

ОПУХОЛИ ГОЛОВЫ И ШЕИ: рак полости носа, рта и глотки, гортани, щитовидной железы

I. ПРЕДРЕАБИЛИТАЦИЯ

Проведение пререабилитации значительно ускоряет функциональное восстановление, сокращает сроки пребывания в стационаре после операции и снижает частоту развития осложнений и летальных исходов на фоне лечения онкологического заболевания. Преабилитация включает в себя физическую подготовку (ЛФК), психологическую и нутритивную поддержку, информирование больных. Большинству больных показано занятие лечебной физкультурой, в особенности тем из них, у которых имеется выраженная мышечная слабость и высокая утомляемость. Физическая пререабилитация, как правило, состоит из аэробной нагрузки средней интенсивности, которая улучшает толерантность к физическим нагрузкам, улучшает качество жизни и увеличивает тонус мышц.

Проведение лечебной физкультуры на предоперационном этапе уменьшает общее число осложнений в послеоперационном периоде, снижает частоту развития лимфедемы. Программы профилактической гимнастики и обучение тактике глотания до начала лечения может уменьшить нарушения глотания при проведении комплексной противоопухолевой терапии .

Рекомендовано мониторинг питательного статуса у пациентов, которые имеют достоверную потерю массы тела (5% от исходной массы тела за предыдущий месяц или 10% от исходной массы тела за предшествующие 6 месяцев), а также при нарушении функции глотания вследствие болевого синдрома или опухолевого поражения. Таким больным необходимо проведение нутритивной поддержки. Предпочтительный способ - пероральное питание (сиппинг). При невозможности или неадекватности перорального питания необходима установка назогастрального зонда или наложение временной чрескожной (перкутанной) эндоскопической гастростомы (ПЭГ). При невозможности использования энтерального питания показано проведение парентерального питания. Калорийность рациона должна составлять 25-30 ккал/кг массы тела в сутки, доза белка - 1,0-1,5 г/кг массы тела в сутки. Необходимо восполнение суточной потребности в витаминах и микроэлементах. Предпочтительнее использовать готовые смеси, обогащенные белком и омега-3 жирными кислотами. Их использование достоверно снижает частоту инфекционных осложнений в послеоперационном периоде.

Профилактическая установка назогастрального зонда или ПЭГ не рекомендована при нормальном питательном статусе, незначительной потере массы тела, отсутствии обструкции дыхательных путей, тяжелой дисфагии. Однако эти больные нуждаются в последующем мониторинге калорийности рациона и оценке динамики массы тела на протяжении всей противоопухолевой терапии. При необходимости во время противоопухолевого лечения или после его окончания может быть установлена временная ПЭГ или назогастральный зонд.

Показаниями для профилактической установки назогастрального зонда или наложения ПЭГ являются: 1) достоверная значительная потеря массы тела (5% от исходной массы тела за предыдущий месяц или 10% от исходной

массы тела за предшествующие 6 месяцев); 2) имеющаяся дегидратация, дисфагия, анорексия, болевой синдром, который ограничивает способность больного достаточно питаться или пить; 3) значимые коморбидные и морбидные состояния, которые могут усугубляться обезвоживанием, гипокалорийным рационом, невозможностью проглатывания необходимых медикаментов; 4) аспирационный синдром, особенно у пожилых людей или у пациентов, имеющих сердечно-легочную недостаточность; 5) пациенты, у которых вероятны длительные нарушения глотания, в том числе ожидаемые при проведении облучения. Однако следует учитывать и другие факторы риска нарушения функции глотания.

Для поддержания функции глотания во время и после проведения противоопухолевой терапии при сохраненном акте глотания и отсутствия опасности аспирации показано естественное питание. Следует учитывать, что изменения функции глотания могут появиться в течение всего времени лечения и после его окончания и должны быть отслежены в течение всей жизни пациента.

Нутритивно-метаболическая реабилитация показана при наличии хотя бы одного из указанных факторов: непреднамеренном снижении веса за последние 3 месяца (потеря 10% и более), индексе массы тела менее 18,5 кг/м², ухудшении возможности приема пищи за последнюю неделю, низкого объема пищи (калорийность менее 1500 ккал/сутки). Предпочтительный способ - пероральное питание (сиппинг). При невозможности или неадекватности перорального питания необходима установка назогастрального зонда или наложение временной гастростомы. Калорийность рациона должна составлять 25-30 ккал/кг массы тела в сутки, доза белка - 1,0-1,5 г/кг массы тела в сутки. Необходимо восполнение суточной потребности в витаминах и микроэлементах. Предпочтительнее использовать готовые смеси, обогащенные белком, омега-3 жирными кислотами, аргинином и РНК. Их использование достоверно снижает частоту инфекционных осложнений в послеоперационном периоде. Адекватная питательная поддержка в течение, как минимум, 7 суток снижает число послеоперационных осложнений и длительность пребывания в стационаре.

II. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

ПЕРВЫЙ ЭТАП РЕАБИЛИТАЦИИ

Ранняя мобилизация пациентов с первых-вторых послеоперационных суток (активизация и вертикализация), является безопасным, уменьшает длительность пребывания в стационаре, снижает число нехирургических осложнений и не увеличивает общее количество послеоперационных осложнений.

Дыхательная гимнастика в совокупности с ранней активизацией снижает длительность пребывания в стационаре и число послеоперационных осложнений.

Ранняя мобилизация (вертикализация, выполнение комплекса ЛФК с аэробной, упражнениями на сопротивление под контролем инструктора) безопасно, не увеличивает число послеоперационных осложнений, улучшает функциональные возможности пациента

Купирование болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде имеет мультидисциплинарный характер. Сочетание обезболивающей терапии и физиотерапии, ЛФК, лечения положением, методами психологической коррекции, чрескожной электростимуляции и применением акупунктуры дает хорошие результаты.

Массаж в послеоперационном периоде у пациенток, перенесших операцию на органах головы и шеи значительно улучшает качество жизни.

В предоперационном периоде и в раннем послеоперационном периоде необходима консультация логопеда, который назначает комплекс специальных упражнений для восстановления функции глотания и обучения больного способности говорить. Для логопедической реабилитации существует ряд ограничений: нельзя проводить активную функциональную тренировку в раннем послеоперационном периоде, на этапе первичного заживления и при возникновении свищей. Недопустимо нарушение режима функциональных тренировок.

Восстановление функции глотания возможно за счет восстановления двигательной функции сохранных анатомических структур, а также подвижности пересаженных тканей при адекватно выполненной пластике. Для восстановления функции глотания должны использоваться упражнения на увеличение объема движения и силы мышц и на усиление произвольного контроля над временем и координацией глотка. Важна и поструральная поддержка, т. е. следует найти подходящую позу во время глотка. Дополнительно используются фонетические техники (например, соскальзывание на фальцет), глотательные маневры (например, глоток с усилием), подбор текстур для глотания.

Для улучшения функции дыхания, особенно после наложения трахеостом, рекомендовано использование координация вдоха и выдоха, совершение вдоха, достаточного для высказывания, поиск оптимального положения тела, паузация и дыхательные упражнения. Работа над дыханием строится по принципу восхождения от простого к сложному. Сначала предлагается сдувать легкие предметы с ладони и стола, отрабатывается последовательность фаз вдоха и выдоха, наращивается фаза выдоха, затем подключается фонационный выдох и также отрабатывается диафрагмальное дыхание. Во время функциональной тренировки выполняются упражнения для всех органов артикуляции: губы, щеки, язык, дно полости рта, твердое небо, мышцы мягкого неба, мышцы глотки и наружные мышцы шеи.

Для создания компенсаторных механизмов речепроизводства выполняются артикуляционные упражнения в динамике и в статике с постепенным увеличением нагрузки. Начинают с упражнений, активизирующих движения губ, затем переходят к упражнениям для нижней челюсти и к артикуляционной гимнастике для языка, опираясь на фантомные ощущения утраченного органа.

Для устранения нарушений резонанса в послеоперационном периоде, проявляющемся в появлении гиперназальности и носовой эмиссии, выполняются упражнения, способствующие активизации небной занавески и небных дужек, выработке пластичности и растяжимости тканей мягкого неба с одновременным напряжением мышц

задней стенки глотки и мышц мягкого неба. Цель этих упражнений - обеспечить максимально возможное небоно-глоточное смыкание .

ВТОРОЙ ЭТАП РЕАБИЛИТАЦИИ

Выполнение комплексов ЛФК после проведения радикального хирургического лечения по поводу рака головы и шеи безопасно, способствует быстрейшему восстановлению физической формы и улучшает качество жизни.

Поддержание стабильной массы тела и активный образ жизни увеличивают сроки общей выживаемости. Цель - аэробная нагрузка умеренной интенсивности 3-5 раз в неделю (суммарно 150 минут в неделю) в сочетании с тренировками на сопротивление 2-3 раза в неделю. Упражнения на сопротивление должны вовлекать основные группы мышц (8-10 групп мышц, 8-10 повторений, 2 подхода). Каждый сеанс должен включать в себя разминку и заминку.

