

**ЭФФЕКТИВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ
ОСЛОЖНЕНИЙ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЯМИ
ГОЛОВНОГО МОЗГА**

Нарматова Д.М.

Кафедра детской травматологии, ортопедии и нейрохирургии

Андижанский государственный медицинский институт

Резюме: В настоящей работе на основании анализа 83 наблюдений рассматриваются вопросы оптимизации восстановительного лечения больных, оперированных по поводу опухолей головного мозга, имеющих двигательные нарушения. Указано на роль физических факторов: лазерной терапии и электростимуляции в восстановительном послеоперационном лечении.

Рациональный комплексный подход к проведению реабилитационных мероприятий является фактором повышения эффективности лечения с обеспечением качества жизни больных с опухолями головного мозга.

Ключевые слова: опухоли головного мозга, реабилитация, физиотерапия, качество жизни.

**EFFECTIVE DIRECTIONS FOR PREVENTION OF COMPLICATIONS
AND REHABILITATION OF PATIENTS WITH BRAIN TUMORS**

Narmatova D.M.

Department of Pediatric Traumatology, Orthopedics and Neurosurgery

Andijan State Medical Institute

Resume: In this work, based on the analysis of 83 observations, the issues of optimization of the rehabilitation treatment of patients operated on for brain tumors with motor disorders are considered. The role of physical factors: laser

therapy and electrical stimulation in postoperative restorative treatment is indicated.

A rational comprehensive approach to the implementation of rehabilitation measures is a factor in increasing the effectiveness of treatment with ensuring the quality of life of patients with brain tumors.

Key words: brain tumors, rehabilitation, physiotherapy, quality of life.

Введение. По уровню смертности и по степени утраты трудоспособности онкологические заболевания конкурируют с заболеваниями сердечно-сосудистой системы за первое место [4,8], Так как в социальном плане наличие опухоли головного мозга приводит к социальной дезадаптации пациентов в активном трудовом возрасте за счет выраженной неврологической симптоматики, которая проявляется уже на ранних этапах процесса, независимо от гистологического варианта образования, а исходя из анатомической замкнутости полости черепа, то результатом этого является высокая ранняя инвалидность и в конечном итоге, высокая летальности этого контингента больных [1,5].

В клиническом плане диагноз «опухоль головного мозга» настораживает специалистов, поскольку существование новообразования головного мозга ассоциируется с неблагоприятным прогнозом, и зачастую такие пациенты становятся «отвергнутыми» [2,3,8], Более того, весьма актуальна проблема раннего выявления образований головного мозга специалистами общей клинической сети неспециализированных медицинских учреждений: участковыми терапевтами, неврологами, эндокринологами, офтальмологами, онкологами и др. Часто диагноз опухоли головного мозга устанавливается только при яркой психоневрологической клинике [4,7,9].

Но и на госпитальном этапе лечение опухолей головного мозга представляет определенные трудности; относительная устойчивость к проводимой специфической неинвазивной терапии (лучевой, химиотерапевтической и иммунологическими препаратами и), не возможность «удержания» полноценного, закрепленного эффекта от проводимого лечения, необходимая постоянная симптоматическая медикаментозная коррекция общего статуса [3,6,10]

Сложность топографии данной анатомо-физиологической области и зачастую инфильтративный характер опухолевого роста ведет к невозможности радикального удаления образования [4,8]. Кроме того, не актуально и стабилизирование процесса, поскольку малый размер опухоли подчас не определяет благоприятный исход заболевания [3]. Поэтому и не приходится говорить об использовании самостоятельных, радикальных методов лечения у пациентов с первичными опухолями головного мозга. Не менее важным моментом является качество жизни нейроонкологического пациента, что часто предопределяет набор тактических мероприятий. Как никогда актуальным становится комбинированное лечение [3,5,7].

В литературе данная тема встречается относительно редко и обсуждается в основном с точки зрения нейрохирурга. А также нет стандартных подходов в комбинированном лечении таких пациентов.

