необходимо создавать в г. Кишиневе при Онкологическом институте, Бельцом онкодиспансере, в г. Кагуле. Мы убеждены, что такой подход позволит избежать значительных финансовых затрат организационных сложностей, если создавать хоспис автономно, отдельно. Следующей составной частью является создание дневного центра при хосписе, который может быть организован как непосредственно при хосписе, так и отдельно. Задачей дневного центра является создание здорового психологического климата для больных, пребывающих в нем в течение 4-8 часов. Здесь они общаются друг с другом, могут заниматься своим любимым делом, смотреть телевизор, слушать радиопередачи, то есть проводить с интересом свой досуг, не замыкаясь на своей болезни чему особенно способствует пребывание их дома в одиночестве пока родственники заняты работой или учебой. В дневном центре должны быть условия для оказания минимальной медицинской помощи на уровне

перевязочной, медицинский персонал. В тесной связи с хосписом и дневным центром работают специальные бригады для оказания помощи на дому. Нормальная работа всей этой системы невозможна без добровольцев, оказывающих помощь в транспортировке больных. Для оказания медицинской помощи также широко используются медицинские сестры волонтеры.

Большое значение имеет и подготовка кадров для работы в системе паллиативной помощи онкологическим больным. Уже начата специальная подготовка врачей и медицинских сестер и это возможно в учебных центрах, которые следует создавать при Институте Онкологии, хосписов, онко-диспансеров. Это работа ведется с 1984 году.

Начато и ведется забота в отношении подготовке медсестер вопросы оказания паллиативной помощи внедряются в учебные программы медицинских училищ, медицинских институтов, курсов повышения квалификации врачей и медсестер.

Безусловно, что на первых этапах невозможно создание всей этой инфраструктуры. Даже начать с противоболевых кабинетов, мы оказываем большую помощь онкологическим больным.

Ниже приведем эффективность комбинированных методов болеутоления введенных в противосолевом кабинете Окницкой ЦРБ (И.Е. Мереуца, 1991 г.).

Эффективность болеутоления диктует необходимость продолжения создания кабинетов противоболевых кабинетов в республике.

Это подтверждаются и данными других кабинетов (Яловень, Чернат В. Ф., 1994, Калараш и др.).

Ниже, остановимся на некоторые организационные формы медико-социального обеспечения онкологических больных:

1. Специализированный центр паллиативной помощи.

(Отделение паллиативной терапии Института онкологии).

В соответствии с приказом МЗ Республики Молдова № 3 от 10. 01. 94 г. в Институте онкологии было организовано отделение паллиативной помощи онкологическим больным на 20 коек (таб. № 29).

Здесь должны получать паллиативную помощь больные как г. Кишинев, так и больные, находящиеся на месте и в Институте онкологии. Больные после нахождения в профильных отделениях Института, после соответствующего решения врачебно-отборочной комиссией переводятся в отделение паллиативной терапии, где проводится комплекс паллиа-

тивного лечения. После выписки из стационара с больными работает врач отделения выездной службы отделения паллиативной терапии (которое создается).

Отбор больных в отделение паллиативной помощи осуществляется комиссионно, но в основном врачами отделения на основании:

- наличие онкологического заболевания в терминальной стадии;
- наличия некупируемого в домашних условиях болевого синдрома
- наличия социально-психологических показаний депрессии, реактивные состояния, конфликтные состояния дома, невозможность ухода за больным).

Необходимо отметить, что здесь объектом лечения и заботы в отделении паллиативной помощи должен быть пациент и его семья, родственники больного после обучения вовлекаются в процесс ухода, а также получают психологическую помощь и поддержку для уменьшения страданий, связанных с ухудшением состояния или смертью близкого человека.

На базе отделения паллиативного лечения должен организован Методический центр по противоболевой терапии онкологических больных Молдовы. Это необходимо в целях координации научных исследования, проведения мероприятий по разработке и внедрению унифицированных методов и программ противоболевой терапии для оказания методической помощи по организации амбулаторных кабинетов противоболевой терапии в республиканских онкологических диспансерах, а также городских и районных поликлиниках, в блоке с кабинетом онколога.

Функции Методического центра должны быть:

1. Организация, изучение и клиническое испытание новых лекарственных препаратов, раз решенных фармакологическим комитетом.
2. Разрабатывать показания для применения различных методов противоболевой терапии.
3. Совместно с соответствующими организациями (Центр медицинской техники, комиссия по медицинской технике МЗ Республики Молдова и др.) определять основные направления в разработке и внедрении эффективной аппаратуры для обезболивания.
4. Разрабатывать научно-обоснованные рекомендации по производству и закупке, по импорту эффективных анальгетиков.
5. Организовать в Молдове кооперирование исследования эффективности средств и методов противоболевой терапии.

Эффективность комбинированных методов болеутоления у больных с далеко запущенным опухолевым процессом (Мереуца И. Е. 1991 г.)

Таблица 13

Метод болеутоления	Число наблюдений	Интенсивность болей		p
		до лечения	после лечения	
Электроимпульсная терапия (ЭИТ)	22	2,4±0,4	1,6±0,4	>0,05
ЭИТ + наркотиин + тиам.	20	2,6±0,2	1,5±0,3	>0,01
ЭИТ + наркотиин + тиам.+ детоксикация	16	2,6±0,3	1,5±0,2	>0,01
Магнитотерапия	20	2,4±0,5	2,1±0,5	>0,05
МТ + Н + Т	25	2,6±0,4	2,5±0,4	>0,05
МТ + Н + Т + детоксикация	14	2,7±0,4	2,4±0,4	>0,05
ЛТ + Н + Т	13	2,9±0,4	1,1±0,3	>0,01
ЛТ + Н + Т + детоксикация	14	2,6±0,3	0,6±0,02	>0,001
Контрольная группа	20	2,9±0,3	1,7±0,3	>0,01

6. Участвовать в международном научном сотрудничестве по данной проблеме.

Мы разработали концепцию работы центра, проекта положения о методическом центре по паллиативной терапии, открыты отделения на 20 коек.

По этим вопросам должны быть изданы соответствующие приказы МЗ Молдовы, утверждены "Положение о Методическом центре по паллиативной и противоболевой терапии.

В нашем представлении Центр должен иметь следующие положения:

1. Центр по паллиативной и противоболевой терапии должен создаваться на базе Института онкологии Молдовы.

2. Руководство Центра должно возлагаться на опытного специалиста в области организации и разработки методов противоболевой и паллиативной помощи онкологическим больным.

3. Центр должен наделяться функциями республиканского и является научно-организационным и методическим.

4. Центр должен иметь свою клиническую базу — отделение паллиативной помощи.

5. Рабочим органом Центра должен быть Координационный Совет, состоящий из ведущих специалистов Молдовы по данной проблеме.

6. Состав Совета по представлению Института онкологии, утверждается Министром здравоохранения Республики Молдова.

Мы полагаем, что основными направлениями деятельности и задачами Центра должны быть:

1. Основным направлениям деятельности Центра должны быть организация отделений паллиативной помощи в онко-диспансерах и кабинетов противоболевой терапии в районных центрах и научно-методическое руководство ими. Естественно, что для этого нужно решение коллегии Минздрава Республики Молдова.

2. Обеспечивает консультации по организации кабинетов и отделений паллиативной и противоболевой помощи.

3. Организует семинары, конференции, школы, выставки по проблеме. Разрабатывать методические рекомендации и другие мероприятия по организации борьбы с оолью у онкологических больных.

Готовят сбор и обзор монографии:

— организация семинаров конференций, школ, выставок по проблеме;
— участие в подготовке научных и практических кадров и т. д.

Были проведены — Европейская школа по паллиативной терапии в г. Кишиневе, 1993 г., семинара с онкологами республики по этой проблеме, изданы монографии, руководство по уходу за тяжелыми больным в домашних условиях и т. д.

В таблице № 29 представлены штаты отделения паллиативной помощи.

2. Кабинет противоболевой помощи.

Неудовлетворительное состояние проблемы болеутоления как составной части паллиативной помощи с одной стороны и прогрессирующее увеличение числе; онкологических больных, нуждающихся в специализированной противоболевой терапии, диктовали необходимость создания новой организационной формы противоболевой службы.

Противоболевые кабинеты открыты во многих больницах, так как Окница, Яловень, Фалешть, Кэлэрашь и др. После установления онколо-

Отделение паллиативной терапии (20 коек)

Таблица 14

Врачебные штаты	
1. Заведующий отделением	1
2. Врачи онкологи	2
Средний медицинский персонал	
1. Старшая медицинская сестра	1
2. Медицинская сестра	4
3. Медицинская сестра-процедурная	1
4. Медицинская сестра-перевязочная	1
5. Медицинская сестра индивидуального ухода	1
Младший медицинский персонал	
1. Сестра-хозяйка	1
2. Санитарки палатные	4
3. Санитарка перевязочной	1
4. Санитарка процедурной	1
5. Санитарка буфета	2
Всего врачебные	3
средний	9
младший	9
ВСЕГО	21

гического статуса, определения существующей патологии больной отправляется в ПК, где проводится, определяется стратегия и тактика лечения.

Целью работы противоболевого кабинета является проведение специализированного лечения, которое осуществляет врач онколог, анестезиолог или терапевт, прошедший специальную подготовку по анальгезии. Мы считаем, что паллиативным лечением и в том числе и болеутолением должен заниматься врач онколог, то есть ему следует быть и организатором здравоохранения и врачом-куратором.

На наш взгляд ПК должен проводить следующие работы:

1. Консультация и лечение различными способами альгического статуса у амбулаторных онкологических больных.
2. Организовать и провести паллиативные мероприятия у больного в поликлинике.

3. Выработка и проведение организационно-методических мероприятий лечения ХБС, обучение участковых терапевтов, невропатологов, онкологов принципам болеутоления:

— методическое руководство по лечению боли для врачей, медсестр СВУ, ФАП-ов;

— массовая информация для больных, членов их семей о том, что боль устранима для больных, членов их семей о том, что боль устранима и всегда контролируема;

— обучение членов семьи онкологического больного по уходу в домашних условиях;

— создать программы по домашнему уходу для каждого больного с далеко запущенным опухолевым процессом;

— тесно сотрудничать и быть промоутером с такими организациями как: Специализированный центр паллиативной помощи, "Домашний уход", "Приходящие хозяйки", различные социальные фонды и т.д.

Специфика в ПК требует конечно не только высокой квалификации онколога и рациональной организации болеутоляющего обеспечения, но и хорошего оснащения кабинета современными нейростимуляторами, медико-интерными средствами, лазерными магнитными установками. Эти условия обязательны для того, чтобы избежать шаблона в методике болеутоления, индивидуализировать его, повысить эффективность подавления боли.

3. Программа по домашнему уходу.

Паллиативное лечение — это всеобщая активная забота о пациентах и их семьях, обеспеченная группа профессионалов в то время, когда болезнь больше не поддается лечению. Цель паллиативного лечения — это создание для пациента и его семьи лучшего качества жизни.

Качество жизни — означает субъективное удовлетворение, испытанное и/или выраженное индивидуумом: оно относится и находится под влиянием всех параметров личности — физических, психических, социальных и духовных.

Жизнь по настоящему качественная, когда идеал и реальность — приближены. Жизнь теряет свое качество, когда существует большой разрыв между идеальным и действительным.

Паллиативное лечение отвечает физическим, психологическим, социальным и духовным потребностям. Оно также необходимо при поддержке после утраты. Паллиативное лечение включает реабилитацию.

Ее цель — помочь пациентам достичь и поддержать максимум их физического, психологического, социального и духовного потенциала, как бы ограничены они не были в результате прогрессирования болезни. Паллиативное лечение:

- утверждает жизнь и воспринимает умирание как нормальный процесс;
- не ускоряет и не оттягивает смерть;
- воспринимает пациента и его семью как единое целое для своей заботы;
- освобождает пациента от боли и от других тяжелых симптомов;
- объединяет психологические, социальные и духовные аспекты заботы так, чтобы пациенты смогли примириться со своей смертью так полно, как только это возможно;
- представляет систему поддержки, чтобы помочь пациентам жить настолько активно и творчески, как только это для них возможно до самой смерти;
- предлагает систему поддержки, чтобы помочь семьям справляться во время болезни пациента и в период утраты.

Паллиативное лечение лучшим образом осуществляется группой людей, работающих в одной команде. Команда коллективно сосредоточена на полном благополучии пациента и его семьи.

Вместе с пациентом в нее могут входить следующие лица:

- близкие родственники или друзья;
- врач (и) и медсестры;
- терапевт и социальные работники;
- священник и другие.

Взаимозаменяемость неизбежна: координирование действий с привлечением профессиональных умений — первостепенно.

Мы считаем, что хороший домашний уход должны осуществляться с помощью следующих звеньев, которые существуют и которые мы еще должны создать:

1. Первичная служба по оказанию медицинской помощи:
 - семейный врач (участковый врач);
 - патронажная сестра;
 - помощь по дому.
2. Группа поддержки, включающая специалистов:
 - патронажную сестру;

- врача по паллиативному лечению (онколог);
- социального работника;

3. Священник.

4. Различные "Лечебные агентства".

5. Добровольные помойники или члены семьи, которые могли бы находиться около больного пока постоянно ухаживающий отлучается по делам.

6. Дневной стационар поликлиники, диспансера.

7. Амбулаторная клиника хосписа.

8. Ночные медсестры.

9. Уход за стационарными больными.

— для контроля за симптомами;

— дать отдых семье.

Исходя из основных целей паллиативного лечения оно должно проводиться на дому, в дневном стационаре, в стационаре и в конце в хосписе.

Лечение на дому онкологического больного является сложной задачей, которое возможно в варианте первичной службы по оказанию медицинской помощи — помощь оказываемая семейным врачом (участковым терапевтом) или патронажной сестрой, или помощь на дому (со стороны соц. работников, волонтеров милосердия). Естественно, чтобы был и социалист по паллиативному лечению.

Думается, что здесь должен сказать свое слово и священник. Особое место в уходе должен иметь добровольный помощник или член семьи, которые могли бы находиться около больного.

Многое в этом деле зависит от хороших взаимоотношений между членами этой команды, которая оказывает помощь от взаимной помощи, уважения и конечно от готовности воспринять поддержку от своих пациентов.

Существует множество положительных возможностей для самоусовершенствования в различных трудных ситуациях. Рекомендации для больного и для тех, кто ухаживает были бы следующими: соприкосновение с реальностью собственной смерти;

- столкновение с собственными огорчениями, личностными и профессиональными разделениями контроля;
- учиться находиться с больным, не просто выполнять обязанность;
- столкновение с вызовом своей собственной системе ценностей;
- честно относиться к собственным эмоциям, злости, горю, боли.

Дом может быть самым удобным местом для тяжелобольных людей (неизлечимых). Дома люди больные раком, СПИДом или другими серьезными недугами чувствуют себя в семейной обстановке, окружены любящими их близкими. Они могут продолжать жить той жизнью которой они жили до болезни.

Однако уход за тяжелобольными требует системы и чуткого внимания. Нет двух пациентов и нет двух семей одинаковых по своим нуждам и возможностям. Содержание пациента дома может быть сложным для тех, кто испытывает недостаток социальных и финансовых, (ресурсов) возможностей, или даже окружающей обстановке, способной создать кому-либо удобства.

Конечно, уход домой не обязательно означает, что все будет решено. Очень важно понимать, что состояние серьезно больного человека может измениться в любое время и в состоянии ли семья справиться с требованиями по уходу. Конечно, предвидеть проблемы, которые могут возникнуть желательны до выписки. Вот почему связь между пациентами их семьями и персоналом больницы настолько имеет значение, насколько серьезно больной человек сказал: "Я хочу домой".

После принятия решения в пользу выписки пациент и его родственники должны посещать Центр по паллиативной терапии (секция "Домашний уход").

Здесь специалисты проконсультируют Вас и помогут получить необходимое для пациента оборудование (больничную кровать, тумбочку и др.), организуют транспортировку для пациента в день выписки и сведут Вас с внешним обслуживанием.

Работники персонала обсудят с Вами распорядок, которого больной должен придерживаться дома, опишут нужды пациента, расскажут как с ними справиться и, что Вы можете ожидать, и, что нужно делать ежедневно.

Необходимо информировать участкового (семейного) врача о выписке, чтобы он или она могли присутствовать и соответствующе помочь, если возникает необходимость.

Персонал участковой больницы, участковый (семейный) врач может предложить посоветовать больному такие агентства. С течением времени, семья обнаружит, что в одном виде помощи она нуждается меньше, в другом больше. Таким образом нет необходимости делать твердый выбор во время выписки.

Мы разработали специальную программу по домашнему уходу, была издана специальные методические рекомендации по этому вопросу. Работа, которая ведется в районах Яловень, Окница, Фэлешть, Сороках, по г. Кишиневу и в других районах и городах республики подтвердило необходимость принятия соответствующей программы по домашнему уходу за тяжелым онкологическими больными.

Программа по уходу на дому должна включать: сиделки (приходящие сиделки), выполнение домашней работы, приготовление пищи, транспортное обслуживание, обеспечение медицинским оборудованием.

Приходящие сиделки. Сиделками могут быть специальные аккредитованные люди. Они должны иметь специальное удостоверение от местного органа здравоохранения, пройти специальную подготовку. Приходящая сиделка по нашему мнению инструктирует одного из членов семьи больного по уходу за пациентом. Сиделка помогает больному в персональном уходе, в приеме медикаментов или смене белья, одежды.

Насколько необходимы больному услуги сиделки будет зависеть от нужд и предпочтений пациента. Некоторые люди, например, не хотят, чтобы их купали члены семьи, и некоторые члены семьи не хотят (не могут) делать инъекции.

Лечебные агентства. В нашем понимании, общество должны их создавать, Для этого — имеются все нормативно-правовые основы. Они могут создаваться в виде организации на основе закона под различными названиями: "Зарегистрированные сиделки", "Помощники в заботе о здоровье", "Домашний уход", "Общество домашней поддержки" и другие.

Локальные группы. Нам представляется и это заложено в программе, что такие организуй как, "Красный крест", "Противораковое общество Молдовы", другие благотворительные организации могут помочь онкологическими больным, и это работа уже начата. Создан Фонд помощи онкологическим больным и их семьям "Palliative Care" и другие.

4. Хоспис.

Хоспис является государственно-благотворительным, медико-социальным учреждением системы здравоохранения, предназначенным для временного пребывания и ухода за преимущественно инкурабельными онкологическими больными. В хосписе проводится симптоматическое лечение, подбор необходимой обезболивающей терапии, осуществляется уход, социальная реабилитация онкологических больных и их родственников, проводится психотерапевтическое лечение. Больные находятся

под наблюдением онколога; проведение необходимой патогенетической терапии не исключается.

Отбор больных в хоспис осуществляется врачами хосписа на основании:

- наличия онкологического заболевания в терминальной стадии, подтвержденного медицинскими документами;
- наличия некупируемого в домашних условиях болевого синдрома;
- наличия социально-психологических показаний (депрессии, реактивные состояния, конфликтные ситуации дома, невозможность ухода за больными).

Первичным объектом лечения и заботы в хосписе являются пациент и его семья, родственники больного после обучения вовлекаются в процесс ухода, а также получают психологическую помощь и поддержку для уменьшения страданий, связанных с ухудшением состояния и смертью близкого человека.

Хоспис обеспечивает амбулаторную и стационарную помощь больным, которая в зависимости от нужд пациента и его семьи, может оказываться в виде промежуточных форм — дневного или ночного стационара. Условия пребывания больных в стационаре хосписа максимально приближаются к домашним.

Вопрос о сообщении диагноза пациентам хосписа решается индивидуально, при этом принцип "открытости диагноза" должен осуществляться во всех случаях, когда на этом настаивает пациент, но при этом не должна отниматься последняя надежда пациента на выздоровление.

Весь арсенал паллиативной медицины должен быть ориентирован на максимально возможное сохранение сознания и интеллектуальных способностей пациента.

Наблюдение онколога, в ряде случаев необходимая патогенетическая терапия должна, в частности, служить основной надежды на благоприятный исход.

Обеспечение психологического комфорта осуществляется на основе принципа индивидуального подхода к каждому больному с учетом его состояния, духовных, религиозных и социальных нужд.

Медицинская помощь и квалифицированный уход за больными в хосписе осуществляется бесплатно.

Хоспис не занимается коммерческой, хозрасчетной и иной деятельностью, противоречащей его благотворительному характеру и нарушаю-

щей принцип равного доступа в учреждение и равных возможностей по медико-социальному уходу для всех инкурабельных больных. Этот принцип является основополагающим критерием, по которому учредители создают и финансируют хоспис, подбирают персонал для работы в этом учреждении, осуществляют подготовку персонала хосписа.

Основными задачами хосписа являются:

- формирование новой формы медико-социального обеспечения
- государственно-благотворительной медицины, основанной на милосердном и гуманном отношении общественности и государства к проблемам инкурабельных онкологических больных;
- повышение доступности стационарной медицинской помощи больных в терминальной стадии и улучшение им медицинской помощи на дому;

— оказание социально-психологической помощи больным и их родственникам, обучение родственников навыкам ухода за тяжелобольным.

В соответствии с указанными задачами на хоспис возлагается:

- проведение симптоматического лечения и организация квалифицированного ухода за пациентами на дому;
- по направлению участковых врачей, районных специалистов и учреждений здравоохранения отбор, учет, прием и размещение больных в хосписе;
- динамическое наблюдение за состоянием больных, находящихся на дому;
- обучение родственников больного навыкам ухода за тяжелобольным;
- привлечение граждан для оказания помощи персоналу хосписа;
- создание и обучение службы добровольных помощников, обеспечивающих безвозмездный уход за больными в домашних условиях и в стационаре;
- связь с церковными организациями всех вероисповеданий для отправления больного в стационаре в случае необходимости, культа в период пребывания больного в стационаре;
- связь с добровольными обществами "Хоспис", местными органами управления здравоохранения, органами социальной защиты населения по наиболее существенным вопросам своей работы.

Выполнение функций хосписа предусматривает наличие в его структуре стационарного отделения, поликлинического отделения с дневным стационаром, выездной службы и необходимых функциональных служб.

Стационарное отделение хосписа должно иметь необходимый набор помещений медицинского назначения (процедурный кабинет, перевязочная), жилые комнаты для больных и их родственников, гостиную, кабинет психотерапии, помещения для приготовления пищи больным, бытовые помещения для персонала, ванные комнаты и др.

Поликлиническое отделение хосписа с дневным стационаром осуществляет прием, регистрацию, осмотр, санитарную обработку поступающих больных, осуществляет функции хосписа в амбулаторных условиях.

Выездная служба хосписа ("хоспис на дому") предназначена для осуществления постоянного наблюдения и проведения поддерживающего лечения инкурабельным больным в домашних условиях, оказания социально-психологической помощи и их родственникам. Служба представлена врачебно-сестринскими бригадами и осуществляет первое знакомство с больным и его родственниками, госпитализацию, а также курацию выписанных больных.

Ниже приведем проект структурного подразделения хосписа, управлением хосписом и функционирование.

Структурные подразделения хосписа.

1. Стационарное отделение
2. Поликлиника с дневным стационаром
3. Выездная служба
4. Функциональные службы

I. Стационарное отделение.

- процедурный кабинет
- перевязочная
- жилые комнаты для Больных и их родственников
- гостиная
- кабинет психотерапии
- помещения для приготовления пищи больным
- бытовые помещения для персонала
- ванные комнаты и др.

II. Поликлиническое отделение хосписа с дневным стационаром осуществляет прием, регистрацию, осмотр, санитарную обработку, поступающих больных; осуществляет функции хосписа в амбулаторных условиях.

III. Выездная служба ("Хоспис на дому") предназначена для осуществ-

ления постоянного наблюдения поддерживающего лечения инкурабельных больных в домашних условиях, оказания социально-психологической помощи больным и их родственникам.

Управление хосписом.

- I. Учредители.
- II. Попечительный Совет.
- III. Директор.

Финансирование хосписа.

Источники:

1. Бюджетные средства органов здравоохранения.
2. Средства благотворительных организаций (дотации учреждений, фирм, граждан, в том числе и иностранных, общественных фондов, религиозных и др. организаций).
3. Средства от благотворительной деятельности организаций учредителей.

РЕЗЮМЕ

Паллиативная помощь онкологическим больным — одна из актуальных задач здравоохранения, особенно среди онкологического контингента населения. Боль и другие неприятные симптомы не только причиняют людям страдания, но и содействуют развитию опухолевого процесса, течение общекоматических сопутствующих заболеваний. Кроме того, оно создает трудно разрешимые социальные и экономические проблемы, поэтому и направляет нас совершенствовать организационно-методические аспекты формирования паллиативной службы в нашей республике, в городах и селах.

Совершенно очевидно, что организационно-методическая характеристика названной работы не может быть достаточно полной и завершенной, не подводя итог выше изложенному, нам представляется наиболее специфичными следующие принципы и звенья в организации паллиативной помощи онкологическим больным в республике Молдова:

1. Разработать (с последующим принятием закона) национальную программу противораковой борьбы и возводить ее в статус Государственной политики в области здравоохранения.
2. Разработать как составную часть программу по паллиативной помощи онкологическим больным в республике Молдова.
3. Создать медико-социальную инфраструктуру паллиативной помощи в Молдове.

4. Учитывая специфику Республики Молдова, административно-территориальное деление, социальные аспекты, мы рассчитали, что более целесообразно было бы организовать в Республике 3 Хосписа (г. г. Кишинэу, Бэлць, Кахул).

5. Разработать Положение и приказы о Хосписах. Практически проекты уже представлены выше.

6. Продолжать создание в НРБ и в городских больницах кабинетов противоболевой терапии.

7. В центрах паллиативной помощи, Хосписах подготовить врачей, медсестер, социальных работников по паллиативной помощи.

8. Создать инфраструктуру социальной поддержки паллиативной помощи.

9. Разработать новые методы паллиативного лечения.

10. Совместно с Национальным комитетом по наркотическим средствам создать программу наркотического обеспечения этой категории больных.

Сегодня можно с уверенностью сказать, что материальные ресурсы, выделяемые для оказания противоболевой и в целом паллиативной помощи онкологическим больным, ничтожны по сравнению с теми затратами, которые расходятся на диагностику и лечение рака у этого же конкретного больного. Переход заболевания в терминальную стадию является практически тем барьером, за которым больной если и может рассчитывать, то реально не в состоянии получить конкретную помощь в борьбе с проявлениями его тяжелого недуга. Политику оказания паллиативной помощи онкологическим больным следует формулировать таким образом, чтобы эта помощь начинала оказываться на первых этапах диагностики и лечения и объем ее увеличивался до самой смерти больного. Безусловно, что и ресурсы, выделяемые для этого должны быть несоизмеримо выше в сравнении с сегодняшним днем. А самое главное, без чего проблема не будет решена — это пристальное внимание к нуждам этой тяжелой категории больных организаторов здравоохранения, медицинской общественности, благотворительных организаций и общества в целом.

Центры противоболевой, а в дальнейшем паллиативной помощи, на первых порах должны выступать, как демонстрационные для пропаганды методик лечения больных, оказания им других видов помощи. Практика работы организованных во многих странах центров паллиативной помощи

свидетельствует, что им пришлось поначалу столкнуться с противодействием со стороны врачей, медицинских сестер, фармацевтов, общественности. Однако время показало несостоятельность этой борьбы и работа центров в самом близком взаимодействии с лечебными учреждениями привлекла на свою сторону высокой эффективностью их деятельности. Первыми, кто по достоинству оценил эту работу, были пациенты и их родственники.

Основным в организации паллиативной помощи является исходная предпосылка, гласящая, что все виды этой помощи должны по возможности оказываться дома. Работники этой службы оказывают консультативную помощь больному на дому, при необходимости и в стационарах перед выпиской пройдя при этом соответствующую психологическую подготовку больного и членов его семьи. При этом закладывается фундамент эффективности будущей помощи и лечения в домашних условиях. Больной и его родственники должны быть уверены, что за стенами больницы они не окажутся без внимания и должной поддержки. В первую очередь конечно же моральной и психологической. Психологическое состояние больного и его близких имеет большое значение при проведении дальнейшей работы. Центры помощи не исключают, а даже предусматривают возможность самостоятельного обращения больных 2-3 раза в неделю за консультацией и необходимой помощью и поддержкой. Это немного упрощает и облегчает сосуществование больного и членов его семьи.

Основой успеха паллиативной помощи является длительное, постоянное профессиональное наблюдение за больным. Это требует обязательного участия работников здравоохранения, которые в свою очередь должны быть обучены тому, как правильно и быстро оценить состояние больного, его нужды и возможности их удовлетворения, какие советы необходимо дать больному и членам его семьи. Они должны знать основные принципы применения различных лекарственных препаратов при проведении симптоматического лечения, в частности анальгетиков, в том числе и наркотического ряда для борьбы с болью. Они должны обладать навыками психологической поддержки и, помощи больному и что немаловажно, также членам его семьи. Не следует исключать возможности привлечения для оказания помощи добровольно помощников, соседей. Однако основное время ухода за больными ложится на членов его семьи, которые не должны забывать, что их близкий человек

нуждается в специально подобранной и приготовленной, удобной для употребления пище. Семья должна знать какие препараты и лекарства следует дать больному, как провести ту или иную процедуру для облегчения страданий.

Главной задачей паллиативной помощи является поддержка состояния благополучия, а иногда и улучшения общего самочувствия больного, находящегося в терминальной стадии заболевания. Однозначных критериев оценки качества жизни нет, да и невидимому быть не может. Это понятие включает в себя физическое и психо-эмоциональное состояние больного, его социальную активность. Паллиативная помощь и специальное противоопухолевое лечение не взаимно исключают, а дополняют друг друга, повышая тем самым эффективность терапии. Элементы паллиативной помощи должны осуществляться с первых же дней лечения больного. Это повысит качество его жизни на всех этапах и даст врачу в руки большие возможности для проведения противоопухолевой терапии. Имея достаточную информацию о течении заболевания, врач и больной совместно могут выбрать рациональные пути борьбы с ней. И конечно же, выбирая ту или иную тактику лечения онкологического больного, врач должен обязательно включать в нее наряду с противоопухолевым лечением, элементы паллиативного, систематического лечения с обязательным учетом биологического состояния больного, его социального, психологического и эмоционального статуса. Только с учетом всех этих факторов можно рассчитывать на успех, на улучшение качества жизни больного, что и является конечной задачей при решении проблемы оказания паллиативной помощи онкологическим больным в терминальной стадии заболевания.

Изучая литературу и собственный опыт, опыт коллег из других стран, мы пришли к выводу, что в республике Молдова необходимо принять Парламентом и Правительством Национальную программу противораковой борьбы и как составную часть программу по паллиативной помощи онкологическим больным.

Ведь известно, что паллиативное лечение — это всеобщая активная забота о пациентах и их семьях и ее цель — создание для пациента и его семьи лучшего качества жизни. Это качество может оцениваться на основе следующих критериев: насколько хорошо контролируются 4 симптома и поддерживается ли их бодрое состояние духа, их способность участвовать в повседневных делах и поддерживать социальные контакты.

Чтобы решить эти проблемы на наш взгляд необходимо создать инфраструктуру оказания этой помощи в медико-социальном аспекте в следующих звеньях:

1. Специальный центр паллиативной помощи (Институт Онкологии).
2. Кабинеты противоболевой помощи медицинских учреждений в городах и районах республики.
3. Уход на дому (Программа по домашнему уходу). Организации, которые созданы или могут создаваться в соответствии с законодательством республики Молдова:

1. Семья.
2. Молдавское противораковое общество.
3. Домашний уход.
4. Приходящие хозяйки.
5. Общество домашней поддержки.
6. Сервис клубы.
7. Фонд помощи онкологическим больным.
8. Лечебные агентства.
9. Зарегистрированные сиделки.
10. Помощники заботы о здоровье и другие.

4. Хоспис.

Мы уже приступили к реализации данного плана. Согласно приказа Минздрава республики Молдова № 3 от 10.01 94 г. при ИО создается отделение паллиативной помощи онкологическим больным, которое будет выполнять роль паллиативного центра в республике со стационаром на 20-25 коек, дневным центром с патронажной службой. Думается, что эти структуры обеспечат выполнение цели этой помощи онкологическим больным Молдовы.

ГЛАВА 3. МЕТОДЫ РЕАБИЛИТАЦИИ В ОНКОЛОГИИ

3.1. Методы комплексной терапевтической реабилитации и паллиативной терапии

В процессе реабилитации онкологических больных разных профилей используются разнообразные методы — психотерапия в моно— и групповом варианте, различные виды массажей, разнообразные ингаляции и коктейля, перформированные факторы внешней среды, различные медикаментозные средства а также аппаратное картированные, также как:

1. Основные:

1. Центральная электроимпульсная терапия. Использовали отечественные электростимуляторы "Лэнар" и "Электрон-1". Генераторы подают электрические импульсы пациенту на электроды, расположенные на голове. Длительность процедуры 60-80 минут. Курс лечения 10-14 дней.

2. Периферическая электроимпульсная терапия. Этот вид лечения осуществляли аппаратах "Электроника 4ЭНС-2", "Элиман 101 М", "Дельта-101" "Миоритм 021".

3. Магнитотерапия.

Электромагнитная терапия осуществлялась серийно выпускаемыми аппаратам АМТ-01 "Магните" и "МАГ-30" строго в соответствии с рекомендациями (Камышов Я.М. 1988; Мереуцэ И.Е., 1991).

4. Лазеротерапия.

Этот вид лечения осуществлялся аппаратами УЛФ-01 ("Ягода"), АПЛ-1 и АЛТ ("Узор") в виде лазерного воздействия широким полем в зонах патологического очага или его проекции и в зоне патологической ноцицепции (плотность мощности — от 0,2 до 1 мВт/см² и пунктурным методом по типу динамического картирования биологических полей (Лавсанг, 1986). Воздействие проводила на одну из главных точек первого элемента — соответствующего меридиана или на Ло-пункт. В числе точек первого элемента (У-ШУ) использовали лишь тонизирующий в стабилизирующий Ло-пункт.

При патологическом процессе, болевом синдроме, обусловленными опухолями молочной железы применяли лазеропунктуру по методике Камышов Я. Мереуцэ И.Е., 1991. в точках Р1, Р3, Р7, МС4, УС-12, УС-17, У-20.

Легких — Р,

Желудка —

Женских половых органов —

Лазерное воздействие на одну точку длилось 30-60 сек. Суммарное время облучения больного за один сеанс составило 5-10 минут. Курс лечения 10 дней.

5. Лазеро-магнитная терапия.

Биологическое действие магнито-лазерного аппарата основано на синергическом усилении воздействия, усилении воздействия лазерного излучения на биоткани под влиянием магнитного поля, именно поэтому лечебный эффект наиболее выражен при сочетаниям воздействия указанных физических факторов.

Магнито-лазерная терапия осуществляется при помощи аппаратов АШТ-01 и УЗОР-2К в соответствии с рекомендациями Камышова Я.М., Мереуцэ И.Е., 1991 г. Длительность процедуры — 12-16 минут. На курс лечения 12-15 процедур.

6. Аэроионно-оптическая терапия.

Нами (в соавторстве Я.М. Камышов, В.К. Живмир и др., 1991) разработан способ лечения лимфостаза у маммологических больных. Предложенный способ основан на сочетании одновременном воздействии на метамерно-рецепторные поля верхней конечности (на стороне операции), потоком отрицательных аэроионов и низкоинтенсивного светового излучения инфракрасного диапазона. Курс лечения составлял от 8-12 процедур. Сочетанное воздействие проводили ежедневно. Дозировка воздействия по времени постепенно увеличивалась с 8 до 25 минут. Поток отрицательных аэроионов направлялся с концентрацией 5-15 10 ион/см³, что соответствовало силе тока в пределах от 20 до 80 мкА. Плотность мощности инфракрасного излучения устанавливалась в пределах от 5 до 15 мВт/см². Головки воздействия устанавливались на метамерно-рецепторные поля верхней конечности, причем в четном количестве.

В процессе клинических испытаний (в реабилитационном отделении института онкологии, в Яловенкой ЦРБ в период 1992-1993 было установлено, что при увеличении продолжительности сочетанного воздействия (отрицательный поток аэроионов и инфракрасного излучения с длинами 600 — 1000 нм) сверх 25 минут лечебный эффект не увеличивается, а при воздействии менее 6 минут он незначителен. Так было установлено, что для достижения лечебного эффекта силу разрядного тока необходимо устанавливать не менее 20 мкА. Выше 20 мкА ток подбирался лечащим врачом по эффективности ощущения пациента, но не более 80 мкА у больных наблюдались неприятные ощущения (сильное покалывание и опасность ожогов). Плотность мощности инфракрасного излучения устанавливалась в зависимости от глубины патологического очага и выбиралась в пределах от 5 до 15 мВт.

Для реализации способа нами была разработана установка в соответствии с блок-схемой (рис.1), которая содержит высоковольтный источник питания 1, регулируемый источник тока 2, головку воздействия 3, содержащую активный коронирующий электрод 4 и источник инфракрасного излучения 5, блок управления 6, индикатор тока 7, пассив-

ный электрод 8. Был изготовлен опытный образец аппарата под названием "Меркур — I".

На способ лечения лимфостаза верхней конечности у радикально излеченных больных раком молочной железы и устройство для его осуществления выполнена заявка (приоритетная справка № 930020 от 17.03.93 г.).

Для лечения болевых синдромов и отеков у маммологического и гинекологического контингента нами разработан способ применения аэроионной рефлексотерапии по классической схеме. Она обеспечивала одновременное воздействие потоками отрицательных ионов на 8 акупунктурных точек. Изготовленный опытный образец — аппарат под названием "МЕРКУР-2".

7. Магнито-аэроионная терапия.

Нами (в соавторстве Цыбырнэ Г.А., Камышов Я.М., Мереуцэ И.Е., Чобану Д.А.) разработан способ лечения онкологических больных с далеко зашедшим опухолевым процессом. Предложенный способ лечения основан на сочетанном одновременном воздействии на поверхность кожи в области проекции первичного опухолевого образования и послеоперационных рубцов постоянного магнитного поля в потоке отрицательных аэроионов. Курс лечения назначался от 7 до 10 процедур. Сочетанное одновременное воздействие (магнито-аэроионное) проводили ежедневно по методике Камышов, Мереуцэ, (Учитель, 1992) в течение 20 минут, причем на протяжении одной процедуры первые 12 минут воздействия проводят северным полюсом магнитного поля, а затем 8 минут южным полем. Интенсивность магнитного поля (магнитная индукция) на рабочей поверхности головки воздействия составляла в среднем 5 мТл, а концентрация потока отрицательных ионов изменялась в пределах 5-15.10. ион/см³, что составляло силу разрядного тока через пациента в пределах 25—75 мкА. Головка воздействия устанавливалась области послеоперационного рубца, проекции первичного опухолевого процесса соответственно бывшей локализации патологического очага.

В процессе клинических испытаний в Институте Онкологии было установлено, что смена полярности магнитного поля во временных дозировках 12-14 минут северным полюсом и 6-8 минут южным полюсом являлось наиболее оптимальным для достижения лечебного эффекта (уменьшение отека и инфильтрации, снижении интенсивности болей).

Для реализации способа лечения нами была разработана установка

в соответствии с блок-схемой, которая содержит источник высокого напряжения 1, пульт управления, 2, головку воздействия 3, содержащую игольчатые коронирующие электроды 4 и источник постоянного магнитного поля 5, пассивный электрод 6. Был изготовлен опытный образец: аппарата АМАТ-01 (аэроионной-магнитной терапии).

На способ лечения боли у онкологических больных с далеко зашедшим опухолевым процессом и устройство для его осуществления выполнена заявка (патент на изобретение № 394/04 от 22.08.94).

Для лечения онкологических больных, у которых патологический очаг, его глубина достигла 20 мм к выше, величина магнитной индукции на рабочей поверхности воздействия должна выбираться в пределах 300-350 мТл.

При таком значении магнитной индукции на полюсах в области проекции глубокой послеоперационной культи, инфильтратов магнитная индукция, согласно графику рис. 4, будет равна 40-10 мТл.

8. Комбинированный способ реабилитационного лечения онкогинекологических больных

Этот вид лечения применен по разработанной нами методике-комбинации 2-х физических факторов. Магнито-аэроионная терапия онкологических больных проводилась путем введения внутривагинального электрода — вагинальный "Магнитрон-2" касания тканей и установки на проекцию культи шейки матки, культи влагалища, придатков (в зоне послеоперационного рубца) головки воздействия магнито-аэроионной аппарата АМАТ-01. Время воздействия устанавливалось до 3-й процедуры 12 минут, с 3 по 7-й минут и с 7-й по 10-й — 20 минут. "Магнитрон-2" первые 5-6 процедур, в ходе процедуры меняла полярность магнитного поля путем поворота его вокруг своей оси. Курс лечения 10 процедур. Магнитная индукция на рабочей поверхности "Магнитрона" 45 ± 10 мТл, а на рабочей поверхности головки воздействия 20 мТл, поток отрицательных аэроионов в пределах 20-50 мкА.

II. Вспомогательные способы терапевтической реабилитации и паллиативной терапии.

9. Тиаминизация.