ТРЕТИЙ ЭТАП РЕАБИЛИТАЦИИ

С целью преодоления тризма - тонического спазма группы жевательных мышц, который приводит к ограничению подвижности височно-нижнечелюстного сустава, - применяются упражнения, регулирующие степень открытия рта. Это статические, динамические упражнения и упражнения на сопротивление. Движения выполняются не только в плоскости опускания и поднятия челюсти. Для восстановления функции необходимы также другие движения: боковые, передние, задние и круговые.

Раннее выявление и начало терапии при лимфедеме области головы и шеи помогает избежать проблем, связанных с речью, дыханием, глотанием. Наибольшая эффективность терапии лимфедемы после комбинированного лечения опухолей головы и шеи отмечается при использовании всего комплекса противозастойной терапии.

Полная противоотечная терапия (complete decongestive therapy) считается «золотым стандартом» в лечении лимфедемы всех локализаций. Она включает лечебную физкультуру (ЛФК), компрессионную терапию, мануальный лимфодренаж и уход за кожей.

В лечении лимфедемы области головы и шеи ведущую роль играет мануальный лимфодренаж.

Эффективна низкочастотная магнитотерапия в сочетании с полной противоотечной терапией.

Специальный комплекс ЛФК для области лица, шеи, верхнего плечевого пояса и верхней половины грудной клетки также необходим в лечении лимфедемы. Он позволяет увеличить объем движений в суставах, предотвратить развитие фиброзных осложнений и тугоподвижности, которые нередко сопровождают лимфедему. Кроме того, выполнение комплекса ЛФК компенсирует слабость мышц, которая обусловлена длительным приемом размягченной и жидкой пищи, нарушениями речи и ограниченной физической активностью. выполнение комплекса ЛФК компенсирует слабость мышц, которая обусловлена длительным приемом размягченной и жидкой пищи, нарушениями речи и ограниченной физической активностью.

Уменьшение отека происходит быстрее при использовании низкоинтенсивной лазеротерапии в комбинации с полной противозастойной терапией.

II. ХИМИОТЕРАПИЯ

Противоопухолевое лечение рака головы и шеи вызывает психологический дистресс, тревогу, депрессию, что ухудшает качество жизни пациентов, что требует поддержки онкопсихолога.

Выполнение упражнений с нагрузкой уменьшают слабость, улучшают качество жизни и психологическое состояние пациентов, получающих адьювантную химиотерапию. Раннее начало физических нагрузок на фоне химиотерапии помогает профилактике мышечной слабости, возникновению и прогрессированию саркопении, снижению толерантности к физической нагрузке.

Проведение комплекса ЛФК с включением в него аэробной нагрузки, элементов Тайчи в течении 4 месяцев на фоне химиотерапии увеличивает жизненную емкость легких, насыщенность крови кислородом, силу мышц, объем движений в крупных суставах, снижает индекс массы тела.

Для уменьшения утомляемости и повышения выносливости на фоне проведения химиолучевой терапии рекомендовано проведение ЛФК. Оптимальный эффект дают аэробные упражнения средней интенсивности в сочетании с упражнениями на сопротивление.

Сочетание ЛФК с психологической поддержкой в лечении слабости на фоне химиотерапии эффективнее, чем изолированная медикаментозная коррекция.

Проведение курса массажа в течение 6 недель уменьшает слабость на фоне комбинированного лечения .

Упражнения на тренировку баланса более эффективны для коррекции полинейропатии, чем сочетание упражнений на выносливость и силовых упражнений.

Шестинедельный курс спортивной ходьбы помогает контролировать клинические проявления полинейропатии.

Рекомендуется применение низкоинтенсивной лазеротерапии в лечении периферической полинейропатии на фоне химиотерапии.

Рекомендована низкочастотная магнитотерапия в лечении периферической полинейропатии на фоне химиотерапии.

Рекомендована чрескожная электростимуляция в течении 20 минут в день 4 недель для лечения полинейропатии на фоне химиотерапии.

Рекомендована низкоинтенсивная лазеротерапия в профилактике мукозитов полости рта на фоне химиотерапии.

Возможно проведение низкоинтенсивной лазеротерапии в лечении стоматита, возникшего на фоне химиотерапии.

Применение криотерапии позволяет проводить профилактику алопеции на фоне химиотерапии.

Низкоинтенсивная лазеротерапия помогает проводить профилактику выпадения волос и ускоряет их рост после

проведения химиотерапии.

III. ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ

Через 3 дня после начала лучевой терапии рекомендовано подключить низкоинтенсивную лазеротерапию, 3 дня в неделю для профилактики лучевого дерматита.