© Какарькін О.Я., Ковальчук Б.А., Біктіміров О.В.
УДК: [616.35-006.6+616.348-006.6]-082.8

Какарькін О.Я.[1], Ковальчук Б.А.[2], Біктіміров О.В.[2]
1Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра онкології, (вул. Хмельницьке шосе, 84, м. Вінниця, Україна, 21029), 2Вінницький обласний клінічний онкологічний диспансер (вул. Хмельницьке шосе, 84, м. Вінниця, Україна, 21029)

ПРОБЛЕМИ І ПЕРСПЕКТИВИ ПОКРАЩЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ І РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА РАК ОБОДОВОЇ І ПРЯМОЇ КИШКИ

Резюме. *В роботі проведено аналіз вітчизняної і зарубіжної літератури присвяченій реабілітації хворих, що перенесли хірургічне лікування з приводу раку ободової і прямої кишки. Окреслені основні проблеми з якими зустрічається хірург при лікуванні коло-ректального раку, намічені перспективи для покращення якості життя хворих. Автори розробили і рекомендують до застосування комплекс заходів по реабілітації хворих під час, і після закінчення стаціонарного лікування.*
Ключові слова: *коло-ректальний рак, хірургічне лікування, реабілітація.*

Вступ

Колоректальний рак (КРР) належить до найбільш розповсюджених пухлинних захворювань органів черевної порожнини і стійко займає четверте місце в загальній структурі онкологічної захворюваності. За останні десятиріччя спостерігається значний ріст цієї патології в усьому світі. В країнах Західної Європи за останні 20 років поширеність КРР зросла майже втричі. В США і більшості європейських країн КРР знаходиться на 2-му місці серед всіх злоякісних пухлин [Болюх та ін., 2012].

По Україні за даними Національного канцер-реєстру (2012), захворюваність на КРР склала 42,2 випадки на 100 тис. населення. Найчастіше рак товстого кишечника зустрічається в Запорізькій, Донецькій, Одеській областях, в місті Києві та Севастополі [Нац. канцер-реєстр, 2013].

Лікування раку ободової кишки обов'язково включає в себе хірургічне втручання, як на товстій кишці, так іноді, і на інших органах (печінці, шлунку, сечовому міхурі, тощо). Все це призводить до тривалої втрати працездатності, а часом інвалідності хворого. Тому крім забезпечення радикалізму лікування онкологічних хворих, в даний час все більшого значення надають можливості покращення якості їх життя. Під цим розуміють взаємини хворого в сім'ї, в суспільстві і, найголовніше, повернення до трудової діяльності, по можливості до колишньої спеціальності. Проблема реабілітації хворих

на коло-ректальний рак у світі, в тому числі і в Україні, залишається однією з найбільш актуальних у сучасній онкології [Шалимов и др., 2005].

Метою даної роботи було проаналізувати досвід вітчизняних і зарубіжних онкологів в реабілітації хворих на КРР і виробити комплекс рекомендацій для лікарів і хворих.

Реабілітація хворих на КРР залежить від ряду факторів. Таких як: вік хворих, стадія захворювання, вид хірургічного втручання, ускладнення раку (кишкова непрохідність, кровотеча, параколічний абсцес, та ін), наявності, або відсутності колостоми, методів комбінованого лікування, індивідуальних особливостей хворих та інших причин [Van de Velde., 2003].

Операції на кишечнику залежать від локалізації пухлини. Стандартними хірургічними втручаннями при раку ободової кишки є: правобічна і лівобічна геміколектомія, резекція попереково-ободової і сигмовидної кишки, обхідні товсто- і тонко-товстокишкові анастомози, колостоми. Хірургічне лікування раку прямої кишки також залежить від локалізації пухлини. Так при розташуванні пухлини на відстані менше 4 см від заднього проходу виконується черевно-промежинна екстирпація прямої кишки з формуванням колостоми (операція Кеню-Майлса), при локалізації пухлини на відстані до 12 см від заднього проходу проводиться Черевно-анальна, або наданальна резекція прямої кишки з низведенням дистальних відділів ободової кишки, при пухлинах верхньо-ампулярного і ректо-сигмоїдного відділів (вище 12 см від заднього проходу) проводяться черевна (передня) резекція прямої кишки, операція Дюамеля або операция Гартмана [Яицкий и др., 2003]. Всі ці операції мають різні функціональні результати і потребують різних реабілітаційних заходів.