Учитывая тиаминную недостаточность при росте опухолей (Морозкина Т.О., 1989), мы применяла витамин В1 у онкологических больных при различных способах реабилитации и паллиативной терапии из расчета 0,1 — 0,2 мл/кг массы тела в сутки. Методику тиаминизации разработал Я.М. Камышов (1965).

10. Детоксикация.

10.1. Энтеросорбция.

Для энтеросорбции использовали угли СКН-2Н или 1К со средним диаметром гранул 0,5 — 0,8 мм. Сорбент назначали по 15 — 20 мг 3 раза в день в промежутках между приемами пищи на фоне различных способов реабилитации и паллиативной помощи. Продолжительность 10-14 дней. Метод применен у 146 больных. 2 — в стационаре, 128 — в поликлинике, 16 — в домашних условиях. У 118 больных применяли энтеродез (низкомолекулярный — молекулярная масса 12600 ± 270 , поливинилпиролон в порошке). Перед употреблением 5 г порошка растворяли в 90 мл кипяченой воды и 10 мл фруктового сока. Применяла 1-3 раза в день. Курс лечения 14 дней.

10.2. Экстероинтестинальная и ренальная электродетоксикация

Использовали электростимулятор ГЭС-35-01 "Эндотон-015" — генератор монополярных импульсов прямоугольной формы в серии биополярных импульсов.

Транскутанную стимуляцию почек и желудочно-кишечного тракта производили с использованием трех электродов в соответствии с методическими рекомендациями (Камышов Я.М., 1986 г.).

Метод применяли у 4-х больных в стационаре, 320 в поликлинике, 26 на дому. Больным выдавали за 3-5 часов до процедур сорбенты типа СКН или энтеродез в соответствующих дозах. Продолжительность воздействия 60 — 80 мин. курс лечения 14 — 18 дней.

10.3. Аутогемобхотрансфузия.

Экстракорпоральная аутогемобиотрансфузия с использованием свиной селезенки проведена у 4 больных (IV клиническая группа). Процедуры проводили в объеме от 1600 до 6 д 500 мл крови с помощью аппарата УЭГ-01 вено-венозным шунтом. Забор свиной селезенки производили у свежезабитых животных, подготовка и проведение аутогемобиотрансфузии осуществлялось по методике А. Б. Цыпина (1983) в модификации И. А. Домаченой с соавт. (1989), Камышов Я.М., Мереуц И.Е., 1988.

11. Иммуномодуляция.

Иммуностимуляция проведена нами по методике проф. В.П.Кузнецова (интерферон и лейкоинтерферон) и Г.А.Булбук (буфостимулин), а также в режиме не специфической иммуномодуляции (Камышов Я.М., Булбук Г.А., 1991 г.).

12. Гипербарическая оксигенация.

Гипербарическая оксигенация используется нами по методике Б.В. Петровского, С.Н. Ефуни, 1976 г. в модификации Я.М. Камышова, Г.А. Цыбырнэ, М.И. Сергаков, 1964 г. на барокамерах ОКА и ЕЛКС в режиме 1,3-1,5-2 АТА с экспозицией 30-40 минут до часа. На курс 8-10 сеансов.

13. Медикаментозная терапия

В программе комплексной терапии посткастрационного синдрома у гинекологических больных наряду с другими методами, применяли и лечение комплексом витаминов с новокаином по схеме И.А. Манувдовой (1972 г.)

У гастрологических больных применяются и медикаментозные лечения: желудочный сок, пепсин, с соляной кислотой, фестал, панкреатин, аспаргиновая кислота. С целью усиления регенирирующих процессов в слизистой желудка применяли поливитамины, анаболики (нероболит, регоболит), солкосерил, денол и другие препараты.

Комплексная реабилитация маммологических больных также включала и медикаментозные средства — мочегонные средства и препараты калия (гипотиазид, триампур, соответственно), бессолевую диету, а также компрессионный массаж рук, центрпетальное воздействие и др.

Программа реабилитации пульмонологических больных направлена на восстановление физиологических систем организма, их компенсация, и в комплекс включены бронхолитики, ингаляции с различными средствами, ультрафонофорез на воротниковую зону, массаж, ЛФК, теренкуры.

На санаторно-курортном этапе применяли весь комплекс курортных факторов в соответствии с нашими рекомендациями (Мереуц И.Е. с соавт., 1992 г., приложение № 1).

Для борьбы с болевым синдромом нами используются выше перечисленные физические факторы и различные медикаментозные средства в различных комбинациях (анальгин-димедрол, анальгин-аспирин, пироналпипольфен, метиндол-деמידрол, анальгин-люминал, анальгин-нош-пасупрастин, баралгин-димедрол-сибазон, анальгин-пипольфен-фенобарбитал, ортофен-супрастин), наркотические анальгетики (промедол, омнопон, морфин), различные комбинации комбинированного (безлекарственное медикаментозное) болеутоления, используя при этом стратегию анальгетической лестницы.

На принципах комплексной реабилитации и его применении остановимся в главе 4.

6. При паллиативном лечении.

Для борьбы с болевым синдромом в поликлинике и в домашних условиях используются различные медикаментозные средства в следующих комбинациях:

1. Ненаркотические средства
 - а) анальгин-димедрол;
 - б) анальгин-аспирин;
 - с) пиранол-пипольфен;
 - д) мединдол-димедрол;
 - е) анальгин-но-шпа-супрастин;
 - ж) баралгин-димедрол-сибазон;
 - з) анальгин-пипольфен-фенobarбитал;
 - и) ортофен-супрастин.

2. Комбинированная ненаркотическая лекарственная терапия.

Предусматривалось сочетание применения тиамин с ненаркотическими анальгетиками. Наркотические препараты: а) промедол, б) омнопон, в) морфин назначаются в соответствующих дозировках (Машковский М.Д., 1969).

3. Комбинированное болеутоление (безлекарственное и медикаментозное).

Для повышения эффективности анальгезии в отдельных группах пациентов нами используются следующие комбинированные методы:

- а) электроимпульсная терапия + ненаркотические анальгетики
- б) электроимпульсная терапия + наркотические анальгетики
- в) электроимпульсная терапия + вспомогательные методы лечения
- г) магнитотерапия + не наркотические анальгетики
- д) магнитотерапия + наркотики
- е) магнитотерапия + вспомогательные методы лечения
- ж) лазеротерапия + наркотики
- з) лазеротерапия + вспомогательные методы лечения. Методы описаны выше.

Регионарные методы обезболивания

4. Перидуральная анестезия.

Данный вид болеутоления используется по методу З.В. Павловой, 1976. Местные анестетики (лидокаин, тримекаин) вводили 6-8 раз в сутки в дозах соответственно 1000 x 1660 мг. Курс лечения — 2 недели.

5. Перидуральная анестезия в комбинации с эдектронейролепсией
У пациентов первоначально добивается состояния нейролепсии путем

введения в/в дроперидола 2,0—2,5 мг и проводили центральную электро-нейростимуляцию с последующей анальгезией перидурального пространства на соответствующем уровне, Сочетанное воздействие занимало 2,5-3 часа ежедневно. Курс лечения 10 — 14 дней.

6. Перидуральная опиат-анальгезия.

Метод используется в соответствии с рекомендациями М.Е. Исаковой с соавт., 1988. Суточная доза морфина в стационаре должно превышать 6 — 8 мг, в домашних условиях: 4 — 5 мг.

7. Перидуральный невролизис.

Данный метод применяется в соответствии с рекомендациями Павловой З.В. (1976), Д.Г. Беляева (1987). Использовали 95% спирт.

8. Тотальная внутривенная анестезия.

На основе фундаментальных исследований Т.М. Дарбиняна 1967, 1974 и последующих разработках Я. М. Камышова, И.Е. Мереуца, Н.И. Питерский (1991 г.) у больных с хроническим болевым синдромом для прерывания доминанты боли использовали этот метод в трех вариантах: I — наркоз диазепам-тиамин-баралгином в расчетной дозе 6% раствора тиамин 0,4 мл/час, седуксен 0,3 мг/час, баралгин 0,1 мг/час.; II — наркоз оксibuтератом натрия и седуксеном соответственно 70 мг/час и 0,3 мг/кг/час. III — наркоз оксibuтератом натрия и гексеналом — 50 мг/кг/час x 7 мг/кг/час.

При всех вариантах анестезии — спонтанная вентиляция легких кислородом. Продолжительность наркоза 18 — 20 минут.

3.2. Методы хирургической реабилитации, применяемые в онкологии

3.2.1. Хирургическая реабилитация больных злокачественными новообразованиями опухолями головы и шеи

Радикальные методы лечения у этой категории больных вызывают различные функциональные нарушения (речи, акта глотания, плевание и др.), а также и косметические нарушения. Они вызывают у больных психические нарушения, которые и порождают необходимость в восстановительных операциях и лечении. Специфично для этой категории больных являются методы логовосстановительной терапии после экстерпации гортани (специальные комплексы дыхательной гимнастики, тренировки мышц шеи и глотка, артикуляционную гимнастику для языка, шеи и т.д.). При реабилитации больных злокачественными опухолями челюстно-ли-

цевой области применяются разные операции с целью ликвидации обширных дефектов, различные ортопедические способы, приготовление различных протезов. Эти операции обычно выполняются в серии или этапы.

Хирургической реабилитацией у этой категории больных начали заниматься с 1997 года в Институте Онкологии, в клинике проф. Г.А. Цыбырна. В клинике выполняются все существующие виды первичной и вторичной пластики послеоперационных дефектов.

Чаще используют первичную пластику кожно-мышечными лоскутами на питающей ножке (шейным, плечевым, дельто-пекторальным; Клим К. И. 199). Также применяются и пластики микрохирургической трансплантации.

Эти проблемы продолжают сейчас и сотрудники отделения микрохирургии: И.Е. Мереуцз, К.И. Клим, А.М. Бежан и др. Этим вопросам будут посвящаться специальные исследования и монографии.

3.2.2. Хирургическая реабилитация больных раком молочной железы после радикального лечения

Реконструктивно-пластические операции молочной железы при раке относятся к новым оперативным методам в странах СНГ и в Республике, которые в последнее время применяются на практике все более часто. Если к пластике молочной железы при раке недавнего времени относились с большим скептицизмом, то восстановительные операции при опухолях головы и шеи отнесены давно в разряд совершенно необходимых с точки зрения психо-социальных причин. Решающим фактором такого отношения является мнение, что восстановление молочной железы несовместно с лечебной терапией рака. Другая причина попытки отклонить подобные восстановительные операции кроется в неудовлетворительных результатах восстановления молочной железы и в отсутствии оптимальных методов и материала для эндопротезирования.

Наиболее простым и доступным способом замещения дефекта явился метод наружного протезирования, который начиная с середины XIX века и по сегодняшний день широко используется в клинической практике и успешно решает проблему у 80% оперированных женщин. Естественно за этот период наружные протезы терпели значительные изменения от мешочков с льняным семенем до силиконовых протезов.

Другим направлением в решении задач восстановления молочной железы является разработка методов хирургической коррекции послеоперационных дефектов. Попытки реконструкции молочной железы, но

данным литературы, известны с конца XIX века. Так, Verneuil H. в 1987 году произвел замещение по поводу рака молочной железы частью второй железы, перемещенной в виде стебля на верхней питающей ножке (Mir J., Mir L., 1965). Czerny R. в 1892 году заполняет дефект ткани после удаления фиброаденомы молочной железы липомой от той же самой пациентки, Goldwyn R. (1978), Czerny R. (1931), положив начало дальнейшим пластическим операциям (Bartlett W., 1917).

Развитие реконструктивно-пластических операций до современного этапа (70-е годы), связанного с химией полимеров, было направлено по пути использования собственных тканей пациентки (аутопластика) аллогенные ткани, взятые от другого человека (гомoplastика) и ксеногенные ткани, взятые от животного (гетеропластика). Аутогенные ткани, пересаженные полностью от материнской основы, получили название "свободная пластика". Если взятый для пластики лоскут сохранял питающую ножку, то получалась несвободная пересадка. Другая возможная свободная пересадка названа трансплантацией.

Ряд исследователей Morestin H. (1903), Reinhardt W. (1942), Alexander H. (1957), Gillies (1942), Haris H. (1949), Holdsworth W. (1956), Pontes R. (1973) свое внимание в реконструкции направили на разделение оставшейся железы. Анатомическая близость и однородность донорской и реципиентной областей объясняют усилия хирургов этого направления на создание отсутствующей молочной железы на счет здоровой. Однако, во-первых, разделение здоровой молочной железы на две достаточные по величине части возможно только при ее гипертрофии. Кроме того следует учитывать, что возможно возникновение рака или метастазов в оставшейся железе. В то же время косметические результаты не отвечают требованиям пациенток. Другое широкое направление получили пластические операции, основанные на применении жировых, кожно-жировых и кожно-мышечных лоскутов, взятых в различных участках тела пациентки.

Так, Kiricuta I. (1953) разработал технику операции с использованием большого сальника для реконструкции объема молочной железы. Техника ее состоит в следующем: после лапаротомии мобилизуется большой сальник на сосудистой ножке. Выполняется тоннель на переднюю грудную стенку, где отсутствует молочная железа и где из окружающих и мобилизованных кожных лоскутов формируется контур железы, объем которой заполняется большим сальником. Непосредственные косметические

результаты увидеть не пришлось, так как их просто нет. Дело в том, что происходит атрофия и рассасывание жировой клетчатки с образованием фиброзной ткани и последующей рубцовой деформацией сформированной молочной железы.

В 1942 году (Gillies Н. одним из первых произвел реконструктивные операции после радикальной мастэктомии, используя кожно-жировой лоскут передней стенки живота с основанием на боковой поверхности туловища, включающий в себя элементы пупка для восстановления сосково-ареолярного комплекса. Ф. Буриан, Millard D. (1976), Peer L. (1964) тоже использовали подобный лоскут, но с основанием по белой линии живота. Кровоснабжение этих лоскутов обеспечивалось верхними надчревными сосудами и артериями прямой мышцы живота. Но недостатками этих методов являются послеоперационные рубцы в верхних отделах живота, потеря пупка, не реконструированная аксиллярная область, а также многоэтапность операции, вследствие чего реконструкция продолжается больше года (Л.А. Вишневский, В.П. Оленин. 1983; И.К. Аклыбеков. 1984; Ю.В. Ромашов, 1985).

Гениальное открытие сделал Tansini I. (1896), предложив использовать для пластики лоскут на сосудистой ножке, широчайшей мышцы спины. Но это предложение, опередившее время почти на 100 лет, получило развитие лишь в 70-80-е годы (Giebel G. 1988).

Рядом исследователей в расчете, что кожа будет способствовать торможению реабсорбции жировой клетчатки, были применены свободные кожно-жировые трансплантаты (Berson M. 1945; Bames H., 1950; Longacre J., 1953; Conway H., 1958; Marino H., 1952; Malinia I., 1953; Watson J., 1959; O'Conor C., 1964) модифицировали эту методику использования кожно-жировых трансплантатов дезпителлизацией кожи. Чаще всего при этих операциях отдавалось предпочтение кожно-жировому лоскуту из ягодичной области. Подкожная жировая клетчатка в этой области плотная, меньше содержит жировых долек за счет большого количества интерстициальных перегородок. Кожа в этой области довольно толстая и позволяет создать плотный, эластичный имплантат (Г. Пескова. 1971).

Однако рубцевание и сморщивание трансплантата, ведущие к уменьшению объема железы, уплотнение трансплантата с потерей физиологической консистенции, образование масляных кист и фрагментация трансплантатов — указывают на целый ряд недостатков этого метода пластики (Naas E., Marpos G., 1975).

Другим направлением в реконструктивно-пластической хирургии молочной железу стало использование различного рода аллопластических материалов. Как сообщают Aston S., Rees T. (1980) в 1889 году Герзун предложил введение жидкого парафина для увеличения объема, молочных желез. Однако фрагментация парафина и реакция окружающих тканей давали неудовлетворительные результаты и даже злокачественное перерождение (А.А. Вишневский с соавт., 1981). Поиск аллопластических материалов продолжался. Были использованы слоновая кость, гуттаперча, металл, различные акрилаты). Но протезы были не физиологичными, вызывали чувство сдавления, боли, воспалительную реакцию окружающих тканей часто отторгались.

В пятидесятые годы появились протезы из синтетической поливинилового губки. Однако применение этих имплантантов, имеющих пористую структуру, приводило к врастанию в поры соединительной ткани. В результате наступало уплотнение и сморщивание железы, создавая выраженную асимметрию (Pangmann I. 1955; Edgerton M., McClaw A., 1958; Edgerton M., Meyer E., Jacobson, 1961; Conway Y., Dietz G., 1962; Pickrell K. et al., 1962).

Более того, как показал анализ отдаленных результатов, поливиниловая губка с течением времени становится ломкой Moore A., Brown I., 1962). Лишь бурное развитие химии полимеров определило развитие пластики молочной железы,

В БЫВШЕМ Союзе попытки реконструкции молочной железы у онкологических больных относятся к шестидесятым годам, когда Н.Н. Блохин для восстановления объема молочной железы использовал эндопротез из поролон. Но воспалительная реакция окружающих тканей вызвала отторжение протезов.

После этой попытки сложилось мнение, что пластика молочной железы бесперспективное дело. Но поиск оптимальных материалов для эндопротезирования продолжался. В 1976 году В.К. Калнберз и И.В. Яунземе сообщили о новом способе пластики молочных желез, в основе которого лежит пересадка крупных (до 500 г) трансплантатов жировой ткани. Материал получали от скоропостижно умерших людей и животных гомо — и ксеноткани (В.К. Калнберз. И.В. Яунземе, 1978, 1979). Полученный из ягодичной области трупа трансплантат предварительно обрабатывали гамма-лучами для снижения антигенности и подавления реакции тканевой несовместимости в дозе 4,5 Гр. Таким образом наступала

стерилизация и инактивация иммунокомпетентных клеток. После помещения в формовочные емкости, имеющие форму полушарий замораживали при температуре 25°C. Перед операцией трансплантат в течение 2-4 часов согревали при комнатной температуре. После разделения на две равные части фрагментами помещали в ретромаммарный карман.

По данным М.И. Кузина с соавт. (1981) экспериментальный и клинический опыт применения гомо- и ксенотрансплантатов жировой ткани показал, что морфологические признаки жизнеспособности сохраняются только в течение 1 месяца после операции. Затем развивается некробиоз, сопровождающийся явлениями отторжения, резорбции, некроза пересаженной жировой ткани с организацией и инкапсуляцией остатков. Кроме этого молочные железы имеют неестественную твердость.

Важное значение в совершенствовании пластических масс, имеющих эластичную консистенцию и низкую биологическую активность имели работы Т.Т. Дауровой с соавт. (1974, 1980, 1981), А.А. Адамяна, Н.И. Острцовой (1984), Г.К. Мельниковой, Е.Н. Смагина (1984), Ф.В. Балюзюка, Е.М. Трунина (1984), И.Я. Жигалкина с соавт. (1981), Ю.А. Южелевского (1981). Для изготовления протезов молочных желез были использованы поливинилхлорид, полиуретан, полиакрилаты, полипропилен. Экспериментальные исследования на животных свидетельствовали о физиологической безвредности этих материалов. Однако эндопротезы, изготовленные из пористых синтетических материалов, со временем уплотнялись, становились ломкими, уменьшались в объеме, теряли форму. Это связано было с образованием вокруг протеза грубой фиброзной капсулы с врастанием соединительной ткани в поры и постепенным разрушением протеза. Поэтому использование в пластической хирургии пористых синтетических материалов нам представляется малоперспективным.

Лишь эндопротезы, изготовленные из силикона, получили наибольшее признание.

После создания Cronin T.D. и Gerow F. (1963) совместно с фирмой "Dow Corning" силиконовых эндопротезов молочных желез начался бурный этап развития реконструктивно-пластической хирургии молочных желез (Cronin T. et al., 1963, 1977, 1979, 1980, 1982 Grazinger K., 1979). Хирурги, наконец, получили новый материал, который выгодно отличается от своих предшественников. Он повторно стерилизуется, и что важно для онкологов, выдерживает лучевую нагрузку в 100 Гр. Эндопротез представляет

собой замкнутую, бесшовную капсулу из силиконовой резины, заполненную диметилполисилоксаном гелевой консистенции (Ashley F. 1970).

В настоящее время силиконовые эндопротезы выпускаются следующими известными фирмами: "Dow Corning" (США), "МАР" (Фракция), "Кокен" (Япония), "Link" (ФРГ), "Surgitek" (ФРГ).

Этими фирмами выпускается масса самых различных протезов. Они бывают различных размеров, высокого и низкого профиля. Имеют различия по форме: круглые, каплевидные. Выпускают даже наливные и комбинированные эндопротезы, когда через клапан вводится изотонический раствор хлористого натрия, регулируя объем протеза. Единого мнения, какие эндопротезы следует использовать в настоящее время, не существует. Тем не менее усовершенствование их продолжается. В последнее время появились силиконовые подкожные эспандеры — это временные наливные эндопротезы, предназначены для растяжения кожи (Modena S. 1988). Методики их использования не разработаны, а фирма рекомендует для коррекции недоразвитой молочной железы, устранения татуировки и рубцов. Hoopes J., Edgerton M., Ghelly W. (1963) в опубликованном обзоре литературы пришли к заключению, что не выявлено достоверных случаев, свидетельствующих о появлении карциномы молочной железы из-за эндопротезов. Кроме того, эти авторы справедливо считают, что двусторонняя мастэктомия при высокой степени злокачественности рака молочной железы требует тщательного взвешивания всех факторов. Bostwier J. (1982), Rosato F. (1976) имплантировали животным, страдавшим раком молочной железы, силиконовый протез и не обнаружили иммунологических нарушений.

De Cholnoky T. (1950, 1970) применял различные аллотрансплантаты и в 7 случаях наблюдал рак молочной железы. Однако он не связывает возникновение рака с предшествовавшим эндопротезированием.

Bower D., Radlauer C., (1969) сообщили о двух случаях выявления рака после эндопротезирования с целью увеличения молочной железы но при этом авторы утверждают, что нет никаких оснований считать, что эндопротез способствовал развитию карциномы у этих пациенток.

Для обеспечения эстетических требований к восстановительной пластической операции стали чаще применять горизонтальной направление разреза (Stewart I., 1964), полноценность которого показали исследования Lenker R. (1968) и Schauding A. (1974).

По данным Fisher B. (1970) опасность рецидивов в группой стенке и

в подмышечной области одинаково велика. 80% метастазов появляются в первые три года, а наиболее часто в первые 18 месяцев.

Так как онкологические проблемы в каждом случае рассматриваются как первостепенные по сравнению с косметическими, то для хирургов выполняющих пластику, имеет огромное значение мнение (1971), что кожная пластика или имплантация не стимулируют появление рецидивов, а также не оказывают отрицательных последствий на метастазирование.

Важным, сложным и нерешенным является определение показаний к пластике при раке молочной железы (Caruzo F. 1986, Magistrato F. 1983). В мировой литературе единого мнения не существует. Так, Pripie J. (1982) из Загреба у 20 женщин с I стадией рака молочной железы и положительных эстрогенных рецепторов выполнили первичную пластику молочной железы, а у 60 женщин при I-II стадиях рака выполнялась отсроченная пластика, в течение 3 месяцев после мастэктомии. Obrich R., (1981) более осторожен, и мероприятия по реконструкции при опухолях менее 2 см начинают через 6-12 недель. При размерах опухоли менее 5 см выжидает 3 года, а при размерах свыше 5 см — 5 лет после мастэктомии. Так, Германское хирургическое общество считает возможным восстановление молочной железы через год после операции при стадиях T₁N₀M₀ (Bohmert H., 1980, Birnbaum L., 1976). Ни на III Европейском конгрессе по вопросам пластической хирургии в Гааге в 1977 году, ни в Мюнхене в 1980 году на Интернациональном симпозиуме по раку молочной железы и реконструкции не пришли к единому мнению. Поэтому в настоящее время возникла острая необходимость изучения ближайших и отдаленных результатов реконструкции молочной железы при раке, чтобы ответить на поставленные выше вопросы.

Очень важным является период времени с момента мастэктомии, который необходимо рассматривать в связи с возможным проявлением рецидивов. Если рассматривать период времени, в течении которого проявляются рецидивы, то согласно объемному исследованию Fisher B. et al., (1970, 1961), преимущественная часть рецидивов проявляется в течение первых 18 месяцев. Период времени наблюдений в объеме 3 лет позволяет охватить 80% возможность рецидивов, по данным Georgiade N. (1978-1982) — 70%. Таким образом, трехлетний период позволяет проследить абсолютно большую часть рецидивов прежде, чем решается вопрос о реконструкции железы. Этому сроку реконструкции придерживаются и другие исследователи Smoot E. et al., (1987).

Выбор методики реконструктивной операции молочной железы зависит от наличия или отсутствия большой грудной мышцы, расположение послеоперационного рубца на передней грудной стенке и проведения лучевой и химиотерапии (Sabatier P. et al. 1979, Guillemin F., 1967).

Для выбора адекватной методики Dinner M., et al. (1984) при отсроченной пластике предлагает подразделять больных, обратившихся с просьбой о реконструкции молочной железы, на 3 группы в зависимости от вида проведенного иглолечения.

I группа — больные, которым была произведена модифицированная радикальная мастэктомия по Patey с сохранением большой грудной мышцы и имеется достаточное количество кожи и подкожной жировой клетчатки на передней грудной стенке.

II группа — больные, которым после модифицированной мастэктомии по Patey или классической мастэктомии по Halsted проводилась лучевая терапия, приведшая к местной лучевой реакции (атрофия кожи, образование рубцовой ткани, телеангиэктазия и др.) и осложняющая проведение реконструктивной операции.

III группа — промежуточная.

Больным, относящимся к I группе, т.е. тем, у которых во время радикальной мастэктомии была сохранена большая грудная мышца, может быть произведена реконструкция молочной железы с использованием этой мышцы (Wolf L., 1979).

Больным, относящимся ко II группе, имеющим дефицит кожи и мягких тканей на передней грудной стенке, следует производить реконструкцию молочной железы с использованием отдаленных кожно-мышечных лоскутов, обеспечивающих дополнительное прикрытие протеза (Bostwick J., 1978-1983, Mahlbaue W., 1977, Chagiassian T., Robbins T., 1979, Webster D. et al. 1933, 1984, Clifford E. et al. 1980, 1982; Riefkoul R., 1979; Ohmori K. et al. 1980; Mathes S. et al. 1979; Maxwell G., 1980; Skow I. et al. 1981; Lejour M., et al. 1982; Olivary H., 1980, 1982; Joung A. et al. 1983; Nash A., et al. 1983; Webster D. et al. 1984).

У больных III группы кожа на передней грудной стенке истончена, но дефицит ее мягких тканей незначительный. Для этих больных нет необходимости в выкраивании отдаленных кожно-мышечных лоскутов, а предпочтение отдается торако-абдоминальному лоскуту (Pierer H., 1969; Mathes S., et al. 1979; McGraw J. 1979; Hohler H., 1977; Lewis I., 1979; Pujol J. et al., 1979; Ruetschi M. 1980; Rayan J., 1982; Bohmert H., 1978;

De la Plasa, 1982). Однако распределение является чисто теоретическим. В клинической практике, особенно при раке молочной железы, когда приходится проводить лучевую терапию и выполнять овариоэктомии в плане комплексного лечения независимо от вида выполненной мастэктомии, выбор методов реконструкции становится ограниченным. Поэтому разработка оптимальных методик реконструкции молочной железы при раке в зависимости от вида проведенного лечения в настоящее время является актуальной задачей.

Интересны исследования Holmstromm U. (1982), в которых он пытался определить показания к различным типам реконструкции молочной железы в соответствии с видом имеющегося дефекта. При сохраненной грудной мышце и поставочном количестве кожи и мягких тканей на передней грудной стенке, показана имплантация под большую грудную мышцу. Но здесь автор не указывает, до какого размера эндопротеза можно сформировать ложе под большую грудную мышцу. При сохраненной большой грудной мышце, но с дефицитом кожи и мягких тканей на передней грудной стенке он рекомендует торако-эпигастральный лоскут с субпекторальной имплантацией протеза. Здесь тоже важное значение будет играть направление послеоперационного рубца. При удалении большой грудной мышцы показано применение лоскута из широчайшей мышцы спины. При наличии рубцовой ткани и отсутствии большой грудной мышцы рекомендуется свободный абдоминальный лоскут. Но хирурги, занимающиеся пластикой, знают, как сложно на практике осуществить тот или иной вид реконструкции, чтобы он принес удовлетворение пациентке и не заставил ее обращать внимание на вновь возникшие рубцы после пластики (при свободном абдоминальном лоскуте).

Несомненно наиболее простыми методами реконструкции молочной железы является эндопротезирование под кожу и под большую грудную мышцу (Lejour M., 1982; Lejour M. et al. 1980). Но следует согласиться с А.М. Кулаковой с соавт. (1987), Stevenc L. (1984), что эти виды пластики имеют ограниченные показания и выполнимы лишь в 20% случаев.

Важным сложным и нерешенным вопросом является первичная пластика молочной железы (Murici A. et al. 1978). Реконструктивно-пластические операции молочной железы можно выполнять сразу после завершения радикальной мастэктомии, либо через некоторое после нее, утверждает Watts C., (1976).

Под первичной пластикой понимают реконструкции молочной железы,

производимую сразу же после завершения модифицированной радикальной мастэктомии по Patey, или в первые 3-5 дне после нее. Благоприятными факторами для выполнения первичной реконструкции является опухоль до 1 см в диаметре, дольковый рак *in situ* или внутрипротоковый рак I степени злокачественности инфильтративного рака, выраженная лимфоцитарная реакция (З.Н. Герасименко с соавт., 1983), а также рецепторо положительная опухоль по эстрогенам без поражения лимфоузлов (Piepie J., Martinae, 1982).

Если опухоль после срочного гистологического исследования оказывается не инвазивной и имеет диаметр менее 1 см, то первичную реконструкцию проводят сразу же после мастэктомии. Если опухоль более 1 см в диаметре и является инвазивной, то имплантация эндопротеза откладывается на 3-5 дней до получения окончательного гистологического заключения о состоянии первичной опухоли и регионарных лимфоузлах (Georgiade N., 1982). Wattis G. (1980) сообщают о произведенных одномоментных реконструктивно-пластических операциях молочной железы после радикальной мастэктомии и рекомендуют проведение подобных операций при раке молочной железы I-II стадии.

Основным достоинством немедленной реконструкции является значительное уменьшение психической и физической травм, вызываемой мастэктомией. При этом требуется лишь одна операция и отпадает необходимость в повторной госпитализации больной для реконструкции. Кроме того, по мнению некоторых авторов (Marshall D. et al., 1982) первичная реконструкция позволяет произвести более аккуратную пластику недостающей ткани, так как исключается необходимость в иссечении рубцовой ткани, образующейся после радикальной мастэктомии.

Если имплантация эндопротеза откладывается на 3-5 дней до получения окончательного гистологического заключения, то на 3-5 день латеральная часть разреза рассекается и в пространство под большую грудную мышцу имплантируется эндопротез (Georgiade N., et al., 1981, 1982; Huston J., Mc Kenzil 1970).

Основным недостатком немедленной реконструкции является опасность пропустить возникновение рецидива, который может быть скрыт эндопротезом, препятствующим своевременному выявлению опухоли (England P. 1982; Marshall D. et al., 1982). Однако, по данным А.П. Баженовой и соавт. (1981) Bostwick J. (1982), Albo R. et al. (1980) рецидивы могут быть довольно легко выявлены (Stabile R. et al. 1980).

Кроме того, эндопротезы в случае необходимости не препятствуют проведению химио-лучевой терапии (А.П. Баженова и соавт., 1981; Guthrie R. 1978; Brace J. et al., 1970; Marshall D. et al., 1982; Albo R. et al., 1980; Stabile R. et al., 1980; Sabatier P., Picaud).

Остаются нерешенными вопросы коррекции здоровой железы и пластики сосково-ареолярного комплекса (Muruci A. et al., 1978; Papillou J. 1976; Parry R. et al., 1977; Richard V. et al., 1979; Smith J., 1978; Van der Meulen I. 1979).

В отдельных случаях, когда опухоль по данным срочного гистологического исследования имеет низкую степень злокачественности и располагается далеко от соска, некоторые авторы предлагают сохранить сосково-ареолярный комплекс (Georgiade N. et al., 1981; Watts G. 1976). При этом основание сосково-ареолярного комплекса подвергается тщательному гистологическому исследованию и если признаков опухолевого роста не обнаруживают, то комплекс пересаживают в паховую область, которую предварительно дезэпителизируют для обеспечения хорошо кровоснабжаемого ложа, либо непосредственно на протезируемую молочную железу (Georgiade N., 1982; Albo R. et al., 1980), тем не менее, имеются сообщения о возможной имплантации рака вместе с сосково-ареолярным комплексом (McCarty K. et al., 1978; Georgiade N. et al., 1982; Wolf L., Biggs T., 1979). Кроме того, сохраненный сосково-ареолярный комплекс после пересадки в область восстановленной молочной железы обычно теряет пигментацию и возникает уплощение соска. (Georgiade N. et al., 1982), что указывает о нецелесообразности применения данной методики.

Заслуживает внимания пластика сосково-ареолярного комплекса противоположной молочной железы (Е. Н. Малыгин с соавт., 1985; Gentil F. et al., 1980).

Что касается показаний, то большинство авторов в первую очередь обращают внимание на противопоказания к выполнению данных операций. Баженова А.П. и соавт. (1981), Pettovel J., Millard G. (1978), Wolf L., Biggs T. (1979) не рекомендуют выполнять реконструктивно-пластические операции после радикальной мастэктомии, если имелись распространенные формы рака молочной железы, а также если опухоль локализовалась в субареолярной зоне и медиальных квадрантах так как в этих случаях возможно метастазирование в парастернальный лимфатический коллектор, что значительно отягощает прогноз. А.П. Баженова и соавт. (1981) утверждают, что наличие метастазов в 3-х и более подмышечных

лимфоузлах является противопоказанием к проведению пластической операции, однако другие авторы считают, что только прогрессирование заболевания служит абсолютным противопоказанием для выполнения пластической операции (Sabatier P., Picaud A., 1980).

При решении вопроса о реконструктивно-пластической операции молочной железы принимаются во внимание многие факторы. Главным критерием при определении показаний к реконструктивно-пластической операции является стадия заболевания (Sampaio G., Prpie J., 1979; Martinae P. 1982).

Вначале пластические операции проводились лишь после мастэктомии по поводу рака молочной железы T1 oMo стадии, позднее показания к ним расширились (Е.Н. Малыгин с соавт., 1985; Georgiade N., 1981).

Так, Laurent J. et al. (1983) считают, что реконструкция показана при благоприятном течении заболевания: медленном росте первичной опухоли, раннем проведении оперативного вмешательства, отсутствии пораженных лимфоузлов. Однако Apfelberg et al. (1981.. 1976), Pettavel J. et al. (1978), Dmoch (1982) считают, что реконструкция молочной железы может быть произведена любой женщине, перенесшей радикальную мастэктомию с учетом общего и психологического статуса. Таким образом единого мнения о показаниях и противопоказаниях к реконструктивно-пластической операции молочной железы у больных, перенесших радикальную мастэктомию по поводу рака нет. При определении показаний к проведению пластических операций одни авторы указывают на необходимость учета стадии заболевания, другие — психологического и общего состояния. Большинство авторов останавливаются на противопоказаниях к выполнению данных операций.

В 1969 году Малыгин Е.Н., детально описал все виды пластики молочной железы. Отсрочная пластика молочной железы включала подкожное эндопротезирование, эндопротезирование с формированием пекторального кармана, эндопротезирование с использованием кожно-мышечного лоскута широчайшей мышцы спины, эндопротезирование с использованием кожно-жирового лоскута передней брюшной стенки на сосудисто-мышечной ножке прямой мышцы живота, эндопротезирование с использованием подкожного эспондера.

В последующем была описана подробно первичная пластика при раке молочной железы включая: подкожную мастэктомию с лимфоденэктомией и эндопротезированием, подкожная мастэктомию с лимфоденэктомией и

эндопротезирование с использованием пекторального кармана, редукционная подкожная мастэктомия с лимфоденэктомией и эндопротезированием, радикальная мастэктомия с эндопротезированием с использованием кожно-мышечного лоскута из прочайшей мышцы спины, радикальная мастэктомия с эндопротезированием подкожным эспондером и др.

Нельзя не согласиться с Л.А. Вишневым с соавт. (1981), что в настоящее время комплекс реабилитационных мероприятий у больных после онкологического вмешательства на молочной железе не может быть полным без включения в него реконструктивно-восстановительных операций. Эта важная и актуальная проблема нуждается в дальнейшей разработке. Эта работа начата у нас (И.Е. Мереуца, В.К. Жовмир, П.М. Пихуг, А.Г. Кучиеру, Н.М. Годорожа).

3.2.3. Хирургическая реабилитация больных с опухолями опорно-двигательного аппарата

Злокачественные процессы опорно-двигательного аппарата составляют около 2% в структуре онкологической заболеваемости. В основном эти поражения локализируются в костях скелета и поэтому большинство оперативных вмешательств составляют разнообразный арсенал хирургических методик и видоизмененных операции. При этом должны соблюдаться основные принципы: радикальный характер операции с возможным наименьшим риском; абластичность оперативного вмешательства; по возможности сохранение конечности или сустава без нарушения их функции.

С этой целью при планировании хирургического вмешательства, учитывая различные параметры общего и специфического характера как возраст, общее состояние, локализация и распространение опухолевого процесса, возможная профессиональная и социо-бытовая реабилитация в послегоспитальном периоде.

В настоящее время для решения вышеуказанных целей применяются несколько видов оперативных вмешательств:

1. Сохраняющие или сберегательные и сберегательно-восстановительные операции.
2. Ампутации и экзартикуляции конечностей.
3. Сегментарные резекции с эндопротезированием.

На протяжении многих лет хирургами выполнялись сберегательные и сберегательно-восстановительные операции при опухолях и поражениях

костей плечевого пояса. При злокачественных поражениях тканей и костей плечевого пояса. При злокачественных поражениях тканей и костей данной области операций выбора считается межлопаточно-грудная ампутация. Данная операция выполняется во многих клиниках до настоящего момента, однако остается одной из травматичной и калечащей как в лечебном, так и в реабилитационном плане. Сначала П.И. Тихов в 1912 году, затем Б.Э. Линберг в 1922 году видоизменяли и выполняли межлопаточно-грудную резекцию этих костей с соблюдением принципов анатомической зональности и фублярности.

На протяжении многих лет эти операции видоизменялись и в настоящий момент в Институте Онкологии Молдовы, в отделении общей онкологии и реабилитации научный руководитель и автор данных видоизмененных операций д.м.н. А.М. Цуркан, выполняет межлопаточно-грудные и плечелопаточные резекции. В обоих случаях резерцированная плечевая кость фиксировалась лавсановой лентой к ключице, 1, 2, и 3 ребром. Фиксация плечевой кости к 1 ребру, ключице, а также сохранение мягких тканей в этой области позволяло создать форму образного плечевого пояса. Этот факт способствовал в дальнейшем анатомо-физиологической и частично-бытовой реабилитации.

Следовательно, в результате практических и научных разработок коллектива данного отделения доказано, что межлопаточно-грудная и плечелопаточная резекция в плане анатомической, косметической, функциональной и даже профессионально-бытовой реабилитации, является более приемлемыми, чем межлопаточно-грудная ампутация.

Другим направлением в хирургической реабилитации онкологических поражений опорно-двигательного аппарата является восстановление длины конечности. С этой целью применяются аллополусуставы и монополярные эндопротезы. С применением данных методик, входа их практического усовершенствования удалось достичь определенного уменьшения косметических дефектов, социально-психологической неполноценности и др. Арсенал применяемых эндопротезов самый разнообразный и постоянно находится в ведении хирурга, а также самого больного.

Одним из принципиальных результатов применения данных методов хирургического лечения является восстановление формы плечевого пояса, длины конечности и функции в плечевом суставе, что в конечном итоге способствует достижению положительных результатов в психологической, функционально-, социально-профессиональной реабилитации.

Нельзя не согласиться с фактами явного преимущества сберегательных и сберегательно-восстановительных операций перед калечащими и травматическими, цель, которая и преследует хирургическая реабилитация,

Операции в области крестцово-подвздошного сочленения и в области лонного сочленения являются весьма травматичными. После выполнения данных оперативных вмешательств помимо медицинских отклонений наблюдаются и грубые косметические дефекты, нередко являющиеся причинами глубоких психоэмоциональных стрессов.

Отсутствие одного крыла подвздошной кости во многом затрудняет функцию протеза и закрепления одежды к туловищу. Отсутствие одного из седалищных бугров приводит к неудовлетворительном положении сидя или перемещения.

В отделении общей онкологии под руководством А.М. Цуркана видоизменены данные операции. Так в настоящий момент выполняются межподвздошно-лонно-седалищная ампутация (МЛСА), которая является менее травматичной, сохраняются оба крыла подвздошной кости и оба седалищных бугра, что в конечном итоге уменьшают дефекты тазового кольца.

