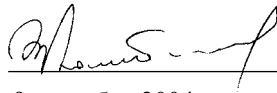


**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель министра здравоохранения



В.В. Колбанов

9 сентября 2004 г.

Регистрационный № 222–1203

**ТЕХНОЛОГИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ
РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ,
ПОЛУЧАЮЩИХ СУПРЕССИВНУЮ
ТЕРАПИЮ L-ТИРОКСИНОМ**

Инструкция по применению

Учреждения-разработчики: Научно-исследовательский клинический институт радиационной медицины и эндокринологии, Научно-исследовательский институт медико-социальной экспертизы и реабилитации

Авторы: Е.В. Толстая, Т.Н. Глинская, О.М. Радюк, С.В. Альшевская, С.С. Корытько

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

1. Наличие психологических нарушений, нарушений со стороны вегетативного гомеостаза и сердечно-сосудистой системы или высокой степени риска развития данных нарушений у больных раком щитовидной железы, получающих супрессивную терапию L-тироксинам.

2. Наличие сопутствующих осложнений и инвалидизирующих последствий основного заболевания и проводимого лечения у больных раком щитовидной железы, получающих супрессивную терапию L-тироксинам (гипопаратиреоз, парез возвратных гортанных нервов и др.).

НЕОБХОДИМОЕ ОБОРУДОВАНИЕ

1. Оборудование для проведения клинично-функциональных исследований по оценке состояния сердечно-сосудистой системы и вегетативного статуса (электрокардиография, кардиоинтервалография, нагрузочное тестирование — велоэргометрия или тредмил-эргометрия), а также для изучения и оценки психологического статуса (тестовый материал);

2. Для проведения реабилитационных мероприятий в ЛПО необходимо наличие оснащенного зала (кабинета) лечебной физкультуры (ЛФК), физиотерапевтического кабинета, кабинета фитотерапии, кабинета психотерапии.

ТЕХНОЛОГИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ПОЛУЧАЮЩИХ СУПРЕССИВНУЮ ТЕРАПИЮ L-ТИРОКСИНОМ

В постчернобыльский период отмечен рост заболеваемости населения Республики Беларусь (в том числе детей и подростков) раком щитовидной железы. Постановка онкологического диагноза, оперативное и комбинированное (с применением лучевой терапии) лечение с последующей супрессивной терапией ведут к возникновению у больных ряда синдромов, дезадаптирующих функции многих органов и систем.

У больных с карциномой щитовидной железы в различные периоды развития патологического процесса появляются нарушения

со стороны определенных органов и систем, ведущие к дезадаптации организма, ухудшению качества жизни. Наличие и выраженность таких нарушений обусловлена как самим онкологическим заболеванием (тяжесть и распространенность), так и специальным лечением рака щитовидной железы (хирургическое лечение, лучевая терапия). В частности, это послеоперационные и постлучевые осложнения (первичный гипотиреоз, гипопаратиреоз, парез возвратного нерва, пневмофиброз и т. д.), побочные эффекты супрессивной терапии L-тироксина, осложнения заместительной терапии препаратами кальция и производными витамина D, психологическая травма как реакция на онкологический диагноз и проводимое лечение. В то же время онкологический прогноз при данной форме злокачественного новообразования относительно благоприятный. Тем важнее обеспечить излеченным от рака лицам полноценное и максимально независимое существование.

Цель реабилитации больных раком щитовидной железы — восстановление соматического здоровья, профилактика психологической и социальной дезадаптации, улучшение качества жизни.

Технология медицинской реабилитации больных раком щитовидной железы, получающих супрессивную терапию L-тироксина, включает в себя *медико-психологическую* и *медико-профессиональную* реабилитацию.

Отбор лиц, больных раком щитовидной железы, для медицинской и психологической реабилитации проводится на всех этапах лечения, реабилитации и диспансерного наблюдения. Отбор для осуществления медико-профессиональной реабилитации может проводиться на стационарном и амбулаторно-поликлиническом этапах реабилитации.

Для выявления указанных нарушений проводится психологическое обследование, изучение клинко-функционального состояния сердечно-сосудистой системы и вегетативного статуса.

Критериями отбора для проведения комплексной реабилитации являются:

1. Состояние после хирургического или комбинированного лечения.
2. Проведение супрессивной терапии тироксином.