Значною мірою програма реабілітації хворих залежить і від наявності у них ускладнень хірургічного лікування, які приводять до погіршення як психологічного, так і загального стану хворих. Найбільш частими ускладненнями хірургічного лікування КРР є такі, як: неспроможність швів анастомозу, кишкова непрохідність, некроз низведеної кишки, стриктура анастомозу, стриктура ануса, гнійно-запальні ускладнення [Guillem et al., 1997]. Тому при розробці реабілітаційних заходів індивідуальні особливості повинні бути обов'язково враховані.

Комплексна програма реабілітаційних заходів у хворих на КРР полягає у якісній передопераційній підготовці, проведенні хірургічної, медикаментозної, психологічної і соціально-трудової реабілітації, процедури реадаптації в суспільстві й санаторно-курортного лікування [F□rkkil□ N et al., 2014].

У даний час, на наш погляд, основною задачею для хірургів є нормалізація функціональних показників кишечника, яка полягає у розширенні показань до відновлення цілісності кишкової трубки, виконання економних резекцій, сфінктерозберігаючих та антирефлюксних операцій. Безсумнівно, що дотримання онкологічних принципів проведення оперативних втручань потрібно враховувати перш за все.

Найбільш частими порушеннями після проведення сфінктерозберігаючих операцій є рубцеві звуження, незадовільна функція замикального апарату і порушення тримання, больові синдроми в зоні оперативного втручання, порушення сексуальної функції та інші [Федоров и др., 1994].

Для відновлення функції тримання велику роль відіграє тренування м'язів заднього проходу, промежини і сідничних м'язів. Ми рекомендуємо певні лікувально-гімнастичні вправи. У перші три дні після операції лікувальна гімнастика обмежується активними дихальними вправами лежачи на спині шляхом роздуття рукавички. На третій день рекомендуємо незначне активне підведення тазу з опорою на стопи, плечі і долоні, повороти хворого на правий і лівий бік з активною дихальною гімнастикою. Починаючи, з 4-5 дня пацієнт переводиться в сидяче положення з опущеними ногами. Після адаптації до цього положення проводяться вправи для верхніх і нижніх кінцівок, нахили тулуба. На 5-6-й день хворий починає процес ходьби. Після зняття швів проводяться вправи для зміцнення м'язів черевного пресу. Після виписки рекомендуємо заняття у водоймах і басейнах в комплексі з дієто-, фіто- та вітамінотерапією.

Лікувальна гімнастика для сфінктерів заднього проходу полягає в тому, що хворий зусиллям волі стискає і розтискає ці м'язи. Навіть якщо сфінктер працює слабо, такі вправи можуть посилити його роботу. Стиск продовжується 3-4 секунди, такий же час відводиться на розслаблення і відпочинок. По 10-15 таких вправ треба повторювати протягом дня 5-6 разів. Тренування м'язів, які піднімають задній прохід. Для цього разом з глибоким вдихом треба втягувати задній прохід, на видиху - опускати його.

Велике значення має відновлення ритму спорожнення кишечника і суворе дотримання режиму харчування (дрібно-порційна дієта). В дієті слід уникати надмірного харчування, обмежити вживання тваринних жирів і м'яса на користь овочів і фруктів, що містять клітковину і вітаміни А, С, Д, Е, обмежити вживання алкоголю, особливо пива, регулярний прийом кисломолочних продуктів, при необхідності прийом проносних препаратів [Шалімов та ін.. 2006].

Основна увага хворих повинна бути спрямована на те, щоб стілець був щодня і щоб він був м'яким. Найкраще щоденний стілець підтримувати легкими рослинними проносними (кора крушини, плоди жостеру, корінь ревеню). Не менш важливим є підтримка в чистоті ділянки заднього проходу. Для цього після кожного стільця треба підмивати промежину теплою водою. Крім того, незалежно від стільця дуже корисно робити 1-2 рази на день і обов'язково на ніч теплі сидячі ванночки. Після чого слід добре просушити ділянку заднього проходу і змастити її дитячим борним вазеліном або будь якою олією [Дрижак, Домбрович, 2001].