По методике того же автора выполняется и другая менее травматическая операция — расширенная экзартикуляция бедра, являющаяся более радикальной, абластичной и в то же время более сберегательной в плане реабилитации.

В последние годы расширился объем костно-эластичных операций с восстановлением дефектов трубчатых костей, которые способствуют более быстрому формированию костной мозоли, восстановлению пораженных контуров кортикального слоя кости.

При опухолях большой берцовой и малой берцовой костей выполняются ряд операций с применением аллотрансплантатов и созданием межруберцового синдесмоза, которые являются очень важными этапами в реабилитации больного, его социальной, бытовой и профессиональной реинтеграции.

3.3. Методы исследования и интегральной оценки эффективности, проводимой реабилитации и паллиативного лечения

3.3.1. Определение активности больного

1. Для оценки физической активности больных нами использовалась шкала Карновского (пункты 0, 1, 2):

0 — у больного полностью сохранена активность, он способен выполнить все действия, которые выполнял до болезни, без ограничения.

1 — у больного ограничена способность к напряженной физической работе, но он может передвигаться и выполнять легкую или сидячую работу, работу в учреждениях.

2 — больной способен передвигаться и ухаживать за собой, но совсем не может работать. Больной ходит и чем-либо занимается в течение более 50% периода бодрствования.

3 — способность больного ухаживать за собой ограничена, больной лежит в постели или сидит в кресле в течение более 50% периода бодрствования.

4 — больной полностью обездвижен, совершенно не может ухаживать за собой, прикован к постели или креслу. Способ применен у 500 больных. Больные распределялись следующим образом: 0 — 362, 1 — 80, 2 — 48, 3 — 25, 4 — 8. за собой, прикован к постели или креслу.

3.3.2. Электронейромиография

Электронейромиография — метод, основанный на анализе биоэлектрической активности мышечных и периферических нервных волокон, впервые предложен в 1969 году Н.Л. Cohen и I.B. Brumblik для обозначения вызванных потенциалов мышцы. В наших исследованиях мы применяли электронейромиограф "Мидикор" (ВНР и США) по методике Кованева В. А., Хмелевский Я. М. (1962). Анализу подвергнуты следующие показатели:

- 1) регистрация и анализ параметров В П мышц, нервов: ПД нерва, М — ответа, Н — рефлекса, Г — волны (латентный период, форма, амплитуда, двигательность В. П, динамика его изменения при постепенной перестановке силы раздражения);
- 2) определение числа функционирующих ДЕ;
- 3) определение СЖ по двигательным волокнам в различных сегментах нервного ствола (доступных исследованию);

4) определение СПИ по чувствительным волокнам различных сегментов нервного ствола;

5) другие.

Расположение стимулирующих и отводящих электродов приведено в таблице 11.

Предметом исследования данного вида являлся анализ мышечной деятельности при профессиональных видах движений (активных и пассивных, быстрых и медленных, при оказании помощи и сопротивлении). При этом производился учет степени биоэлектрической активности мышцы с динамическим прослеживанием ее при каждой двигательной ситуации. Помимо электромиографической записи фиксировали гониометрическую кривую, динамометрическую кривую, а также кривую скорости движения. Кинезологическая ЭМГ глобально отражала биоэлектрические потенциалы исследуемых мышц, и поэтому количественная оценка записи являлась решающей, т.к. в конечном счете она определяла степень активности мышцы и ее участие в выполнении данного движения или поддержания избранной позы. В прочтении ЭМГ-записи интерпретации подвергались форма, частота и амплитуда биопотенциалов, степень их суммирования. Унифицированность и сравнимость оценок кинезологической ЭМГ добивались используя кинезологическую классификацию (14) в следующих сопоставительных параллелях:

Нулевая (0)	— Биоэлектрическое молчание
Незначительная (+)	— Простая запись (трассе)
Легкая (+)	— Межуточная бедная запись
Умеренная (++)	— Межуточная богатая запись
Энергичная (сильная) (+++)	— Интерферентная запись
Очень энергичная (++++) (очень сильная)	

Для дифференциальной диагностики (миогенной, неврогенной) характера нарушений мышечной активности использовали детекционную и стимулодетекционную электромиографию. В частности, выявление спонтанной мышечной активности — фибрилляционных и медленных положительных потенциалов в состоянии покоя, являлось как правило всегда достоверным признаком денервации. В тоже время, если при максимальном произвольном сокращении мышц невозможно было достигнуть интерферентной модели записи ЭМГ, вследствие умень-

Таблица 15
Расположение стимулирующих и отводящих электродов

Исследуемый нерв	Расположение стимулирующих или отводящих электродов над нервными волокнами	Расположение отводящих электродов над мышцами
1. срединный	1. В точке Эрба. 2. В подмышечной впадине. 3. В нижней трети плеча внутрь. 4. В области локтевого сгиба внутрь от сухожилий двуглавой мышцы. 5. На уровень запястья на 2 см проксимальнее поперечной связки, запястья в середине между сухожилиями лучевого сгибателя кисти и длинной ладонной мышцей. 6. I-III пальцами кисти.	Над мышечном возвышении большого пальца
2. локтевой	1. В точке Эрба. 2. В подмышечной впадине. 3. В нижней части плеча, несколько медиальнее и сзади соответствующей точки срединного нерва. 4. В области локтевого сустава, позади от медиальной мышечной плечевой кости в борозде локтевого нерва. 5. В верхней и средней трети предплечья в медиальной части передней поверхности. 6. В области запястья, на 2 см выше поперечной связки запястья, медиальнее сухожилия локтевого сгибателя кисти.	Над мышцами возвышения мизинца
3. лучевой	1. В точке Эрба. 2. В подмышечной впадине. 3. В нижней трети наружной поверхности плеча, к наружи от наружной головки трехглавой мышцы. 4. В области локтевого сустава у головки лучевой кости. 5. 1 палец кисти.	Наружный отдел верхней трети предплечья под лучевым разгибателем запястья, общим разгибателем и ниже или под плечевой мышцей.

Анализ параметров СПЧ, М — ответа, число, ДЕ, Амплитуды II. Д. проводился в соответствии с соответствующими рекомендациями.

шенного количества активированных двигательных единиц, и устанавливались скудные амплитудные ответы на фоне частых полифазных потенциалов (ПД), сомнений в повреждении нерва не возникало. Изменение скорости проведения по двигательным нервным волокнам (СПИ), также как и время латенции (ВЛ) после электростимуляции осуществляли с помощью компьютеризованного интегратора (Т-1, ВНР). Параметры М-ответа считывались по развертке луча в осциллокопе, а затем по фотокопии регистратора с 4-х канальным диапазоном (М-41, ВНР). Все исследования выполнены на многоканальном миоскопе (электромиографе) типа М-440 (ВНР).

3.3.3. Измерение окружности верхней конечности

Для определения наличия отека верхней конечности на стороне операции нами производились измерение окружности обеих верхних конечностей трехкратно: в начале реабилитации, в конце и после санаторно-курортного лечения. Измерение производилось по методике, предложенной Kulakowski, Mika (1979), с помощью сантиметровой ленты три раза в течение дня на уровне 10 см выше и 10 см ниже локтевого сгиба и середины кисти.

Для отсчета использовалось среднеарифметическое значение полученных данных.

Метод применяли у 126 больных с последующей обработкой на ЭВМ.

3.3.4. Определение амплитуды движений в плечевом суставе (углометрия)

Определение амплитуды (объема) движений в плечевом суставе (углометрия) проводилась по методике, предложенной Kulakowski, Mika (1979).

Данная методика предусматривает определение движений в трех основных направлениях, по которым чаще всего наблюдаются ограничения объема движений плечевого сустава после радикальной мастэктомии и лучевого лечения, проведенного по поводу рака молочной железы:

- отведение — 180
- ротация кнаружи — 90;
- перемещение в горизонтальной плоскости — 120.

Причем, учитывается перемещение от 0 до 90, а с подъемом (сгибание) добавляется еще 30, что в сумме дает 120. Углометрию применяли у 63 маммологических больных.

3.3.5. Определение силы сгибателей пальцев кисти (кистевая динамометрия)

Определение силы сгибателей пальцев кисти является способом определения функционального состояния мускулатуры человека и осуществлялось по методике О. В. Недригайлова (1967) с помощью обычного металлического ручного динамометра. Измерение проводилось в первой половине дня, т.к. различные внешние факторы и утомление оказывают влияние на показания мышечной силы. Для отсчета использовалось среднеарифметическое значение полученных показателей. Оценку силы производят с помощью следующего индекса:

$$\frac{\text{сила (кг)}}{\text{вес (кг)}} \times 100$$

Для силы рук этот индекс у мужчин равен 70%, у женщин — 50%. Метод применялся у 80 маммологических больных.

3.3.6. Определение иммунологического статуса

В настоящее время большое значение приобретает изучение иммунокомпетентности и особенно характер иммунного ответа организма клеточной и гуморальной природы. При этом важное значение придается реакциям клеточного иммунитета.

Значение состояния клеточного иммунитета нарастает по мере прогрессирования опухолевого процесса. При неэффективном лечении также не происходит восстановления дефектности иммунной системы организма (Н. И. Трапезников с соавт. 1975, С.И. Сергеев с соавт. 1975, В. В. Городилова, 1979, В. А. Дукоч, 1980, Х и Аабдулаев 1981, Г. А. Булбук 1977, Davieset 1976).

— Определение общего количества Е-(РОК) — (лимфоцитов) в реакции спонтанного розеткообразования с эритроцитами барана (Zondal с. а., 1971).

— Определение ЕАС — розеткообразования (В-лимфоцитов) — определение содержания иммуноглобулина классов " ", "А" и "М" по Манчини и др. 1964.

— Определение циркулирующих иммунных комплексов (ДИК)

Гриневич "Aliferov (Лаб. дело №8, 1981), (определение ДИК у онкологических больных методом преципитации PE 3,5%)

Перед началом реабилитации у больных изучали содержание в крови Т- и В-лимфоцитов при помощи реакции спонтанного розеткообразования с эритроцитами барана (Е-РОК) и эритроцитами мышей (М-РОК) по общепринятой методике, а также концентрацию иммуноглобулинов классов " ", "А" и "М" в сыворотке крови по Манчини.

Для изучения возможности экспрессии или супрессии рецепторов Т-клеток целенаправленными воздействиями *in vitro* 0,1 мл суспензии лимфоцитов перед смешением с эритроцитами барана инкубировали с 0,1 мл физиологического раствора (контроль), левамизола (50 мкг/мл) или теофилина (1,8 мг/мл) в течение 1 часа при 37°C и дважды отмывали средой 199. Как известно, левомизол является стимулятором, а теофиллин — ингибитором феофодистеразы циклических нуклеотидов, Т-лимфоциты, определяемые общепринятым способом обозначались "спонтанно определяемые Т-лимфоциты" (Тспон.), а после дополнительной обработки левамизолом — "максимально выявляемые Т-лимфоциты (Тmax)".

Иммунологическую реактивность организма оценивали по результатам изучения клеточно-опосредованного иммунитета и содержания в сыворотке крови иммуноглобулинов класса А, М. Определяли содержание в периферической крови Т-лимфоцитов в тесте спонтанного розеткообразования с эритроцитами барана (ЭБ), численность общей популяции Т-розеткообразующих клеток, демаскированных левамизолом (Тmax), активно выявляемых Т-лимфоцитов (разница между Тmax и Тспон.), лимфоцитов с различной чувствительностью к теофиллину (теофиллин-чувствительные и теофиллин-резистентные — Ттфч, Ттфр) 4, В-лимфоцитов, обладающих рецепторами к эритроцитам мышей (М-РОК), и содержание иммуноглобулинов класса А, М по Манчини.

3.3.7. Биохимические исследования крови

Определение глюкозы крови

Глюкоза крови определяли орто-толуидиновым методом Гульмана. Норма 3,35—5,55 ммоль/л.

Определение общего билирубина с 2,4 дихлоронилином. Норма 20,5 ммоль/л.

Определение альбумина с бромкреозоловым зеленым при рН-4,2. Норма 37 — 52 г/л.

3.3.8. Эзофагогастрофиброскопическое исследование

Эндоскопическое исследование проводилось с помощью гибкого эзофагогастродуоденоскопа "Олимпус" GJF типа "Д" под местной анестезией 2% раствором лидокаина с растворами промедола (2% — 1,0) и атропина (0,1% — 1,0) внутримышечно за 30 минут до исследования. Гастроскопию, как правило, проводили по общепринятой методике, утром, натощак, в положении больного на левом боку, что позволяло визуально обследовать очаг поражения. Все исследования проводились в отделении эндоскопии Института онкологии. Всего обследовано 218 больных.

3.3.9. Эргокинетический компьютеризованный интегральный анализ

Методика исследования (Камышов Я. М. и соавт., 1985 г.) заключается в следующем: у больного определяли частоту пульса, артериальное давление, проводили ЭКГ в стандартных и грудных отведениях, запись ЭЭГ, определяли кислотно-щелочное состояние (КЩС) по основным параметрам (рН, рСО₂, ВЕ и рО₂) в состоянии покоя. После этого выполнялась запрограммированная физическая нагрузка с последующим определением частоты пульса, уровня артериального давления, пульсового давления записью ЭКГ и ЭЭГ, определением параметров кислотно-щелочного состояния и газов крови.

При помощи номограммы определяли величину максимального потребления кислорода, коэффициент Астранда (потребление кислорода в л/мин/кг массы тела).

Дефицит (избыток) оснований определяли по номограмме Sigard-Andersen, исходя из полученных величин рН и рСО₂.

Таким образом, получили интегральную информацию, характеризующую адаптацию организма к дозированной физической нагрузке и позволяющей оценить функциональную полноценность основных систем организма.

Нами представлен один из вариантов окончательного заключения эргокинетического исследования. История больного №797 1935 г. рождения. Диагноз: рак проксимального отдела желудка. Вес 70 кг. Рост 170 см. Нагрузки 75 Вт в течение 10 минут.

Полученные данные	ПД — 150/90 Нд, пульс 64, рН — 7,35 180/100, пульс 100, рН — 7,41
рСО ₂	33,9 мм рт.ст. ВЕ (-5,4)

30,3 мм рт.ст. ВЕ (-4,5)
90,0 мм рт.ст. потребление O₂ — 3,21 л/мин
80,0 мм рт.ст. коэф. Астранда 46

На ЭКГ (исходной) нарушение вегетативной регуляции. После нагрузки — признаки гипоксии верхушечно перегородочной области.

Заключение: уровень биоэнергетики в пределах возрастной нормы. Кардиоваскулярная аккомодация снижена: признаки гипоксии верхушечно-перегородочной области, артериальная гипертензия.

Способ предназначен и для определения уровня функционально-соматического состояния и трудоспособности у онкологических больных путем измерения и математического анализа системного артериального давления, показателей центральной гемодинамики и типов кровообращения, кислотно-щелочного состояния и газов крови, суммарных показателей биоэнергетики и уровня эргоза при физической нагрузке. С целью верификации достоверности дополнительно осуществляют расчет энергозатрат, задают больному физическую нагрузку, эквивалентную энергорасходам, соответствующим профессиографическому профилю (физический труд: легкий, средний, тяжелый, интеллектуальный труд). Программированная нагрузка, соответствующая в энергетических единицах характеру работы при предстоящем трудоустройстве выполняется на велоэргометре или эргобеге. Замер вышеуказанных показателей проводится дважды: до и после нагрузки. При расчете физической нагрузки используется формула:

$$E = 0,0651 \times P + 1,453,$$

где E — расход энергии в кДж;

P — величина нагрузки в Вт, где

$$P = \frac{E - 1,453}{0,0651}$$

В общие расчеты включается перерасчет энергозатрат при заданной физической нагрузке. При этих условиях нагрузка в 50 Вт определяется энергозатратами в 1 минуту в пределах 28,3 кДж, при 75 Вт — 38 кДж, при 100 Вт — 47,8 кДж. Длительность физической нагрузки при

50 Вт — 4 мин

75 Вт — 7 мин

100 Вт — 10 мин

более 100 Вт — 12-15 мин.

Отклонения в исследуемых показателях обозначаются отрицательными

балами: гипозэргоз (-1), выраженный гипозэргоз (-2), сниженная кардиоваскулярная аккомодация (-1), значительное ее снижение (-2,0), компенсированные нарушения (-0,5), декомпенсированные (-2,0). По сумме отрицательных баллов больные распределяются на группы:

— функционально-соматический фон условно допустимый с ограничением по классу 3 (тяжелый физический труд);

— функционально-соматический фон на критическом уровне, при котором фиксируется ограниченная трудоспособность с исключением работы по классам 2-3 (исключение работы средней и тяжелой интенсивности), напряженный интеллектуальный труд, ограничения в непрерывности часов работы (не более 4-5 ч);

— функционально — соматический фон неблагоприятный для возобновления работы, т. е. пациент фактически нетрудоспособен. Соответственно балловой оценке представленные группы обозначаются: — не более — 0,5 (трудоспособен) — в пределах — 1,0-2,0 (ограниченно трудоспособен 1-й уровень) — на уровне — 2,5 — 4,0 (ограниченно трудоспособен 2-й уровень) — ниже — 4,0 (нетрудоспособен). Способ апробирован и защищен авторским свидетельством 1179665.

3.3.10. Психофизиологическое компьютерное тестирование с ЭВМ-обработкой информации в полифазных режимах

С помощью комплекса ПФК — 01, 8-й терминалов и ЭВМ "Электроника-ДЗ-28" в автоматизированном режиме получали количественные показатели, объективно характеризующие состояние центральной нервной системы пациента с помощью психофизиологических методик, направленных на использовании переключения и устойчивости внимания, памяти, подвижности нервных процессов, тремора, способности простых арифметических действий, простой двигательной реакции выбора, темпа выполнения двигательных реакций при изменении последовательности подкрепления, а также степени усвоения сенсомоторных программ действий.

Физиологический анализ предстоящей трудовой деятельности (соответственно профессиографической принадлежности) предусматривал исследование информационного и двигательного компонентов, установление их количественных соотношений, выявление специфических особенностей, присущих и обеспечивающих физиологические системы.

Для обозначения психических состояний позитивного или негативного

характера, возникающих в процессе реабилитации и интегративно суммирующихся в виде отдельных синдромов, нами использована классификационная схема, в основе которой заложены два критерия: характер нарушений деятельности и сила, стойкость этих нарушений. Такой выбор решения обусловил более корректную интерпретацию ЭВ-данных и возможность практического осуществления (психофизиологический тренинг на ЭВМ-тренажерах) обратной связи. По первому признаку различали тормозную, импульсивную и генерализованную формы напряженности. Что касается силы и стойкости нарушений, то нами выделено было 3 вида напряженности, которые фактически рассматривались как степени или уровни ее выраженности: незначительная или легкая, быстро исчезающая, затем — длительная, существенно влияющая на деятельность, но доступная коррекции напряженности, 3-я степень характеризовалась длительной, резко выраженной напряженностью, которая возникла вопреки профилактическим мерам и фактически лечебными средствами не управлялась.

3.3.11. Оценка эффективности восстановительной терапии

а) Математический анализ (Камышов Я. М. с соавт., 1985).

С целью выведения ЕДИННОГО ИНТЕГРАЛЬНОГО КРИТЕРИЯ, служащего рабочей моделью для выбора программы восстановительного лечения, особенно в случаях, когда клинические критерии носят сугубо субъективный характер (болеутоление), нами использован математический анализ. В этой связи для каждого (i) показателя (y_i), характеризующего статус (интенсивность боли, слабость, недомогание и др.) пациента и длительность позитивного эффекта в проводимом лечении (болеутоление, улучшение сна, повышение работоспособности), соответственно индексу функции желательности (d_i) производили расчет по формуле:

$$d_i = \exp - a_{xp} (- y_i) \quad (1)$$

где y — безразмерная шкала, в которую переводятся показатели y. Обобщенная функция желательности (D), которая в конечном итоге характеризует общее состояние пациента, отражается в виде уравнения:

$$D = d_1 d_2 d_3 \quad (2)$$

Как d_i, так и D могут принимать значение от 0 до 1. Соответственно принятой номенклатуре при D, принимающем значения от 0 до 0,2 состояние больного расценивается как крайне неблагоприятное, при D от 0,37 до 0,63 — критическим, при D от 0,63 до 0,8 — удовлетворительным,

наконец, при D от 0,8 до 1 — хорошим. Такое распределение создает возможность в стандартных методиках фиксирования конечного результата выделить исследуемые показатели в отдельные классы. При этом, для перевода показателей y, в безразмерные шкалы y, из (1) для значений d_i 0,37; 0,63; 0,8 находим Y₁, Y₂, Y₃. По этим точкам определяются коэффициенты a₀, a₁, a₂ в формулах перехода

$$y = a_0 i + a_1 y_i + a_2 y_i^2 \quad (3)$$

Кинетику восстановления работоспособности (болеутоления) до курса лечения (D₁), после завершения его (D₂) рассчитывали по формуле:

$$m = \frac{D_1 - D_2}{1 - D_1} \times 100 \quad (4)$$

т. е. как отношение величины изменения общего состояния в результате реабилитационного лечения (обезболивания) к разности оценки при хорошем состоянии (D — 1) и фактическое состояние больного до лечебного воздействия. С целью предварительной статистической обработки получаемых данных использовали формализованную модель пациента во время реабилитационного лечения (1) и полигон частот эффективности лечения (2).

Соответственно рассмотренным выше способам динамического обследования и интегрального тестирования ступенчатый контроль осуществляется у всех пациентов на каждом этапе восстановительного периода. Вплоть до окончательной реабилитации комплексные исследования выполняются в течение 1-го года не менее 4 раз, т. е. каждые 3 месяца до и после курса проведенного восстановительного лечения. Во время отсроченного периода реабилитации (от 1 до 3 лет после операции) контрольные исследования проводятся 1 раз в 6 месяцев. Даже в случаях, когда эти сроки, по разным причинам, не соблюдаются пациентами, году.

б) Способ оценки эффективности реабилитации (Г.Д. Демиценко, 1990; в модификации Д.М. Камышова, Г.А. Цыбырнэ, 1991)

В основу способа взяты принципы предложенные В.С. Либенсоном и В. С. Карповой. Экономическая эффективность реабилитационного учреждения (E_p) рассчитывалась по общепринятой формуле:

$$E_p = \frac{\sum P \times W_i}{\sum Z_j}$$

где W_i — экономический эффект i-го показателя;
Z_j — j-ый показатель;

Таблица 16

Наименование показателя	Обозначение	Общая оценка состояния больного (желательность)			
		неблагоприятное 0,37	критическое 0,63	удовлетворительное 0,8	хорошее 1
1. Интенсивность патологического синдрома боли	Y1	Сильная 0	Среднее 0,77	Слабая 1,5	Нет 16
2. Продолжительность сна в сутки, час	Y2	2	4	6	8
3. Состояние работоспособности (продолжительность боли за сутки, час)	Y3	12	9	6	0

P — продолжительность работы (в годах) после реабилитации.

Расчеты обычно производятся на один год работы. Коэффициент (P), учитывающий продолжительность трудовой деятельности больного после возвращения его к труду, считается равным единице. Это вызвано отсутствием достоверной статистики по продолжительности трудовой деятельности больных после реабилитационного лечения.

Показатели экономического эффекта были условно разделены на 4 группы (органиграмма 1): 1) экономический эффект от возвращения больных к труду; 2) Экономический эффект от снижения затрат на социальное обеспечение и социальное страхование; 3) экономический эффект от затрат на лечение; 4) экономический эффект от прямых доходов.

Ниже приводятся аналитические выражения для всех показателей, приведенных в блок-схеме 1.

Экономический эффект от возвращения к труду инвалидов (W1) I группы без снятия инвалидности:

Таблица 17

Граница интервала в %	Относительная частота	Абсолютная частота	Относительная накопленная суммарная частота (%)
100-91	8	23,5	23,5
90-81	1	3,0	26,5
80-71	3	8,8	35,3
70-61	4	11,8	47,1
60-51	2	5,9	53,0
50-41	3	8,8	61,8
40-31	8	23,5	85,3
30-21	2	5,9	91,2
20-11	0	0	91,2
10-0	3	8,8	100,0

$$W1 = (Hд - 12C1) \times n1,$$

где Hд — национальный доход на одного человека, занятого в народном хозяйстве в год (в руб.);

C1 — среднеемесячное пенсионное обеспечение инвалидов I группы (в руб.),

n1 — число инвалидов I группы, возвращенных к труду без снятия инвалидности.

Экономический эффект от возвращения к труду инвалидов I группы со снятием инвалидности (W2):

$$W2 = (Hд - 12C1) \times n2,$$

где n2 — число инвалидов I группы, возвращенных к труду со снятием инвалидности.

Экономический эффект от возвращения к труду инвалидов II группы без снятия инвалидности (W3):

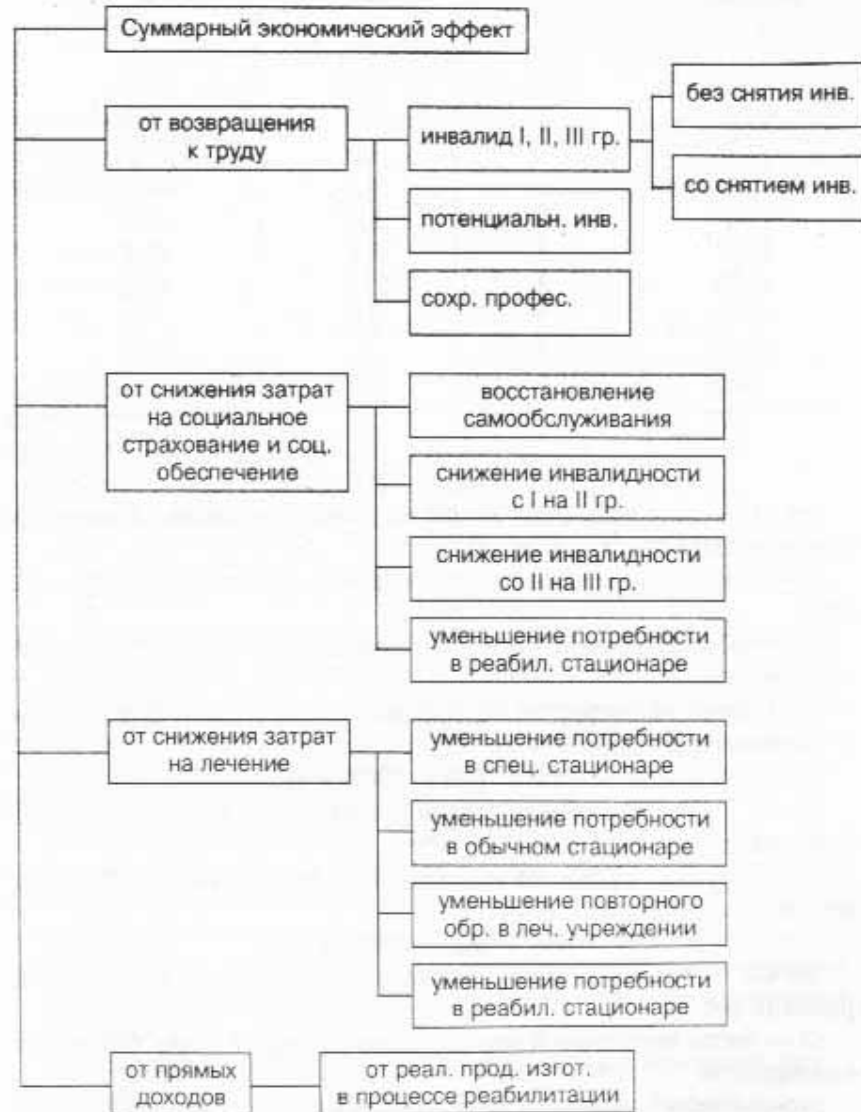
$$W3 = (Hд - 12CII) \times n3,$$

где CII — среднеемесячное пенсионное обеспечение инвалидов II группы (в руб.),

n3 — число инвалидов II группы, возвращенных к труду без снятия инвалидности.

Экономический эффект от возвращения к труду инвалидов II группы

Суммарный экономический эффект СЦР



со снятием инвалидности (W4):

$$W4 = (H_d + 12C_{II}) \times n_4,$$

где n_4 — число инвалидов II группы, возвращенных к труду со снятием инвалидности.

Экономический эффект от возвращения к труду инвалидов III группы без снятия инвалидности (W5):

$$W5 = (H_d - 12C_{III}) \times n_5,$$

где C_{III} — среднемесячное пенсионное обеспечение инвалидов III группы (в руб.),

n_5 — число инвалидов III группы, возвращенных к труду без снятия инвалидности.

Экономический эффект от возвращения к труду инвалидов III группы со снятием инвалидности (W6):

$$W6 = (H_d + 12C_{III}) \times n_6,$$

где n_6 — число инвалидов III группы, возвращенных к труду со снятием инвалидности.

Экономический эффект от возвращения к труду потенциальных инвалидов (W7). К этой группе относятся больные, имеющие функциональные нарушения, присущие инвалидам III группы, по которым ВТЭК продлеvalo реабилитационное лечение, до их возвращения к труду. Строго говоря, эти больные могли быть отнесены к категориям инвалидов III группы, возвращенных к труду, но в целях более детального анализа элементов показателей экономического эффекта, как например: время нахождения в реабилитационном стационаре, этот показатель экономического эффекта рассматривается отдельно.

$$W7 = (H_d + 12C_{III}) \times n_7 - t_l \times S_{крс},$$

где t_l — среднее время лечения больного в реабилитационном центре по продлению ВТЭК, в койко-днях;

$S_{крс}$ — стоимость койко-дня в реабилитационном стационаре;

n_7 — число больных, которым на ВТЭК было принято решение продлить лечение на реабилитации в целях предотвращения инвалидности.

Экономический эффект от сохранения (восстановления) профессиональной трудоспособности (W8):

$$W8 = (C_{пп} + C_{ппр}) \times n_8,$$

где $C_{ппр}$ — средняя стоимость профессиональной подготовки в ПТУ Ленинграда (в руб.);

Спп — средняя стоимость профессиональной подготовки в реабилитационном стационаре (в руб.);

п8 — число больных, которым сохранена (восстановлена) прежняя профессиональная трудоспособность.

Экономический эффект от восстановления способности больного к самообслуживанию (W9):

$$W9 = 12Сбх \times п9,$$

где Сбх — среднемесячная стоимость содержания больного в доме хроников (в руб.),

п9 — число больных, которым восстановлена утраченная способность к самообслуживанию.

Экономический эффект от снижения группы инвалидности с I на II (W10):

$$W10 = 12(CI - CII) \times п10,$$

где п10 — число больных, которым была снижена инвалидность с I на II группу.

Экономический эффект от снижения группы инвалидности со II группы на III (W11):

$$W11 = 12(CII - CIII) \times п11,$$

где W11 — число больных, которым была снижена группа инвалидности со II на III.

Экономический эффект от снижения длительность временной нетрудоспособности (W12):

$$W12 = 16,8 Бд \times п12,$$

где Бд — среднее число дней, на которое снизилась длительность временной нетрудоспособности, п12 — число больных, которым была определена временная нетрудоспособность.

Коэффициент 16,8 получен из следующего расчета:

$$\frac{Нд}{245} + Сбл = \frac{3000}{245} + 4,60 = 16,8.$$

где Нд — национальный доход на одного работающего,

245 — среднее число рабочих дней в году,

Сбл — средняя выплата по больничному листу в день.

Экономический эффект от уменьшения потребности с специализированном стационаре (W13):

$$W13 = (Сксс - Скрс) \times Дсс \times п13,$$

где Сксс — стоимость койко-дня в специализированном стационаре (в руб.),

Скрс — стоимость койко-дня в реабилитационном стационаре (в руб.),

Дсс — среднее количество дней, на которое сократилось лечение в специализированном стационаре в связи с переводом в реабилитационный стационар,

п13 — число больных, переведенных из специализированного стационара в реабилитационный.

Примечание: W13 рассчитывается для каждого специализированного стационара в отдельности, так как величины Сксс значительно отличаются друг от друга (от 10 до 25 руб.).

Экономический эффект от уменьшения потребности в стационарах обычного типа (W14):

$$W14 = Сксс \times Дос \times п14,$$

где Сксс — стоимость койко-дня в стационаре обычного типа (в руб.),

Дос — среднее количество дней, на которое сократилось лечение в стационаре обычного типа с связи с переводом в реабилитационный стационар,

п14 — число больных, переведенных из стационара обычного типа в реабилитационный.

Экономический эффект от уменьшения числа повторных обращений в стационары и поликлиники (W15):

$$W15 = \left(\frac{161 - 162}{B1} \times Скос \times Тлос + \frac{1п1 - 1п2}{B2} \times Спо \times Тлоп \right) \times п15$$

где 161 — число повторных обращений в стационар в выборке больных, не лечившихся в СЦР,

162 — то же, что и 161, но больных, лечившихся в СЦР,

1п1 — число повторных обращений в поликлинику в выборке больных, не лечившихся в СЦР,

1п2 — то же, что и 1п1 но больных, лечившихся в СЦР,

Спо — стоимость человеко-дня лечения в поликлинике (в руб.),

Тлос — продолжительность лечения в стационаре обычного типа при повторном обращении в днях.

Тлоп — продолжительность лечения в поликлинике при повторном обращении в днях,

B1 и B2 — объемы выборок,

n15 — число больных, прошедших лечение за один год в СЦР.

Экономический эффект от уменьшения потребности в реабилитационном стационаре (W16):

$$W16 = (C_{ксс} - C_{дрп}) \times D_{рс} \times n17,$$

где C_{дрп} — стоимость дня нахождения на реабилитационном лечении в реабилитационной поликлинике (в руб.),

D_{рс} — среднее количество дней, на которое сократилось лечение в реабилитационном стационаре в связи с переводом на лечение в реабилитационную поликлинику,

W17 — количество больных, переведенных в реабилитационную поликлинику из реабилитационного стационара.

Экономическая эффективность от реализации продукции, изготовленной в процессе трудотерапии (W17):

$$W17 = C_p - C_z,$$

где C_p — сумма, полученная от реализации продукции (в руб.),

C_z — сумма затрат на изготовление реализуемой продукции (в руб.).

Суммарный экономический эффект равен арифметической сумме всех значений его показателей

$$W_i = W1 + W2 + \dots + Wn$$

Показатели затрат сведены в три основные группы:

1. Первоначальная стоимость — 31,
2. Эксплуатационная стоимость — 32,
3. Затраты, связанные с износом, восполнением и реконструкцией — 33 (органиграмма 2).

Все затраты приводятся на расчетный год. Суммарные затраты на год рассчитываются по формуле:

$$Z_j = 31 + 32 + \dots + 3k$$

где Z_j — j-й элемент затрат.

В таблице 18 приведен расчет суммарно-экономического эффекта, суммарных затрат, затем определена экономическая эффективность СЦР на 1975 и 1976 г.г. Приведенный расчет подтверждает экономическую эффективность реабилитационного стационара, который в существующем виде сохраняет государству около 1 млн. рублей в год.

Предлагаемый способ расчета экономической эффективности, несмотря на возможную неполноту аналитических выражений, показал, на наш взгляд, свою практическую целесообразность.

Этот метод может быть применен с разработанными нами измене-

ниями для расчета экономической эффективности реабилитации в условиях поликлиники.

Расчет экономической эффективности реабилитационного учреждения:

$$E_p = \frac{P \times \sum_{i=1}^n W_i}{\sum_{j=1}^k Z_j}$$

Метод применен у 288 онкологических больных и результаты исследования применены при определении научно-хозяйственной и социально-экономической значимости создания Реабилитационного центра для онкологических больных в Республике Молдова.

3.4. Оценка болеутоления

3.4.1. Карта исследования и лечение хронического болевого синдрома (Приложение №4)

Для получения и лечения ХБС (хронического болевого синдрома) нами использовалась карта, в которую были включены главные характеристики ХБС.

Опрос больного по карте проводили до и после курса лечения.

Таблица 18

Расчет суммарного экономического эффекта

Экономический эффект	Аналитические показатели	Результат за предыдущий год	Результат за анализируемый год
От возвращения к труду инвалидов I группы без снятия инвалидности	1		
инвалидов I группы со снятием инвалидности	2		
инвалидов II группы без снятия инвалидности	3		

Экономический эффект	Аналитические показатели	Результат за предыдущий год	Результат за анализируемый год
инвалидов II группы со снятием инвалидности	4		
инвалидов III группы без снятия инвалидности	5		
инвалидов III группы со снятием инвалидности	6		
восстановление профессиональной трудоспособности потенциальных инвалидов	7		
От снижения затрат на социальное обеспечение	8		
Восстановление самообслуживания	9		
Снижение группы инвалидности с I на II	10		
Снижение группы инвалидности со II на III	11		
Уменьшение длительности временной нетрудоспособности	12		
От снижения затрат на лечение			
уменьшение потребности в специализированном стационаре	13		
уменьшение потребности в стационаре общего типа	14		
уменьшение повторных обращений	15		
уменьшение потребности в реабилитационном стационаре	16		
От прямых доходов от реализации продукции отделения трудотерапии	17		

ИТОГО

Суммарные затраты СЦР из расчета на год



Таблица 19

Расчет суммарных затрат

Суммарные затраты	Первоначальная стоимость 31, лей	Эксплуатационная стоимость 32, лей	Затраты на износ 33, лей	Итого
З				
$З = 31 + 32 + 33$				
1				

3.4.2. Схема (география) изучения лечения ХБС

Для объективизации боли и болеутоления в процессе терапии ХБС нами использована стандартизованная схема человека (Синельников З.А., 1962). Больной до и после лечения обозначал область болей на схеме (рис. 5, 6, 7), которая выбиралась в соответствии с локализацией болевых ощущений.

3.4.3. Карта учета суточного использования обезболивающих препаратов (по часам) позволяет определить суточный учет анальгетиков и интервал их приема (см. карту).

3.4.4. Определение интенсивности болевых ощущений по методу (1948)

Пациенту предлагалось определить в баллах интенсивность своих болей по шкале: 0 — нет боли; 1 — легкая боль; 2 — средняя боль; 3 — сильная боль; 4 — очень сильная боль. Оценка в баллах позволила статистически обработать и сравнить полученные данные.

Изучение ХБС и оценка длительности анальгезии проводилась комплексным методом, через определенные интервалы времени.

Статистическая обработка материалов и оценка достоверности результатов исследования. Применяли комплексный статистический метод, рекомендуемый Л.С. Каминским (1964, 1974), Р.Н. Бирюковой (1964). При большом числе наблюдений показатель считался достоверным, если отношение средних и их средней ошибки было не ниже 2,1 — 2,5. При малых выборках пользовались таблицей Стьюдента (Большов Л.Н., 1964, 1989). Данные обработаны на персональном компьютере IBM Р АТ и ЭВМ ЕС-1046. Для оценки эффективности разных методов реабилитационного метода лечения и их комбинации разработана математическая модель, состоящая из 7 последовательных этапов.

3.5. Компьютеризированная система «Онкореконструкция» и «Информационно-экспертный регистр»

3.5.1. Информационная система «Онкореконструкция»

Из различных определений термина реабилитации наиболее удачные:

1. Онкореконструкция принимается как динамическая система взаимосвязанных воздействий и мероприятий медицинского, психологического и социального характера, направленных не только на восстанов-

ление и сохранение здоровья, но и на возможно более полное восстановление (сохранение социального статуса больного или инвалида).

2. Реабилитация на этапе развития нашего общества есть система государственных, социально-экономических, профессиональных, педагогических и других мероприятий, направленных на предупреждение развития процессов, приводящих к временной или стойкой утрате трудоспособности, на эффективное и раннее возвращение больных и инвалидов (детей и взрослых) к общественно-полезному труду (Варшава, 1967 г., Совецание министров здравоохранения соц. стран).

Главное достоинство этого определения:

1) представление о реабилитации как системе;

2) государственное обеспечение деятельности реабилитационной системы;

3) предупредительный характер деятельности системы;

4) социальная направленность реабилитационных мероприятий;

5) принципиальная общность реабилитации.

Анализ реабилитации как науки позволяет выделить ее основы:

1) методологическую — диалектико-материалистическое представление о биологической природе и социальной сущности человека, о реабилитации как системе и о единстве и противоположности патогенеза и самогенеза;

2) биологическую — учение о самогенезе как интегративном процессе, учение о функциональных системах и о фенотипической адаптации;

3) психологическую — учение о личности и ее компенсаторных механизмах, обуславливающих саногенетическую направленность личностных реакций;

4) социально-экономическую — потребность общества в участии ее членов в общественно полезной деятельности в макро- и микросреде;

5) организационную — специализированные кабинеты, отделения, поликлиники, центры, учреждения профессионального переобучения, переквалификации, а также лечебно-трудовые мастерские;

6) материально-техническую — специальное оснащение и оборудование для исследований, медицинской и профессиональной реабилитации.

Цель системы «Онкореконструкция» — достижение в соответствующие сроки стойкого оптимально-адекватного саногенетическим возможностям восстановления нарушенных функций онкологического больного, приспособ-

собления к окружающей среде и участия в социальной жизни с прежними или измененными в связи с болезнью социальными функциями.