Таким образом; высокая смертность, ранняя инвалидизация, молодой и активный возраст пациентов, быстрое развитие очаговой симптоматики и общих мозговых проявлений, ранняя декомпенсированность состояния - все это определяет понятие ранней и зачастую полной социодегенерации, с одной стороны, и проблемы лечебно-диагностического характера - с другой, и являются причиной, по которой необходимо искать и использовать более рациональные, индивидуализированные, а значит и

более эффективные, схемы комбинированного лечения этих пациентов. Мозанчность и скромность результатов. В, неоднозначность подходов в лечении, проблема врачебной тактики и раннего выявления данной патологии явилось поводом для написания данной работы.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения пациентов с первичными опухолями головного мозга путем проведения сравнительного анализа эффективности различных схем комбинированного лечения с участием лучевого компонента у больных с первичными опухолями головного мозга и на основании полученных данных оптимизировать лечебные и тактические подходы.

Материалы и методы исследования. Работа основана на материале 83 детей, оперированных по поводу глиальных опухолей головного мозга (ГОГМ). Поражение функционально важных зон (ФВЗ) головного мозга имело место у 27 % оперированных детей. Двигательные нарушения различной степени выраженности до операции выявлены у 55,7 % детей.

Результаты исследования. Реабилитация является наиболее эффективным направлением медицинской и социальной защиты больных с опухолями головного мозга. В здравоохранении реабилитация рассматривается не только как медицинская задача, но как комплекс медицинских, психотерапевтических и социальных задач. При этом чрезвычайно важна организация процесса реабилитации нейроонкологических больных, как на догоспитальном этапе, так и в период стационарного лечения и в период восстановления. Для улучшения качества реабилитации больных с опухолями головного мозга весьма важно понимание роли объективной информации о состоянии нейроонкологической помощи.

В работе установлено, что ключевыми факторами, определяющими общее состояние больных с опухолями головного мозга при поступлении, являются возраст и социальный статус, наличие неврологического

дефицита и локализация опухоли, вид госпитализации, кем направлен больной и через какое время от начала заболевания госпитализирован больной. Ключевыми факторами, определяющими исход заболевания нейроонкологических больных, являются их место проживания, локализация опухоли, вид госпитализации, кем направлен больной, через какое время от начала заболевания госпитализирован, объем операции, осложнения операции и нахождение в реанимации, а также общее состояние при поступлении и особенности проявления заболеваний (диагноз клинический заключительный).

Лечебные физические факторы имеют большое значение в профилактике, лечении и реабилитации различных заболеваний. Но если раньше считалось, что физиотерапия и онкология были несовместимыми разделами медицины, то благодаря многочисленным экспериментальным и клиническим исследованиям была доказана целесообразность и эффективность использования ЛФФ в комплексном ВЛ онкологических больных. Использование ЛФФ значительно улучшило результаты радикального лечения и вернуло пациентов к нормальной жизни. За последнее время в онкологии и физиотерапии появилось достаточное количество теоретических и клинических научных исследований, подтверждающих целесообразность и необходимость использования ЛФФ в лечении онкологических больных.

Проблема ФТ в онкологии имеет важные аспекты, которые нуждаются в решении вопросов обоснованности показаний и противопоказаний к использованию ЛФФ, определению эффективности и результативности технологий, которые применяются в восстановительном лечении. Заслуживают внимания исследования механизмов противоопухолевого действия таких физических факторов, как постоянный ток, ультразвук, магнитные поля, а также лазерное излучение. В связи с этим рассматривается не только возможность, но и

необходимость использования в онкологии ЛФФ в разнообразных методиках, а именно в рефлексотерапии.

Вопрос сопроводительной и симптоматической ФТ онкологических больных с помощью ЛФФ является очень актуальным. Использование ФТ в реабилитации онкологических больных определено универсальным действием лечебных физических факторов на кровообращение и микроциркуляцию. Доказано позитивное влияние ЛФФ на сердечно-сосудистую, бронхолегочную систему, нормализующее влияние на центральную, вегетативную и периферическую нервную систему, а также их общее иммунорегулирующее, противовоспалительное, обезболивающее, седативное и психотерапевтическое действие.

В целом действие ЛФФ, как правило, направлено на устранение доминирующего синдрома или симптома. Физиотерапевтические средства сочетаются с одновременным приемом фармакологических препаратов, которые обычно назначаются для взаимного потенцирования действия. Включение в комплекс ВЛ нескольких синергичных факторов воздействия обуславливает более полную мобилизацию резервного компенсаторно-приспособительного потенциала пациента.