Метою програми реабілітації хворих на КРР є, перш за все, підвищення якості їх життя. Якість життя - це сукупність параметрів, які відображують оцінку психологічного благополуччя, фізичного стану, соціальних відношень і функціональних здібностей в період розвитку захворювання та його лікування. В цьому аспекті велика роль надається психологічній реабілітації.

Психологічна реабілітація необхідна всім хворим і особливо тим, яким виконувалась операція Гартмана, або була накладена колостома. Слід переконати хворого, що і при наявності стоми можна активно трудитися, брати участь у громадському житті, бути корисним вдома і в сім'ї. В цьому аспекті значно зростає роль медичного психолога [Новиков, Чиссов, 2004].

Реабілітація хворих з колостомою представляє складну проблему проктології. Досвід показує, що більшість людей, які стали інвалідами в результаті втрати однієї або двох кінцівок, не зважаючи на тяжкість втрати, знаходять своє місце в житті. Вони, як правило, набувають нову спеціальність і відчувають себе повноцінними членами родини та суспільства. Значно важче складається доля хворих, яким накладено протиприродний задній прохід. Відсутність керованого акту дефекації, мимовільне відходження всіх компонентів кишкового вмісту змушує їх самоізолюватись від оточуючих людей. Існуючі в даний час засоби "контролю" за відходженням калу і газів незручні і малонадійні, отже, проблема реабілітації осіб з колостомою залишається невирішеною [Воробей, Гришин, 2003].

Програма реабілітації передбачає проведення комплексу заходів з моменту надходження хворого в стаціонар. Переважна більшість хворих, що надходять для оперативного лікування, відчувають страх, тривогу, відчай, пригніченість, які стають більш вираженими після повідомлення хворому про характер майбутньої операції з формуванням колостоми. У зв'язку з цим при первинному огляді лікуючий лікар проводить бесіду, в якій в тактовної формі роз'яснює доцільність накладення колостоми, її необхідність для порятунку життя. Корисні зустрічі з раніше оперованими хворими, які успішно справляються з регулюванням діяльності колостоми і приступили до роботи. Заспокійливо діє на хворого повідомлення про можливість виконання в подальшому реконструктивної операції, спрямованої на ліквідацію протиприродного заднього проходу. Вже в передопераційному періоді хворому слід вселяти думку, що колостома не є перешкодою для повернення до колишнього способу життя і трудової діяльності [Жуковец, Кохнюк, 1998].

Для зменшення негативного впливу на емоційний стан хворого появи першого некерованого стільця в ранньому післяопераційному періоді ми використовуємо клейові калоприймачі, які забезпечують повну герметичність і виключають потрапляння калових мас на пов'язки. Все це дозволяє хворому повірити у можливість успішно керувати евакуаторною функцією товстої кишки.

Важливу роль при наявності стоми слід надавати вибору дієти. При частому виділенні калу підбирають харчовий раціон, що затримує випорожнення кишечника (сир, протерті каші, рис, супи та бульйони, киселі, міцний чай, кава, какао). Корисно в подібних випадках застосовувати м'ясо, рибу, вермішель, білі сухарі, що добре засвоюються і майже не утворюють відходів. Однак не можна допускати тривалої затримки стільця до декількох днів. До продуктів, що сприяють спорожненню кишечника, відносяться чорний хліб, фрукти і овочі, рослинна олія, молоко, кефір, цукор і мед. Заборони чи обмеження будь-якого продукту для людини з колостомою немає. Пацієнт може їсти все, але з урахуванням дії продукту на функцію кишечника. Тому в післяопераційному періоді в домашніх умовах треба самому вивчати вплив різної їжі на роботу кишечника [Виноградов, 1996].

Якщо ж за допомогою режиму харчування і вибору дієти відрегулювати роботу колостоми не вдається, то доцільно проводити щоденні промивання кишечника, тобто ставити клізми через колостому. Ефективність такого прийому досить висока. Якщо після клізми кишечник добре спорожняється, то потім протягом дня ніякого виділення з колостоми не буде.