Схема системы "Онкореконвалитация" в общем виде состоит из следующих основных компонентов: входа, блока управляющей и управляемой подсистемы, выхода, обратной связи и подсистемой контроля (система 1).

Для пуска системы включается "пусковой стимул" ПС, где выступает нуждающийся в реконвалитации больной. На выходе системы решаются следующие задачи:

1. Функциональная диагностика состояния реконвалитируемого онкологического больного с отражением в диагностическом заключении трех аспектов: биологического (функционально-структурные изменения организма), психологического (отношение реконвалитируемого к своей болезни, к окружающей социальной среде, деонтологическая ситуация) и социального (изменение трудоспособности, способности к бытовому само- и взаимообслуживанию, необходимость в уходе).

2. Конкретная оценка окружающей макро — и микросреды с выделением ее потребностей и возможностей в отношении бытового и социально-бытового устройства реконвалитируемого, а также тех влияний, которые среда оказывает на него.

3. Конкретная оценка состояния системы "Онкореконвалитация" с определением ее структурно-функциональных возможностей и готовности к осуществлению необходимых видов реконвалитации в соответствующем объеме.

На входе онкореконвалитационной системы принципиальное значение имеет метод сбора информации, особенностями которого следует считать широкое использование инструментальных, лабораторных и психологических методов исследования, применение функциональных тестов.

К задачам следующего компонента системы "Онкореконвалитация" — блока управления или управляющей подсистемы следует отнести:

1. Принятие решения, основанного на научных знаниях по реконвалитации онкологических больных, анализе собственного опыта практической деятельности и данных интегративной оценки состояния реконвалитируемого больного и его функциональных возможностей, состояние окружающей среды и системы "Онкореконвалитация" с учетом вероятного восстановления здоровья, личности и социальных функций, а также прогноза переносимости, этапности и перспективности реконвалитационных мероприятий.

2. Создание многоцелевой программы онкореконвалитации соответственно интегративной оценке реконвалитируемого онкобольного и его связей, а также виду реконвалитации (медицинская, психологическая, профессиональная, социальная), этапу (реконвалитация, реконвалитация, ресоциализация) и режиму в зависимости от степени нарушения приспособительной активности.

3. Передача в определенной последовательности программы онкореконвалитации в виде соответствующих назначений разным функциональным подразделениям исполнительной подсистемы реконвалитации.

4. Управление выполнением программы при помощи регулирования взаимодействия и преемственности подразделений управляемой подсистемы, а также контроль изменения и текущая коррекция программы.

5. Контроль конечного результата деятельности системы и сопоставление его с запрограммированным.

6. Анализ результатов деятельности системы, качества и эффективности конкретных многоцелевых программ и их вариантов с определением способов ее оптимизации (усовершенствования).

7. Организаторская деятельность, направления на обеспечение всех подсистем оборудованием, помещениями, финансами, штатами, кадрами, медикаментами.

8. Обеспечение развития и усовершенствования реконвалитационной системы при устойчивости ее функционирования путем структурно-функциональной дифференциации, специализации и пространственно-временной локализации.

Для осуществления функции управления структурой этот блок системы должен включить реконвалитацию как науку, а также специалиста-онкореконвалитолога или онкореконвалитационный совет при онкологическом учреждении.

В состав реконвалитации как науки входят ее самостоятельные виды, имеющие специфические методы и методики.

Целесообразно выделение четырех основных видов реконвалитации, принципиально отличающихся целевой направленностью, методами исследования: медицинскую, психологическую, профессиональную и социальную.

Медицинская реконвалитация использует медикаментозную и немедикаментозную терапию; восстановительную и косметическую хирургию, трудотерапию и др.; психологическая — психотерапию, коррекционное

воспитание и др.; профессиональная (образовательная) — обучение и профессиональное переобучение, профобучение и профессиональное переобучение, профориентацию, производственную трудотерапию и др., социальная — бытовое и трудовое устройство, социотерапию, социально-экономическое и юридическое консультирование и др.

Центральным звеном управляемой подсистемы является объект управления; качественно определяющий сущность системы и ее целевое назначение.

Поскольку в системе «Онкореконвалитации» происходит активное взаимодействие управляющей и управляемой подсистемы, то объекту управления следует признать реконвалитируемого больного, который осуществляет также аутодиагностику (самодиагностику), аутопрограммирование, аутореконвалитацию и, благодаря этому, соучаствует в реконвалитационном процессе.

Перед реконвалитируемым больным как управляемой подсистемой стоит ряд задач к которым относятся:

- 1) активное выполнение программы реконвалитации;
- 2) осведомительное информирование управляющей системы об изменении состояния;
- 3) активация коррекции программы при ее несоответствии функциональным возможностям на определенном этапе реконвалитации;
- 4) организационная (инициативная) деятельность по установлению связей с окружающей социальной микро — и макросредой для успешной профессиональной и социальной реконвалитации;
- 5) активное соблюдение условий, необходимых для устойчивости достигнутого уровня реконвалитации после завершения реконвалитационных мероприятий.

Сложная многоэтапная деятельность системы реконвалитации завершается на выходе системы, где представлен реконвалитированный больной, достигший определенного уровня реконвалитации, что обеспечивает ряд результатов: социальных, экономических, правовых, медицинских, гуманистических.

В подсистеме контроля наряду с анализом результатов реконвалитации осуществляется система оценки системы «Онкореконвалитации» с комплексом ограничений, которым подвергалась система в процессе деятельности как из внешней среды (помещение, финансирование, путевки на санаторно-курортное лечение, направление на профессиональное пере-

обучение и др.), так и из внутренней от подсистем (расхождение в установках на показание и методику проведения тех или иных методов реконвалитации, отсутствие отдельных специалистов, недостаток соответствующих медикаментов) окружающей социальной среды с комплексом реакций на реконвалитированного онкобольного. Так как отдельные подсистемы реконвалитации имеют самостоятельные входы, то им соответствуют и самостоятельные выходы. Эти дополнительные выходы, благодаря системе обратных связей, обеспечивают получение таких конечных результатов для отдельных подсистем, как например, создание реконвалитационных учреждений, развитие реконвалитационной науки, обогащение опытом различных управляющих звеньев, обучение вспомогательного персонала, экономичность расходов.

Следующим необходимым компонентом любой системы вообще и системы «Онкореконвалитации» в частности, является обратная связь и ее канал. По каналам обратной связи поступает информация о конечном результате реконвалитационной деятельности, т. е. об оптимальности уровня реконвалитации по всем основным его параметрам (медицинскому, психологическому, профессиональному и социальному) в конкретной обстановке; о состоянии системы (т.е. обо всех ее реакциях на воздействующие в процессе реконвалитации факторы); о состоянии окружающей социальной микро — и макросреды (т.е. о ее принятии реконвалитированного онкологического больного).

В системе «Онкореконвалитация» функцию подсистемы контроля тоже выполняет врач-онкореконвалитолог или реконвалитационная комиссия.

Хотя деятельность реконвалитационной системы направлена на нуждающихся в реконвалитации онкологических больных, результаты этой деятельности проецируются и на популяционный уровень, т. е. обеспечиваются результаты, важные для общества в целом: сохранение трудовых ресурсов, сохранение сроков временной нетрудоспособности, снижение уровня первичной инвалидизации; улучшение внутрисемейных, межличностных отношений и экономического обеспечения в семьях больных и инвалидов; рост гуманистических тенденций в обществе.

3.5.2. Информационно-экспертный регистр по восстановлению трудоспособности онкологического больного

Наличие изменений в состоянии основных функциональных систем организма онкологических больных свидетельствует о необходимости адекватного лечения. Обнаруженные функциональные расстройства требуют учета при трудоустройстве онкологических больных.

Следует подчеркнуть, что признание больных после радикального лечения трудоспособными или нетрудоспособными — это динамический процесс, находящийся в зависимости от состояния здоровья, личностных установок, уровня социально-психологической компенсации, выраженности функциональных расстройств. При решении вопросов возвращения к труду должны приниматься во внимание различные факторы, и поэтому экспертное заключение выносится после тщательной оценки статуса больных, когда врачи берут на себя не только медицинскую, но и моральную ответственность за их судьбу. Восстановление трудоспособности онкологических больных имеет народно-хозяйственное значение и базируется на разрешении медицинских и врачебно-экспертных проблем.

Восстановление трудоспособности у онкологических больных носит сугубо индивидуальный характер. Учет личностных особенностей больных, а также их ранимой психики должны присутствовать на всех этапах сложного пути от момента обнаружения заболевания и его лечения до периода восстановления физических и душевных сил. В работе с этой целью мы применяли специально разработанную нами (И.Е. Мереуцэ, Я.М. Камышов, С.Д. Орловская и др.) карту (1 — ОНКО) утвержденную МЗ Республики Молдова.

ГЛАВА 4. ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

В Республике Молдова наблюдается постоянный рост числа онкологических больных. В 1980 году заболеваемость составило 149 на 100000 населения а в 1990 году она поднялась до 179.3 на 100000 населения. Показатель болезненности составил соответственно 668.3 и

840.0. Эти данные подтверждаются и исследованиями в других странах (Трапезников Н.П. , 1990, Рапа 1993, Волика 1990, 1992).

В связи с постоянным ростом числа излеченных онкологических больных острыми становятся вопросы реабилитации этой категории больных, их реинтеграция в активной жизни общества. С другой стороны остается часть онкологических больных у которых лечение оказалось неэффективным или они обращались в запрещенных стадиях заболевания и они нуждаются в проведение мероприятий паллиативной помощи.

Реабилитация онкологических больных в условиях Республики Молдова является важной государственной проблемой. Инвалидность вследствие злокачественных новообразований в настоящее время является одним из важных показателей качества организации здравоохранения время занимает 1-2 места в общей структуре инвалидности и, эффективности методов лечения, уровня медицины в целом. Как известно, показатели инвалидности относятся к числу основных критериев здоровья населения. Комплексная реабилитация онкологических больных, представляет собой одну из первоочередных задач, сформулированных во всеобъемлющей программе ВОЗ по борьбе против рака. Между тем, достоверно то обстоятельство, что значительная часть онкологических больных в Молдове, признанных нетрудоспособными, приступает к работе уже в течение ближайшего времени после стационарного этапа лечения. С другой стороны, длительное выключение инвалидов из трудового ритма и таким образом, их искусственная изоляция, именно социальная изоляция, приводит к потере трудонаправленности, интереса к работе и общественно-полезному труду. Это ограничивает трудовые ресурсы, причем населения в наиболее деятельном возрасте, и ведет к существенным экономическим потерям. Все это свидетельствует о нынешнем несовершенстве существующих решений и требует исследования причин такого положения и не только, а и обоснованных практических действий. Существующий уровень знаний позволяет найти новые подходы к решению этой проблемы, при этом позитивная реализация ее возможна в региональных масштабах. Очевидность в необходимости детальной разработки методических подходов к системному изучению процесса восстановления трудоспособности с современных позиций биоэнергетической концепции, интеграции усилий органов здравоохранения и социального обеспечения для создания научно-практической платформы службы реабилитации онкологических

больных в республике, не вызывает сомнений. И все это надо делать уже сегодня, т.к. некоординированные схемы восстановительного лечения больных в отдельных учреждениях Молдовы не находят разумной альтернативы ни в медицинском, тем более социальном аспектах. Так в частности, вследствие этого, у большей части пациентов закономерно возрастает уровень эндогенной специфической интоксикации, создается избыток глюкокортикоидов в организме, что в конечном итоге, способствует возможной репродуктивной активации рецидивирования или прогрессирования заболевания с широкой зоной метастазирования. Существенно ухудшаются показатели догодичной детальности и окончательные результаты лечения онкологических больных. Это еще раз подчеркивает актуальность проведения комплексных исследований, включающих разработку методов нейро-гуморального управления процессами реадaptации, которые в конечном счете позволят уменьшить смертность онкологических больных, внедрить в практику эффективные способы реабилитации в условиях стационаров, санаторно-курортных учреждениях, поликлиниках и на дому, будут способствовать восстановлению трудоспособности и социальной реабилитации радикально леченных пациентов. С учетом указанной цели в общем плане исследований предусматривается формирование автоматизированной информационной системы по онкологическим больным в Молдове, экспертный скрининг алгоритма профессиографической миграции онкологических больных на этапах лечения. Математический анализ и компьютерное моделирование процессов биоэнергетической реактивации, также как и прогнозирование исходов реабилитации. Это может оказаться действенной основой построения принципиально новой методологии и технологии, восстановления физиологического гомеостаза у онкологических больных.

Важность онкологического компонента в санаторно-курортном обеспечении широких слоев населения не вызывает сомнения. Именно онкологические подразделения санатория (дома отдыха) в большинстве случаев являются одним из первых звеньев в цепи реабилитационных мероприятий онкологических больных и именно здесь часто определяется дальнейшее течение выздоровления нередко и судьба больного. К сожалению, однако, пока еще имеется большой разрыв в научных достижениях "стационарной" онкологии и таковой в условиях учреждений санаторно-курортного типа. В этом плане разработка и

совершенствование современных методов комплексного обследования и реабилитации онкологических больных, внедрение их наиболее оптимальных вариантов и способов в санаторно-курортную практику является новым актуальным направлением в онкологии. Возможность комплексного обследования и реабилитации больных в условиях современного санатория с развитой службой функциональной диагностики вполне обоснована. Прогресс в области фармакологии и синтетической химии, молекулярной биологии и патофизиологии при постоянном совершенствовании лабораторной техники, позволяет уже сейчас выйти за рамки так называемых "стандартных" методов и перейти от вспомогательной функции ординарных исследований к конструктивным заключениям для объективной оценки больного, конкретного осмысливания характера воздействия на гомеостаз, избранных видов восстановительного лечения, реадaptации и реабилитации в прямом смысле этого слова. Помимо этого, внедрение современных теоретических положений и чисто практических установок, выросших на сазе клинической онкологии и стыке смежных наук, также как и специальных интегральных методов исследования позволяет анализировать опыт онкологической санаторно-курортной практики с новых позиций и даже в ряде случаев выносить решения на основе новых методологических принципов. В конечном итоге все это соответствует современным концепциям о реабилитации как комплексном процессе, предусматривающем интегральный подход к больному человеку. В этом плане становится ясно, что разработка и внедрение экспертно-реабилитационного подхода к санаторным больным онкологического профиля также как и специальных реактивационных комплексных мероприятий по управлению процессами саморегуляции и действенной реадaptации — реальный путь улучшения массовой онкологической помощи населению.

Наряду с созданием систем медикаментозной противоболевой помощи онкологическим больным, очень важное значение имеют и организационные мероприятия по созданию системы учреждений здравоохранения, где бы эта помощь оказывалась в рамках паллиативной помощи вообще.

При этом, важно эту систему помощи заполнить содержанием, а именно высококвалифицированными специалистами всех уровней. В частности, из литературы следует, что многие специалисты при подавлении боли назначают наркотические анальгетики задолго до необхо-

димости их применения, т.е. не соблюдают "трехступенчатый подход", рекомендованный ВОЗ (Чиссов В. И. 1989, von Roen, 1991).

Вследствие этого предлагаются специальные программы обучения врачей для медицинских сестер, студентов и врачей (Pilowsky, 1988, Walker, 1991). Отсутствие знаний у населения, в частности онкологических больных и их родственников, о возможностях и принципах борьбы с болью приводят к нежеланию давать оценку интенсивности боли у 70%, описывать другие характеристики боли у 49%, принимать лекарства у 48% пациентов (von Roen, 1991). Улучшить ситуацию возможно только путем организации широкой сети санитарно-просветительской работы среди пациентов и их родственников с публикацией для них всевозможных памяток и брошюр (Siehl, 1990).

Высокая актуальность реабилитации и паллиативной помощи онкологическим больным высевала необходимость создания новых организационных форм этих служб в масштабах Республики Молдова. Это и определило одну из задач настоящего исследования.

Целью работы являлось выработать концепцию (организационную и клиническую) реабилитации и паллиативного лечения онкологических больных в Республике Молдова, способствующую реализации управления непосредственными (догодичными) и отдаленными результатами комбинированного лечения онкологических больных.

Задачами работы являлось:

— определение общеорганизационных вопросов реабилитации и паллиативной помощи онкологическим больным, разработка организационно-проектных предпосылок создания реабилитационного центра для онкологических больных с функциями научно-клинического и методологического учреждения в масштабе Молдовы.

В задачи работы входила разработка интегральной программы комплексного восстановительного лечения онкологических больных, разработка законодательной основы санаторно-курортного этапа реабилитации онкобольных о соответствующими методическими рекомендациями (показания, противопоказания), обоснование рекомендации по организации системы паллиативной помощи онкологическим больным в Республике Молдова — как составной части национальной программы противораковой борьбы.

Разработка новых способов реабилитации и паллиативного лечения у онкологических больных, формирование специфической документации

по вопросам реабилитации (в поликлинике, в санаторий и на дому), разработка интегральной системы психосоциального и самофункционального тестирования — как основы определения уровней качества жизни и создание банка-регистра качества жизни онкологических больных а так же разработка эффективных методов восстановления трудоспособности и болеутоления у онкологических больных основных локализаций.

Разработка аппаратов Меркур-1, Меркур-2, АМАТ-01. Основу работы составили клинические исследования и результаты лечения 1380 разнопрофильных онкологических больных. Для выполнения задач проведено кооперированное контролируемое исследование материалов Института Онкологии Молдовы, районных и городских больниц республики, курортов "Кодру" (с. Гыржеука, Каларашский район, Санаторий "Золотая Нива" (курорт Сергеевка), санатория им. С. Лазо (курорт Сергеевка), санатория "Патрия" (курорт Сергеевка)). В соответствии с протоколом научного приложения № 040512 были составлены клинические отчетные формы, согласно которым больные наблюдались с 1989 по 1994 г. г. в Институте Онкологии Молдовы (опухоли основных локализаций).

Далеко зашедший опухолевый процесс (Паллиативная) в группе № 1 была сформировано из 138 больных (100 женщин и 38 мужчин). Группа больных получивших лечение по радикальной программе (Реабилитационная) — группа №2, состоящая из 362 больных (261 женщин и 101 мужчин), которым было проведено радикальное лечение. В комплексе реабилитации применялись различные способы лечения -центральная и периферическая электроимпульсная терапия, магнито— и лазеротерапия, лазеромагнитная терапия а также апробированные методы разработанные нами (Цыбырнэ Г. А. , Камышов Я. М., Мереуцэ И. Е. 1988, 1989, 1990) аэроионно-оптической терапии в области инфракрасного диапазона, магнито-аэроионной терапии инструированных нами аппаратов (Меркур 1, Меркур 2, АМАТ-01).

Аэроионно-оптический способ лечения димфостаза основан на сочетании одновременном воздействии на метамерно-рецепторные поля верхней конечности на стороне операции), потоком отрицательных аэроионов и низке интенсивного светого излучения инфракрасного диапазона. На способ было получено авторская справка № 930020 от 17.03.93 г.

Способ магнито-аэроионной терапии основан на сочетании одновременном воздействии на поверхность кожи в области проекции бывшего первичного опухолевого образования и послеоперационных рубцов и их зон постоянна магнитным полем и потоком отрицательных аэроионов. Интенсивность магнитного поля (магнитная индукция) на рабочей поверхности головки воздействия составляло в среднем 5 мТл, а концентрация потока отрицательных ионов изменялось в пределах 5 - 15x16,6 ион/см³, что соответствовало силе разрядного тока пациента в пределах 25-75 мкА (Патент на изобретение № 394/04 от 22.08.94 г.)

Основные преимущества сочетанных методов лечения перед последовательным применением преформированных физических факторов в общем можно считать следующими:

во-первых, сочетанное (одновременное) использование лечебных физических факторов, как правило, оказывается более эффективным по сравнению с последовательным их применением. Это положение особенно четко реализуется, если сочетаемые физические факторы синергичны в своем воздействии на основные системы организма и дополняют друг друга во взаимодействии с остальными органами и тканями.

Во-вторых, сочетанное воздействие обычно осуществляется при более низких дозировках участвующих физических факторов, чем при их последовательном, а тем более при раздельном применении, а поэтому является менее нагрузочным для организма и легче переносится больным. Курс же лечения, как правило сокращается.

В-третьих, сочетанные процедуры позволяют существенно экономить время медицинского персонала и пациента, что имеет большое социальное значение и очевидные медико-экономические преимущества.

И последнее. При приборной реализации сочетанных методов терапии, как правило, уточняются и выбираются оптимальные параметры воздействующих факторов, улучшаются конструктивные параметры (малогобаритность и небольшой вес) и удобство эксплуатации (меньшее число элементов управления).

Выше приведенные положения получили подтверждение и в работах ряда известных специалистов: Полонский А. К. и соавт. (1979), Илларионов В. Е. (1989), Демецкий А. М., Алексеев А. Г. (1981), Улащик В. С., Сиваков А. П. (1986). Суть метода магнито-аэроионной терапии заключается в том, что на метамерно-рецепторную зону (патологически

и очаг) воздействуют одновременно двумя физическими факторами: аэроионным потоком (концентрация не менее 3x10,6 ион/см³.) и постоянным магнитным полем (магнитная индукция в рабочей плоскости 25-30 мТл).

Теоретическим обоснованием к разработке этого способа воздействия послужили следующие данные. Одним из действующих факторов является аэроионный поток отрицательно заряженных ионов. Он, раздражая рецепторы кожи, приводит к расширению капилляров, улучшению микроциркуляции, снятию гипоксии тканей и улучшению обмена (Демецкий А. М., Алексеев А. Г., 1981, Мереуцэ И. Е. и соавт. 1991).

Общепризнанной являемся теория нейрогуморального действия аэрионизации (Валков Е. С., Влялько В. И., 1989). Широкое применение в лечебной практике получили методики аэрионизации Финогонова С. и рассчитанные на воздействие определенных метамеров кожи. При этом местный лечебный эффект проявляется ускорением заживления ран, болеутоляющим, противовоспалительным и противозудным действием.

Ряд из указанных эффектов присущие и действию постоянного магнитного поля (ПМП).

ПМП повышает резистивность организма, оказывает противовоспалительное, болеутоляющее действие, активно влияет на гемостаз, обмен веществ, процесс репаративной регенерации травмированных тканей.

Другой не менее важной особенностью биологического действия магнитных полей является отсутствие стимулирующего влияния на рост и развитие опухолей различного генеза.

Об эффективности применения аэроионотерапии после операции по поводу злокачественных опухолей половых органов указывает В. М. Стругацкий (1981), по результатам наблюдений более 400 больных в гинекологической клинике Ижевского медицинского института. По краткому обзору данных медицинской литературы можно констатировать следующее: в патологических измененных тканях магнитное поле вызывает увеличение проницаемости клеточных мембран, катализируя включение в клетки ионов калия (Клячкин Л. М., Федотов Б. В., 177, Богач П. Г., 1977), улучшает лимфоток и уменьшает отек тканей (Жуков Б. И., 1981). Магнитное поле способствует образованию Т-лимфоцитов, вызывает дезорганизацию как основного аморфного, так и коллагеновых структур соединительной ткани (Стругацкий В. М., 1981). Таким образом, магнит-

ное поле, по нашему мнению, (Камышов 1991, Мереуца 1992) оказывает влияние по существу на все фазы и стадии воспалительной реакции, предотвращая в конечном итоге спаечный процесс и рубцевание.

Так соответственно предложенного нами комбинированного способа реабилитационного лечения онкогинекологических больных, введение внутривагинального электрода — вагинальный "Магнитотрон-2" до касания мягких тканей и установки на проекцию культи шейки матки, культи влагалища, придатков матки, (в зоне послеоперационного рубца) головки воздействия магнито-аэроионного аппарата АМАТ-01. Магнитная индукция на рабочей поверхности "Магнитотрона-2" 45+10 мТл а на рабочей поверхности головки воздействия 20 мТл, поток отрицательных аэроионов в пределах 20-50 мкА.

В комплексе лечения применялись и дополнительные способы реабилитации, такие как тиаминизация, детоксикация (энтеросорбция, экстероинтестинальная и ренальная электродетоксикация), иммуностимуляция, гипербарическая оксигенация, различные схемы медикаментозного лечения.

С целью интегральной оценки проводимой реабилитации и паллиативной помощи нами использована школа Карновского, электронейромиографическое исследование, определение иммунологического статуса, биохимические исследования крови (глюкоза, билирубин, общий белок, альбумин), а так же эзофагогастрокопическое исследование, биоэнергетические методы исследования, эргокинетический интегральный анализ, различные математические модели оценки эффективности проведенного лечения, и выявления алгоритма воздействия.

С целью оценки эффективности болеутоления нами были использованы карта исследования и лечения хронического болящего синдрома, схемы (география) изучения и лечения ХБС, карта учета срочного использования обезболивающих препаратов, специально разработанная анкета онкологического болящего и реабилитационная карта 1-ОНКО, компьютерная система "Онкорезабилитация" а так же информационно-экспертный регистр восстановления трудоспособности онкологических больных, интегральная система оценки психо-социального и сомато-функционального состояния онкобольного как базовый критерий качества его жизни.

Для выведения интегрального критерия качества жизни онкологического болящего нами использован кластерный анализ в результате чего больные были разделены на 4 группы. После проведения пошагового

дискриминантного анализа найдены линейные комбинации переменных (классификационные функции) для каждой из групп (кластеров) больных. На основе 10 показателей с использованием дискриминантного анализа построены модальные правила позволяющие отнести больных к одному из 4 кластеров — уровни качества жизни:

- 1 уровень качества жизни — высокий,
- 2-ой уровень — удовлетворительный,
- 3-й уровень — низкий
- и 4 уровень — неудовлетворительный.

В работе сделана попытка обосновать с точки зрения организации, менеджмента, реабилитацию онкологических больных леченных по радикальной программе л организацию паллиативной помощи у этой категории больных в масштабах Республики Молдова. Был выведен алгоритм управления системой лечебно-реабилитационного и паллиативного обслуживания онкологических больных в Молдове. Была обоснована актуальность и необходимость создания таких служб, определена их инфраструктура. Темп роста онкологических больных нуждающихся в паллиативном лечении в среднем за год (1990-1993) составил 105%, причем 1% прироста равняется 32 больным.

В работе раскрыты вопросы осуществления реабилитации онкологических больных в Молдове, средства и ресурсы необходимые для этого. Мы считаем, что с точки зрения организации должны создаваться следующие звенья реабилитации: реабилитация в стационаре, в поликлинике (в дневном стационаре), в Специализированном Реабилитационном Центре (для всей Молдовы), санаторно-курортная реабилитация, реабилитация в домашних условиях. Все эти этапы должны иметь по нашему мнению обратную связь с звеньями онко-ВТЭК-а. Реабилитация в поликлинике должна осуществляться на базе междисциплинарного центра где функционирует дневной стационар на 10-12 коек, врачи онкологи, терапевты, реабилитологи, невропатологи, психологи и др.

В комплексе онкологической помощи в городских и районных центрах начались создаваться помимо кабинета онколога, кабинет восстановительного лечения (реабилитации) онкологических больных. В нашем понимании амбулаторный кабинет восстановительного лечения необходимо организовать в составе поликлинического отделения онкологических диспансеров и районных поликлиник. Основными задачами амбула-

торного кабинета восстановительного лечения по нашему мнению должны быть:

- оказание консультативной помощи и проведение восстановительного лечения больным злокачественными новообразованиями после радикального лечения.

- обеспечение своевременного начала и непрерывности, преемственности и этапности в организации и осуществления программы реабилитации.

- дифференцирование — индивидуальный подход при внедрении методов и средств реабилитации у различных больных.

В соответствии с поставленными задачами кабинет должен организовать и осуществлять:

- составление индивидуальной программы амбулаторного восстановительного лечения;

- проведение реабилитации с учетом методических рекомендаций Института Онкологии;

- привлечение для консультаций других специалистов поликлиники или диспансера;

- применение методов функциональной диагностики, рентгенологического, ультразвукового, лабораторного и других для определения объема и характера лечения и контроля за состоянием больных.

Организацию восстановительного лечения мы рассматриваем как дальнейший этап совершенствования специализированной онкологической медицинской помощи. Значимость этого вида помощи обусловлена как экономическими факторами так и социально-медицинскими. Мы считаем, что медицина и в т.ч. и онкология как бы не парадоксально это звучало, находится в производственном секторе. В частности ведь много из онкологических больных возвращается в строй т. е. воспроизводится рабочая сила.

В Республике Молдова первый специализированный центр по восстановительному лечению онкологических больных был создан в 1983 году на базе отделения реабилитации Онкологического Института. Такие восстановительные кабинеты функционируют в Яловенской поликлинике, Окницкая ДРБ, Фалештах, Калараше, городах Сороки, Бельцы. Почин специалистов Молдовы был передан на Украину, Россию, Прибалтику. Организация таких кабинетов продолжается и в районах Молдовы.

В работе сделаны, попытки создания проектно сметной документации

по созданию в Молдове реабилитационного центра для онкологических больных. Последний должен состоять из стационара на 100 коек (2 палатных отделения), физиотерапевтического отделения, гимнастического зала с плавательным бассейном, ванного отделения, отделением трудотерапии с оборудованием для профессионального обучения и переквалификации, сектором функциональной экспертизы и компьютерного моделирования.

В центре практически будет осуществлено начатое в отделениях стационара восстановление физических и психических функций пациентов, лечение разнообразной интеркуррентной патологии (бронхиальная астма, диабет, постинфарктное состояние и др.)

Организация реабилитационного Центра позволит сконцентрировать все усилия на достижении максимального эффекта: снижении уровня инвалидизации, годичной и общей летальности, изменение не только количественных показателей длительности жизни онкологического больного но и ее качественные характеристики.

Можно предположить, что наступило время когда, излеченного онкологического больного можно будет рассматривать не только как больного с клиническим выздоровлением, но и как личность которая возвращается к прежнему социальному положению. Таким образом реабилитация онкологических больных становится неотъемной частью социологического статуса населения и общегосударственной программы здоровья.

При Центре должны работать Консультативно-отборочная комиссия, которая должна определить психо-сомато-функциональное состояние больного, определить реабилитационную программу для больного по всем этапам-стационар-реабилитационный центр-курорт-профессиональная ре-ориентация-трудоустройство, а также постоянно действующая Лечебно-реабилитационная комиссия, которая должна контролировать лечебный процесс и брать на себя функции обычной ВКК, работая в тесном контакте с онко-ВТЭК-ом. На современном этапе, восстановительное лечение в условиях высоко оснащенного специализированного реабилитационного центра позволит до 80% радикально-леченных онкологических больных вернуть к труду и активной жизни в семье и в обществе. Это даст прямое основание и ходатайству перед нашим Министерством Здоровья и Правительством на строительство такого Центра в Молдове.

В работе дана организация санаторно-курортного этапа реабилитации онкологических больных.

С учетом ныне действующей специализации санаториев, наличия лечебной базы и квалификации медицинских кадров лечение онкологических больных предусмотрено в:

— санатории "Кодру" (с. Гыржаука, Кэлэрашский район), для радикально излеченных больных по поводу рака желудка;

— санатории "Золотая Нива" (курорт Сергеевка), для радикально излеченных по поводу рака молочной железы;

— санатории им. С. Лазо (курорт Сергеевка), для больных, перенесших радикальное лечение на матке и придатках;

— санаторий "Патрия" (курорт Сергеева), для больных, перенесших радикальные операции на легких.

Постановлением СФНП Молдова "Об организации санаторно-курортного лечения онкологическим больным от 12 июля 1993 г. № 50 предусмотрено ежегодное выделение 50 бесплатных путевок в санатории профсоюзов для работающих, страдающих онкологическим заболеваниями лиц через Институт Онкологии за счет централизованных средств Центрального фонда социального страхования. На основании представленной работы были изданы Методические рекомендации "Санаторно-курортное лечение онкологических больных в Молдове", утвержденных Министерством Здравоохранения Республики Молдова.

Все рассматриваемые фермы реабилитации и составят комплексную программу реабилитации онкологических больных. Автоматизированная компьютеризированная информационная программа "Онкорезабилитация" и "Информационно-Экспертный регистр" получили клиническую рецензию и положительную апробацию. В последние годы вопросы оказания паллиативной помощи онкологическим больным, находящимся в терминальной стадии заболевания принимают все большую актуальность в нашей республике. Если в середине 80-х годов речь шла об эффективной борьбе с болью, то в настоящее время, по мере накопления опыта, вопрос ставится значительно шире и проблема помощи умирающим онкологическим больным обозначается как паллиативная помощь, а проблема адекватного обезболивания является составной частью этой помощи.

Паллиативное лечение — это всеобщая активная забота о пациентах и их семей и ее цель создать для пациента и его семьи лучшее качество жизни. Чтобы решить эту проблему начато создание инфраструктуры оказания той помощи в медико-социальном аспекте в следующих звеньях:

специализированный центр паллиативной помощи (в институте онкологии), кабинеты противоболевой помощи медицинских учреждений в городах и районах республики, создание программы по домашнему уходу за этим больными в программе "Дом", организация молдавского противоракового общества. Начата организация в республике и обществе "Домашний Уход", "Приходящие хозяйки", "Общество домашней поддержки", "Сервис клуб", "Фонд помощи онкологическим больным", "Помощник заботы о здоровье".

Ядром паллиативной помощи представляется специализированное отделение паллиативной терапии, которая практически может выполнять роль Паллиативного Центра в республике, (подготовленный нами Приказ МЗРМ № 3 от 10.01.94 г). Центр будет работать при Институте Онкологии Молдова, имея стационар 30-40 коек и дневную поликлиническую патронажную службу. Отбор больных в отделении паллиативной помощи осуществляется комиссионно, но в основном врачом отделения при наличии онкологического заболевания в терминальной стадии, наличия некупируемого в домашних условиях болевого синдрома, наличия социально-психологических показаний (депрессия, реактивные состояния, конфликтные состояния дома, невозможность ухода за больным в домашних условиях).

На базе отделения возможно функционирование Методического центра по противоболевой терапии онкологическим больным. Это необходимо в целях координации исследований, проведения мероприятий по разработке и внедрению унифицированных методов и программ противоболевой терапии, для оказания организации амбулаторных кабинетов противоболевой терапии в республиканских онкологических диспансерах и так же городских и районных поликлиниках.

Среди функции методического центра — организация, изучение и клиническое испытание новых лекарственных препаратов, разрешенных фармакологическим комитетом, разработка показаний для применения различных методов противоболевой терапии, разработка для МЗ республики научно-обоснованных рекомендаций по производству и закупке по импорту эффективных анальгетиков.

В нашем представлении Центр должен базироваться на следующем позициям:

1. Центр по паллиативной и противоболевой терапии создается на базе Института Онкологии.

2. Руководство Центра должно возлагаться на опытного специалиста в области организации и разработки методов противоболевой и паллиативной помощи онкологическим больным.

3. Центр должен наделяться функциями республиканского и является научно-организационным и методическим.

4. Центр должен иметь свою клиническую базу отделение паллиативной помощи.

5. Рабочим органом Венгра должен быть Координационный Совет, состоящий из ведущих специалистов Республики Молдова по данной проблеме.

Состав Совета по представлению Института Онкологии, утверждается Министерством Здоровья Республики Молдова.

С другой стороны особое место по нашему мнению в структуре паллиативной службы должны иметь хосписы. Изучая особенности, специфику Республики Молдова, административно-территориальное деление, социальные аспекты мы рассчитали, что более целесообразно было бы организовать в республике 3 хосписа в городах Кишинэу, Балць и Кахул.

Относительно хосписов раскрыта организация, задачи и функции, вопросы финансирования. Практически подготовлены все законоположения применительно к конкретным условиям и регионам Молдовы.

В работе созданы предпосылки для разработки с последующим принятием закона Национальной программы противораковой борьбы и ее возведение в статус Государственной политики в области здравоохранения, разработке как составной части программы по паллиативной помощи онкологическим больным.

Паллиативная помощь и специальное противоопухолевое лечение не взаимоисключают, а дополняют друг друга, повышая тем самым эффективность терапии.

В центре концепции реабилитации онкологических больных обоснован системный подход, персонализирующий пациента с учетом саногенетических механизмов в их биосоциальном единстве, социальную направленность реабилитации и конечно принципиальную общность реабилитации и абилитации. Цель системы "Онкорезабилитация" это достижение в соответствующие сроки стойкого оптимально адекватного саногенетическим возможностям восстановления нарушенных функций онкологического больного, приспособления к окружающей среде и участия в

социальной жизни с прежними или измененными в связи с болезнью с о зальными функциями.

Для достижения этих целей мы использовали соответствующие принципы. Первый из них: принцип раннего начала реабилитационных мероприятий. Осуществление его начинается в момент поступления больного в онкологическую клинику. Система этого этапа заключается в целенаправленном проведении психологических и лечебных мероприятий с самого начала заболевания, включая саногенетические механизмы адаптации. Совершенно очевидно, что психика онкологического больного нарушена с момента поступления в онкологическую клинику, поэтому принцип психологической коррекции был применен у всех больных.

Снижение несходных иммунологических показателей у онкологических больных подтвержден работами многих исследователей (Блохин и Г., с соавт. 1981. Городилова КВ., 1981, 1982, Булбук Г. А., Китехели С. С. с соавт. 1986, Оноу 1974 и др.), поэтому иммуномодуляцию можно рассматривать как системный принцип комплексной реабилитации.

Развитие и прогрессирование опухолевого процесса закономерно сопровождается выраженной эндогенной интоксикацией.

Ее возникновению способствует извращение метаболизма и наличие деструкции в опухолевой ткани, изменение общего обмена веществ в организме боль него. Усугубляют интоксикацию широко используемые в клинической онкологии лучевая и химиотерапия, поэтому детоксикация представляется как этиопатогенетический принцип реабилитации в онкологии. В настоящих исследованиях мы использовали много способов детоксикации: энтеросорбцию, экстероинтеринальную и ренальную электродетоксикацию, форсированный диурез.

Факт тиаминовой недостаточности в тканях животных и человека при росте злокачественных новообразований общепризнан.

Низкое содержание общего тиамин обнаружена в крови и тканях животных с различными перевиваемыми саркоммами (Морозкина Т. С. с соавт. 1980, Ragorino с соавт. 1982, Лаврова В. С. с соавт. 1979, Вози Т.К., 1976, Требукина Р. В. с соавт, 1987 и др). Т.О. Морозкина с соавт. 1989 считает, что одной из причин тиаминовой недостаточности при раке является нарушение всасывания тиамин. Однако на всех стадиях роста карциномы Эрлиха включение метки С-В, в организме животных с опухолью не отличается от нормального и метка обменивается более интенсивно чем у контрольных животных, следовательно опухоленосители нуждаются в большем количестве витаминов.

Сам факт тиаминовой недостаточности в организме больного ставит вопрос о необходимости проведения заместительной терапии, поэтому тиаминизация применена нами как метод вспомогательной протекции т ране мембранного обмена у онкологических больных. Многолетний опыт применения тиаминизации (более 1700 больных) убедил нас в целесообразности и практической эффективности такой заместительной терапии.

С. Н. Ефуни 1990 утверждает, что энергетическая недостаточность клетки это универсальный исход практически всех форм ее патологии. При энергетической недостаточности наблюдается несоответствие между потребностью организма (ткани, органа, клетки) в энергии и ограниченным количеством адептов (АТФ), которые могут в данный момент использоваться для поддержания структурной целостности и функциональной активности ткани или органа. В 1986 Г. Ефуни предложил для обозначения тех форм патологии в основе которых лежит энергетическая недостаточность организма термин гипозергоз. Используя патогенетическую классификацию биоэнергетической недостаточности гипозергоза) мы разработали различные способы биоэнергетического лечения, такие как лазеро- и магнитотерапия, магнито-лазерное воздействие, оптически-аэроионную терапию в области инфракрасного диапазона, магнито-аэроионную терапию, кислородотерапию (гипербарическую, нармоборическая), энтеральную (кислородные коктейли), детоксикацию, энтерсорбцию, плазмозерез, гемосорбцию, экстероинтестинальную и ренальную электродетоксикацию, ауто гемобиоперезузию, фармакологический способ биоэнергетического лечения (метаболический — АТФ, кокарбоксилаза, тиамин, вит. С — в программируемых схемах. Нами предложен метод эргокинетического интегрального анализа для определения энергетического состояния больного. Мы считаем, что биоэнергетическое лечение — это современный системный вариант лечения при раке и основа в концепции реабилитации онкологических больных.

Одним из основополагающих принципов комплексной реабилитации у онкологических больных с точки зрения организации является комплексность и программирование этапов реабилитации в создании системы стационар — поликлиника (центр) — курорт. На основании накопленного опыта наиболее обоснованной нам представляется следующая схема этапного лечения радикально излеченных онкологических больных.

Первый этап — стационар, где наряду с проведением основного лечения (хирургическое, радиологическое, химиотерапевтическое) больному проводится психологическая коррекция и профилактика возможных осложнений.

Второй этап — поликлиника или реабилитационный центр. Через 1,5-3 мес. больной обследуется в поликлинике где исключается или подтверждается прогрессирование, опухолевого процесса, подтверждается или исключается наличие расстройств или осложнений после основного лечения, больной продолжает лечение в отделении реабилитации или в дневном стационаре поликлиники, в терапевтическом отделении (кабинета восстановительной терапии районной поликлиники) по месту жительства.