Невозможно не отметить опыт использования ЛФФ как симптоматического лечения онкологических больных. К ним относятся обезболивание в виде центральной аналгезии, электросон, электропунктура, лазеропунктура, ЭС, магнитотерапия и прочее.

Получены результаты исследований, которые свидетельствуют, что использование метода ЭС мышц у больных после удаления злокачественных опухолей, метастатических опухолей позвоночника с целью возобновления нарушенных функций не влияет на прогрессирование опухолевого процесса, но в то же время улучшает функциональные результаты лечения и способствует повышению КЖ.

Особое место принадлежит ЭС в реабилитации больных неврологического и нейрохирургического профиля.

Заслуживают внимания и способы повышения чувствительности опухолевой ткани к лучевой и химиотерапии с помощью ультразвуковой, сверхвысокочастотной и ультравысокочастотной физической гипертермии. Эти методы не являются классическими для физиотерапии и нуждаются в специальной аппаратуре и подготовке персонала, но свидетельствуют о возможностях использования именно аппаратных методов физиотерапии в онкологии.

Особое место в патогенетическом противоопухолевом лечении занимает фотодинамическая терапия, которая использует сочетанное влияние лазерного излучения и фотосенсибилизатора, которое повышает чувствительность клеток к световому диапазону электромагнитных колебаний, что приводит к выборочной деструкции опухоли с сохранением окружающих мозговых структур.

После окончания специфического противоопухолевого лечения онкологические больные нуждаются как в проведении реабилитационного лечения, направленного на восстановление утраченных функций, так и в лечении сопутствующих заболеваний. В ряде стран (Австрия, Германия, Франция) при онкологических учреждениях созданы специальные санатории для проведения курса реабилитации больных, перенесших радикальную терапию по поводу злокачественных опухолей. Природные и преформированные ЛФФ являются основой комплекса лечебных мероприятий, проводимых в условиях санаторно-курортного лечения. В настоящее время существуют обоснованные программы санаторно-курортной реабилитации детей в период ремиссии онкологических заболеваний с использованием климатоводолечения, диетотерапии, галотерапии, аэрофитотерапии, синглетно-кислородной терапии,

минеральных вод, водолечебных процедур (общие минеральные ванны, ножные вихревые ванны, лечебные души, плавание), дозированной ЛФК.

Результаты экспериментальных исследований позволили начать клинические испытания НИЛИ в онкологической клинике. Важной задачей является разработка и внедрение методик, позволяющих сократить количество послеоперационных и лучевых осложнений и при этом не вызвать стимуляции опухолевого процесса. Проводимые клинические исследования доказали безопасность ЛТ при онкопатологии или предонкологических состояниях. В частности, внутрисосудистое лазерное облучение крови нивелирует отрицательное влияние на кроветворение и иммунные процессы лучевой и химиотерапии у больных раком молочной железы, раком желудка, местно распространенном раке гортани, глотки, слизистой дна полости рта и языка.

Установлено, что применение низкоинтенсивного лазерного излучения НИЛИ при комбинированном лечении больных с раком тела матки I стадии снижает число послеоперационных осложнений на 21,2 %, лучевых реакций — на 28,8 % по сравнению с комбинированным методом без использования внутрисосудистого лазерного облучения крови. После лечения свыше 2000 онкологических больных исследователи не отмечали отрицательной реакции и онкостимулирующего влияния проводимого лечения. Также клинические исследования показали, что применение инфракрасного излучения, по-видимому, обладает иммуностимулирующим эффектом даже при IV ст. рака желудка. Продолжительность жизни пациентов с раком желудка IV ст., которым применялась ЛТ (длина волны излучения 890 нм) перед операцией, увеличивается в среднем в 2,03 раза по сравнению с контрольной группой. В тех случаях, когда ЛТ проводилась после оперативного лечения, продолжительность жизни увеличивалась в 1,81 раза.

Безусловно, влиять на организм человека любым лечебным физическим фактором можно только при гарантии, что в результате его применения ни в процессе воздействия, ни в дальнейшем невозможно стимулирование роста и метастазирования опухоли.