Після стільця слід обмити окружність колостоми, висушити і прикріпити калоприймач або пояс. Взагалі людям з колостомою доцільно щодня приймати душ. Якщо ж робота кишечника відрегульована за допомогою дієти, режиму харчування або промивання і протягом дня з колостоми не буває виділень, то достатньо носити пояс з ватно-марлевою прокладкою. Таким чином, наявність колостоми жодною мірою не повинно обмежувати активну участь людей в роботі, побуті та сімейному житті.

Важливе значення для реабілітації хворого має стан статевої функції після операції. Слід підкреслити, що у жінок функція статевих органів, якщо вони не були вражені або видалені, як правило, не страждає. Менструальний цикл і дітородна здатність практично не порушуються при виконанні будь-якого хірургічного втручання на прямій кишці. У той же час у чоловіків нерідко відзначається порушення статевої функції в тій чи іншій мірі, причому частота порушень залежить від виду операції, техніки її виконання, поширеності пухлинного процесу та розвитку післяопераційних ускладнень у порожнині малого таза. Найчастіше (у 55-92% хворих) статева функція порушується при екстирпації прямої кишки. Порушення статевої функції у хворих, що перенесли черевно-анальну резекцію, зустрічається в 2 рази рідше (20-25%), ніж у хворих, що перенесли екстирпацію прямої кишки [Бондарь, Бондаренко, 2009].

Щоб відновити функцію органів малого таза, необхідно прагнути до максимального зниження числа післяопераційних ускладнень, таких, як некроз зведеної кишки, запальні процеси, атонія сечового міхура, а також

намагатися якомога менше травмувати навколишні тканини.

Висновки та перспективи подальших розробок

Таким чином в реабілітаційній програмі, спрямованій на відновлення функції ШКТ і загального стану хворих, що перенесли хірургічне лікування з приводу КРР можна виділити наступні положення:

1. Детальне обстеження хворих за допомогою фізикального, лабораторного, рентгенологічного, ендоскопічного, СКТ, МРТ, радіоізотопного, ультразвукового та інших методів.

2. Роз'яснювальна бесіда з хворим лікаря приймального відділення та оперую чого хірурга.

3. Проведення оперативного втручання із поновленням цілісності і природної прохідності кишечника, з максимальним дотриманням правил абластики і асептики.

4. Корекція виявлених метаболічних порушень та змін кишкової флори.

5. Застосування спеціальної дієти та режиму харчування.

6. Щоденний догляд за стомою і промежиною.

7. Іригації товстої кишки.

8. Застосування спеціально розробленого комплексу лікувальної фізкультури, спрямованого на відновлення роботи м'язів замикаючого аппарату прямої кишки.

9. Робота з медичним психологом по спеціально розробленій програмі.

Період після виписки зі стаціонару.

1. Виявлення ускладнень, що виникли в різні терміни після виписки зі стаціонару (стриктур, випадання кишки, грижі).

2. Хірургічна ліквідація стриктур, реконструкція або закриття колостом, ліквідація параколостомічних гриж, випадіння кишки та ін.

3. Відновлювальні операції (відновлення безперервності ШКТ після операції Гартмана і черевно-анальної резекції прямої кишки з колостомою).

4. Продовження комплексу ЛФК

Застосування розробленої програми реабілітаційних заходів у хворих на КРР сприяє суттєвому поліпшенню функціональних результатів лікування і якості життя хворих, що потребує подальших досліджень. Дослідження в даній сфері є перспективним напрямком сучасної онкології.

Список літератури

Бондарь Г.В. Непосредственные результаты хирургического лечения осложненного рака проксимальных отделов прямой кишки / Г.В. Бондарь, Н.В. Бондаренко // Український Журнал Хірургії. - 2009. - № 2. - С. 22-26.

Виноградов Г.А. Реабилитация больных колоректальным раком с постоянной колостомою : автореф. дис. на соискание уч. степени канд.. мед. наук / Виноградов Г.А. - Минск, 1996.