Третий этап — курортное долечивание соответственно с методическими рекомендациями разработанными нами. Комплексная курортная терапия включает в себя ряд неотъемлемых компонентов, к числу которых относится курортный режим, диетотерапия, питьевое лечение, применение минеральных вод, лечебная физкультура.

Хочется отметить, что этап поликлиника и координационно значим, так как именно здесь врач наблюдающий больного убеждается в благополучии течения заболевания, а при прогрессировании опухолевого процесса направляет больного в специализированный кабинет на консультацию и дальнейшее лечение.

Очень важным принципом комплексной реабилитации мы считаем принцип единства и непрерывности медицинской и социально-трудовой реабилитации.

В целях дифференциации проводимых реабилитационных усилий в последнее время стали выделять: медицинскую, профессиональную и социальную реабилитацию. Необходимо отметить, что медицинская, профессиональная и социальная реабилитация едины — они взаимосвязаны и взаимообусловлены.

В конечном счете реабилитации социально-трудовая адаптация больного занимает главенствующую роль.

Принципы системного в профильного воздействия, подразумевают комплексность в проведении реабилитации организма в целом и местное лечение для восстановления утраченных функций. Этот принцип тесно связан с принципом индивидуализации программ реабилитации, который учитывает и индивидуальность каждого больного профиль, возраст, пол,

стадия заболевания и локализация опухоли, состояние нервно-психической сферы трудовой направленности и т.д.

Применение различных способов реабилитационной терапии после радикального вмешательства, требует особых критериев оценки эффективности и возможных последствий лечения. Изучение реабилитации, ее эффективности в разных вариантах, определение принципов комплексной реабилитации, изучение изменений биохимических и эргокинетических показателей, определения уровней качества жизни на основе психо-социальных и сомато-функциональных данных, динамику этих уровней после различных способов реабилитации, проблемы психофизиологических изменений при применении того или другого вида лечения, а также вопросы социально-трудовой реабилитации и формирования банка-регистра качества жизни у онкологических больных явилось целью данной главы.

Для выбора наиболее удачного метода реабилитационного лечения проводилось комплексное сравнение несколько видов терапий в чистом и комбинированном вариантах, а также комплексно, имеющие различные механизмы действия и эффективность.

В настоящей главе приведены результаты исследований методов реабилитации с применением новых методик — магнито-аэроионной терапии, комбинированного способа лечения онкологических больных, комплексной реабилитации на основе специальных принципов, математического моделирования эффективности методов лечения. В главе раскрываются механизмы интегральной оценки психо-социального и сомато-функционального состояния больного как критерий качества жизни и на основе которого разработано специальная компьютерная программа оценки качества-жизни в разрезе уровней.

С целью сравнительного и комплексного анализа результатов больные были распределены на 5 групп в основном по локализации опухолевого процесса:

- I — маммологический профиль
- II — гинекологический
- III — пульмонологический
- IV — гастронологический
- V — контрольная

Рак молочной железы поражает преимущественно женщин трудоспособного возраста и естественно, что реабилитация этих больных является

не только медицинской, но и социальной проблемой (Герасименко В.Н., 1988; Семиглазов В.Ф., 1988; Камышов Я.М. с соавт., 1988, 1992; Годорожа Н.М., 1991; Жовмир В.К., с соавт 1992; Кучиеру А.Г., Пихут П.М., 1991 и другие).

С целью реабилитации радикально оперированных маммологических больных, нами использовались разнообразные способы — магнитотерапию, лазеротерапию, магнито-лазерную терапию, иглорефлексотерапию, магнито-аэроионную терапию а также комплексную реабилитацию, включающую психотерапию, магнито-аэроионную терапию, детоксикацию, тиаминизацию, ЛФК и массаж. Проведенные исследования показали, что магнит о терапия обеспечивает хороший реабилитационный эффект у 26,7% больных, а комбинации с лазеротерапией этот показатель увеличивает до 33,3%. Неудовлетворительный результат отмечался в 26,7% (суммарно при общих методах).

Иглорефлексотерапия была эффективной в 20% случаев. Магнито-аэроионная терапия в чистом виде дала хороший эффект у 40% больных, но при этом неудовлетворительные результаты реабилитации сохранялись у 24% больных. Самый высокий уровень эффективности отмечен при проведении комплексной реабилитации — у 93,4% больных.

У радикально-оперированных маммологических больных в послеоперационном периоде возникают ранние и поздние послеоперационные осложнения. Из поздних осложнений чаще всего встречаются отек, контрактура, парез или паралич верхней конечности, парестезии, боли в области грудной клетки.

По данным многих авторов лимфостаз отмечается приблизительно в 50% (Холдин С. А. , 1962, Герасименко В. Н. , 1977, Димарский Л Ю. , 1980 и др.) Наши исследования показали, что изменения после операции имелись в 45% случаев (90 больных), а лимфостаз встречаются в 42,2% (38 больных), причем у 20 больных (22,2%) этот отек был I степени. После проведения комплексной реабилитации этот показатель уменьшился до 8,8% (8 больных).

Боли в области послеоперационного рубца и грудной клетки отмечены в 84,5% (76 больных) они нашли разную окраску, интенсивность и глубину. После проведенного курса комплексной реабилитации боли сохранились в 37,7% случаев, но они были легкой степени. После проведения курса санаторно-курортной реабилитации явления лимфостаза у большинства больных (85%) купировались в значительной степени.

Болевой синдром снизился с 58,8% (10 больных) до 11,7% (2 больных), что демонстрирует как эффективность так и необходимость поэтапной и обязательно последовательной (2-3 раза) реабилитации.

Необходимо отметить, что после проведения комплексной реабилитации отмечено восстановление нейродинамических процессов периферических нервов (ЭМГ) в среднем на 20,2%.

В работе создана модель проектирования интегрального показателя эффективности восстановительного лечения у больных раком молочной железы в сравнительной оценке двух методов воздействия методами — лазеромагнитной и магнитоаэроионной терапии и иммуно-корректирующей терапии. Результаты моделирования показали, что по 9 исследуемым показателям (иммуноглобулины 5, А, М, Тmax лимфоцитов, Тспонтанных лимфоцитов, Т-активно выявление лимфоциты, Т-теофиллин резистентных лимфоцитов, Т-теофиллин чувствительные лимфоциты, В м лимфоциты), интегральная оценка эффективности в обоих случаях оказалась идентичной ($P > 0,001$).

Данные исследования биоэнергетики у маммологических больных показали, что под влиянием магнитной терапии у всех наблюдаемых больных была отмечена гипозергическая реакция с понижением энерго-ресурсов на 14%. При лазеротерапии, воздействие сопровождалось энергетическим приростом и установлением (34%) нормозергических, реже гиперэргических состояний (18%).

Магнито-лазерная терапия благоприятно действовало на биоэнергетику больных повышая коэффициент Астранда на 52,5%. Представляется, что магнитная индукция дополняет действие лазера и энергетический ввод увеличивается. Необходимо отметить, что применение иглорефлексотерапии, в чистом виде, имело положительное воздействие на биоэнергетику в целом. Коэффициент Астранда увеличивался на 18,4%. Но это явление наблюдалось только у больных с сохранением сомато-функциональным статусом, с высокими адаптивными возможностями.

Объединение двух методов лечения в виде магнито-аэроионной терапии определяло достоверное положительное изменение биоэнергетики по всем исследуемым параметрам. Коэффициент Астранда возростал на 38%.

У больных у которых применялось комплексный метод реабилитации. Коэффициент Астранда имел самый высокий уровень (прирост на 22,8%).

Параллельно увеличивалось и парциальное давление кислорода (10,4%), максимальное потребление тканями кислорода (на 27,6%).

Положительные изменения имели место и в кардиоваскулярном звене биоэнергетики (УОС, МОС и СИ — увеличение в среднем на 15,3%).

Применение рутинных методов реабилитации в контрольной группе мало эффективны с точки зрения биоэнергетики.

Рак желудка относится к наиболее распространенным формам злокачественного поражения органов (Напалков Н. П. с соавт., 1982, Кошуг Г. Д. с соавт. 1984, 1992).

Отдаленные результаты лечения принято оценивать с точки зрения радикальности хирургического лечения и патофизиологических последствий оперативного вмешательства, вызывающего разнообразные нарушения в организме больного. В настоящее время все заболевания, возникающие после резекции желудка, принято делить на несколько постгастрорезекционных расстройств.

С целью реабилитации радикально оперированных гастрологических больных нами использовались методы: магнитотерапия, лазеротерапия, магнито-лазерная терапия, магнито-аэроионная аппликация, а также комплексная реабилитация включающая психотерапию, центральную и периферическую электростимуляцию, магнито-лазерно-аэроионную терапию, детоксикацию, ГБО и медикаментозные средства (тиамин, вит. С и др.)

Данные исследования показали, что магнито-терапия в моноварианте эффективна и дает хороший результат у 50% больных.

Неудовлетворительный эффект обнаружен у 11,1% больных. При применении лазеротерапии позитивный в чистом виде хороший эффект достигает 55%. Комбинаций лазеротерапии и магнитотерапии не дало ожидаемых результатов. Достоверная эффективность получена у 62,5%. Практически суммация эффектов лазеротерапии и магнитотерапии не происходит. Полное отсутствие эффекта зарегистрировано у 12,5% больных.

Магнито-аэроионная терапия была эффективна в 50% случаев. Частичный преходящий клинический эффект был отмечен у 40%.

Самый высокий показатель эффективности был отмечен у больных которым проводили комплексную реабилитацию (до 96,7% от общего числа больных).

В группе контроля этот показатель составил 4%, что подтверждает

высокую эффективность именно комплексного подхода в восстановительном лечении этих больных.

Большое значение — в оценке отдаленных результатов после резекции желудка представляется проявлению различных пост-гастрорезекционных синдромов.

Частота демпинг — синдрома колеблется от 2 до 83% (Ю.Т. Комаровский — 30 % (1967), А. И. Шобанов, А. В. Николаев — 16% (1967), Г.Ф. Маркова — 33% (1969), Д.А. Рогова, В. П. Трощина — 50% (1974), И.Р. Росс — 2% (1971), И. Виллиамс — 25% (1971) и многие другие. В наших исследованиях частота демпинг-синдрома составило 80% (I степень — 26,6%, II степень — 53,4%).

Наши исследования показали, что после проведения комплексной поликлинической реабилитации частота возникновения синдрома снизилась с 80% до 13,3%. У 66,6% больных после санаторно-курортного лечения демпинг-синдром исчез.

В группе больных? подлежащих реабилитации после гастроэктоми и субтотальной резекции желудка число эндоскопических выявленных изменений составил 100% (104 больных)

После комплексного поликлинического реабилитационного лечения число выявленных изменений составило 15,3%.

Частота выявленного рефлюкс-гастрита до лечения составила 62,5% а после полного курса реабилитационных мероприятий проведенных в поликлинике его частота уменьшилось до 4,6%.

После проведенного курса санаторно-курортного лечения этот показатель составлял 88,2% и 23,5% соответственно.

Частым и серьезным осложнением гастроэктоми со стороны органов пищеварения является рефлюкс-эзофагит.

При обследовании больных частота эндоскопически выявленного рефлюкс-эзофагита оставила 6%. В группе больных получивших реабилитацию в поликлинике этот показатель составил 9,6% и после лечения он снизился до 1,9%.

Наши исследования показали, что частота эндоскопических выявленных анастомозитов, после гастроэктоми составила 34,5% а в группе больных получивших реабилитацию в поликлинике и на курорте 27,9% и 11,8% соответственно. После лечения этот показатель достиг 3,8%.

Динамическое наблюдение за радикально оперированными больными раком желудка позволила выявить положительную динамику в изменениях

со стороны стула под влиянием комплексного лечения. Число больных в этой группе уменьшилось с 78,8% до 36,3%. Через полгода после комплексной реабилитации во всех группах имелось уменьшение числа пациентов с нарушениями стула по отношению к исходным. Проводимая комплексная реабилитация как в поликлинике так и в санатории давала положительный сдвиг, и в сторону увеличения массы тела. После стационарного и поликлинического этапов реабилитации у 67 больных (72,8%) отмечалось увеличение массы тела от одного килограмма и выше. 18 больных (19,5%) сохранили прежний вес, у 7 (7,7%) больных отмечалось падение веса больше 1 кг. Через год после проведенного лечения стабилизация веса фиксировалось у 50 (54,4%) больных.

Курортное долечивание больных способствовало увеличению массы тела до 1кг у 13 из 17 больных что составило 76,4% Приведенные данные наглядно демонстрирует эффективность проведенной реабилитации.

Изучение клинико-биохимических показателей в процессе реабилитации у радикально оперированных гастроэнтерологических больных, показало, что в ходе проводимого лечения они претерпевают достоверные изменения.

Магнитотерапия вызвала незначительные изменения в сторону увеличения числа эритроцитов на 3,2%, уровня гемоглобина на 1% и повышение СОЭ на 12% $P < 0.001$. Лейкоциты снизились на 1,5% $P < 0.05$.

Из биохимических показателей мочевины уменьшилась на 7,4%, сахар крови на 8% а ПТИ увеличился на 8,6%. Остальные показатели изменились незначительно в пределах 0,3 — 1,4%.

Лазеротерапия изменила картину красной крови незначительно в сторону снижения гемоглобина и эритроцитов на 1% и 0,5% соответственно, увеличила число лейкоцитов на 6% и СОЭ на 8,3% ($P < 0.001$).

По биохимическим показателям билирубин уменьшился на 2,7%, мочевины на 10%, общий белок на 4,6% ($P < 0.001$).

При данном виде реабилитации сохранился гиперкоагуляционный эффект. ПТК увеличился на 4,7% при стабилизации времени свертывания крови ($P < 0.001$).

Магнито-лазерная терапия вызвала положительную кинетику показателей. Число эритроцитов возросло на 2%, уровень гемоглобина на 3,7%, число лейкоцитов уменьшилось довольно значительно на 37%. СОЭ снизилось на 15% ($P < 0.001$).

В тоже время содержания билирубина увеличилось на 3,8%, при

$P < 0.001$. У всех больных фиксировался гипокоагуляционный эффект со снижением ПТИ на 4.7% и увеличением скорости свертывания крови на 2%.

Надо полагать, что в данном случае метод лазеротерапии имеет сбалансированный эффект.

Магнито-аэроионная терапия в условиях гипоксии тканей и дефицита энергетических ресурсов организма, дало положительный сдвиг в показателях периферической крови и биохимических тестов. Число эритроцитов возросло — на 1.0%, уровень гемоглобина на 6.6% и число лейкоцитов на 29%, в то время как показатель СОЭ снизился и довольно значительно на 41% при $P < 0.001$. В положительную сторону изменились и биохимические параметры — уровень билирубина снизился на 17%, сахара на 4%. Содержание мочевины несколько увеличилось, однако различие показателей недостоверно ($P < 0.05$). Содержание общего белка повысилось на 16%. Тенденция к увеличению этого показателя можно расценивать как вероятность коррекции гипопроотеинемии. ПТИ и время свертывания по Ли-Уайту снизились соответственно на 18% и 15% ($P < 0.001$).

Таким образом, магнито-аэроионная терапия в общей сложности имела положительные результаты.

Комплексная реабилитация наиболее благоприятно сказывалась на показателях периферической крови. Число эритроцитов возросло на 14.7% уровень гемоглобина на 13.9% и число лейкоцитов на 5.3%, причем СОЭ уменьшилось на 46.4%. Положительные сдвиги отмечались и в биохимических показателях причем уровень билирубина снизился на 25%. Сахар крови изменялся недостоверно. Содержание мочевины уменьшилось на 18.2%, общий белок повысился на 17.4%, ПТИ и время свертывания изменялись недостоверно. В контексте рассматриваемых способов и методов реабилитации необходимо отметить наиболее благоприятное с точки зрения воздействия на периферическую кровь и биохимик метод комплексной реабилитации.

Исследование в процессе реабилитации эргокинетических изменений показало, что под влиянием магнитной терапии у гастрологических больных зафиксирована гипозэргическая реакция с понижением энергоресурсов на 9% ($P < 0.005$). Параллельно возрастанию максимального потребления кислорода на 7% с ацидотическим сдвигом тканевого метаболизма магнито-терапия вызвала достоверную депримицию основ-

ных показателей центральной гемодинамики и повышение удельного периферического сопротивления на 4.8%.

Полученные данные указывают на необходимость наиболее раннего устранения энергетического дефицита.

Лазеротерапия в целом сопровождалась устранением энергетического дефицита и улучшением параметров энергоресурсов. Коэффициент Астранда увеличился на 9%. Парциальное давление кислорода и максимальное потребление кислорода тканями увеличились на 7.6% и 4.3% соответственно. Данная кинетика основных метаболических показателей биоэнергетики сохраняла устойчивый кислотно-щелочной состав на уровне 7.38-7.4.

Магнито-лазерная терапия сопровождалась достоверным энергетическим приростом. Коэффициент Астранда увеличивался на 49%. Соответственно повысилось и парциальное давление кислорода, максимальное его потребление на 8% и 4%. Кардиоваскулярный компонент биоэнергетики по всем показателям и по общей конфигурации кровообращения отличался гиперкинетизмом, хотя уровень удельного периферического сопротивления периодами опускался более чем на 10%.

Таким образом, магнитное воздействие дополняет действие лазерной терапии и способствует устранению энергетического дисбаланса у гастрологических больных после радикальной операции.

Магнито-аэроионная терапия благоприятно действовало на биоэнергетику и достоверно изменяло ее показатели. Так коэффициент Астранда увеличился на 43.1%, парциальное давление кислорода на 18.5%, максимальное потребление тканями кислорода на 19%, причем рН был стабильным на уровне 7.4. Показатели кардиоваскулярного компонента биоэнергетики увеличились в среднем на 80.5%. Эти данные подтверждают эффективность магнито-аэроионной терапии в отношении биоэнергетики.

Достоверно-положительные изменения биоэнергетики имело место при применении комплексной реабилитации. Увеличение коэффициента Астранда на 67.1%, парциального давления кислорода на 23%, максимального потребления кислорода на 15.7% являлись тому подтверждением.

В кардиоваскулярном звене также отмечены гиперкинетические реакции. Так УОС увеличился на 112.7%, МОС на 143.7%, СИ на 90.9%. Эти показатели были наивысшие в сравнении с другими изучаемыми

способами, что наводит на мысль, что комплексный метод реабилитации может представляться методом выбора с точки зрения биоэнергетики.

Необходимость разработки организационных форм реабилитации больных радикально излеченных по поводу рака легкого является актуальным, поскольку число этих больных возрастает и что значительное число их находится в возрасте от 40 до 60 лет.

С целью реабилитации радикально оперированных пульмонологических больных нами использовались магнитотерапия, магнитотерапия в комбинации с центральной электроннойростимуляцией, лазеротерапия, лазеротерапия — магнито-аэроионная терапия и комплексное лечение включающее психотерапию, центральную и периферическую электроннойростимуляцию, магнито-лазеро-аэроионную терапию, детоксикацию, ГБО и медикаментозные средства (бронхолитики, отхаркивающие и др.).

Изучение эффективности различных методов реабилитации у радикально оперированных пульмонологических больных показало, что при магнитотерапии в чистом виде хороший реабилитационный эффект получен в 16.7% случаев. При комбинации магнитотерапии с центральной электроннойростимуляцией эффективность метода снизилась до 13.3%, что говорит о малой совместимости этих методов и этой категории больных. Лазеротерапия в моно варианте было максимально эффективна в 22.2%. Удовлетворительный эффект получен у 55.6% больных.

Комбинация лазеротерапии и магнито-аэроионного воздействия было эффективной в 18.7%. В 12.6% этот метод был неэффективен.

Самый высокий показатель был достигнут при применении комплексной реабилитации — 46% (6.6% — без эффекта). В контрольной группе хороший эффект лечения получен только у 6.6% больных. Эти данные подтверждают приоритетность комплексного подхода к восстановительному лечению у пульмонологических радикально оперированных больных.

Изучение изменений клинико-биохимических показателей в ходе реабилитации у онкологических больных оперированных по поводу рака легких показало, что после курса магнитотерапии у больных зафиксировано повышение уровня гемоглобина на 3.5%, число эритроцитов на 5% и лейкоцитов на 13.2% ($P < 0.001$). Уровень билирубина увеличился на 10.4%, тогда как остальные показатели снизились: мочевина крови на 1х8% ($P < 0.05$), сахар крови на 4.5%, общий белок на 10.6%. ПТИ и время свертывания также уменьшились на 2% и 3.4% соответственно ($P < 0.01\%$).

При комбинации магнитотерапии с центральной электроннойростимуляцией клинико-биохимическая картина несколько изменилась. Уровень гемоглобина и число эритроцитов возросло после лечения, хотя и незначительно на 1 и 5.2% соответственно. Возросло и СОЭ на 3.2%. Одновременно наблюдалось снижения количества лейкоцитов на 3.7%. Биохимические показатели изменялись недостоверно. Внимание заслуживает степень повышения сахара крови на 22.2%, билирубина на 7.4% и снижения степени мочевины на 20% ($P < 0.001$). Остальные ингредиенты изменялись недостоверно.

Лазеротерапия в моноварианте сказывалось более благоприятно на динамике исследуемых показателей. На 6.2% увеличился уровень содержания гемоглобина, на 12.5% — уровень содержания эритроцитов. Значительно уменьшились число лейкоцитов и СОЭ на 38% и 13.6% соответственно ($P < 0.01$). Примерно в таких же пределах изменялись и параметры биохимических тестов. Билирубин снизился на 7.8%, мочевина — на 12.4%, а сахар крови и общий белок несколько повысились — на 14.3% и 11% соответственно, но не превышали пороговую норму. Так же в пределах исходных показателей изменялись ПТИ и время свертывания.

Комбинация лазеротерапии с магнито-аэроионным воздействием вело к стабилизации показателей периферической крови и усиливало лечебный эффект. Изменения уровня гемоглобина и числа эритроцитов носили незначительный характер ($P > 0.05$). В то же время уровень содержания лейкоцитов повышался и довольно значительно на 31.6%, а СОЭ снижалась на 58%. Подобный эффект необходимо расценивать как положительный, несколько повышаются сила организма и его способность к компенсации утраченного энергоресурсов с последующим сбалансированием гомеостаза. ($P < 0.001$).

Картина биохимических показателей оставалось стабильной. Снижались билирубин, ПТИ на 16.5%, 15.4% и 16.3% соответственно. Остальные показатели претерпевали незначительные отклонения.

Применение комплексной реабилитации сказывалось благоприятно как на показателях периферической крови так и на картине биохимических показателей организма. Гемоглобин и эритроциты увеличились на 0.3% и 7.5% соответственно. Уровень содержания лейкоцитов повышался на 34.5%, а СОЭ снижалось на 60.8%.

Положительные сдвиги отмечались и в картине биохимических

показателей. Биллирубин и уровень содержания мочевины снижались на 5% и 6,5% соответственно.

Принимая во внимание полученные результаты, данные клинического эффекта и сравнивая их с контрольной группой больных, представляется и возможным заключить, что более эффективными методами реабилитации с точки зрения воздействия на периферическую кровь и биохимии является комплексная реабилитация.

Результаты наших эргокинетических исследований свидетельствуют, что под влиянием низкочастотного магнитного воздействия отмечено гипозергическая реакция с понижением энергоресурсов на 20% и уровня парциального давления кислорода на 12%. Максимальное потребление кислорода возрастает на 30%.

При комбинации магнитотерапии с центральной электронной стимуляции не обеспечиваемся стабильность и эргообеспеченность тканей, (возрастание дефицита энергоресурсов на 4%). В сердечно-сосудистом звене биоэнергетики достоверные потери просматриваются лишь в показателе УС-С (снижение на 5%) и уровне удельного периферического сопротивления (на 12,6%). В целом конфигурация кровообращения неизменно остается гипокинетической.

Лазеротерапия сопровождается покрытием энергодефицита и установлением нормозергических (90%) реже гиперэргических состояний. Коэффициент Астранда возрастает на 58,3%, парциальное давление кислорода в среднем на 15%, что обосновывает и повышение максимальное потребления кислорода тканями на 20,9%.

Сердечно-сосудистые компоненты энергетического обмена характеризовались удовлетворительной аккомодацией центральной гемодинамики и достаточной функцией адаптивной саморегуляции.

Положительное влияние — лазерного воздействия на энергетический обмен совершенно очевидно, хотя вероятность пикового сердечно-сосудистого гиперкинетизма вполне реальна.

В условиях магнито-аэроионной терапией в комбинации с лазеротерапией обеспечивается энергетический прирост на 42,3%. Эта активация биоэнергии организма сопровождается нормализацией парциального давления кислорода и стабилизацией максимального потребления его тканями в пределах 2,5% (0,3 л/мин позитивная прямая корреляция). Отмечается положительная трансформация основных показателей центральной гемодинамики (УОС, МОС, СИ) на фоне прогрессивного

снижения удельного периферического сопротивления которое видоизменяем конфигурацию кровообращения по эукинетическому типу. Таким образом, приведенные данные подтверждают правомерность и перспективность сочетанного применения лазеротерапии и магнито-аэроионного воздействия.

Комбинированное восстановительное лечение в условиях психотерапии, центральной и периферической элетронейростимуляции, магнито-лазеро-аэроионной терапии, детоксикации, тиаминизации, ГБО и медикаментозных средств выявило некоторые специфические изменения и достоверные закономерности. Коэффициент Астранда возрастал более чем на 65% а сердечно-сосудистый компонент биоэнергетики по всем показателям и общей конфигурации кровообращения отличался выраженным гиперкинетизмом. Последний определялся высокой устойчивостью, хотя уровень удельного периферического сопротивления был ниже исходного более чем на 10%. Приведенные данные подтверждают эффективность комплексной реабилитации в сравнении с другими методами.

Рак шейки матки является наиболее частым видом злокачественных опухолей женской половой сферы, поражая в основном женщин в активном трудовом возрасте. (Герасименко В. И., 1988, Бохман Я. В., 1989, Чебану Т.А., 1993 г. и др.).

С целью реабилитации гинекологических больных мы использовали магнитотерапию, магнито-аэроионную терапию, магнито-лазерную терапию в комбинации с медикаментозными средствами, комбинированный способ магнито-аэроионной терапии в комбинации с интравагинальной магнитной индукцией на аппарате Магнитотрон-2 и тиаминном, комплексную реабилитацию как метод включающий психотерапию, магнито-лазерную терапию с аэроионной аппликацией, медикаментозные средства, детоксикацию.

В результате изучения эффективности разных методов реабилитации было выявлено, что при магнитотерапии реабилитационный эффект получен у 55% больных (10% — без эффекта).

Магнито-аэроионная терапия была эффективна у 65% больных, причем неудовлетворительные результаты отмечены у 5% больных; магнито-лазерная терапия в комбинации с медикаментозным лечением повысила уровень эффективной реабилитации до 70%, а комбинированная реабилитация имела самый высокий результативный эффект — 91,5%.

Необходимость применения в процессе основного лечения рака матки

комбинированных и лучевых методов приводит к появлению анатомо-функциональных нарушений и осложнений.

Наиболее частым осложнением, развивающиеся после радикального лечения рака шейки матки является ПКС. Частота возникновения его составляет от 50 до 80% (Вихляева Е. М., 1972, Мануйлова Н. А., 1976 и др.)

В наших исследованиях ПКС проявился в 71.3%. Необходимо отметить что этот показатель зависит от возраста больных. В группе молодых женщин (от 18 до 44 лет) частота его возникновения достигала 89.3%.

После проведения комплексной реабилитации явления ПКС подавлялись в 88.9% случаев причем вегетативно-сосудистые нарушения снижались на 46.9% а нервно-психические на 23.1%.

Помимо вегетативных и нервно-психических нарушениях у гинекологических больных леченных по радикальной программе после лучевого лечения встречаются различные лучевые повреждения. В наших исследованиях лучевые осложнения встречались у 14.7% больных. Среди них циститы 4.3%, ректиты у 3.2%, эпителииты в 4.2%, фибросклероз 1.9%. После проведения комплексной реабилитации число пациентов с постлучевыми повреждениями снижалось до 4.2%.

При изучении изменений клинико-биохимических показателей в процессе реабилитационного лечения у онкогинекологических больных было установлено, что при проведении магнитотерапии число эритроцитов увеличивалось на 8.4%, уровень гемоглобина на 4.8%, число лейкоцитов на 17.3%, и скорость оседания эритроцитов на 5.9%. Уровень билирубина, увеличился на 2.1% а мочевины снизилась на 6.3%. Уровень сахара крови изменялся недостоверно. Общий белок увеличился на 2.6%, ПТИ на 4.6%, повышалось и время свертывания на 8.7% ($P < 0.001$).

Применение магнито-аэроионной терапии также приводило к изменениям показателей, крови пациенток.

Так, число эритроцитов увеличилось на 2.8%, уровень гемоглобина — на 3.3% с одновременным снижением числа лейкоцитов на 8.7% и СОЭ на 11.5% ($P < 0.001$).

Уровень билирубина и мочевины снижались на 9.1% и 12.4% соответственно, а общего белка и времени свертывания по Ли-Уайту соответственно на 11.5% и 29.3%, ПТИ на 4.6%, содержание сахара на 15%.

В ходе применения магнито-лазерной терапии в комбинации с медика-

ментозными средствами отмечается незначительная анемическая и лейкоцитемическая реакция, однако общее состояние пациента не страдает. Несмотря на снижение эритроцитов на 7.4%, гемоглобина на 2.6%, лейкоцитов на 3.2% ($P < 0.001$), явные клинические эффекты изменение общего состояния отсутствовали.

СОЭ возрастало на 8.4%. Уровень билирубина, мочевины, сахара и общего белка снижались в пределах от 0.5% до 5.8%. ПТИ увеличивалось на 6.6% а время свертывания на 7.7%.

Более существенные изменения были получены при применении комбинированного метода реабилитации. Клинические показатели крови после лечения изменялись значительно и достоверно (9.5%) Увеличивался уровень числа эритроцитов на 4.9% гемоглобина, от 4.9% до 25%. Наряду с этим отмечалось лейкопеническая реакция -снижение лейкоцитов на 22.5% и СОЭ на 25% ($P < 0.001$).

Уровень билирубина увеличился на 5.1%, тогда как мочевины и общий белок снизились на 29.3% и 15.5% соответственно.

Показатель сахара крови возрастал всего на 0.1%. Отмечалось снижение ПТИ на 17.1% и времени свертывания на 15.3%. В общем такая комбинация приемлема при реабилитации онкогинекологических больных.

Наиболее благоприятное с точки зрения состояния биохимических констант организма отмечалось при комплексной реабилитации. Так уровень гемоглобина и эритроцитов увеличился на 0.7% и 30.5% соответственно. Число лейкоцитов увеличилось на 6.6%, а СОЭ уменьшилось на 16.6%.

И биохимические показатели претерпевали положительную динамику. Уровень билирубина и мочевины уменьшился на 18.6% и 15% соответственно. Уменьшение клинических проявлений посткастрационного синдрома, а именно: снижение головных болей, головокружений, исчезновение чувства "прилива к голове", улучшение сна, настроения, общего состояния. Исходя из представленных данных, наиболее благоприятной при реабилитационном лечении выступает комплексная реабилитация однако и по остальным методикам наблюдаются избирательно положительные эффекты в сравнении с контрольной группой больных.

Исследования биоэнергетики у онкогинекологических больных показало, что магнитотерапия в моноварианте отрицательно сказывается на биоэнергетике в целом. Это выражалось в снижении коэффициента Астранда на 10% парциального давления кислорода на 1.5%, возрастания

максимального потребления кислорода на 7% с одновременным повышением удельного периферического сопротивления на 7.9%, Конфигурация кровообращения приобретало, как правило, гипокинетический характер, однако функция адаптивной саморегуляции как и кардиоваскулярной аккомодации сохраняло высокую толерантность. Это свидетельствует о том, что подтверждает необходимость восполнения энергодефицита.

При проведении магнито-аэроионной терапии отмечались благоприятные биоэнергетические сдвиги. Коэффициент Астранда увеличился на 35.5%, парциальное давление кислорода на 8.9%. Параллельно возрастало и максимальное потребление тканями кислорода до 12.5%. В кардиоваскулярном звене биоэнергетики отмечался выраженный гиперкинетизм, хотя уровень периферического сопротивления опускался на 9%.

Это подтверждает высокую эффективность данного метода. Применение магнито-лазерной терапии в условиях медикаментозной коррекции определяло достоверные изменения биоэнергетических компонентов эргокинетики. Коэффициент Астранда возрастал на 41.6%, парциальное давление кислорода на 16% и максимальное потребление тканями кислорода на 20%. В кардиоваскулярном звене было зафиксировано гиперкинетическая реакция, с снижением уровня удельного периферического сопротивления на 8%. Вышеизложенное подтверждает что комбинация двух методов устраняет энергодефицит в организме, благоприятно стимулируя кардиоваскулярное звено биоэнергетики.

При применении комбинированного способа реабилитации Коэффициент Астранда увеличивался на 47.6%, парциальное давление кислорода на 14.4%. Параллельно отмечалась гиперкинетическая реакция в кардиоваскулярном звене и снижение удельного периферического сопротивления на 23.6%.

Комплексная реабилитация сопровождалась покрытием энергетического дефицита и установлением нормозрительных состояний организма. Коэффициент Астранда увеличился на 63.4% а парциальное давление кислорода на 18% что прямо коррелировало с пороговыми максимального потребления кислорода. Кардиоваскулярная аккомодация была удовлетворительной и характеризовалась достаточной функцией адаптивной саморегуляции. Эукинетическая конфигурация кровообращения определялось по всем показателям УОС, МОС и СИ, при умеренном снижении периферического сопротивления на 10%.

Приведенные данные подтверждают положительное влияние на энергетический баланс комплексной реабилитации и высокую ее эффективность в сравнении с остальными группами.

Вследствие применения вышеперечисленных видов лечения во всех 4х группах больных исследуемые показатели варьировали в различной степени, но определялись и общие тенденции. Так магнитотерапия в чистом виде вызвала возрастание отдельных показателей периферической крови у гинекологических больных — эритроцитов на 8.4%, гемоглобина на 4-8%, у пульмонологических — гемоглобина на 3.5%, эритроцитов на 5%; у гастрологических больных — гемоглобина на 1%, эритроцитов на 3.2%. Возрастало и число лейкоцитов на 17.3% и 13.2% соответственно. У гастрологических больных этот показатель снизился на 1.5%. Биохимические показатели такие как мочевина уменьшилось на 7.4% у гастрологических больных на 6.3%, у гинекологических больных и на 1.8% у пульмонологических больных. Применение лазеротерапии в чистом виде выявило незначительные колебания показателей крови с более выраженным снижением уровней билирубина у гастрологических больных на 2.7% и у пульмонологических больных на 10.6%.

Магнито-лазерная терапия вызвала увеличение содержания гемоглобина и число эритроцитов на 4.9% и 9.5% соответственно, в то время как число лейкоцитов и СОЭ уменьшались в среднем на 22.5% и 25% соответственно во всех 4-х группах больных.

Магнито-аэроионная терапия вызвала увеличение гемоглобина у гастрологических больных на 7.1%, гинекологических больных на 2.8%, СОЭ уменьшалось на 41.4% и 11.5% соответственно. Из биохимических показателей мочевина и время свертывания уменьшились на 12.5% и у 29. % у гинекологических больных и гастрологических больных магнито-аэроионная терапия вызвало наоборот повышение мочевины и уменьшение времени свертывания.

Комбинация лазерной терапии с магнито-аэроионной аппликацией вызвала у пульмонологических больных увеличение эритроцитов, лейкоцитов на 4.9% и 46.1% соответственно, снижение СОЭ на 58.2% и билирубина на 16.5%.

Комбинированный способ лечения применяли и гинекологических больных. Уровень гемоглобина повышался на 5.5%, а число эритроциты на 10.3%, количество лейкоцитов снижалось на 22.5%. Биохимические показатели изменялись недостоверно.

Комплексная реабилитация вызвала повышение показателей периферической крови во всех исследуемых группах. Так, у пульмонологических больных отмечено увеличение число эритроцитов и уровня гемоглобина на 7.5%, 40.3 % соответственно. Число лейкоцитов повысилось на 34.5% а СОЭ уменьшилось на 60.8%. Такие же закономерности обнаружены в группах гастрологических и гинекологических больных. Что касается биохимических показателей, то уровень билирубина, мочевины уменьшались в среднем на 5% и 6.5% соответственно во всех 4-х группах больных. Это может служить фактом подтверждающим сообразности применения комплексной реабилитации как метода выбора

Исследования биоэнергетического обмена показали, что в зависимости от метода реабилитационного воздействия, уровни эргоза приобретали различные конфигурации.

Магнитотерапия вызвала гипозэргическую реакцию с понижением энергоресурсов в пределах 9-15% от первоначального уровня у всех 4-х группах больных. Одновременно снижался уровень парциального давления кислорода от 1.5% до 12.6% Как правило, фиксировали гипокинетический характер конфигурации кровообращения.

Лазеротерапия благоприятно действовала на биоэнергетику увеличивая коэффициент Астранда на 29%, 34% от инициального уровня с одновременным возрастанием парциального давления кислорода и пороговыми максимального его потребления во всех группах больных. Необходимо подчеркнуть кратковременность положительных сдвигов биоэнергетики.

Магнито-лазерная терапия сопровождалась возрастанием энергетических ресурсов на 10-49%. Тем не менее, в кардиоваскулярном звене всегда отмечался выраженный гиперкинетизм.

Комплексная реабилитация оптимальна по действию на биоэнергетику больных.

У всех групп больных этот вид лечения вызывал возрастание энергоресурсов на 15.5%, сохраняя всегда достаточную функцию адаптивной саморегуляции и кардиоваскулярной аккомодации.

В контрольной группе больных коэффициент Астранда опускался ниже пороговых норм и устанавливался в пределах 29-23.7%.

Обобщая вышеизложенное, можно заключить, что для дополнения и сбалансирования энергетических ресурсов у радикально оперированных больных методом выбора может быть комплексная реабилитация.

Адекватное применение разных методов реабилитационного лечения, качественная их комбинация, уяснение основных критериев, сроков и последовательности восстановления функций, ресоциализация онкологического пациента, перенесшего радикальное, а впоследствии реабилитационное лечение — являются основными положениями при определении степени готовности организма к улучшению качества жизни в наших исследованиях. В ходе комплексного рассмотрения течения постреабилитационного периода после магнитотерапии у радикально оперированных больных выявлены своеобразные изменения, находящиеся в прямой зависимости от локализации опухолевого процесса, возраста, состояния ЦНС, влияющие в конечном итоге на качество жизни. Полученные результаты убеждают, что следовой постреабилитационный гиперкинетизм, сопровождающийся выраженными расстройствами функциональной активности зрительного и звукового анализаторов, замедленной интеграцией по тестам Бурдона, Гаратца, Шульте, КЧСМ и комплексной зрительно-двигательной реакции, наиболее характерны в нашем исследовании для больных перенесших радикальное лечение по поводу злокачественных новообразований желудка и легких (интенсивный показатель 88.9%). Исходя из совокупности объема перенесших операций, нарушений гомеостаза, недостаточной лабильности ЦНС, эти изменения носят упорный характер. Спонтанное восстановление исходных корковых взаимоотношений основных нервных процессов происходит преимущественно, во время периодов мобилизации и реадaptации, т.е. не ранее 1-2 дней после завершения курса лечения. У больных с патологией гениталий и молочной железы, проявления функциональной дезорганизации нервной деятельности носит более сглаженный и кратковременный характер.

Постреабилитационная реактивация в полной мере и к первому дню после лечения наступает в 59% случаев. В остальном отмечено неполная реадaptация (28.8%). Остаточные проявления постреабилитационной адаптивной депрессии (6.7%) и режы (5.4%) — неудовлетворительный характер реадaptации.

После аппликации магнито-лазеротерапии восстановление основных корковых процессов выше на 20% чем у пациентов, получивших "чистую" магнитотерапию. Полноценная постреабилитационная реадaptация к первому дню отмечалась в 75% случаев. В 4 случаях (12.5%) реадaptация носила удовлетворительный характер, а в 6.2 % случаев — реадaptация была неудовлетворительной.

Таким образом, становится очевидным, что после комбинированного курса реабилитационного лечения лазеро-магнитной терапии уровень реадaptации организма выше и, следовательно, возможности улучшения качества жизни пациентов выше (все показатели выше на 20-25%, чем при магнитотерапии в "чистом" виде), тем не менее применение данных методов в широком диапазоне больных носит избирательно-рекомендательный характер.

Иные очертания приобретает постреабилитационная реадaptация после аппликации больным лазеротерапии. Кортиковые взаимоотношения основных нервных процессов у данной категории больных быстро обратимы и непродолжительны. Более выраженную степень реактивности и функциональной адаптивности проявляют больные перенесшие радикальное лечение по поводу рака гениталий и молочной железы.

Способность формирования устойчивого функционального стереотипа проявляется у 55.7% больных уже к 3-му часу окончания лечения.