3. Наличие осложнений или высокой степени риска развития психологических нарушений и осложнений от проведения супрессивной терапии (нарушения со стороны вегетативного гомеостаза и сердечно-сосудистой системы).

4. Наличие сопутствующих осложнений и инвалидизирующих последствий основного заболевания и проводимого лечения, нарушающих качество жизни (гипопаратиреоз, парез возвратных гор- танных нервов и др.).

Критериями отбора для проведения медико-профессиональной реабилитации являются проблемы в выборе показанной профессии или специальности для профобучения у подростков и молодых людей, а также наличие медицинских противопоказаний к выполняемой ранее работе либо частичная или полная утрата профессиональной трудоспособности, возникшие после выявления и лечения рака щитовидной железы у лиц трудоспособного возраста.

Психологические критерии, свидетельствующие о наличии психологических нарушений:

1. Предъявление больным психологических проблем.
2. Наличие психических или поведенческих расстройств.
3. Жалобы родственников, учителей (для учащихся и студентов) и медицинского персонала на поведенческие нарушения.

4. Признаки психологической дезадаптации, выявляемые при объективном осмотре (повышенная тревожность, депрессия, агрессивность, астения и др.).

5. Признаки психологической дезадаптации, выявляемые при психологическом тестировании:

– высокий уровень личностной и ситуационной тревожности по тесту Спилбергера — Ханина (46 баллов и более);

– высокие уровни тревоги и депрессии, выявляемые по вопросу Гольберга;

– высокий уровень тревожности по тесту Шихана (более 20 баллов);

– высокий уровень депрессии по вопросу Бека (более 16 баллов);

– вытеснение основных цветов на последние позиции в тесте Люшера.

Диагностика психических и поведенческих расстройств осуществляется врачом-психотерапевтом (психиатром, психоневрологом); предварительная диагностика может проводиться врачами общей практики. Консультация психотерапевта (психиатра, психоневролога) проводится по направлению (заключению) онколога, эндокринолога, педиатра, терапевта, реабилитолога. Углубленное психологическое обследование проводится медицинским психологом по направлению психотерапевта или психиатра.

Клинико-функциональными критериями, свидетельствующими о наличии неблагоприятных последствий супрессивной терапии, являются:

1. Жалобы, а также клинические признаки, характерные для вегетативных дисфункций (вегетативные пароксизмальные нарушения, кардиалгический и аритмический (дизритмический) синдромы, синдром артериальной гипертензии, синдром артериальной гипотензии, синдром лабильности артериального давления, синдром электрокардиографических нарушений и др.).

2. Нарушения сердечно-сосудистой системы, выявляемые клинически, в том числе миокардиодистрофия, ишемическая болезнь сердца, снижение функциональных возможностей сердечно-сосудистой системы по результатам нагрузочных проб (велоэргометрия, тредмилэргометрия, лестничная проба, проба Кушелевского, проба по Шалкову, реакция на физическую нагрузку при кардиоинтервалографии).

К сопутствующим осложнениям и инвалидизирующим последствиям основного заболевания и проводимого лечения, нарушающим качество жизни, относятся:

– гипопаратиреоз (жалобы на парестезии и судороги, характерные для гипопаратиреоза, положительные пробы Хвостека, Труссо, снижение в сыворотке крови уровня кальция и его ионизированной фракции, рост содержания фосфатов в сыворотке крови);

– нарушение функции голосовых связок (послеоперационный одно- или двусторонний парез либо паралич возвратных гортанных нервов, парез подъязычных нервов), наличие трахеостомы;

– шейно-плечевой плексит, синдром Горнера;

– гипотиреоз (клинические и биохимические признаки) при длительном перерыве в приеме препаратов заместительной и супрессивной терапии¹;

– осложнения дистанционной лучевой терапии и радиоiodтерапии (нарушения кожной чувствительности, фиброз кожи и подкожной клетчатки, ларингит, эзофагит, сиалоаденит, гастрит, гемоцитопения, миелодепрессия, иммунодепрессия, дисфункция яичников, атрофия яичек, пневмофиброз);

– рубцово-спаечный процесс в области раны, в том числе келоидный рубец.

Отбор и направление больных в отделение медицинской реабилитации проводится ВКК ЛПО.