Воробей А. В. Реабилитация стомированных больных / А. В.Воробей, И. Н Гришин // "Белар. Навука". - Минск, 2003. - 190 с.

Дрижак В.І. Медсестринство в онкології / В.І. Дрижак, М.І. Домбрович. - Тернопіль : "Укрмедкнига", 2001. - С 113-124.

Жуковец Л. Г. Применение психотерапии у больных раком прямой кишки / Л. Г. Жуковец, В. Т. Кохнюк // Проблемы реабилитации проктологических больных : материалы 3-й междун. конф. - Минск, 1998. - С. 125-126.

Клінічна онкологія ; за ред. проф. Болюха Б.А., Петрушенко В.В., Ткач А.А. [и др.]. - Вінниця, 2012. - С. 413-423.

Комбіноване лікування хворих на рак ободової кишки : монографія / С.О. Шалімов, О.І. Євтушенко, Д.В. М'ясоєдов, В.В. Приймак. - К. : Четверта хвиля, 2006. - 168 с.

Новиков Г.А. Курс лекций по паллиативной помощи онкологическим больным ; под ред. проф. Г.А. Новикова, акад. РАМН В.И. Чиссова, проф. О.П. Модникова. - Т.1. - М., 2004. - С. 15-20.

Рак в Україні 2011-2012 (Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби) // Бюлетень національного канцер-реєстру. - Київ, 2013. - №14.

Шалимов С.А. Современные направления в лечении колоректального рака: Монографія / С.А. Шалимов, Е.А. Колесник, Ю.Я.Гриневич. - К., 2005. - 112 с.

Яицкий Н.А. Опухоли толстой кишки / Н.А. Яицкий, В.М. Седов, С.В. Васильев. - М., 2004. - 379 с.

Guillem J. Surgical treatment of colorectal cancer / J. Guillem, P. Philip, A. Cohen // CA Cancer J. Clin. - 1997. - Vol. 47, № 2. - P. 113-128.

Van de Velde C.J.H. Surgical aspects of colorectal cancer / Van de Velde C.J.H. // Ann. Oncol. - 2003. - Vol. 14[S3]. - P. 40-41.

Costs of colorectal cancer in different states of the disease / F□rkkil□ N., Torvinen S., Sintonen H. [et al.] // Acta Oncol. - 2014. - Vol. 18. - P. 1-9.

Какарькин А.Я., Ковальчук Б.А., Биктимиров А.В.

ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ОБОДОЧНОЙ И ПРЯМОЙ КИШКИ

Резюме. *В работе проведен анализ отечественной и зарубежной литературы посвященной реабилитации больных, перенесших хирургическое лечение по поводу рака ободочной и прямой кишки. Очерчены основные проблеммы с которыми сталкивается хирург при лечении коло-ректального рака, намечены перспективы для улучшения качества жизни больных. Авторы разработали и рекомендуют к применению комплекс мероприятий по реабилитации больных во время, и после окончания стационарного лечения.*

Ключевые слова: *коло-ректальный рак, хирургическое лечение, реабилитация.*

Kakarkin O.Ya., Kovalchuk B.A., Biktimirov

PROBLEMS AND PROSPECTS IMPROVE QUALITY OF LIFE AND REHABILITATION OF CANCER PATIENTS COLORECTAL

Summary. *The analysis of domestic and foreign literature devoted to the rehabilitation of patients after surgery for cancer of the colon and rectum. Outlined the main problems with which is facing the surgeon in the treatment of colo-rectal cancer, outlined the*

prospects for improving the quality of life of patients. The authors have developed and recommended to use a set of measures for the rehabilitation of patients during and after hospital treatment.
Key words: *colorectal cancer, surgical treatment, rehabilitation.*

Стаття надійшла до редакції 21.04.2015 р.

Какарькін Олександр Якович - к.мед.н., доц. кафедри онкології Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 067 799-76-66; kakarkin@rambler.ru
Ковальчук Богдан Анатолійович - ординатор хірургічного відділення Вінницького обласного клінічного онкологічного диспансеру; +38 094 309-79-00
Біктіміров Олексій Вікторович - ординатор хірургічного відділення Вінницького обласного клінічного онкологічного диспансеру; +38 067 796-90-90