У больных с раком желудка этот процесс несколько замедляется за счет переходящих фазовых смещений реакции организма до 2-3 дней периода стабилизации.

Таким образом, у онкологических больных, получивших курс лечения лазеротерапии в "чистом" виде, полная постреабилитационная реактивация в день окончания лечения отмечена в 83.4% случаев. У больных, получивших курс магнито-эрозионной терапии, итоговые результаты реадaptации возрастают до 93%.

Наши исследования показали, что в результате изучения параметров разностороннего проявления функциональной деятельности ДНС, тестов, характеризующих состояние зрительного и звукового анализаторов, комплексная реабилитация является предпочтительным методом у 96.8% больных.

Подвергнув комплексному анализу результаты исследования функциональных параметров сознания, уровня внимания, мышления у больных группы контроля были выявлены, выраженные сдвиги корковой нейродинамики, значительное несоответствие уровней возбудимости, лабильности ЦНС. Применение различных схем медикаментозного лечения в различных комбинациях поддерживает описанные изменения от 2 до 8 дней, а течение реадaptации сохраняет неудовлетворительный характер в 63% случаев. Следовательно, применение обычных рутинных методов реабилитации в виде симптоматического, обще укрепляющего, дезинток-

сикационного, алгического лечения и их комбинации малоэффективны, а качество жизни пациентов страдает в значительной степени.

Проведенные исследования показали, что чем выше степень реактивности больного после проведенных курсов лечения, тем выше уровень качества жизни онкологических больных.

Эффективность проводимых реабилитационных мероприятий в онкологической клинике оценивается по самым разнообразным показателям. Среди них наиболее важным является возвращение к общественно-полезному труду, восстановление профессиональной трудоспособности, трудоустройство и переквалификация больных и инвалидов. По клиническими наблюдениями, было установлено, что возобновление трудовой деятельности в условиях комплексного лечения у онкологических больных леченных по радикальной программе является наиболее динамическим показателем. Наши исследования показали, что благодаря реабилитационным мероприятиям уже в первые месяцы лечения значительное число больных возвращались к труду. Так после 4-10 мес. проведенного лечения по радикальной программе трудовую деятельность возобновили 68.8%, 21.2% приступили к труду через 11-14 месяцев и 6.7% приступили к работе в более поздние сроки.

Наиболее высокий показатель возвращения к труду после 4-6 месяцев отмечен в группе маммологических больных 64.5%. К этому времени гинекологических больных которые возвратились к труду было всего 10.8%.

По данным различных уторов восстановление трудоспособности у больных злокачественными опухолями происходит лишь в 13.2-24.6% случаев по отношению ко всему контингенту больных прошедших ВТЭК. В наших исследованиях этот показатель составил 19.7% (9% полная реабилитация и 10,7 неполная).

Наши данные свидетельствуют о том, что к своей профессии вернулись 9% больных а 10.7% к измененным условиям профессиональной деятельности в соответствии с рекомендациями ВТЭК-а. Такие цифры приводят и другие авторы (Никулина Л.Ф., 1985, Godstad A.F., 1974 и др.

В работе Л.Н. Ревякина 1975 говорится, что онкологическую ВТЭК непосредственно после завершения лечения проходят всего 25.8% больных. В наших исследованиях этот показатель составил 15.7%. Мы считаем, что в основе этого явления лежит стремление больных трудоспособного возраста приступить к работе сразу после лечения по

радикальной программе воздерживаясь от прохождения ВТЭК-а. Мы считаем, что пятилетний срок нетрудоспособности при злокачественных опухолях является тоже условным.

Приведенные исследования выявили, что показатель социально-трудовой реабилитации у онкологических больных всех профилей после комплексного лечения составил 96% при стойкой утрате трудоспособности у 3.4%. Полная реабилитация составила 60%. Самый высокий показатель при полной реабилитации отмечался у маммологических больных — 74.2% и самый низкий — у пульмонологических больных — 14.3%. Самый высокий показатель стойкой утраты трудоспособности составил у пульмонологических больных — 28.6%.

В результате проведения комплексной программы социально-трудовой реабилитации достигнуто полное — восстановление трудовой деятельности с возможностью полной реабилитации в 60% случаев. Неполное восстановление — смена профессий, место работы, работа при облегченных условиях при работе со сниженной квалификацией в 36.6%. Случаи, низкого эффекта восстановления или стойкой утраты трудоспособности сохранились в 3.4%, причем в большинстве своем, это пульмонологические 28,6% и гастроэнтерологические больные 6,7%.

Учитывая вышеуказанное необходимо отметить, что трудовая терапия должна сочетаться с профессиональным обучением в лечебно-трудовых мастерских, которые на наш взгляд мы должны создавать при Онкологическом Институте, санаториях и даже профтехучилищах. Однако, надо прямо сказать, что этот опыт, пока в клинике онкологии находит ограниченные возможности для реализации.

Проведенное исследование раскрыло вопросы составляющие базу уровней качества жизни, показало возможность различить уровни качества жизни, показал динамику уровней качества жизни в процессе реабилитации и паллиативной помощи у онкологических больных. В наших исследованиях у онкологических больных леченных по радикальной программе 1 уровень качества жизни — высокий — до лечения отмечен у 14 (3.87%) больных а после проведения комплексной реабилитации этот показатель возрос до 328 (90.61%), что подтверждает эффективность реабилитации.

Изучение и объективизация качества жизни у онкологических больных дало возможность для составления регистра качества жизни, повышение которой является одной из целей онкологической помощи.

Подводя итог выше изложенному необходимо отметить, что ком-

плексная реабилитация у онкологических больных должна базироваться на такие принципы как раннее начало реабилитации, психологическую коррекцию с момента обращения больного в онкологическое учреждение, на таком системном принципе как иммуномодуляция, метода вспомогательной протекции трансмембранного обмена у онкологических больных — тиаминизации.

Реабилитация учитывая наши данные должна быть комплексной и иметь систему — стационар — поликлиника — курорт, которая и обеспечит непрерывность и единство этих этапов до социально-трудовой реинтеграции больного. По нашему мнению главенствующим принципом может быть системное и профильное воздействия и персональная индивидуализация больного.

Завершая данный раздел работы, необходимо отметить, что опыт коллег из других стран СНГ и мира, поможет сделать вывод, что в Республике Молдова необходимо принять Парламентом и Правительством Национальную программу противораковой борьбы и как составную часть этой программы — программу по реабилитации и паллиативной помощи онкологическим больным.

Изучая детально и всесторонне вопросы реабилитации и паллиативной помощи у онкологических больных в Республике Молдова мы предлагаем:

1. Реабилитационный центр для Онкологических больных должен создаваться при Институте Онкологии с функциями научно-клинического, педагогического и методологического учреждения в масштабе Молдовы.
2. Рационально организованная служба реабилитации у онкологических больных в условиях Республики Молдова создает реальную возможность возвратиться к труду 96,6% радикально излеченных онкологических больных.
3. Концепция комплексной реабилитации онкологических больных разработанная в Институте Онкологии Молдовы может служить методологическим пособием для онкологических учреждений, районных поликлиник республики и других стран.
4. Новые способы комбинированного аппаратного обеспечения (Меркур-1, Меркур-2, АМАТ-01) при реабилитации и паллиативной помощи увеличивают эффективность реабилитации на 20-25%.
5. Санитарно-курортный этап реабилитации онкологических больных увеличивает эффективность проводимого восстановительного лечения на 28,6%.

6. Разработанные программы "Онкорезабилитация" и "Информационно-экспертный регистр" открывают новые возможности для экспертной оценки трудоспособности у онкологических больных и для реформирования врачебно-трудовой экспертизы онкологического больного, для подготовки законодательных актов онко-ВТЭК-а.

7. Центр по Паллиативной и Противоболевой терапии должен создаваться на базе Института Онкологии Молдовы в городе — Кишиневе, с филиалами в Бэлць и Кахул. Там же возможно организация хосписов.

8. Систему реабилитационной и паллиативной помощи онкологическим больным следует выделить как одно из основных направлений Национальной программы противораковой борьбы в Молдове.

9. Создание медико-социальной инфраструктуры реабилитационной и паллиативной помощи онкологическим в Молдове больным значительно улучшает качество жизни больных и их семей.

10. Кабинеты противоболевого лечения являются первым и основным звеном системы паллиативной помощи инкурабельным онкологическим больным и должны быть организованы во всех онкологических учреждениях, районных поликлиниках Молдовы.

11. Комплексная реабилитация была наиболее эффективной у всех исследуемых групп.

У маммологических больных ее эффективность в 93,4%. Лазерно-магнитная и магнито-аэроионная терапия вызвало оптимизацию 9 ведущих иммунологических показателей на 22%, что явилось идентичной при проведении специфической иммунокоррекции.

12. У гинекологических больных комплексная реабилитация была эффективной в 91,5% случаев, причем явления ПКС (пост-кастрационного синдрома) снизились с 81,8% до 11,1% (а у молодых женщин в возрасте от 18 до 44 лет с 89,3% до 12,6%).

13. Комплексная реабилитация у гастрологических больных была эффективной в 13,9% с хорошим эффектом и в 34,6% реабилитация была удовлетворительной.

14. У больных пульмонологического профиля комплексная реабилитация была эффективной — у 46,8%.

15. После проведения комплексной реабилитации после 4-10 мес. проводимого лечения по радикальной программе трудовую деятельность возобновили 68,8% (в группе маммологических больных 91,3%; и лишь в 55,4 % (в группе гинекологических больных).

16. Полная социально-трудовая реабилитация отмечена у 60% больных, неполное восстановление (смена профессии, место работы или работы со сниженной квалификацией в 36,6%).

Отсутствие эффекта восстановления или стойкой утраты трудоспособности сохранялось в 3,4%, причем самый высокий показатель был отмечен в группах пульмонологических больных 28,6% и гастрологических — 6,7%.

17. После проведения комплексной реабилитации значительно улучшилось качество жизни онкологических больных.

1 уровень качества жизни был отмечен в 3,8% случаев а после лечения он вырос до 90,6% (в группе онкологических больных леченных по радикальной программе и которым проводилось комплексная реабилитация).

В паллиативной группе 4-й уровень качества жизни отмечено у 8,7% больных который в ходе проведения паллиативной терапии снизился до 5,8%.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Постоянный прирост онкологических больных нуждающихся в проведении реабилитации и паллиативной терапии диктует необходимость создания в г. Кишиневе на базе Института Онкологии Молдовы Реабилитационного центра и Центра паллиативной и противоболевой терапии онкологическим больным с функциями научно-клинического, педагогического и методологического учреждения в масштабе Республики Молдова.

2. При онкологических диспансерах и районных поликлиниках необходимо открывать кабинеты противоболевой терапии и реабилитации онкологических больных.

3. Реабилитация и паллиативное лечение онкологических больных должны проводится в системе стационар — поликлиника — домашние условия с целью обеспечения преемственности и непрерывности в проведении восстановительной терапии.

4. Комплексная реабилитация онкологических больных должна включать такие принципы как раннее начало реабилитации, психологическая коррекция, иммуномодуляция, тиаминизация, биоэнергетическое лечение, комплексность II программирование этапов реабилитации и создания системы стационар — поликлиника — курорт, единство и непрерывность медицинской и социально-трудовой реабилитации.

5. Реабилитационное лечение на санаторно-курортном этапе необходимо осуществлять в соответствии с методическими рекомендациями "Санаторно-курортное лечение онкологических больных в Молдове" утверждения 24.10.92 г. Ученым Советом Института Онкологии Молдовы. Учитывая при этом индивидуализация программы восстановительного лечения.

6. Конечной целью проводимой комплексной реабилитации онкологических больных должна быть социально-трудовая интеграция больных, а паллиативной помощи — улучшение качества жизни больных и их семей.

7. С целью реабилитации онкологических больных леченых по радикальной программе самым оптимальным способом лечения является комплексный:

— для маммологических больных — психотерапия, магнито-аэроионное воздействие, детоксикация и тиаминизация;

— для гинекологических больных — психотерапия, комбинированная магнито-лазерная и аэроионная терапия, медикаментозное лечение и детоксикация;

— для гастрологических больных — психотерапия, центральная и периферическая электронейростимуляция, магнито-лазеро-аэроионная терапия, детоксикация, ГЗО и мед. средства (тиамин, витамин С);

— для пульмонологических больных — психотерапия, центральная электронейростимуляция, магнито-лазеро-аэроионная терапия, детоксикация ГБО и медикаментозные средства (бронхолитические, отхаркивающие средства, тиамин, витамин С);

8. Лечение боли у онкологических больных IV клинической группы, особенно при существенно поврежденном гомеостате, необходимо осуществлять в основном лазерным гелий-неоновым воздействием (поликлиника, амбулатория) или способами регионарной анестезии (в условиях стационара) на фоне детоксикации и интенсивной тиаминизации, рассматриваемых как обязательный атрибут обезболивающего пособия. Сочетанное применение энергодоноров (лазер, тиамин) с наркотическими анальгетиками обеспечивает надежное болеутоление даже при высокой степени болевой перцепции, в 92,8% случаев. В таком комплексе, применение наркотиков считается оправданным.

ГЛАВА 5. СОЦИАЛЬНО-ТРУДОВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ И ЕЕ ЭФФЕКТИВНОСТЬ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ III КЛИНИЧЕСКОЙ ГРУППЫ

Место и роль онко-ВТЭК-а

В качестве причины инвалидности и смертности населения онкологические заболевания занимают второе, а по тяжести инвалидности первое место.

Под инвалидностью принято понимать длительную или постоянную потерю трудоспособности, возникшую в следствии хронического заболевания или травмы, приведшую к значительному нарушению функций организма. Основанием для установления I группы инвалидности является такое нарушение функций организма, при котором инвалид не может сам себя обслуживать и нуждается в постоянной помощи, уходе или надзоре. Примером таких состояний могут служить больные со злокачественными новообразованиями в далеко зашедших стадиях.

II группа инвалидности устанавливается больным, которые по состоянию здоровья не могут вернуться к производственной деятельности в обычных условиях. Например, больные после недавнего оперативного вмешательства по поводу злокачественных опухолей желудка, легких и др.

III группа инвалидности определяется при значительном снижении трудоспособности вследствие нарушений функций организма, обусловленных хроническими заболеваниями или выраженными анатомическими дефектами; при необходимости перевод по состоянию здоровья на работу другой профессии, более низкой квалификации.

В повседневной работе онко-ВТЭК-а нередко имеет место переоценка неблагоприятного клинического и трудового прогноза у больных, радикально леченных по поводу злокачественных опухолей, в результате чего они длительное время признаются нетрудоспособными.

Критерии определения трудоспособности вытекают из характера самого заболевания, индивидуальных особенностей организма, анатомо-функциональных расстройств и осложнений, обусловленных патологическим процессом и методами лечения. Рациональное трудоустройство должно быть таким, чтобы характер и условия труда не могли отрицательно действовать на организм больного, не способствовали прогрессированию заболевания и не приводили к дальнейшему снижению трудоспособности.

При трудоустройстве должно учитываться не только состояние здоровья, но и профессию, квалификацию, уровень общего и специального образования, а также трудовую направленность.

Возвращение инвалида к активному общественно-полезному труду является логическим завершением реабилитации и предусматривает его полное самообеспечение и материальную независимость.

Создание в 1953 г. специализированных онкологических ВТЭК оказало положительное влияние на правильную оценку трудоспособности и установление групп инвалидности, способствовало более четкому определению возможностей трудовой реабилитации больных, допустимости их к труду в определенных условиях.

В документах по ВТЭ и трудоустройству инвалидов (1981) под рубрикой "ВТЭ при злокачественных новообразованиях" указывается, что больные раком I и II стадий могут в большинстве случаев признаваться трудоспособными, но с учетом морфологической структуры опухоли, современных знаний с пятилетней выживаемости и т.д. Больные раком III стадии (которые как известно, до настоящего времени в основном формируют контингент радикально леченных), как правило, в течение 2 лет устанавливается II группа инвалидности независимо от социальных факторов.

Возможность трудовой реабилитации онкологических больных тесно связана с локализацией и стадией процесса, характером проведенного лечения, степенью анатомо-функциональных нарушений, а также возрастом, образованием и квалификацией. Для онкологических больных особенно важен клинический прогноз, который отчасти определяет и трудовой прогноз (Артюшенко Ю.В., 1980 и др.).

Статистические данные о влиянии различных отраслей труда на частоту возникновения рецидивов и метастазов рака достаточно противоречивы. Несомненно, при решении вопроса о трудоустройстве больного подлежат исключению виды труда, связанные с тяжелыми физическими и психическими перегрузками.

Следует заметить, что пол больного, возраст, профессия, условия труда, трудовая направленность, семейно-бытовая ситуация должны приниматься во внимание так же, как стадия процесса и локализация опухоли.

Мнение об определяющей роли профессии в трудовой-реабилитации больного поддерживается многими онкологами и врачами-экспертами.

Важнейшим критерием здоровья человека является его способность полноценно выполнять социальные и трудовые функции. Поэтому осо-

бое значение в связи с развитием концепции реабилитации приобретают восстановление личного и социального статуса пациента (Кабанов М.М., 1966). Практическому осуществлению этой программы соответствуют следующие основные принципы, необходимые для успешного проведения социально-трудовой реабилитации: 1) точное определение физических и профессиональных возможностей инвалида; 2) оценка: требований, предъявляемых профессией к инвалиду; 3) правильное определение соответствия способностей больного требованиям профессии.

В результате проведения программы социально-трудовой реабилитации могут быть получены следующие результаты:

- достаточно полное восстановление трудоспособности с возможностью возвращения к труду;
- неполное восстановление — прежняя работа возможна лишь при определенных (облегченных) условиях, либо работа со снижением квалификации;
- полное восстановление как результат переобучения и переход на другую работу;
- приобретение простейших навыков и возможность самообслуживания;
- отсутствие эффекта восстановления.

Реализация какого-либо из указанных вариантов зависит от ряда специальных факторов и состояния здоровья больных.

Включение инвалидов в трудовой процесс отражает, как принято, считать конечную цель реабилитации. Но в практической работе по реабилитации не всегда достигаются желательные результаты, а потому даже при самых совершенных восстановительных мероприятиях значительное число лиц нуждается в дополнительной, вторичной помощи, носящей дифференцированный характер, учитывающий социальные, биологические и психологические факторы. В практике здравоохранения эта помощь относится к области диспансеризации. Однако дальнейшая забота общества о трудоустроенных инвалидах не должна ограничиваться лишь контролем за состоянием их здоровья — она должна быть всесторонней (Герасименко В.Н. и др., 198; Редников С.Г., 1980; Aaronson N.C. 1975; Watts C., 19976). Вторичная помощь инвалиду, по-видимому, никогда не должна прекращаться. Это направление является наиболее прогрессивным и как нельзя более отражает профилактическое направление здравоохранения и социальных служб. Включение инвалида в трудовую

деятельность не ликвидирует потребность его в различной медицинской и социальной помощи (Чаклин А.З. и др., 1976; Chardot C. 1974; Vuedick D., 1975; Mappos G., 1975).

Для осуществления программы медицинской и социально-трудовой реабилитации требуется многочисленный и различный по своим специальностям и квалификации персонал. Многие страны ввели официальные программы по подготовке кадров, необходимых для работы по реабилитации (Shaudig., 1974).

Совершенно очевидно чрезвычайно большое значение для трудовой реабилитации таких факторов, как профессия, уровень образования, пол, возраст, т.е. факторов "социальных", а также функциональных последствий проведенного лечения, т.е. наличия или отсутствия осложнений, необходимости в повторном лечении (Симонов Н.Н., 1983). Степень распространения опухолевого процесса до начала лечения, безусловно, играет роль в трудовой реабилитации, но по своей значимости она не главенствует, если радикальное лечение проведено и опухоль удалена. Индивидуальный клинический прогноз, без сомнения, необходим для составления планов наблюдения за больными, схем обследования и, в том числе планов по восстановлению трудоспособности, но его роль не должна быть категоричной.

Эффективность проводимых исследований в онкологической клинике оценивается по самым разнообразным показателям. Среди них наиболее важным является возвращение к общественно-полезному труду, восстановление профессиональной трудоспособности, трудоустройство и переквалификация больных и инвалидов. По наблюдениям многочисленных авторов эти показатели достаточно объективно характеризуют успехи медицинской и социально-трудовой реабилитации. Однако по внешности они не могли быть равнозначны, так как отражают лишь отдельные элементы трудовой активности больных, каждый из которых представляет качественно новую ступень достигнутых результатов. По клиническим наблюдениям, возобновлением трудовой деятельности в условиях комплексного лечения онкологических больных леченых по радикальной программе является наиболее динамичным показателем. В месте с тем не всегда может отражать полноту достигнутой реабилитации. Объясняется это, с одной стороны, возможностями быстрого достижения клинического благополучия (улучшения общего самочувствия, ликвидация симптомов специфической интоксикации.), а с другой — переднем его

несоответствием требованиями, предъявляемым характером и условиями выполняемого труда. И тем не менее возвращение больных к активной трудовой деятельности в показанных случаях следует рассматривать как положительный факт, так как это направленно прежде всего на профилактику инвалидности, и оно должно совпадать с временем выздоровления и восстановления общей трудоспособности. Наши исследования показали, что благодаря лечебно-оздоровительным мероприятиям уже в первые месяцы лечения значительное число больных возвращались к общественно-полезному труду (таблица 20). Так после 4-10 мес. проведенного лечения по радикальной программе трудовую деятельность возобновили 68,8% обследуемых (при этом больше половины больных получали лечение в амбулаторных условиях не прекращая работу. 21,2% больных приступили к трудовой деятельности через 11-14 мес. после начала лечения 6,7% приступили к работе в более поздние сроки.

Из таблицы видно, что наиболее высокий показатель возвращения к труду после 4-6 месяцев отмечен в группе маммологических больных 64,5%. К этому времени к труду в группе гинекологических больных возвратились лишь 10,8%.

По данным различных авторов восстановление трудоспособности у больных злокачественными опухолями происходит в пределах 13,2%-24,6% по отношению ко всему контингенту больных прошедших ВТЭК. В наших исследованиях этот показатель составил 19,7% (9% полная реабилитация и 10,7% неполная).

В работе Л.Н. Ревякина (1975) говорится, что онкологическая ВТЭК непосредственно после завершения лечения проходят всего 25,8% больных. В наших исследованиях этот показатель составил 15,7% (7.905 больных) (таблица 21) и (50.266 первичных). Мы считаем, что пятилетний срок нетрудоспособности при злокачественных опухолях является условным.

Стремление больных вернуться к труду придает особое значение проблеме их переквалификации и переобучения. Основную роль при этом играет оценка характера и тяжести труда и его адекватный подбор. В этом русле и должна протекать работа современной онкологической ВТЭК. Наши данные свидетельствуют о том, что к своей профессии вернулись 9% больных, а 10,7% изменили условия профессиональной деятельности в соответствии с рекомендациями ВТЭК. Эти заключения подтверждают и другие авторы (Никиulina Л.Ф. и др., 1975; 1974 и др.).

Сроки временной утраты трудоспособности у онкологических больных по годам и профилю

Профиль больного	Годы		Число больных	Продолжительность временной нетрудоспособности											
	1991	1992		1993	4-6		7-10		11-14		15-20		20 и более		
					Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	
Мамалогии	10	9	12	31 (100%)	20	64,5	81	25,8	3	9,7	—	—	—	—	
Гинекологии	—	—	14	37 (100%)	4	10,8	19	51,4	9	23,3	13,5	—	—	—	
Пульмонологии	2	2	3	7 (100%)	0	0	4	—	1	0	0	0	2	—	
Гастрологии	5	6	4	15 (100%)	2	13,3	5	33,3	6	40	1	6,7	1	6,7	
Все проф.	17	17	33	90 (100%)	26	28,8	36	40	19	21,2	6	6,7	3	3,3	
Гр. контр.	0	3	12	15 (100%)	1	6,6	3	20	8	53,4	3	20	1	6,6	
Прочий	44	16	2	39	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Всего	61	33	35	129	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	

Таблица 21

Сроки временной утраты трудоспособности у онкологических больных по годам и профилю

Год	Всего больных	Впервые взятые			Инвалидность			Переквалификация			Реабилитация				
		Всего	Раб.	Кол.	I группа	II группа	III группа	Всего	Раб.	Кол.	Полная	Неполная			
													Всего	Кол.	Всего
1991	2478	1529	863	207	312	91	475	114	16	1	949	782	72	22(2,9%)	29(3,7%)
1992	2689	1552	737	213	291	713	405	99	7	0	1137	904	106	30(3,4%)	30(3,4%)
1993	2788	1576	730	192	309	104	376	87	10	0	1162	877	119	24(2,7%)	32(3,6%)
1994	7905	4657	2330	612	912	308	1256	300	33	1	2948	2563	297	76(9%)	91(10,7%)

В 1991 году посещаемость поликлиники составила 150.119 больных из них первичных 16.752 больных

Всего: 50.256

Проводя анализ социально-трудовой реабилитации онкологических больных в зависимости от возраста и профиля (таблица 22) можно отметить, что более 96,6% больных были в возрасте 30-59 лет, т.е. в самом активном трудоспособном возрасте.

Таблица 22

Социально-трудовая реабилитация онкологических больных в зависимости от возраста и профиля (1991-1994)

Профиль больного	Возраст				Социально-трудовая реабилитация		Стойкая утрата трудоспособности
	18-29	30-44	45-59	60 и более	полная	не полная	
Гастронолог 15 (100%)	33.3	0 33.3	5 60	9 6.7	1 33.3	5 60	9 1 6.7
Маммолог 31 (100%)	0	11 35.5	20 64.5	0	23 74.2	8 25.8	0
Гинеколог 37(100%)	2 5.4	16 43.2	19 51.4	0	25 67.6	12 32.4	-
Пульмонолог 7 (100%)	0	1 14.3	6 85.3	0	1 14.3	4 57.1	2 28.6
Всего 100%	2 2.2	33 36.6	54 60	1 1.2	54 60	33 36.6	3 3.4
Контроль. группа 15 (100%)	2 13.3	6 40	5 33.4	2 13.3	4 26.7	8 53.3	3 20

В возрасте 30-44 лет самый низкий показатель был у пульмонологических больных 14,3%, а самый высокий у гинекологических — 43,2%. Показатель социально-трудовой реабилитации у больных 4-х профилей составил 96,6% при стойкой утрате трудоспособности у 3,4%. Число больных полностью реабилитированных составило 60,0%. Самый высокий показатель полной реабилитации маммологических больных составил

4,2%, самый низкий у пульмонологических больных — 14,3%. Самый высокий показатель стойкой утраты трудоспособности составил у пульмонологических больных — 28,5%. Подводя итог вышеизложенному необходимо констатировать, что в результате проведения программы социально-трудовой реабилитации получены следующие результаты:

— полное (96,6%) восстановление трудовой деятельности с достоверной реабилитацией 53,0% случаев;

— неполное восстановление — смена профессии и место работы, работа при облегченных условиях, или работы со снижением квалификации 36,6%;

— отсутствие эффекта восстановления или стойкой утраты трудоспособности — 3,4% причем самый высокий показатель отмечен в группе пульмонологических — 28,6% и гастронологических больных — 6,7%

Полученные данные свидетельствуют о необходимости решить проблему целесообразности увеличения срока пребывания онкологических больных на листке нетрудоспособности до 6-7 месяцев и долечивания до 4-6 месяцев, что дает возможность части больных после радикального лечения приступить к трудовой деятельности без перевода их на инвалидность или использования их на работе с небольшим ограничением (трудовая рекомендация по ВКК без направления во ВТЭК).

Проведенные исследования показали, что больные имеющие IV стадию онкологического заболевания (запущенные формы), больные с рецидивами и отдаленными метастазами, а также больные, у которых отсутствует положительный эффект от проводимого специфического лечения, нуждаются в переводе на I группу инвалидности при первичном направлении на ВТЭК.

К этой категории пациентов следует отнести и больных с метастазами рака без выявленного первичного очага в случае безуспешности лечения.

В случае безуспешности лечения, появления метастазов я рецидивов опухоли в процессе лечения или непосредственно после лечения в зависимости от клинической картины и состояния больного следует рекомендовать перевод больного на группу инвалидности II или I).

При ряде локализаций, дающих после радикального лечения хороший эффект и благоприятный длительный прогноз (хорионэпителиома, некоторые формы лимфогранулематоза, ранние стадии рака тела и шейки матки, рака молочной железы и т.д.), больные нуждаются в восстановлении нарушенных в связи с лечением функций; таким больным необхо-

димо долечивание после нахождения на больничном листе сроком до 4 мес.

В каждом конкретном случае необходим индивидуальный подход к больному, и решение о продлении листка нетрудоспособности (долечивании) или переводе больного на инвалидность следует принимать с учетом мнения ЗКК того лечебного учреждения, где больной наблюдается.

В целях профилактики и снижения инвалидности у онкологических больных, получивших радикальное лечение, целесообразно проводить следующие мероприятия. (Герасименко В.Н. 1988).

1. Предотвращение, раннее выявление и лечение демпинг-синдрома, синдрома проводящей петли, гипогликемического синдрома, постгастрорезекционной анемии, воспалительных заболеваний желудочно-кишечного тракта, связанных с резекцией желудка, — у больных радикально леченных по поводу рака желудка.

2. В целях улучшения кровообращения легких, снижения послеоперационных осложнений, восстановления легочной вентиляции и кровообращения у больных, радикально леченных по поводу рака легкого, целесообразно проведение лечебно-физической культуры — в пред- и послеоперационном периоде.

3. После радикальной терапии по поводу рака молочной железы необходимо проведение мероприятий по предупреждению развития и лечению лимфостазов верхней конечности на стороне операции и контрактуры плечевого сустава, а также совершенствование промышленных образцов протезов молочной железы.

4. У женщин, радикально леченных по поводу рака шейки и тела матки, рака яичников, следует проводить лечение посткастрационного синдрома, ликвидацию последствий лучевого лечения (цистит, ректит).

5. У больных, оперированных по поводу рака прямой и ободочной кишок с наложением колостомы, необходимо совершенствование способов формирования колостомы, поастических восстановительных операций, методик регулирования опорожнения кишечника. Следует разрабатывать усовершенствованные модели калоприемников.

5. После ампутации по поводу злокачественных опухолей нижних конечностей — внедрение в клиническую практику метода протезирования к операционному столу, обучения хождению на экспресс-протезе и учебно-тренировочном протезе, раннее изготовление первично-постоянного протеза.

7. У больных, оперированных по поводу злокачественной опухоли головы и шеи, разработка и совершенствование методов раннего сложного челюстно-лицевого и протезирования и восстановительных пластических операций.

8. У больных после ларингэктомии по поводу рака гортани — ранее проведение курсов логовосстановительной терапии с целью разработки звучной речи.

9. У больных, перенесших экстирпацию мочевого пузыря по поводу рака, — разработка промышленных образцов мочеприемников.

Таким образом, изучение проблемы социально-трудовой реабилитации вывело нас на необходимость выработки уже сейчас новой концепции реабилитации и медицинской экспертизы у онкологических больных. В основе работы ВТЭК-а должны быть поставлены на наш взгляд следующие принципы:

1. Для определения нетрудоспособности не пользоваться группами инвалидности, а разработать новую концепцию — процент утраты профессио-графической трудоспособности больных.

2. Пересмотреть инструкции по срокам нахождения онкологических больных на листках нетрудоспособности, увеличить до 8-10 месяцев, за это время больной должен получать комплексную медицинскую и социальную реабилитацию.

3. Вышеуказанное относится только к больным III клинической группы диспансерного наблюдения.

4. Для IV клинической группы необходимо при первичном освидетельствовании оценить 100% утраты нетрудоспособности.

Эти постулаты и концепции нуждаются в дальнейшей научной разработке специальных программ и будет предложен метод нового научного исследования (И. Мереуца, В. Чернат, 1999 г.).

ГЛАВА 6. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

С разработанной оценкой эффективности реабилитации мероприятий Karnofsky Status Scale (Karnofsky D.A., 1949) введен в медицинский обиход новый термин, а именно, "качество жизни" больных.

Интенсивнее исследования относящиеся к качеству жизни онкологических больных, начались недавно и насчитывают не более полутора десятилетий (Демин Е.В., с соавт., 1990).

Согласно данным английских исследователей, научные публикации о "качестве жизни" возросли с 207 в 1980 г. до 846 в 1990 г. *Journal Lancet*, 1990).

Становится очевидным, что данный вопрос стал одним из важных критериев оценки состояния онкологических больных в период постгоспитальной реадaptации. К этому периоду жизни больных причастны несколько моментов, а именно: улучшение отдаленных результатов лечения рака, связанное преимущественно с выявлением ранних форм злокачественных новообразований успешная разработка и применение новых методов лечения (Блинов Н.Н., с соавт., 1989). Однако сохранение прежнего образа жизни онкологических больных после завершения радикального лечения становится тяжелой проблемой, а жизнь бесцельной и бесперспективной (Гершанович М.А., Пайкин М.Д., 1986, Блинов Н.Н. с соавт., 1989).

В литературе понятие "качество жизни" трактуется различными авторами по-разному.

По утверждению ряда исследователей, "качество жизни" является комплексным и интегральным явлением (Березкин Л. П., 1980; Шабашова Н. Я., 1985; Блинов Н. Е с соавт., 1989; Демин Е.В., 1989; Ноemi В., 1984; Gorins A., 1985; Mc Donald L.D. et al., 1985; Nesci D.A. et al., 1985; Schuster D. et al., 1986).

В работах R. Sittoun (1984) это понятие у онкологических больных определяется несколькими аспектами, такими как: физические (боль, рвота, наличие дефектов, отсутствие части или всего органа), токсические (последствия лекарственного лечения), личные (индивидуальные качества), счастье (радость, сексуальность, партнерство), взаимоотношения (в семье, с друзьями, на работе, в обществе), психосоциальные (косметические дефекты), финансовые, религиозные, культурные и др.

В литературе ряда стран СНГ, а также в зарубежных публикациях отмечается, что уровень качества жизни у онкологических больных зависит от разных обстоятельств. Одним из трудных и сложных этапов по наблюдению разных авторов, является постгоспитальный (Демин Е.В., 1990; Blum K. et al., 1988; Zosial W., 1989; Holmberg L. et al., 1989; Chihara S. et al., 1989; Worden J., 1989; Bentel M., 1990).

Е. В. Демин (1990) исследовал процесс восстановления здоровья женщин, больных раком молочной железы и тела матки, проводя у них оценку качества жизни в условиях поликлиники общей лечебной сети.

Автор пришел к выводу, что больные легче проходят через процессы ресоциализации и психогенной адаптации, не будучи надолго изолированными от всего окружения — работы, друзей, общества, семьи.

Доказано, что стрессовые ситуации неблагоприятно сказываются на течении реадaptивного процесса и уменьшают вероятность вылечения больных (Балицкий К.П., с соавт., 1987; Burgess C., 1987; Greer S., 1987; Sparks T., Flint N., 1988; Cella D. et al., 1989; Zosiak W., 1989; Oppenheim D., 1989). Поэтому один из главных критериев качества жизни является социально-психологический аспект. Коррекция последнего значительно улучшает качество жизни онкологических пациентов (Белицкий К. Е. с соавт., 1987; Irmin P., Kramer S., 1988; Vess J. et al., 1988; Chihara S., Hara, 1989; Sellschopp, 1989; Cella D. et al., 1989; Levis F.M., 1989; Wellisch D., 1989). По данным S. Chihara, Y. Hara (1989). Для социально-психологической поддержки онкологических больных в Японии созданы реабилитационные приюты, которые занимаются контролем и облегчением физической боли, решением душевных проблем, урегулированием социально-экологических проблем, снятием семейных тягот, религиозной поддержкой. Данный опыт применяется и в отношении больных в терминальной стадии, т. е. больной человек сохраняет до конца чувство собственного достоинства. В Германии психосоциальная помощь онкологическим больным направлена на развитие возможностей им самим помочь себе (Sellschopp, 1989). Таким образом, больные преодолевают свою, преимущественно пассивную жизненную позицию. Формируются группы самостоятельного медицинского обслуживания из разных категорий онкологических больных, в чем автор видит частичное решение вопроса, а именно улучшение качества жизни у данных пациентов.

Американские врачи создали целую программу психосоциальной помощи больным, страдающим злокачественными новообразованиями, в плане улучшения качества их жизни. R. Blum, D. Blum (1988).

Свои суждения по поводу комплексного подхода к изучению качества жизни больных, включающего цель и содержание исследований, методологические аспекты, практически направлены на внедрение теоретических достижений в практику, высказывает N. Aronson et al. (1991), подчеркивая, что теоретическая модель разработана недостаточно и в клинической практике применяется с известной долей субъективизма, каждый исследователь ставит свои цели и задачи изучения, свой объем интересующих параметров у какой-либо категории больных. D. Cella et al. (1990) отме-

чают, что исследователи пока не договорились о терминах для характеристик "качества жизни" и поэтому вкладывают в понятие "качество жизни" свой смысл и акцентируют разные его аспекты.

Рекомендуется в перспективе разработать концептуальную модель "качества жизни" у онкологических больных в зависимости от стадии заболевания (Miransky L., 1989; Strang et al., 1990; Meguire P., 1990; Seidu P., 1990; Tulsy D., 1991; Gans P., 1991; Bindí M. et al., 1991 и др.).

Важным моментом в процессе изучения качества жизни больных является также кто оценивает: врач или сами пациенты. Мнения среди авторов разные. Е. В. Демин (1990), M. Slevin et al. (1988), H. Schipper (1990) считают, что врач должен дать возможность больному самому высказывать свои мнения по поводу болезни, и субъективизм может быть преодолен путем проведения психологических тестов, дающих информацию о личности больного.

Полемика среди исследователей в данной области ведется и по поводу вопроса, когда целесообразней оценить качества жизни и с какой целью это надо делать. J. Stiemsward et al. (1985), C. Smart, J Yates (1987) придерживаются мнения об оценке качества жизни на всех этапах исследования. Данная оценка может служить основанием для выбора метода и объема лечения, можно судить об адаптации больных к болезни и лечению, а также для оказания адекватной помощи и поддержки в отдаленном периоде лечения.

В последнее время исследователями уделяется много внимания проблеме изучения и оценки качества жизни при болевом синдроме, т.к. боль при раке причиняет не только физические страдания, но и существенно влияет на различные стороны жизни, т. е. на уровень качества жизни онкологического больного (Демин Е. В., 1989; Zittoun R., 1984; Ferele B., 1989; Breitbart W. 1989; Portenoy R. 1989; Strang P. et al. 1990).

Для оценки качества жизни онкологических больных A. Clark, L. Fallowfield (1986) отмечают 6 основных методик:

1. Шкала Карновского, состоящая из 10 вопросов, заполняющихся врачом.
2. Линейная аналоговая шкала самооценки, состоящая из 25 вопросов на которые ответит сам больной.
3. Индекс "качества жизни".
4. Опросник на проблемные ситуации — 141 утверждение и 4 раздела.

5. Шкала психосоматической адаптации к заболеванию, 45 вопросов по семи разделам, 1;3 которые отвечают и врач, и больной.

6. Шкала на тревогу и депрессию, 14 вопросов и две подшкалы.

Другие авторы, исходя из сообщений медицинской литературы, привержены считать наиболее объективными и достоверными индексы качества жизни. По мнению S. Cobb (1982), индекс должен состояться из 5-ти вопросов, а именно: вовлеченность в трудовую деятельность, активность в повседневной жизни, восприятие своего здоровья, поддержка со стороны семьи и друзей, взгляд на жизнь. Естественно, что индекс качества жизни может меняться во времени и в зависимости от состояния и самочувствия больного.

В клиниках Италии с 1984 г. применяется функциональный онкологический индекс качества жизни, в котором уточняются 22 фактора (Bindí M. et al. 1991). В отличие от индекса Карновского, учитываются психологические, социальные, семейные и другие аспекты. Анкету, состоящую из 22 вопросов, оценивают по 7-ми бальной системе, и в ходе исследования больной сам может оценить свое состояние. Странником положения, что больные сами должны оценивать качество жизни является и С. Prezant (1984), считающий, что врачу необходимо учитывать общее состояние больного, его активность, субъективные ощущения, необходимость в госпитализации, количество назначаемых и употребляемых анальгетиков.

S. Kaasa et al. (1988) исследовали степень психосоциального благополучия у больных раком легкого и исходным удовлетворительным статусом при помощи стандартизованного опросника, состоящего из 12 вопросов (10 вопросов на психосоциальное благополучие и 2 вопроса на глобальную оценку качества жизни). Изучение проводилось в несколько этапов. В данном случае больные также сами оценивали уровень своего психосоциального благополучия и качества жизни. O.Ти15Ку (1990) при оценке качества жизни применил многофакторные тесты со статистической реконструкцией показателей, основные компоненты тестирования — надежность и достоверность.

Таким образом, процесс оценки качества жизни у онкологических больных разносторонен. Способы и методы разные, однако каждый способ информативен и достоверен.