Оценка жалоб и простейших клинико-функциональных показателей у больных раком щитовидной железы осуществляется при проведении специального лечения, при диспансерном наблюдении в соответствующие сроки² либо по обращаемости.

Выявление нарушений психологического и/или соматического статуса у данной группы больных проводится специалистами как участковой службы, так и специализированных кабинетов ЛПУ онкологического, эндокринологического, оториноларингологического и психоневрологического профиля. Психологические нарушения у подростков могут быть выявлены школьными психологами.

При выявлении показаний к проведению медицинской реабилитации обязательно определяется наличие реабилитационного потенциала, учитывается его степень.

Критерии определения *высокого* реабилитационного потенциала следующие:

1. Относительно благоприятный онкологический прогноз (благоприятный гистологический вариант опухоли (папиллярная и фолликулярная карцинома); небольшие размеры опухоли и отсутствие

¹ Причинами гипотиреоза могут быть: отмена тироксина по медицинским показаниям (перед проведением радиоiodдиагностики или радиоiodтерапии), самостоятельный отказ больного от приема тироксина, нарушение усвоения тироксина, отсутствие препарата, низкая рекомендованная доза и др.

² Сроки диспансерного наблюдения регламентированы приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 280 от 04.11.1997 г.

метастазов; проведено радикальное лечение (хирургическое, комбинированное); отсутствие рецидива и прогрессирования онкологического заболевания).

2. Отсутствие осложнений основного заболевания и специального лечения.

3. Достижение медикаментозного эутиреоза и стойкой медикаментозной супрессии тиреотропного гормона (ТТГ) (уровень ТТГ — не более 0,3 МЕ/л).

4. Отсутствие осложнений или наличие корригируемых осложнений супрессивной терапии тироксином.

5. Сохранение или частичная утрата профессиональной трудоспособности и наличие положительной установки на проведение реабилитации и трудовую деятельность (учебу).

6. Благоприятные социальные факторы (в том числе социальная и психологическая поддержка семьи).

7. Возраст пациента — менее 60 лет.

Критериями определения *среднего* реабилитационного потенциала являются:

1. Относительно благоприятный онкологический прогноз (благоприятный гистологический вариант опухоли (папиллярная и фолликулярная карцинома), однако опухоль больших размеров, метастазы в паратрахеальные и шейные лимфоузлы; проведено радикальное лечение (хирургическое, комбинированное); отсутствие рецидива и прогрессирования заболевания либо эффективность повторных курсов радиойодтерапии).

2. Наличие одного или нескольких осложнений основного заболевания и лечения, достижение его (их) компенсации или субкомпенсации.

3. Достижение медикаментозного эутиреоза без полной медикаментозной супрессии ТТГ.

4. Наличие не полностью корригируемых осложнений супрессивной терапии.

5. Частичная утрата профессиональной трудоспособности и необходимость формирования положительной установки на проведение реабилитации и трудовую деятельность (учебу).

6. Наличие неблагоприятных социальных факторов (в том числе недостаточная социальная и психологическая поддержка семьи).

7. Возраст пациента — менее 60 лет.

Критериями определения *низкого* реабилитационного потенциала являются³:

1. Неблагоприятный или относительно неблагоприятный онкологический прогноз независимо от возраста больного (неблагоприятный гистологический вариант опухоли (низкодифференцированный вариант, медуллярный рак и др.), опухоль больших размеров с наличием регионарных и отдаленных метастазов; проведено нерадикальное лечение (хирургическое, комбинированное); рецидив и прогрессирование заболевания, неэффективность или недостаточная эффективность радиойодтерапии, химиотерапии).

2. Наличие осложнений основного заболевания и лечения без достижения их субкомпенсации.

3. Невозможность достижения медикаментозного эутиреоза, отсутствие медикаментозной супрессии ТТГ.

4. Наличие выраженных осложнений супрессивной терапии, с трудом поддающихся коррекции.

5. Наличие сопутствующей патологии, не являющейся следствием (проявлением) основного заболевания, проводимого специального лечения и супрессивной терапии, с выраженным нарушением функции органа или системы.

6. Утрата профессиональной трудоспособности.

7. Отсутствие положительной установки на проведение реабилитации, наличие неблагоприятных социальных факторов.