В результате проведения серии экспериментов было установлено, что повреждающее и мутационное воздействие УФ-излучения на клетки приводит к истощению их репарационных способностей и подавлению иммунной системы организма, что создает условия для трансформации клетки из нормальной в раковую. При этом В.А. Овсянников отмечает, что такие изменения происходят при длительном воздействии УФ-излучения.

Эффективность применения НИЛИ в комплексном лечении больных с церебральными двигательными расстройствами первоначально была доказана на основании результатов лечения больных, перенесших мозговой инсульт. Необходимо отметить положительный психологический эффект ЛТ, который обеспечивает благоприятный психоэмоциональный фон во время лечения. Применение ЛТ в восстановительном лечении больных с ГОГМ дает возможность индивидуализировать и интенсифицировать реабилитационные методы, способствует более полному и раннему восстановлению утраченных функций, а значит, и повышению качества жизни.

В результате проведенного курса лечения больных с ГОГМ, который включает хирургическое удаление опухоли и разработанные оптимальные мероприятия восстановительного лечения, процент больных с дооперационным индексом Карнавского (ИК) 60 баллов и ниже достоверно уменьшился с 54,8 до 14,0 % ($p < 0,05$); в то же время процент больных с дооперационным ИК 70 баллов и выше достоверно увеличился с 45,2 до 86,0 % ($p < 0,05$). Согласно «Способу оценки качества жизни больных с внутримозговыми опухолями полушарий большого мозга» процент больных с низким уровнем качества жизни достоверно уменьшился с 41,1

до 17,9 % ($p < 0,05$); процент больных, качество жизни которых соответствовало высокому и среднему уровню, достоверно увеличился с 58,9 до 82,1 % ($p < 0,05$).

Вывод. Определены показания к различным вариантам комбинированного лечения первичных опухолей головного мозга с использованием лучевой терапии;

Обоснована целесообразность использования нейтронного компонента облучения в программах лечения нейроонкологических пациентов, прежде всего с продолженным ростом опухоли мозга:

Разработана формализованная индивидуальная карта нейроонкологического больного, пригодная для использования в широком круге ЛПУ. в том числе на догоспитальном и диспансерном этапах, и легко применимая при компьютерной обработке.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Андронов А.В, Профилактика и лечение лучевых реакций и осложнений при внутричерепных опухолях / А.В.Андронов. В. А.Крымский. Г.В. Лобанов И Мед, радиология и радиац, безопасность. 2008. №4. -С.20-23.
2. Аничков А.Д. Стереотаксическая МРТ / А.Л Аничков. А.В.Водяной. Ю.З.Полонский II Материалы II съезда нейрохирургов РФ. СПб. 1998-С.212.
3. Бадмаев К.Л Радноуклидная диагностика и лучевая терапия заболеваний нервной системы / К.Н.Бадмасв, Р.В.Смирнов, М Медицина, 2012. -С.7-133,
4. Бардик К.В, Характер восстановления специфических и неспецифических повреждений в клетках печени крыс после облучения быстрыми нейтронами (6 МэВ) / Ю.В.Бардик, В.Н.Летов, Д.А.Сутковой // Мед. радиология. -2010 №25. - С.33-36.

5. Бардычев М.С. Лучевые повреждения / МС,Бардычев // Лучевая терапия злокачественных опухолей / под ред. Е.С.Кнсслевой М;Меднцинэ, 2016. - С.437-454,
6. Бардычев М.С. Местные лучевые повреждения / М.С,Бардычев. А.Ф Цыб М.:Меднцина, 2015. - 217 с.
7. Ненцнон ДЛ. Брахитерапия и комбинированном лечении опухолейголовного мозга ИД Д .Вентюн. Н Н .Фиалко. П.Б.Гвоздев П Лечение рака в XXI веке: сб. науч. работ молодых онкологов Урал, федерал, округа. -Челябинск, 2013.-С.9-t0.
8. Ю. Бергстром К, Головной мозг: общее руководство по радиологии: пер. с англ.
9. К Бсргстроч. Г.Скотти Швеция: N1CER, 2015. - Т.I - С 167-229,
10. Блнзиюков О.П. Злокачественные опухоли центральной нервной системы могут быть доступны для атаки специфическими антителами / О.П.Блнзиюкоп. Л Д Козмнн, В.Е.Олюшнн ff Вопр онкологии. 2011. -Т.47. №1, -С.49-51.