Вопрос оценки качества жизни больного со злокачественными новообразованиями совпал с осознанием тяжелых побочных эффектов возникающих при лечении онкологической патологии, а также с измене-

нием социальных ориентаций — усилением внимания к проблемам боли, психосоциальной реабилитации и т.д. (Дамир Е.А., 1984; Игнатов Ю.Д. и др., 1990; Беляев Д.Г. и др., 1990, Камышов Я.М., 1990). Одновременно делалась попытка объективно оценить "качество жизни". В публикациях (1989) приведен результат работы группы исследователей комитета по противоопухолевой терапии при национальном совете Великобритании. Работа проводилась по разработке основной симптоматики рака, побочных эффектов лечения, сохранению физических функций больных, социальных взаимодействий, изучению психологического приспособления к своему состоянию и образу собственного тела, сексуальных функций. Авторами разработаны критерии оценки опросников и шкал, применяемых в исследованиях качества жизни.

Согласно рекомендациям рабочей группы, необходимо проводить исследование в 3 этапа:

1. Глубинные интервью с репрезентативной группой онкологических больных с целью выявления аспектов качества жизни наиболее важных субъективно и меняющихся во времени.

2. Разработка на этой основе компактной анкеты, отражающей как клинические изменения, так и субъективные оценки больного.

3. Сравнение результатов, полученных данными методами.

(1991) указывают на необходимость улучшения контактов в области психосоциальной онкологии между специалистами Западной Европы и Северной Америки, а также на улучшение качества жизни онкологических больных. Авторы ставят задачу объединения усилий специалистов мира по исследованию и изучению проблем, связанных с качеством жизни, психосоциальной онкологией и др.

Для оценки качества жизни больных нами была предложена специальная методика — интегральная оценка психосоциального и сомато-функционального состояния онкологического больного как критерий качества жизни. Специально разработана анкета, выполнялась в 2 экземплярах до и после лечения, когда больной имел собственный идентификатор.

Каждое наблюдение, каждого из показателей, было закодировано с той точностью, с которой производились измерения, а отсутствующие значения были закодированы специальными значениями. В карте были использованы все 4 типа шкал измерений: шкала наименований, порядковая шкала, интервальная шкала и шкала отношений.

В формализованную карту-анкету были включены как объективные так и субъективные данные, которые по значимости порой не уступают объективным.

В наших исследованиях для выведения единого критерия качества жизни в процессе реабилитации и паллиативной терапии мы применяли интегральную оценку психосоциального и сомато-функционального состояния онкологического больного с образованием банка-регистра качества жизни.

Вначале исследовались все 155 показателей из представленной карты. В дальнейшем с точки зрения врача и клиники были взяты самые оптимальные 45 показателей психо-социального и сомато-функционального состояния больного. На основе 45 показателей провели кластерный анализ (разделили анкеты больных на однородные группы). На основе кластерного анализа ЭВМ показано, что наиболее рационально разделить их на 4 класса, что и было сделано. С помощью спонтанного пошагового дискриминантного анализа была определена информативность каждого из 45 показателей, определяя оптимальный набор количества показателей. Для этого было достаточно выполнить моделирование всего 29 показателей: 125, 14, 143, 135, 75, 144, 13, 138, 47, 50, 148, 55, 72, 142, 153, 140, 141, 146, 123, 16, 11, 138, 46, 149, 15, 48, 76, 56 (см. карту).

В последующем поставили задачу дальнейшего уменьшения количества показателей путем математического моделирования различных комбинаций параметров показателей с целью уменьшения их количества, но не теряя при этом существенно качество первоначальной классификации. Моделируя случаи, использовали 10 наиболее информативных показателей.

Закодированная описанным выше образом информация вводилась в ЭВМ. Ввод выполнялся в диалоговом режиме по специальной программе, в функции которой входила и проверка принадлежности введенного значения признака к своей области определения.

На этапе обработки данных информация еще раз подвергалась проверке с помощью описательных процедур SAS (FREQ, UNIVARIATE, MEANS). Все выявленные на этом этапе ошибки исправляли, а затем приступали к статистической обработке с использованием широкого спектра методов математической статистики. При выборе статистических методов была учтена природа результирующих и объясняющих показателей, а также суть медицинских задач.

Обработку материала произвели на ЭВМ ЕС-1046 с использованием

кластерного дискриминантного анализа (М. Кандалл с соавт., 1976. С. А. Айвазян с соавт., 1985).

Исходя из вышеизложенного, для решения поставленной задачи (классифицировать больных в зависимости от функционального состояния регуляторных систем организма во взаимосвязи с их эмоциональным состоянием) разделили больных на группы с использованием кластерного анализа (процедура Fastklus).

В результате кластерного анализа выделены 4 группы (кластера) больных, с разным соотношением изучаемых показателей. После проведения пошагового анализа найдены линейные комбинации переменных (классификационные функции) для каждой из групп (кластеров) больных. Информативными оказались показатели: 125, 14, 143, 135, 144, 44, 1Э, 137, 47, 50.

На основе отобранных показателей с использованием дискриминантного анализа построены решающие правила, позволяющие отнести больных к одному из 4 кластеров (1, 2, 3, 4).

Метод дискриминантного анализа (ДА) является составной частью математических методов распознавания образов, который путем ретроспективного анализа способен построить решающие правила. Дискриминантный анализ (А. Афифи с соавт., 1982) заключается в построении набора линейных функций F_j вектора X

$$F_j = \sum_{i=1}^n a_{ij}x_i + b_j,$$

где j — номер дискриминантной функции (от 1 до K);

1 — номер компоненты вектора X (от 1 до n);

n — число компонент, составляющих вектор X ,

a_{ij} — весовой коэффициент при показателях вектора X ;

b_j — свободные постоянные.

Наблюдение подлежащее классификации принадлежит тому классу (группе больных), значение функции F_j для которой больше. Информативность каждого из компонентов вектора X определялась путем вычисления P — статистики Фишера.

Метод применен у 500 больных. Больные были распределены на 2 группы. I группа — больные, которым провели паллиативную терапию (138 больных). II группа — больные, которым провели курсы комплексной реабилитации (362 больных).

Представленная выше методика определения качества жизни онкологического больного позволила выявить на основе интегральной оценки уровень и динамику качества жизни в процессе лечения.

Учитывая методику и на основании кластерного анализа все больные были разделены компьютером на 4 группы уровня качества жизни которые в последующем отмечались как: 1 уровень качества жизни — высокий, 2-ой уровень — удовлетворительный, 3-й уровень — низкий и 4 уровень — неудовлетворительный.

В таблице № 23 показана динамика показателей качества жизни у онкологических больных в процессе лечения.

Таблица 23

Динамика показателей уровня качества жизни у онкологических больных до и после лечения $P < 0.001$

Уровень качества жизни	Период лечения			
	До лечения		После лечения	
	абс. цифры	%	абс. цифры	%
1.	14	2.8	329	65.8
2.	144	28.8	42	8.4
3.	303	60.6	121	24.2
4.	39	7.8	8	1.6
Всего	500	100	500	100

Как видно из таблицы у всех больных подвергающихся исследованию качество жизни до лечения 1 уровень (высокий) был отмечен у 14 больных (2.8%) а после проведения лечения (реабилитации и паллиативного лечения) этот показатель вырос до 329 больных, что составило 65.8% т. е. отмечено улучшение качество жизни на 63%. До лечения неудовлетворительный уровень качества жизни — 4 уровень — был отмечен у 39 больных (7.8%) а после лечения этот показатель снизился до 8 больных, что соответствует 1,6%. Тенденция повышения уровня качества жизни было отмечена и по остальным кластерным группам 2 и 3.

Таблица 24 иллюстрирует динамику качества жизни у онкологических больных, леченных по радикальной программе, которым произведены комплексная медицинская реабилитация. До начала лечения 1 уровень качества жизни был отмечен у 14 (3.87%) больных, после лечения он

вырос до 328 (90.61%) больных, что подтверждает высокую эффективность реабилитации — 86.74%. Самый низкий уровень качества жизни отмечен до лечения у 27 (7.46%) больных.

Таблица 24

Динамика показателей уровня качества жизни у онкологических больных, леченных по радикальной программе, до и после комплексной реабилитации $P < 0.001$

Группы	Контрольная группа				Основная группа			
	до лечения		после лечения		до лечения		после лечения	
Период лечения	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1.	15	24.5	16	26.2	14	3.87	328	90.61
2.	16	26.5	18	29.5	106	29.28	26	7.18
3.	15	24.5	15	24.5	215	59.39	8	2.21
4.	15	24.5	12	19.8	27	7.46	0	0
Всего	61	100	61	100	362	100	362	100

Таблица 25

Динамика показателей уровня качества жизни у онкологических больных с далеко зашедшим опухолевым процессом до и после паллиативной терапии $P < 0.0001$

Группы	Контрольная группа				Основная группа			
	до лечения		после лечения		до лечения		после лечения	
Период лечения	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1.	0	0	0	0	0	0	1	0.72
2.	0	0	1	3.2	38	27.54	16	11.59
3.	15	48.4	15	48.4	88	63.77	113	81.88
4.	16	51.6	15	48.4	12	8.70	8	5.80
Всего	31	100	31	100	138	100	138	100

В таблице 25 представлено изменение степени качества жизни у онкологических больных IV клинической группы в процессе паллиативного лечения. Как видно из таблицы у больных со вторым уровнем было 38 (27.54%), а после лечения этот показатель снизился до 11.59%. Это говорит о прогрессировании опухолевого процесса и о тяжелом состоянии больных. Об увеличении уровня качества жизни говорит и тот факт что больные с 4 уровнем было 12 (8.70%) а стало 8 (5.80%). Проведенный анализ подтверждает нашу концепцию об оказании паллиативной помощи в специализированных учреждениях с одной стороны (паллиативные отделения, центр паллиативной помощи, хоспис), а с другой — создании медикосоциальной инфраструктуры поддержки онкологическим больным дома с целью улучшения качества их жизни.

Проведенное исследование раскрыло вопросы глубокого изучения составляющих параметров уровней качества жизни, показало возможность различать уровень качества жизни, показать динамику качества жизни в процессе реабилитации и паллиативной терапии у онкологических больных. Изучение качества жизни онкологического больного дало возможность составления банка — регистра качества жизни, как основной базы реабилитационной помощи специфическому контингенту населения Молдовы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдуразаков М. Ш. Меры защиты при работе с лазерными установками // — В кн.: Лазеры в медицине. — М. — 1981. — С.372-379.
2. Айвезян А. И. С. Емко в, Л. Д. Мешалкин Прикладная статистика // Исследование зависимостей: Справ, изд. — М.: Финансы и статистика. — 1985. — 487 с.
3. Авруцкий М. Я. Сравнительная оценка эффективности некоторых методов послеоперационной электроанальгезии // Анестезиология и реаниматология. — 1985. — № 3. — С. 13-16.
4. Аганов Ю. А. Кислотно-щелочной баланс / / — М.: Медицина - 1968. — 184 с.
5. Амбулаторное применение велоэргометрии для выявления скрытого бронхоспазма / Жогжда А. Ю., Степанкене И. А., Пяткявичуне Р. Е и др. — кн.: Новые методы диагностики и лечения в клинике внутренних болезней: тезисы докладов. — Рига. — 1981. — С. 185 — 186.
6. Андреев Б. М., Васильев Ю. Н., Игнатов Ю. Д. и др. Влияние электроакупунктуры на проявления эмоционального стресса болевого генеза // Бюлл. exper. биол. и мед. — 1981. — № 1. — С. 18 — 20.
7. Андреева С. К., Зинченко В. С., Мартынов А. И. Типы реакции на физическую нагрузку при патологии сердечно-сосудистой системы // Кардиология. — 1981. — Т. 21. — № 4. — С. 103 -105.
8. Анохин П. К. Общие принципы компенсации функций и их физиологическое обоснование // Тез. докл. VIII Всесоюз. съезда физиологов, биохимиков и фармакологов. — М. — 1955. — С. 35 — 36.
9. Адо А.Д. Методические вопросы экологии человека // Вестник АНН СССР. — 1976. — № 4. — С. 3-13.
10. Анохин П. К. Принципиальные вопросы общей теории функциональных систем // — В кн.: Принципы системной организации функций / Под ред. П. К. Анохина. — М.: Наука. — 1973. — С. 5 — 62.
11. Анохин П.К. Узловые вопросы теории функциональных систем // — М.: Наука. — 1980. — 196 с.
12. Аристов А.А., Александрова Э. М., Фукс М. А. Влияние электромагнитных полей на некоторые показатели крови и не специфическую реактивность у больных миомой матки, страдающих хроническим сальпингоофоритом // Тез. докл. республ. науч.-практ. конф. — Ижевск. — 1977. — С. 94 — 95.
13. Аркатов В. А., Вартанов В. Я., Ахмедов Г. И. Психофизиологические аспекты эмоционального напряжения больных обще хирургического профиля, в преоперационном периоде // Интенсивная терапия в пред — и послеоперационном периоде и при острых отравлениях. Тез. докл. I съезд анест. и реаним. Белоруссии. — Минск, — 1981. — С. 12.
14. Афифи А., С. Эйзен. Статистический анализ: Переход с пользованием ЭВМ // Перевод с англ. — М.: Мир. — 1982. — 488 с.
15. Артюшин Ю. В. О трудовом прогнозе резекции желудка по поводу рака // Клин. медицина. — 1974. — N 5. — С. 72 — 74.
16. Ахматов С.С., Максимов О.Г. О значении комплексного психоневрологического обследования онкологических больных в периоде благоприятного катамнеза // Актуальные вопросы клинической медицины. Тезисы дконференции. — Иркутск. — 1986.- С. 71 — 74.
17. Бадицкий К. П., Пинчук В. Г. Некоторые патогенетические механизмы метастазирования злокачественных опухолей // Тез. докл. IV Всесоюз. съезда онкологов. — Л — 1986. — С. 454 -455.
18. Беляев Д. Г., Блинов Н. Н., Гнездилов А.В. Вопросы деонтологии, танатологии и эйтаназии у инкурабельных онкологических больных // Тез., всес. симп. — Калинин. — 1989. — С. 13.
19. Беляев Д. Г., Богданова Л. А., Карачунский М. С. и др. Интенсивная и болеутоляющая терапия онкологических больных в условиях дневного стационара и противоболевого кабинета поликлиники // Тез. докл. 3 республ. науч. -практ. конф. анестез. и реаним.
20. Березкин Д. П., Зырянова И. Г. О перспективах психосоматических исследований в онкологии // Психологические аспекты психогигиены, психопрофилактики и медицинской деонтологии. — Л — 1976. — Т. 2. — с. 6 — 8.
21. Березкин Д. П., Шабашова К. Я., Гнездилов А. В., Шиповников Н. Б., Чулкова В. А. вопросу о психосоциальной реабилитации онкологи-

ческих больных, выписанных из стационара // -В кн.: Совершенствование методов реабилитации онкологических больных. Тез. Всесоюзн. симп. — Л. — 1978. — С. 15-16.

22. Березин и П. Гипербарическая оксигенация // — М.: Медицина. — 1974. — 128 с.

23. Березин Ф. Б., Мирошников М. О., Рожанец Р. К. Методика многостороннего исследования личности // — М. — 1976. — 88 с.

24. Беркович Е. М. Энергетический обмен в норме и патологии // — М.: Медицина. — 1964. — 334 с.

25. Бирюкова Р. и Статистика в клинических исследованиях // -М. — 1964. — 112 с.

26. Блинов Н. Н., Демин Е. В., Чулкова В. А. О качестве жизни онкологических больных после радикального лечения // Вопр. онкол. — 1989. — Т. XXXV — N 6. — С. 643 — 648.

27. Бонацкая М. В. Энтеросорбция в лечении больных злокачественными новообразованиями // Тезисы Всесоюзного симпозиума: Новые методы интенсивной терапии в лечении онкологических больных — Калинин — 1989. — 15 с.

28. Блинов и и, Гнездилов А. В., Беляев Д. Г. Некоторые проблемы реадaptации онкологических больных // Вопросы онкологии. — 1990. — Т. XXXVI — N 9. — С. 1107 — 1110.

29. Блохин и Е, Экхард all Лечение генерализованных форм злокачественных опухолей // — М. — 1976. — 236 с.

30. Блохин Н. Н. Деонтология в онкологии // — М. — 1977. — 70 с.

31. Блохин Н. Н., Клименко А.А., Плотников В. И. Рецидивы рака желудка // Медицина — 1981. — 157 с.

32. Богданов Е.Г. Влияние морфина на нейрофизиологические механизмы регуляции гемодинамических ноцицептивных реакций // Нейропсихофизиология болеутоляющих средств. — Л — 1986. — С. 66 — 75.

33. Богданов Н. Н., Илюхина В. А., Пожинский А. М. и др. Физиологическая характеристика биологически активных точек // Физиология человека. — 1979. — № 1. — С. 185-188.

34. Бурко Г.С. Лечение больных, перенесших резекцию желудка по поводу язвенной болезни. Санаторно-курортное лечение больных заболеваниями органов пищеварения // Тезисы доклада Всесоюзной научно-практической конференции. — Моршин. — 1986. — С. 137.

35. Большов Л. Н., Смирнов Н. В. Таблицы математической статис-

тики // — М.: Наука. Гл. ред. физ-мат. литературы. — 1983,— С. 178.

36. Богоявленский В. Ф., Опарин А.Г., Газизов Р.М. Функциональное состояние печени у больных с демпинг-синдромом // Казан. мед. журн. — 1980. — № 6. — С. 37 — 39.

37. Буль П. И. Основы психотерапии // — Л : Медицина. — 1974. 192 с.

38. Бунатян А.А., Цыбуляк В. Н., Лувсан Г. и др. Иглоукалывание в хирургической клинике // Хирургия. — 1975. — N 12. -С. 70 — 74.

39. Бураковский В. И., Бокерия Л. А. Гипербарическая оксигенация в сердечно-сосудистой хирургии // — М.: Медицина. — 1974. — 336 с.

40. Бусло Е. А., Колтунова М. И., Добротворская Т. Е. Диагностическая ценность теста с дозированной физической нагрузкой при некоторых нарушениях ритма сердца // Кардиология. — 1982. — Т. XXII — № 11. — С. 37 — 41.

41. Булбук Г. А. Стимуляция резистентности организма при опухолевых заболеваниях // — Кишинев — 1977.

42. Быховская И. М. Динамическая модель регуляции внешнего дыхания при физической нагрузке // Физиология человека. — 1976. — Т. 2. — № 5. — С. 779 — 782.

43. Бретлинд А. Общие аспекты пантерального питания больных со злокачественными новообразованиями // Вести. АМН СССР.-1985. — № 7. — С. 7 — 14.

44. Брюзгин К В. Паллиативная помощь онкологическим больным // — 316. European School of Oncology. — С. 19.

45. Брюзгин В. В. Хронический болевой синдром у онкологических больных // Авт. дис. ... на соис. д. м. н. — Москва — 1993.

46. Брюзгин В. В. Боль вызванная противоопухолевой терапией // European School of Oncology. — Moscow — september 7-11, 1992. — С. 1-12.

47. Вальдман А. В. Боль как эмоционально стрессовая реакция и способы ее антиноцицептивной регуляции // Вести. АМН СССР. — 1980. — № 9. — С. 11 — 17.

48. Вандан Я. А., Зальцмане В. К. Морфологические особенности биологически активных точек // Проблемы клинической биофизики. — Рига. — 1977. — С. 11-17.

49. Василенко В.Х. Посгастрорезакционные синдромы // — М. -1973.

50. Вагнер Е. А., Заугсальников В. С., Матвеев А. Т., Гаврилов В. А.

Длительная субплевральная блокада после торакальных операций // *Анестезиология и реаниматология*. — 1987. — № 1. — С. 70 — 73.

51. Бенедиктова М. Г. Применение велоэргометрической пробы для выявления ишемической болезни и оценки степени коронарной недостаточности // *Тер. архив*. — 1975. — № 1. — С. 78-86.

52. Вилявин Г. Д., Бердов Б.А. Болезни оперированного желудка / — М.: Медицина. — 1975.

53. Вогралик В. Г. Основы китайского лечебного метода Чжень-Цзю // — Горький: Волго-Вятское книжное изд-во. — 1988. — 335 с.

54. Вогралик В. Г., Вогралик М. В. Пунктационная рефлексотерапия по Чжень-Цзю // — Горький: Волго-Вятское книжное изд-во.—1961. — 320 с.

55. Восстановление трудоспособности больных раком молочной железы после радикального лечения (методические рекомендации) / Под ред. Л. Е. Донской. — Ленинград. — 1984. — 15 с.

56. Герасименко В. Н. Реабилитация онкологических больных // -М.: Медицина. — 1977. — 143 с.

57. Герасименко В. Н., Борисов И. В. О месте и роли психотерапии в онкологической практике // *Клин. медицина*. — 1974. — № 9. — С. 48-51.

58. Герасименко В. Н., Дорогова Е. В., Стрелкова В. М. Использование некоторых физических факторов в онкологической практике // *Сов. мед.* — 1978. — № 8. — С. 9-102.

59. Герасименко К. Н., Артюшенко Ю. В. Опыт работы отделения восстановительного лечения онкологических больных // — В кн.: *Реабилитация онкологического больного*. — Л. — 1979. — С. 25 — 38.

60. Герасименко В. Н., Артюшенко Ю. В., Дорогова Е. В. Организация реабилитации онкологических больных // *Вопр. онкол.* -1981. — Т. 27. — № 7. — С. 9-13.

61. Герасименко В. Н., Тхостков А. Ш., Кошуг Н. Г. Социальные установки и отношение к онкологическим больным // *Вопр. онкол.* — 1986. — Т. XXXII — № 11, — С. 50-55.

62. Гершанович М. А., Байкин М. Д. Симптоматическое лечение при злокачественных новообразованиях // — М. — 1986. — 288 С.

63. Глушкова Е. А., Володин К. В. О применении дозированной физической нагрузки на велоэргометре для диагностики ранних стадий коронарного атеросклероза // — В кн.: *Вопросы сердечно-сосудистой*

патологии и диспансерного обеспечения. -М. — 1974. — вып. 2. — С. 123 — 127.

64. Гранит Р. Электрофизиологическое исследования рецепции // — М. — 1957. — 312 с.

65. Григоренко Г.Ф., Попов В. А., Рыжков А. И. Сравнение акупунктурного и медикаментозного обезболивания в послеоперационном периоде // *Некоторые вопросы иглотерапии*. — Владивосток. — 1976. — С. 41 — 43.

66. Григоренко Г.Ф., Тарисик Э. Г., Мельникова Л. В. О применении велоэргометрии для раннего выявления ишемической болезни сердца / *Военно-мед. ж.* — 1981. — № 8. — С. 56 — 57.

67. Григорьянц А. А. Эндоскопическая лазеродиструкция опухоли в комплексном лечении неоперабельных больных раком пищевода и проксимального отдела желудка // *Афтореф. дис. ... канд. мед. наук*. — Ташкент, — 1989.

68. Гнатвышок А. И., Стернюк Ю. М. Реабилитация больных раком молочной железы // *Совершенствование методов реабилитации онкологических больных*. — 1978. — С. 31 — 32.

69. Горожанская Э.Г., Мухина Э. С., Шекоян Р. А. О содержании аскорбиновой кислоты у больных раком желудка и у больных с синдромом // *Всесоюз. симпозиум "Современные проблемы парентального питания"* (сборн. тезисов). — М. — 1982. — С. 44 -45.

70. Городилова В. В. Значение иммунного статуса у онкологических больных // *Вопр. онкологии*. — 1981. — № 6. — С. 22 — 26.

71. Городилова В. К. Иммунореабилитация и ее значение в профилактике онкологических заболеваний // — В кн.: *Респ. науч. конф. "Реабилитация больных злокачественными новообразованиями"*. — Тез. докл. — Винница. — 1982. — С. 13-14.

72. Грубергриу М. М. Химические сдвиги при боли // *Вопросы нейрохирургии*. — 19ЕЗ.- № 2. — С. 3-5.

73. Гулева М. Н. Профилактика и лечение пострезекционных расстройств у больных, радикально оперированных по поводу рака желудка // *Дисс. ... канд. мед. наук*. — М. — 1972.

74. Гургенидзе А.Г., Цыркульников Е. М. Сенсорная характеристика точек акупунктуры // *Теория и практика рефлексотерапии*. — Л — 1984. — С. 15 — 16.

75. Дамир Е.А., Буров У. В., Рослевлева И. Г., и др. Немедикамен-

тозные методы лечения после операционного болевого синдрома // Тез. докл. V съезда анест. реаним. УССР. — Днепропетровск. — 1984. — С. 50 — 51.

76. Демин Е. В. Вопросы трудовой реабилитации больных раком молочной железы после радикального лечения // Вопр. онкол. -1989. — Т. XXXV — № 1. — С. 1365 — 1370.

77. Демин Е. В. Социальная значимость улучшения качества жизни больных раком молочной железы на послегоспитальном этапе // Сов. мед. — 1990. — № 4. — С. 107 — 111.

78. Демин Е. В., Чулкова В. А. Исследование качества жизни больных раком молочной железы и тела матки как один из критериев оценки эффект явности лечения // Тез. V респуб. науч. конф. онкол. Киргизии. — 1989. — С. 96 — 97.

79. Демин Е. В., Чужкова К. А., Блинов и Н. Качество жизни онкологических больных: методика изучения физической, социальной и психологической адаптации женщин при раке молочной железы и тела матки // Вопр. онкол. — 1990. — Т. XXXVI — № 3. — С. 360 — 364.

80. Детлав И. Э., Лацис Г. А., Свицка М. А. Постоянное магнитное поле в лечении травм и заболеваний опорно-двигательного аппарата // Тез. докл. науч.-практ. конф. - Ижевск. — 1981.-С. 57 — 58.

81. Дымарский Л. Ю. Рак молочной железы // - М.: Медицина -1980. — 200 с.

82. Донская А. Е. Энергетический обмен у больных раком желудка и пути улучшения метаболической реабилитации // Авт. дис. на соиск. д. м. н. — Кишинев. — 1994.

83. Доценко А. И., Грубник В. В., Гешелин С. А. и др. Лазерная терапия воспалительных и онкологических заболеваний мягких тканей // Методические рекомендации. — Одесса. — 1988. — 18 с.

84. Дурандина В. В. с соавт. Организация службы по борьбе с болью у онкологических больных в Латвийской ССР // Тезисы Всесоюзного симпозиума "Новые методы интенсивной терапии в лечении онкологических больных". — Калинин. — 1989. — С. 21.

85. Дуринян Р. А. Общие принципы и механизмы рефлекторного управления физиологическими функциями организма // Теория и практика рефлексотерапии. — Л. — 1984. — С. 20 — 22.

86. Жовмир В. К., Дударева Л. А., Новикова и В. Локальная электромагнитная гипертермия в лечении радиохимиоустойчивых местных

рецидивов рака молочной железы // VIII республиканская научная конференция онкологов Молдовы. — ноябрь, 1990 г. — С. 147.

87. Жовмир В. К., Бобко В. Ф., Кукута Б. Г. Предоперационная термохимиотерапия рака — молочной железы при выполнении органосохраняющих операций // VIII республиканская научная конференция онкологов Молдовы. — ноябрь, 1990 г. — С. 149.

88. Зайдинер Б. М. Опыт работы противоболевого кабинета в Ростовский научно-исследовательском онкологическом институте // Новые методы интенсивной терапии в лечении онкологических онкологических (Зольных; Тез. ... канд. мед. наук. — Л. -1988.

89. Зайдинер Б. М. Лечение хронического болевого синдрома у онкологических больных ненаркотическими лекарственными средствами в амбулаторно — поликлинических условиях // Авто-реф. дис. ... канд. мед. наук. — Л. — 1988.

90. Иванов-Муромский К. А. Электромагнитная биология // — Киев. — 1977. — 756 с.

91. Игнатов Ю. Л., Качан А.Т., Васильев Ю. и Акупунктурная анальгезия // — Л.: Медицина. — 1990. — 250 с.

100. Исакова М. Е., Глаеова Л. В., Цирихов М. С. Непрерывная эпидуральная инфузия наркотических анальгетиков с целью лечения болевого синдрома у инкурабельных онкологических больных // Новые методы интенсивной терапии в лечении онкологических больных; Тез. Всесоюз. симп. — Калинин. — 1989.— С. 27.

101. Кабанов М. М. Концепция реабилитации и современная клиническая медицина // Сборник научных трудов: Реабилитация онкологического больного. — Л. — 1979. — С. 17 — 25.

102. Камышов Я. М., Цуркан А. М., Донская А. Б. и др. Пути улучшения Массового лечения хронических болевых синдромов у онкологических больных в условиях поликлиники и на дому // Тез. докл. III науч.-практ. конф. анестез. и реаним. Молдовы. — Кишинев. — 1990. — С. 41.

103. Камышов Я. М., Курачицкий В. И. Опыт лечебного применения противоболевой чрезкожной электростимуляции // European School of Oncology. — С. 89.

104. Камышов Я. М., Орловская С. Д. Рефлексотерапия болевого синдрома у онкологических больных // — Kishinev — october 25 — 29, 1993. — С. 90.

105. Камышов Я. М., Николаева В. В., Кошут и Г. Роль семьи в

восстановлении трудовой деятельности онкологических больных // — С. 136.

106. Камышов Я. М., Мереуца И. Е., Чебан Д. А., Баранов И. Е. Лазерная фото динамическая терапия в онкологии // — С. 137.

107. Камышов Я. М., Донская А. Е., Ровнер Э. А. Ранняя реабилитация онкологических больных после радикальных операций на желудке // VIII Республиканская научная конференция онкологов Молдовы. — Кишинев: Штиинца. — 1989. — С. 103.

108. Камышов Я. М., Донская А. Е., Герман И. Г. Функциональное состояние печени у Сольных оперированных по поводу рака желудка // VIII Республиканская научная конференция онкологов Молдавии. — Кишинев: Штиинца. — 1989. — С. 102.

109. Камышов Я. М., Шведова Л. А., Рошка С. П. и др. Коррекция сопутствующей патологии в комплексном лечении больных карциномой эндометрия // VIII Республиканская научная конференция онкологов Молдавии. — ноябрь, 1990. — С. 118.

110. Кандалл, А. Стьюарт. Многомерный статистический анализ и временные ряды // — М.: Наука. — 1976. — 736 с.

111. Кару Г. И., Кадендо С., Лобко В. В. Зависимость биологического действия низко интенсивного видимого света на клетки от параметров излучения, когерентности, дозы и длины волны // Изв. АН СССР, сер. физ. наук. — 1983. — Т. 47. — № 10. — С. 2017 — 2022.

112. Качан А. П., Богданов и К Электрофизиологические особенности точек акупунктуры // Оптимизация воздействия в физиотерапии. — Минск. — 1980. — С. 112 — 119.

113. Кныров Г. Г. Повышение эффективности вспомогательного питания анаболическими стероидными гормонами у истощенных больных демпинг-синдромом // Всесоюз. симпозиум "Современные проблемы парентерального питания" (сборник тезисов). — М. — 1982. — С. 48 — 50.

114. Кныров Г. Г. Развитие кахексии у больных раком желудка и возможности ее предотвращения с помощью парентерального питания / / Опухоли желудочно-кишечного тракта. Сборник научн. трудов. — М. — 1986.

115. Коваленко Г. И., Семенов Л. Т. Трудовая реабилитация женщин излеченных от рака молочной железы // — В кн.: Совершенствование методов реабилитации больных. — 1978. — С. 220-222.

116. Коган О. Г., Найдин В. Л. Медицинская реабилитация в неврологии и нейрохирург. // — М.: Медицина. — 1988. — 304с.

117. Корж С. Б. Деонтология в онкологии // — Минск: Белоруссия. - 1975. — 88 с.

118. Коржухова П. И. Пострезекционные расстройства // — 1974.

119. Кривобоков Н. Г., Осипов Ю. С. Перспективы развития санаторно-курортной помощи больных, оперированных по поводу рака желудка на Кавказских Минеральных водах // Тезисы III Всесоюзного съезда онкологов. — Медицина. — Уз. ССР, Ташкент. — 1979. — С. 488-489.

120. Кошуг Н. Г. Влияние личностных особенностей и социального окружения на реабилитацию онкологических больных // Авт. дис. ... на соиск. канд. псих. наук. — Москва. — 1990.

121. Кузнецов В. П., Гриценко Л. Н. и др. Итоги и перспективы теоретических и практических (клинических) исследований по проблеме интерферона // — Тбилиси. — 1985. — С. 119.

122. Кузнецов В. П., Андреева Г. И. и др. Доклад АН СССР. — 1985. - Т. 286. — № 6. — С. 1514.

123. Куницкий Е. М. Медицинская и социально-трудовая реабилитация при туберкулезе органов дыхания // Автореф. дис. на соиск. уч. степ. д. м. н. — Москва. — 1990.

124. Лазерная и магнитолазерная терапия / Под ред. А. К. Полонского. — М. — 1985.

125. Лазерная и магнитолазерная терапия в медицине // — Тюмень. — 1987. 126. Лазарев И. Р. Лазеры в онкологии // — Киев. — 1977. — 136 с.

127. Лазаревич В. Г. Влияние Электромагнитных полей на обмен веществ в организме / — Львов. — 1978. — 230 с. / 128. Лазеры в клинической медицине / Под ред. С. Д. Плетнева. -М. — 1981. — 400 с.

129. Лакуста В. Н., Гросса Г. С. Краткие основы рефлексотерапии / — Кишинев, — 1980. — 194 с.

130. Лактионова А. И., Фокин В. И. Роль этапного лечения (стационар-курорт-поликлиника) в восстановлении функциональных показателей и трудоспособности больных, радикально оперированных по поводу рака желудка // 4-й съезд онкологов. Тез. докладов. — Ленинград. — 1986. — С. 300 — 301.

131. Лебедев А. М., Куликов Е. П., Глазунов В. А., Мирчетич А. С. Методы повышения эффективности лечения и восстановления трудоспо-

способности больных раком желудка // IV Всесоюз. съезд онкологов (тез. докладов). — Ленинград. — 1986. — с. 301-302.

132. Левин А. О., Месниква М. О., Горбунова Г. и К вопросу о социально-психологической и трудовой реабилитации больных после мастэктомии // Актуал. вопр. пластич. хир. молоч. железы. — М. — 1990. — С. 6.

133. Лечение и реабилитация онкологических больных / Под ред. Г.А. Цыбырнэ. — Кишинев: Штиинца. — 1988. — 270 с.

134. Лоранская Т. И. Комплексная терапия при демпинг-синдроме после резекции желудка // Клин. медицина. — 1979. — № 2. — С. 79 — 81.

135. Лурье А. С. О некоторых принципах и итогах рака желудка // Хирургия. — 1974.. — № 11. — С. 9 — 15.

136. Любимов Ю. В. К вопросу трудовой реабилитации больных после радикальных операций по поводу злокачественных опухолей желудка. / В сб.: Материалы V республиканской онкологической конференции. — Казань. — 1974. — С. 139-141.

137. Лехтман А. М., Ломтев Н. Г. Метаболические функции печени у больных раком желудка после гастрэктомии // Тез. V Республиканской научн. конф. онкологов Киргизии. — Фрунзе. — 1989. — С. 120 — 121.

138. Лян Е.В., Тютрин Н.И., Бодуков Б. Н., Воробьев В. Н. Игло-терапия острого и хронического болевого синдрома // Тез. док. Всесоюз. симпозиума: Актуальные вопросы обезболивания в онкологии. — Ленинград. — 1984. — С. 41.

139. Мазурин В. С. Рефлексо-эзофагит после радикальных операций по поводу рака проксимального отдела желудка // Дисс. ... канд. мед. наук. — М — 1981. — 140 с.

140. Мануйлова И. А. Нейроэндокринные изменения при выключении функции яичников // М.: Медицина. — 1972. — 176 с.

141. Машковский М. Д. Лекарственные средства // — М. — 1985. — Т. I. — 580 с. ; Т. II. — 543 с.

142. Медико-биологическое обоснование применения магнитных полей в практике здравоохранения // Сб. научных трудов. — Л. -1989.

143. Меерсон Ф. З. Адаптация, стресс, профилактика // — М.: Наука. — 1981. — 248 с.

144. Мелехов Д. Е. Социальная реабилитация больных и инвалидов как проблема медицинской науки // Невропат. и психиат. -1971. — Т. 71. № 3. — С. 1121 — 1127.

145. Мельников Р. А., Березкин Д. П., Симонов Н. Н. и др. Проблемы социально-трудовой реабилитации больных основными формами злокачественных опухолей // Вопр. онкол. — 1980. — Т. 26. — № 6. — С. 27 — 31.

146. Мельников Р. А., Белезкин Д. П., Шабамова и Я., Миротворцев К. С. Организационные вопросы реабилитации онкологических больных // В кн.: "Совершенствование методов реабилитации онкологических больных" (тезисы Всесоюз. симпозиума). — Ленинград. — 1978. — С. 47 — 49.

147. Мельников Р. А., Шасашова К. Я., Симонов и Возможности трудовой реабилитации больных основными формами злокачественных опухолей // Весн. хир. — 1977, — №11. — С. 53 — 56.

148. Мерабишвили В. Н., Анташкова Н. Н., Узунова В. Г. и др. Социально-экономические аспекты реабилитации онкологических больных // — В кн.: Реабилитация онкологического больного. — Л — 1979. — С. 38-48.

149. Мереуца И. Е. Лечение хронического болевого синдрома у онкологических больных в условиях центральной районной больницы // Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Л. — 1991.

150. Мереуца И. Е., Погонец В. Б., Камышов ЯМ. и др. Лечение хронического болевого синдрома у больных местно распространенными формами рака слизистой дна полости рта. // European School of Oncology. — С. 92.

151. Мереуца И. Е., Цыбырнэ Г.А., Камышов Я. М., Чобану Д. А. и др. Санаторно-курортное лечение онкологических больных в Молдове / / Метод. реком. — Кишинев. — 1992.

152. Михто Л.Е., Цукерман И. М. О санаторно-курортном лечении онкологических больных // — В кн.: Всесоюзный съезд онкологов (тезисы докладов). — Ташкент. — 1979. — С. 490.

153. Моисеенко В. М. Медицинская и социально-трудовая реабилитация больных раком молочной железы // Автор, дис. ... на соиск. уч. ст. к. м н. — Ленинград. — 1983.

154. Морозкина Т. С. Энергетический обмен и питание при злокачественных новообразованиях // — Минск. — 1989. — 112 с.

155. Мусапирова Н. А. Лучевое лечение больных раком шейки матки в различных условиях кислородного режима // Тез. I респуб. съезда онкол. и рентген. — радиологов Казахстана. — Алма-Ата. — 1981. — С. 453 — 454.

156. Наназиашвили И. С. Лечебное питание // Основные принципы и методы лечения больных на Железноводском курорте (сб. научн. трудов). — Пятигорск. — 1980. — С. 32 — 36.

157. Напалков и П. Реабилитация в онкологии // — В кн.: Реабилитация онкологического больного. — Л. — 1983. — 142 с.

158. Нестерин М. Ф. и др. Лечебное питание при хирургическом лечении рака пищевода // III Всесоюз. съезд онкологов (тез. докладов). — Ростов-на-Дону. — 1986. — С. 472 — 477.

159. Новожилова Л.И., Молчанова Е.С. Физические факторы в лечении поздних пострезекционных расстройств // — В кн.: Тез. докл. Всесоюз. научно-практической конференции "Санитарно-курортное лечение больных заболеваниями органов пищеварения". — Морщин. — 1986. — С. 14-15.

160. Ольшевская Е. В. Тиамин и активность транскетолазы у больных раком молочной железы в процессе лечения // Дисс. ... канд. биол. наук. — М. — 1989.

161. Орбели Л. А. Лекции по физиологии нервной системы // — Л. — 1935. — 412 с.

162. Осипова Ю. С., Васильева Е. К. Лечение больных с постгастрорезекционными расстройствами // Основные принципы и методы лечения больных на Железноводском курорте (сб. научн. трудов). — Пятигорск. — 1980. — С. 54 — 64.

163. Основы физиологии функциональных систем / Под ред. К. В. Судакова. — М.: Медицина. — 1983. — 272 с.

164. Оценка Восстановления трудоспособности больных раком молочной железы, легкого, яичников и тела матки / Метод. рекоменд. под ред. Блинова. — Л. — 1990. — 25 с.

165. Павлова З. В., Исакова М. Е. Лечение больного синдрома у онкологических больных // — М. — 1980. — 228 с.

166. Павлов К. А., Пайкин М. Д., Дымарский Л. Ю. Онкология поликлинического врача /— М.: Медицина. — 1979.-252 с.

167. Панков А. К., Салатов Р.Н. Применение магнитотерапии для лечения злокачественных опухолей // Тез. II всерос. съезда онкол. — М. — 1980. — С. 358 — 362.

168. Панков А. К., Гулева М. Н., Орловская Л. А. и др. Послеоперационное лечение больных раком желудка на курорте // Советская медицина. — 1980. — № 5. — С. 87 — 89.

169. Панков А. К., Чумаченко П. А., Рябинкина Л. Ф., Осипов Ю. С. Динамика морфологического состояния слизистой желудка и 12-п. кишки под влиянием лечения на курорте Железноводска // В кн.: Санаторно-курортное лечение больных с заболеваниями органов пищеварения (тез. докл. Всесоюз. научно-практической конференции). — Моршин. — 1986. — С. 90 — 91.

170. Панков Д. В. Рациональная психотерапия // — М.: Медицина. — 1971. — 125 с.

171. Панцирев Ю. М. Патологические синдромы после резекции желудка и гастроэктомии // — М.: Медицина. — 1973.

172. Петров Н. Н. Злокачественные опухоли // — Л. — 1947. 173. Петровский Б. В. Хирургические болезни // — М. — 1980. — С. 335 — 338.

174. Петровский Б. В., Ефуни С. Н. Основы гиперборической оксигенации // — М.: Медицина. — 1986. — 186 с.

175. Плетнев С. Д. Применение лазерного излучения в онкологии // Тез. II всерос. съезда онкол. — М. — 1980. — С. 362 — 367.

176. Плетнев С. Д., Девятков Н. Д., Беляев В. П. и др. Газовые лазеры в Экспериментальной и клинической онкологии // — М.: Медицина. — 1978. — 180 с.

177. Полудов С. И., Морошану М. И. Проектирование компьютерных технологий в здравоохранении // — Кишинев. — 1993. — С. 73 -92.

178. Помелов В. С., Панцирев Ю. М. Профилактика и лечение демпинг-синдрома // Сов. медицина. — 1976. — № 2. — С. 92 — 96.

179. Психогенные реакции у онкологических больных // Метод. рекомендации. — Л. — 1983. — 33 с.

180. Реабилитация онкологических больных / Под ред. КН. Герасименко. — М.: Медицина. — 1988. — 272 с.

181. Резников С. Г. Оптимальные сроки возвращения к трудовой деятельности некоторых категорий онкологических больных // 4-и Всесоюз. съезд онкологов, тезисы докладов. -Л. — 1986.-С. 192 — „

182. Рогова М. А., Серенко А. Ф., Гаврилов В. Л. и др. Организация восстановительного лечения и долечивания в СССР и за рубежом // Науч. обзор. — М. — 1982. — 74 с.

183. Рожнов М. В. Руководство по психологии // — М.: Медицина. — 1971. — 270 с.

184. Розанова и Б. Влияние парентерального питания на уровень

гормонов (инсулина — глюкогена, кортизола и гормона роста) у больных раком желудка // Дисс. ... канд. мед. наук. — М. -1980. — 165 с.

185. Самсонов М. А., Лоранская Т. И., Нестерова А. П. Постгастрорезекционные синдромы // — Медицина. — 1984. — 190 с.

186. Свиридова С. П., Горожанская Э.Г., Ефтодий В.В. Использование НЭГН лазерного излучения с целью детоксикации у онкологических больных // Матер. Всесоюз. конф. "Метаболические нарушения и их коррекция в онкологии. — М. — 1991. — С. 85 — 87.

187. Семиглазов В. Ф., Моисеенко В. М., Вавян Е. Л. и др. Программа ВОЗ/СССР по оценке эффективности самообследования для ранней диагностики рака молочной железы // IV Всес. съезд онкологов. — Ленинград. — 1986. — С. 122.

188. Сидоренко Ю.С., Зайдинер Б. М. Противоболевая терапия в онкологии // Методические рекомендации. — Ростов-на-Дону. — 1988.

189. Симонова Н. К., Узунов В. Г., Рукавишников В. О. О методике Изучени Социально-трудовой реабилитации онкологических больных // — В кн.: Реабилитация онкологического больного. — Л. — 1979. — С. 48 — 62.

190. Стояновский Д. Н. Рефлексотерапия (справочник) // — Кишинев: Картя Молдовеняскэ. — 1987. — 380 с.

191. Судаков К. В. Общая терапия функциональных систем // АМН СССР. — М.: Медицина. — 1984. — 224 с.

192. Сулейменов М. Х., Рахметов К. К., Сулейменов А. А. и др. Регрессия рака молочной железы а процессе предоперационной магнитотерапии // Здравоохранение Казахстана. — 1984. — N 10. — С. 60-63.

193. Трапезников Н. Н., Герасименко В. И., Амирасланов А. Г. Восстановительное лечение больных после операции по поводу опухолей опорно-двигательного аппарата // — Ташкент: Медицина. — 1981. — 174 с.

194. Тхостов А. Ш., Лактионова А. И. Психологические аспекты восстановительного лечения больных, оперированных по поводу рака желудка // Вопр. онкол. — 1990. — Т. 36. — N 2. — С. 215 — 219.

195. Тхостов А. Ш. Психологический анализ изменений личности при некоторых онкологических заболеваниях // Дис. ... канд. психологических наук. — 1980. — 215 с.

196. Усова М. К., Морохор С. А. Краткое руководство по иглоукалыванию и прижиганию // — М.: Медицина. — 1974. — 142 с.

197. Фрид И. А. с соавт. Анализ первого опыта работы противоболевого кабинета районного онкодиспансера // Тезисы Всесоюзного симпозиума "Новые методы интенсивной терапии в лечении онкологических больных. — Калинин. — 1989. — С. 74.

198. Фрид И. А., Беляев Д. Г. Противоболевая терапия у больных злокачественными опухолями далеко зашедших стадий // Вопросы онкологии. — 1980. — Т. 28. — N 7. — С. 76-81.

199. Функциональные системы организма: руководство / Под ред. к К. В. Судакова. — М.: Медицина. — 1987. — 432 с.

200. Цыбырнэ Г.А., Камышов Я. М., Питерский И. И. и др. Сравнительная характеристика болеутоляющего действия центральных анальгетиков при расширенных ларингэктомиях у онкологических больных // С. 223.

201. Чернат В. Ф. Реабилитация онкологических больных и возможности улучшения качества их жизни в условиях сельского района // Авт. дис. ... на соискание уч. степ. доктора медицины. — Кишинэу. — :1993.

202. Чобану Ф. А., Шведова Л. А., Обручнов А. С. О радикальном лечении предраковых заболеваний и ранних форм рака шейки матки / / VIII республиканская научная конференция онкологов Молдовы. — ноябрь, 1990 г. — С. 136.

203. Чобану Ф. А. Клинико биотопографические особенности начальных неопластических процессов экзоцервикса и эндоцервикса // Авт. дисс. ... на соиск. уч. степ. doctor habilitat медицины. — Кишинэу. — 1993.

204. Шабашова Н. Я., Узунова В. Г., Миротворцева К. С. и др. Образ жизни онкологически): больных старших возрастных групп после лечения (опыт социологического исследования) // Вопр. онкол. — 1985. — Т. 31. — № 9. — С. 31 — 38.

205. Шапот В. С., Шепелев В. П. О взаимосвязях и пусковых механизмов расстройств гомеостаза в опухолевом организме // Архив. патол. — 1983. — № 8. — С. 3-12.

206. Юмашев Г.С., Ренкер К. Основы реабилитации // Совместное издание СССР и ГДР. — М. — 1973.

207. Яхонтова Т. К., Суйгмезов В.С. Непосредственные результаты лучевого лечения рака желудка // VIII республиканская научная конференция онкологов Молдовы. — ноябрь, 1990 г. — С. 121.

208. Яхонтова Т. К., Гаврилюк И. С. Структура местных поздних пов-

реждений, возникших после лучевого лечения рака шейки матки // VIII республиканская научная конференция онкологов Молдовы. — ноябрь, 1990 г. — С. 138.

209. Aaronson N.K. Quality of life research in cancer clinical trials: A need for common rules and language // *Oncology*. — 1990. — Vol. 4, No 5. — P. 59—66.

210. Aaronson N.K., Meyrowits B.E., Bloom I.R. et al. Quality of life research in oncology past achievements and future priorities: Amer. Cancer Soc. 2nd Workshop Methodol. Behav. and Psychosoc. Cancer Res., Santa Monica, Calif., Dec. 5-8, 1989 // *Cancer*. — 1991. — Vol. 67, No 3, suppl. — P. 839—843.

211. Alvarez R.E. Transceccion medular con alcohol absoluto eh el tratamiento del dolor de origen tumoral // *Rev. Espanola, Anest, Reaniv.* — 1987. — Vol. 34, No 4. — P. 260—261.

212. Amery W.K. The reticuloendothelial system, cancer and cancer immunotherapy // *Res. J. Reticuloendothel. Soc.* — 1977. — Vol. 21, No 6. — P. 417—421.

213. Ainsworth T.H. Jr. The cost of cancer // *Cancer*. — 1975. — Vol. 36, No 1, Suppl. — P. 283—284.

214. Baidor L., De-Nour A.K. Adjustment to cancer: who is the patient — the husband or the wife // *Isr. J. Med. Sci.* — 1988. — Vol. 24, No 9—10. — P. 631—635.

215. Bates T. et al. "Sustained release morphine sulphate tablets for longer — term pain control of terminal illness" // The international Symposium: On Pain Control, Toronto, Canada. — 1984. — P. 21—23.

216. Bates T. "the role of the radiotherapist in pain control" // International Symposium on Pain Control. — 1986. — P. 23—26.

217. Berressem P. et al. "Kontrollierte Wirungsprufungen von Lachs-Calci tonium bei Patienten mit Knochenmetassen" // *Therapiewoche*. — 1985. — Vol. 35. — P. 992—995.

218. Beduc T. "Pain Management in oncological patients: a turkish perspective" // *Cancer Nurs.* — 1991. — Vol. 14, No 2. — P. 112—114.

219. Benahmed et al "An Efficient Approach to Active Home Care of Cancer Patients" // *Proc — Annu — Meet — Am — Soc — Clin Oncol.* — 1989. — Vol. 8. — P. 1310.

220. Bentel M. Psychische Betreuung oncologischer Patienten // *Cynaecol. Prax.* — 1990. — Vol. 14, No 1. — P. 131—137.

221. Benedittis G. The italian pain questionnaire // *Pain*. — 1988. — Vol. 33. — P. 53.

222. Beaver W. "Nasteroidal Antiinflammatory Analgesics in Cancer Pain" // *Advances in Pain Research and Therapy*. — 1990. — Vol. 16. — P. 109—131.

223. Beubler E. Consideration surrounding the use of oral morphine formulations in the treatment of severe pain" // *International Symposium on Pain Control*. — 1984. — P. 35—37.

224. Bruera E. Ambulatory infusion Devices in the Continuing Care of Patient With Advanced Diseases", // *J. et Pain and Symptom Management*. — 1990. — Vol. 5, No 5. — P. 287—296.

225. Caputi C.A. et al. "Morphinoterapie epidurale ed intraventricolare nel trattamento del dolore neoplastico" // *Minevra Anestesiologica*. — 1986. — Vol. 52. — P. 351—355.

226. Carpenter P.J., Norrow G.R., Schmale A.H. The psychosocial status of cancer patients after cessation of treatment // *J. Psychosoc. Oncol.* — 1989. — Vol. 7, No 1—2. — P. 95—103.

227. Berrenberg J.L. The cancer attitude inventory: development and validation // *J. Psychosoc. Oncol.* — 1991. — Vol. 9, No 2. — P. 35—44.

228. Bindi M., Velicogna F., Pepi F. et al. Functional living index-cancer (flic): a questionnaire for measuring the quality of life in italian cancer patients. un questionario per misurare la qualita della vita nei pasienti oncologici italiani // *Folia Oncol.* — 1991. — Vol. 14, No 1. — P. 77—85.

229. Blanchard C.G., Labrecque M.S., Ruckdeschel I.C. et al. Physician behaviors, patient perceptions and patient characteristics as predictors of satisfaction on hospitalised adult cancer patients // *Cancer*. — Vol. 65, No 1. — P. 186—192.

230. Bloom J.R. Quality of life after cancer: A policy perspective: (Pap) Amer. Cancer Soc. 2nd Workshop Methodol. Behav. and Psychosoc. Cancer Res., Santa Monica, Calif // *Cancer*. — 1991. — Vol. 67, No 3, suppl. — P. 855—859.

231. Blum R.H., Blum D.S. Psychosocial care of the cancer patient: guidelines for the physician // *J. Psychosoc. Oncol.* — 1988. — Vol. 6, No 1—2. — P. 119—135.

232. Bonica J.J. The management of pain malignant disease with nerve blocks // *Anesthesiology*. — 1954. — Vol. 15, No 2. — P. 134—145.

233. Bonica J.J. Fundamental considerations of chronic pain therapy // *Pastgrnd. Med.* — 1973. — Vol. 53, No 1. — P. 81—95.

234. Bozzetti F., Migliavacca S., Scotti A. et al. Impact of cancer, type, Site, Stage and treatment on the nutritional Status of patients // *Ann. Surg.* — 1992. — Vol. 196. — P. 170—179.

235. Boz G. et al. Radiction therapy combined with chemotherapy for inoperable pancreatic carcinoma" // *Tumori.* — 1991. — Vol. 77, No 1. — P. 61—64.

236. Bonfill X. Cancer y calidad de vida // *Med. Clin.* — 1990. — Vol. 95, No 3. — P. 106—109.

237. Brister S.J., Chin R.C., Brown R.A. et al. Clinical impact of intravenous hyperalimentation on esophageal carcinoma: is it worthwhile? // *Ann. Thorac. Surg.* — 1984. — Vol. 38, No 6. — P. 617—621.

238. Breitbart W. Psychiatric management of cancer pain // *Cancer.* — 1989. — Vol. 63, No 11, suppl. — P. 2336—2342.

239. Burdick D. Rehabilitation of the breast cancer patient // *Cancer.* — 1975. — Vol. 36, No 2, Suppl. — P. 645—448.

240. Carreras Cruz M.V., Urgelles L.L., Conde R.C. Sistema para la evaluacion del dolor en oncologia // *Rev. Cub. Oncol.* — 1990. — Vol. 6, No 2. — P. 196—202.

241. Chardot C. Reflexione cu optiune a propos des projete actuels de traitement non-mufiant de canceres du sein // *Ann. Med. Hanoy.* — 1974. — Vol. 13. — P. 1601—1608.

242. Cella D.F., Tross S., Orav E.I. et al. Mood states of patients after the diagnosis of cancer // *J. Psychosoc. Oncol.* — 1989. — Vol. 7, No 1. — P. 45—54.

243. Cella D.F., Tulsky D.S. Measuring quality of life today: Methodological aspects // *Oncology* — 1990. — Vol. 4, No 5. — P. 29—38.

244. Coyle N. et al. "Character of terminal illness in the Advanced Cancer Patient: Pain and Other Symptoms During the Last Four Weeks of Life" // *J. of pain and Symptom Management.* — 1990. — Vol. 5, No 2. — P. 83—93.

245. Corli O. et al. Buprenorphine and Diclofenac in Cancer Pain Relief // *Pain.* — 1988. — Vol. 9. — P. 114—115.

246. Clark A. Fallowfield L.I. Quality of life measurement in patients with malignant disease // *J. Roy. Soc. Med.* — 1986. — Vol. 79 — P. 165—169.

247. Cleeland C.S. The impact of pain on the patient With cancer // *Cancer.* — 1984. — Vol. 54. — P. 2635—2641.

248. Cleeland C.S. Nonpharmacological Management of Cancer Pain // *J. of pain and Symptom Management.* — 1987. — Vol. 2. — P. 23—28.

249. Chang H.T. Acupuncture analgesia today // *Clin. Med. J.* — 1979. — Vol. 92. — P. 7—16.

250. Chang H.T. Neurophysiological interpretation of acupuncture analgesia // *Endeavour.* — 1980. — Vol. 4, No 3. — P. 92—96.

251. Chen G.S. Neurohumors in acupuncture // *Am. J. Clin. Med.* — 1975. — Vol. 3. — P. 27—34.

252. Chardot C. Ethique et concertation pluri-disciplinaire en cancérologie clinique: 9^{es} journées Grenobloises cancérologie. "Pluri-discip. et Concertat. Cancérol." — *Cancer. Bull.* — 1991. — Vol. 78, suppl. — P. 59—66.

253. Chihara S., Hara Y. Fan to karakura pexu // *Jap. J. Cancer and Chemother.* — 1989. — Vol. 4, No 4. — P. 746—751.

254. Ciucu G., Graiu V. Introducere în teoria probabilităților și statistica matematică // Ed. Didactica și Pedagogică. București. — 1997. — 205 p.

255. Curbov B., Somerfield M. Use of the Rosenberg self-esteem scale with adult cancer patients // *J. Psychosoc. Oncol.* — 1991. — Vol. 9, No 2. — P. 113—131.

256. Dung H.C. Anatomical features contributing to the formation of acupuncture points // *Amer. J. Acupunct.* — 1981. — Vol. 12. — P. 203—209.

257. Eden E., Edstrom S., Bennegard R. et al. Glycerol dynamics in Weight-losing cancer patients // *Surgery.* — 1985. — Vol. 97, No 2. — P. 176—184.

258. Ensk R.E. Controlled-release oral morphine // *The American Journal of Hospice Palliative Care.* — 1991. — P. 3—4.

259. Ettinger A.B. et al. "The Use of Corticosteroids in the Treatment of Symptoms Associated with Cancer" // *J. of Pain and Symptom Management.* — 1988. — Vol. 3, No 2. — P. 99—104.

260. Fallowfield H.T., Baum T. Psychological welfare of patients with breast cancer // *J. Roy. Soc. Med.* — 1989. — Vol. 82, No 1. — P. 4—5.

261. Ferrell B.R., Wisdom C., Wenzl C. Quality of life as an outcome variable in the management of cancer pain // *Cancer.* — 1989. — Vol. 63, No 11, suppl. — P. 2321—2327.

262. Foley K.M. Current controversies in the clinical use of narcotics and related analgesics. In: Foley, K.M.; Intouresy C.E. et al. // *Avances in pain research and therapy.* New York, Raven Press. — 1985. — Vol. 9. — P. 3—12.

263. Frei E., Kass F., Weeks J. Quality of life in cancer patients: clinical consideration and perspectives // *Oncology.* — 1990. — Vol. 4, No 5. — P. 204—207.

264. Frank F. et al. Stereotactic Mesencephalotomy versus Multiple Thalamotomies in the Treatment of Chronic Cancer Pain Syndromes. — *Appl. Neurophysiol.* — 1987. — Vol. 50. — P. 314–318.
265. Fine P.G. Cancer Pain: Assessment and Management // *Hosp. Formul.* — 1987. — Vol. 22. — P. 928–938.
266. Ferries F.D. A cost-minimization study of cancer patients receiving a narcotic infusion in hospital and a home. — *J. Clin. Epidemiology.* — 1991. — Vol. 44, No 3. — P. 313–327.
267. Ganz P.A. Current issues in cancer rehabilitation // *Cancer.* — 1990. — Vol. 65, No 3. — P. 742–751.
268. Ganz P.A., Bernard J., Hurry C. Quality of life and Psychosocial oncology research in Europe // *J. Psychosoc. Oncol.* — 1991. — Vol. 9, No 1. — P. 1–22.
269. Goldberg R.J. Psychiatric aspects of psychosocial distress in cancer patients // *C. Psychosoc. Oncol.* — 1988. — Vol. 6, No 1–2. — P. 139–163.
270. Gonzales B.M., Baron S.J.M., Chacon L.M. J.J. Actitud medica ante et enfermo preterminal en Oncologia // *Med. Clin.* — 1991. — Vol. 96, No 11. — P. 422–423.
271. Greer S. Can psychological therapy improve the quality of life patients with cancer // *Brit. J. Cancer.* — 1989. Vol.
272. Grond S. et al. Validation of World Health Organization Guidelines for Cancer Pain Relief During the Last Days and Hours of Life // *Journal of Pain and Symptom Management.* — 1991. — Vol. 6, No 7. — P. 411–422.
273. Grossman F.S. et al "Correlation of Patient and Caregiver Ratings of Cancer Pain" // *J. of Pain and Symptom Management.* — 1991. — Vol. 6, No 2. — P. 53–57.
274. Greenwold H.P. "The prevalence of Pain in Four Cancer" // *Cancer.* — 1987. — Vol. 60. — P. 2563–2569.
275. Hotz G. Tumorschmerztherapie im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich mit Buprenorphin-Sublingualtabletten // *Der Schmerz.* — 1988. — Vol. 2. — P. 38–41.
276. Hasun R. et al. Transdermal electric pain control in urologic cancer patients // *Schmerz.* — 1988. — Vol. 9. — P. 234–238.
277. Hanks G.W. Opioid responsive and opioid non-responsive pain in cancer, 1st Congress of European Association of Palliative // *Care Paris.* — 1990. — P. 6–9.
278. Hillier R. Pharmacological management of pain in advanced cancer // *Medicine international.* — 1987. — P. 1645–1648.

279. Hanks G.W. Antimetabolics for terminal cancer patients // *Lancet.* — 1982. — Vol. 1. — P. 1410.
280. Healey J.H. Rehabilitation facilities in a cancer institute // *Cancer Bull.* — 1972. — Vol. 24, No 4. — P. 63–66.
281. Hall T.O. Philosophy of pain control in cancer patients // *Postgrad. Med.* — 1970. — Vol. 48, No 5. — P. 223–227.
282. Haude W. Rehabilitation on Krebskancer // *Munch. med. Wuchr.* — 1970. — Bd. 112, No 3. — S. 115.
283. Heyde W. Rehabilitation Krebskranker // *Much. med. Wschr.* — 1970. — Vol. 112, No 3. — S. 115–118.
284. Heyde W. Physikalische Therapie als Mashahme Nездизини-cher Rehabilitation bei krebsskranken Munch // *Med. Wschr.* — 1970. — Vol. 112, No 11. — S. 468–471.
285. de Hses I.C.I.M., Welvert K. Quality of life after breast cancer surgery // *J. Surg. Oncol.* — 1985. — Vol. 28. — P. 123–125.
286. Harvey K.B., Bothe A., Blacburn G.L. Nutritional Assessment and Patient Outcome during Oncological Therapy // *Cancer (Philad.).* — 1979. — Vol. 43, No 5, suppl. — P. 2065–2069.
287. Hoerni B. Qualite de vie et cancers du sein // *bordeaux med.* — 1984. — Vol. 17. — P. 590–594.
288. Hoffman B. Current issues of cancer survivorship // *Oncology.* — 1989. — Vol. 3, No 7. — P. 85–88.
289. Holland J.M. Психологические аспекты рака // *Клиническая медицина.* — 1975. — Т. 53, No 6. — С. 140–144.
290. Holleb A.J. Recommendations to improve care of the cancer patients // *Cancer.* — 1989. — Vol. 64, No 1. — suppl. — P. 346–347.
291. Holmberg L., Omne-Ponten M., Burns T et. al. Psychosocial adjustment after mastectomy and breast-conserving treatment // *Cancer.* — 1989. — Vol. 64, No 4. — P. 969–974.
292. Irwin P.H., Kramer S. Social support and cancer: sustained emotional support and successful adaptation // *J. Psychosoc. Oncol.* — 1988. — Vol. 6, No 1–2. — P. 53–73.
293. Israel. Peut-on concilier concertation et innovation 9s journees Grenobloises cancerol. Pluri-discip. et concertatcancerol // *Bull. Cancer.* — 1991. — Vol. 78, No 1. — suppl. — P. 67–68.
294. Johanson G.A. Use of anticholinergig in palliative care // *The American journal of Hospice and Palliative Care.* — 1992. — P. 1–3.

295. Jorgensen B.C. Patient-Controlled Analgesic Therapy by Sublingual Buprenorphine // *The Clinical Journal of Pain*. — 1988. — Vol. 4, No 75.
296. Johannesson G., Geirsson G., Day W. The effect of mass screening in Iceland 1965-74 On the incidence and mortality of cervical carcinoma // *Int. J. Cancer*. — 1978. — No 4. — P. 418-425.
297. Daada B. Neurophysiology and acupuncture: a review // *Adv. Pain. Res. a Ther.* — 1976. — Vol. 1. — P. 733-741.
298. Kaasa S., Mastekaasa A., Naess S. Quality of life of Keele K.D. The pain chart // *Lancet*. — 1948. — Vol. 651, No 2. — P. 6-12.
299. Kantor T.C. Inhibition of opiate transmission and pain initiation modifiers // *International Symposium on pain control*. — 1986. — P. 1-4.
300. Kanner R.M. et al. Pharmacological Management of Pain and Symptom Control in Cancer // *Journal of Pain and Symptom Management*. — 1987. — Vol. 2. — P. 19-22.
301. Kremer E.F. et al. Pain measurement: the Affective Dimensional Measure of the McGill Pain Questionnaire // *With Cancer Pain Population Pain*. — 1982. — Vol. — P. 153-163.
302. Lipton S. Neurodescriptive Procedures in The Management of Cancer Pain // *Journal of Pain and Symptom Management*. — 1987. — Vol. 2, No 4. — P. 219.
303. Lebovits A.H. Pain management of pancreatic carcinoma: a review // *Pain*. — 1989. — Vol. 36. — P. 1-19.
304. Long A.H. Treatment of severe cancer pain by low-dose continuous subcutaneous morphine 2nd international Symposium Supportive Care in Cancer Patients st. Gallen, March. — 1990. — Vol. 4. P. 173.
305. De Conno F., et al. Skin Problems in Advanced and Terminal Cancer Patients // *J. of Pain and Symptom Management*. — 1991. — Vol. 6, No 4. — P. 247-256.
306. Daut R. IL., Cleeland C.S. "The prevalence and severity of pain in cancer" // *Cancer*. — 1982. — Vol. 50. — P. 1913-
307. Dupen S.L. et al. A New Permanent Exteriorized Epidural Catheter for Narcotic Self-Administration to Control Cancer Pain // *Cancer*. — 1987. — Vol. 52. — P. 986-993.
308. Dezso E-1, "Folyamatok epiduralis morfin analgesic a daganatas betegek tartos jaidalomesillapitasara" // *Orvosi Hetilap*. — 1986. — Vol. 127, No 38. — P. 2295-2298.
309. Deschamps M., Bond P., Pain evaluation in cancer patients: a critical

- overview // *The international Symposium: On Pain Control, Poronto, Canada*. — 1984. — P. 25-29.
310. Dare C. Pain in terminal cancer SA // *Journal of Continuing Medical Education*. — 1987. — Vol. 5. — P. 47-59.
311. Dobratz M.C. et al. Pain efficacy in home Hospice patients // *Cancer. Nurs.* — 1991. — Vol. 14, No 1. — P. 20-26.
312. Kobasa S.C.O. Patients perception of their care // *Cancer*. — 1989. — Vol. 64, No 1, suppl. — P. 295-297.
313. Lanham R.J., Dibiannantonio A.F. Quality of life of cancer patients // *Oncology*. — 1988. — Vol. 45, No 1. — P. 1-7.
314. Leiss H.P. *Surg. Gyneol. Obstet* // — 1979. — Vol. 148. — P. 27-32.
315. Leiss H.P. *Ir. Current Concepts in Breast Cancer Surger Georg Thieme Vorlog // Snudtgraf*. — New-York. — 1982. — P. 17-25.
316. Lerebours E. *Metabolisme energetique des malades cancreux // Gastroenterol. clin. et. biol.* — 1985. — Vol. 42, No 6. — P. 2284-2288.
317. Letton A.H., Bard M., Boyd J.D. et al. Concerns of the patient and the public // *Cancer*. — 1990. — Vol. 65, No 10, suppl. — P. 2411-2412.
318. Lewis F.M. Attributions of control, experienced meaning and psychosocial well-being in patients with advanced cancer // *J. Psychosoc. Oncol.* — 1989. — Vol. 7, No 1. — P. 105-119.
319. Lindmark L., Ekman L. Metabolic effect of nutritional support to cancer patients // *Med. Oncol. and Tumor Pharmacother.* — 1985. — Vol. 2, No 3. — P. 213-217.
320. Ludwig M., Poppel E., Bullinder M. et al. Lebensqualität in der Oncologie // *Deuts. Z. Oncol.* — 1989. — Vol. 21, No 3. — P. 79-82.
321. Lundholm R.G. Origin of emaciation in cancer patients // *Med. Oncol. and Tumor Pharmacother.* — 1985. — Vol. 36, No 3. — P. 290-294.
322. Madrid S.L. Intermittent Intrathecal Morphine by Means of an Implantable Reservoir: A survey of 100 Cases.
323. Maguire P., Selby P. Assessing quality of life in cancer patients // *Brit. J. Cancer*. — 1989. — Vol. 60, No 3. — P. 437-440.
324. Mankin D. Impact of cancer on quality of life: a partner's perspective // *Oncology*. — 1989. — Vol. 4, No 5. — P. 202-203.
325. Marohaut J. *Rehabilitation of mastectomy patiente* // — London: Heineman. — 1978. — P. 107.
326. Matsumoto T., Shinohara S. The effects of pre-acupuncture on rat's

stomach ulcer induced by immersing stress // *J. Jap. Soc. Acupunct.* — 1983. — Vol. 32, No 4. — P. 271—275.

327. Masud T. et al. Pamidronate to reduce bone pain in norma

328. McDonald R.N. Opiate-Resistant Pain — A Therapeutic Dilemma
2nd International Symposium Supportive Care in Cancer Patients // *Sf. Gallen.* — March, 1990 — No 3.

329. McCartney Gh.F., Larson D.B. Quality of life in patients with gynecologic cancer // *Cancer (Philad.)*. — 1987. — Vol. 60, No 8, suppl. — P. 2129—2136.

330. Mellette S.J. Rehabilitation issues for cancer survivors: psychosocial challenge // *J. Psychosoc. Oncol.* — 1989. — Vol. 7, No 4. — P. 93—110.

331. Meyerson B. Electrostimulation procedures: presumed rationale and possible mechanism // *Adv. in Pain Research and Therapy*. Ed. J. Bonica. — New-York, — 1983. — Vol. 5. — P. 495—534.

332. Miller K.J. Predicting survival in the advanced cancer patient // *Henry Ford Hosp. Med. J.* — 1991. — Vol. 39, No 2. — P. 81—84.

333. Miransky L.J. Methodologic approach to quality care evaluation // *Cancer*. — 1989. — Vol. 64, No 1, suppl. — P. 302—305.

334. Monregio C., Mossetti C., Iskra L. Aspetti psicologici nelle pazienti affette da tumore della mammella // *Minerva chir.* — 1988. — Vol. 43, No 1, suppl. — P. 67—70.

335. Morrison S.D. Diurnal distribution of motor activity and feeding during growth of tumors // *Cancer Res.* — 1974. — Vol. 34, No 7. — P. 1632—1635.

336. Motsch I. Spinal Opiatanalgesie mit implantierbaren Kathetersystemen zur langzeittherapie von Carcinomschmerzen // *Schmerz*. — 1987. — No 3.

337. Muresan P. Metoda matematica in clinica, laborator și ocrotirea sănătății // *București: Ed. Medicală.* — 1976. — P. 158.

338. Muresan P. Manual de metode matematice în analiza stării de sănătate // *București: Ed. București.* — 1998. — P. 570.

339. Muthv F.A., Koch U., Stump S. Quality of life in oncology patients // *Psychother. and Psychosomatics*. — 1990. — Vol. 54, No 2—3. — P. 145—160.

340. Nielsen O.S. et al. Bone metastases: pathophysiology and management policy // *J. Clin., Oncol.* — 1991. — No 9. — P. 509—524.

341. Ochi G. An Analysis of Pain Associated with Concern of Varicella

Origins // *Jap. J., Cancer Clin.* — 1987. — Vol. 33, No 12. — P. 1459—1463.

342. Oliver R.T.D. Psychological support for cancer patients // *Lancet*. — 1989. — No 8673. — P. 1209—1210.

343. Oppenheim D. Approche des séquelles psychologiques des enfants cancéreux et de leurs familles // *Neuropsychiat. enfance et adolescence*. — 1989. — Vol. 37, No 8—9. — P. 347—351.

344. Obsy E., Reizenstein P. Quality of life and care in leukemia, myeloma and non-malignant disease. Opinions of patients and relatives, and effects of geography and time // *Med. Oncol. and Tumor Pharmacother.* — 1989. — Vol. 6, No 2. — P. 133—141.

345. Oyama T., Matsuki A., Teneichi T. et al. Endorphin in obstetric analgesia // *Amer. G. Obstet. Gynecol.* — 1980. — Vol. 37, No 5. — P. 613—616.

346. Parcer D.F., Levinson W., Mullooly J.P. et al. Using the quality of life index in a cancer rehabilitation program // *J. Psychosoc. Oncol.* — 1989. — Vol. 7, No 3. — P. 47—62.

347. Payne R. Oral analgesics for cancer pain: pharmacology, anatomy and physiology // *American Journal of Hospice Palliative Care*. — November/December, — 1991. P. 19—29.

348. Pilowsky I. An outline curriculum on pain for medical schools // *Pain*. — 1998. — No 33. — P. 1—2.

349. Polak J. et al. Terapie nadoreve bolesti // *Sborn. Lek.* — 1988, 90. — 11—12. — P. 358—363.

350. Portnoy R.K. Cancer pain: Epidemiology and Syndromes // *Cancer*. — 1989. — Vol. 63, No 11, suppl. — P. 2298—2307.

351. Portnoy R.K. Practical aspects of pain control in the patients with cancer // *Cancer*. — 1988. — Vol. 36, No 6. — P. 327—352.

352. Portnoy R.K. Pain and quality of life: Clinical issues and implications of research // *Oncology*. — 1990. — Vol. 4, No 5. — P. 172—178.

353. Presant C.A. Quality of life in cancer patients. Who measures that? // *Amer. J. Clin. Oncol.* — 1984. — Vol. 7. — P. 571—573.

352. Quality of life // *Lancet*. — 1991. — No 8763. — P. 350—351.

353. Redd W.H., Jacobsen P.B. Emotion and cancer. New perspectives on an old question // *Cancer*. — 1988. — Vol. 62, No 8. — P. 1871—1873.

354. Rene L. Reflexion deontologique sur la concertation: 9^{es} journées Crenobloises cancerol. "Pluri-discip. et concertat. cancerol." 6 avr., 1990. // *Bull. cancer*. — 1991. — Vol. 78, No 1, suppl. — P. 57—58.

355. Ricard C. Bull // Inst. Pasteur. — 1982. — Vol. 80, No 2. — P. 127—145.
356. Ricard I.P. et al. Syndrome vertigineux: effect secondaire de la buprenorphine // *Cahiers d'Anesthesiologie*. — 1988. — Vol. 36, No 8. — P. 641—642.
357. Von Roenn J.H. et al. Results of a physicians attitude toward cancer pain management // Survey by ECOG. — Proc-Ann-MestAm-Soc-Clin-Oncol. — 1991. — No 10. — A1148.
358. Ross J. Postgastrectomy syndromes and their management // *Surg. Clin. N. Am.* — 1971. — Vol. 51, No 3. — P. 615—532.
359. Roy D.I. Ethical issues in the treatment of cancer patients // *Bull. World Health Organ.* — 1989. — Vol. 67, No 4. — P. 341—346.
360. Rubenstein L.V., Calkins D.R., Greenfield S. et al. Health status for elderly patients. Report of the Society of General Internal Medicine task force on health assessment // *J. Amer. Soc.* — 1989. — Vol. 37, No 6. — P. 562—569.
361. Schersten T., Lundholm R., Eden E. et al. Energy metabolism in cancer // *Acta chir. scand.* — 1980. — No 480. — P. 130—136.
362. Schipper H. Quality of life: principles of the clinical paradigm // *J. Psychosoc. Oncol.* — 1990. — Vol. 8, No 2—3. — P. 171—185.
363. Schmidt H. Die besondere Bedeutung der klinischen Sanatorien für Prävention und Rehabilitation und ihre Abgrenzung am Krankenhaus // *Med. Welt.* — 1972. — No 23. — S. 52—53.
364. Selby P.I., Chapman I.-A.W., Etzadi-Amoli I. et al. The development of a method for assessing the quality of life of cancer patients // *Brit. J. Cancer.* — 1984. — Vol. 50, No 1. — P. 13—22.
365. Sellschopp. Krebsnachsorge und Selbsthilfe // *Gynecol. Prax.* — 1989. — Vol. 13, No 3. — P. 413—416.
366. Shepherd S. Radiotherapy and the Management of Metastatic Bone Pain // *Clinical Radiology*. — 1988. — No 39. — P. 547—550.
367. Slehl S. The Need for Quality Assurance in Pain Management *Journal of Pain and Symptom Management*. — 1990. — No 5.
368. Sitte R. Ambulante schmerztherapie bei künstlich ernährten tumorpatienten // 2nd International Symposium "Supportive Care in Cancer Patients". — St. Gallen. — March, 1990. — No 28.
369. Sowinski P. et al. Dostępe stosowanie analgetyków w bólach nowotworowych // *Nowotwory*. — 1987. — Vol. 37, No 4. — P. 301—306.

370. Spiegel D., Sands S.H. Psychological influences on metastatic disease progression // *Metastasis, Dissem. Dordrecht etc.* — 1989. — P. 282—288.
371. Spitzer W.O., Dobson A.I., Hall J. et al. Measuring the quality of life of cancer patients. A concise QL-index for use by physicians // *J. Chron. Dis.* — 1981. — Vol. 34, No 12. — P. 585—597.
372. Sprangers M.A.G., Aaronson N.K., Van Dam F.S. Kwaliteit van leven by therapie-evaluatie in de oncologie // *Ned. tijdschr. geneesk.* — 1990. — Vol. 134, No 15. — P. 740—743.
373. Stjernsward I. et al. WHO Guidelines in Cancer Pain Relief // *Cancer Nursing*. — 1987. — No 10, suppl. 1. — P. 135—137.
374. Stoll A. Effective Pain Control in Home Care Stations 2nd International Symposium "Supportive Care in Cancer Patients" // *Sf. Gallen*. — Marth, 1990. — No 3.
375. Strang P., Ovarner H. Cancer-related pain and its influence on quality of life // *Anticancer Res.* — 1990. — Vol. 10, No 1. — P. 109—112.
376. Stuard J.G. Continuous intravenous morphine infusions for terminal pain control: a retrospective review // *Drug intelligence and clinical pharmacy*. — Desember, 1986. — Vol. 120. — P. 968—972.
377. Sutherland H.J., Lockwood G.A., Gunningham A.J. A simple, rapid method for assessing psychological distress in cancer patients: Evidence of validity for linear analog scales // *J. Psychosoc. Oncol.* — 1989. — Vol. 7, No 1—2. — P. 31—43.
378. Swerdlow General analgesics used in pain relief pharmacology // *Brit. J. Anesth.* — 1967. — Vol. 39, No 10. — P. 699—712.
379. Swerdlow M., Styornsvard I. Cancer pain relief — an urgent problem // *World Forum*. — 1982. — Vol. 325. — P. 325—330.
380. Takeda Fumikazu Fan to karaky pexo // *Jap. J. Cancer and Chemother.* — 1987. — Vol. 16, No 4. — P. 752—758.
381. Takeda F. Results of field-testing in Japan of the WHO Draft interim Guideline on Relief of Cancer Pain // *The Pain Clinic*. — 1986. — Vol. 1, 2. — P. 83—89.
382. Tempest S. Clinical observation on the use of sustained release morphine in 100 patients: a retrospective study // *The International Symposium On Pain Control*. — Toronto, Canada. — 1984. — P. 67—68.
383. Thompson I.W. The role of transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for the control of pain.

382. Toda K., Suda H., Ishioka M. et al. Local electrical stimulation: effective needling points for suppressing jaw opening reflex in rat // *Pain*. — 1980. — Vol. 9, No 2. — P. 199—207.

383. Tontschev G. Therapie des krebsschmerzes — Ein umfassendes Therapiekonzept // *Anesthol. Reanimat.* — 1989. — No 3. — P. 155—166.

384. Tulsy D.S. an introduction to test theory // *Oncology*. — 1990. — Vol. 4, No 5. — P. 43—48.

385. Twycross R.G. Choace of strong analgesic in terminal cancer: Diamorphine or morphine // *Pain*. — 1977. — No 3. — P. 93—104.

386. Twycross R.G., Lack S.H. Symptom control in far advanced cancer: pain relief // — London: Pitman Books. — 1983. 274. Vanier T. Le controle de la douleur // *Bull. Cancer*. — 1986. — No 73. — P. 685.

387. Ventafridda V., Van Dam F. et al. Assessment of quality of life and cancer treatment // Amsterdam: Excerpta Medica. — 1986. 276. Veronesi U., Martino I. Can life be the same after cancer treatment? // *Tumori*. — 1978. — Vol. 64, No 4. — P. 345—351.

388. Vess J.D., Moreland J.R., Schwebel A.I. et al. Psychosocial needs of cancer patients: learning from patients and their spouses // *J. Psychosoc. Oncol.* — 1988. — Vol. 6, No 1—2. — P. 31—51.

389. Villaria M.C. et al. Alteraciones del AMPK tras administracion cronica de morfina en el espacio epidural // *Rev. Espanola, Anest. Reanim.* — 1987. — Vol. 34, No 5. — P. 333—335.

390. Vrusos C. L. unite de concentration et de recherche pour le traitement des affections cancéreuses au CHU de Grenoble: 9s journées Grenobloises cancerol. "Pluri-discip. et concertat. cancerol.", 6 avr., 1990. // *Bull. Cancer*. — 1991. — Vol. 78, No 1, suppl. — P. 5—6.

391. Waatson C.P. et al. Amitipryline vs. plasebo in post-herpetic neu-