8. Возраст пациента — более 60 лет.

Комплексная реабилитация⁴ проводится в отделениях ранней медицинской реабилитации, на базе многопрофильных отделений медицинской реабилитации, а также в условиях амбулаторно-поликлинических отделений медицинской реабилитации.

³ Наличие сочетания любых трех признаков определяет низкий реабилитационный потенциал.

⁴ Мероприятия по выявлению и коррекции ранних осложнений приведены в методических рекомендациях «Медицинская реабилитация больных раком щитовидной железы и подходы к медико-социальной экспертизе» (МГМИ, БелНИИ ЭТИН). — Мн., 1999. — 20 с.

Ранняя медицинская реабилитация (сразу после завершения оперативного лечения и выписки из стационара на 8–14-й день или в ближайшие 1–3 мес.) проводится на базе специализированного отделения ранней медицинской реабилитации больных после хирургического лечения заболеваний щитовидной железы, а также на базе многопрофильных отделений медицинской реабилитации.

На реабилитацию направляются больные после радикального хирургического лечения, в том числе повторного (послеоперационный период) и комбинированного. Полноценная реабилитация возможна лишь для больных, получающих терапию тироксином в заместительных или супрессивных дозах.

У лиц с глубоким гипотиреозом (содержание ТТГ — 20–30 МЕ/л и выше) проведение мероприятий психологической реабилитации и ряда других реабилитационных мероприятий резко затруднено.

При поступлении пациента после гемитиреоидэктомии, субтотальной тиреоидэктомии, а также тотальной тиреоидэктомии (ТТЭ) после проведения радиоiodтеста (радиоiodдиагностики, радиоiodтерапии) в стационаре проводятся: коррекция ранних осложнений, профилактика их прогрессирования, профилактика образования (лечение) рубцово-спаечного процесса в области послеоперационной раны, обучение в школе больного раком щитовидной железы, оценка тиреоидного статуса, подбор адекватной супрессивной (реже — заместительной) дозы L-тироксина, контроль степени супрессии, профилактика осложнений супрессивной терапии, психологическая реабилитация и психосоциальная адаптация, коррекция имеющихся нарушений соматического статуса.

При поступлении пациента с ТТЭ до проведения радиоiodтеста возможны лишь коррекция ранних осложнений, осуществление мероприятий по профилактике их прогрессирования, а также частичная коррекция имеющихся нарушений соматического и психологического статуса.

Противопоказания к направлению в стационар для ранней медицинской реабилитации:

1. Абсолютно неблагоприятный онкологический прогноз, абсолютно неблагоприятный прогноз в отношении жизни на ближайшее время.

2. Необходимость активного специального лечения, в том числе повторного (за исключением плановой радиоiodтерапии), то есть хирургического лечения, дистанционной лучевой терапии или полихимиотерапии.

3. Направление на раннюю медицинскую реабилитацию накануне проведения радиоiodдиагностики и повторных курсов радиоiodтерапии (на фоне глубокого гипотиреоза), а также сразу после проведения курса радиоiodтерапии (глубокий гипотиреоз, экскреция радиоактивного йода) (до 6–7 недель).

4. Постоянная зависимость от окружающих при осуществлении нерегулируемых потребностей (инвалиды 1-й группы, нуждающиеся в постоянном уходе).

5. Выраженная умственная отсталость и наличие психических расстройств.

6. Возраст пациента — более 60 лет.

В отношении вышеперечисленного медицинская и психологическая реабилитация оказываются на амбулаторно-поликлиническом этапе; необходим индивидуальный подход.

Реабилитация в амбулаторно-поликлинических условиях осуществляется на базе эндокринологических, онкологических, кардиологических, психоневрологических диспансеров, диспансера радиационной медицины, отделений медицинской реабилитации и дневных стационаров поликлиник, на базе врачебных амбулаторий⁵.

Цель этапа — профилактика возникновения рецидивов болезни либо их раннее выявление, профилактика, своевременное выявление нарушений, оценка степени их выраженности, а также своевременная коррекция.

Решение о направлении пациента на курс медицинской и психологической реабилитации принимается узким специалистом, врачом-реабилитологом или ВКК, врачебно-отборочной комиссией.

Контингент больных раком щитовидной железы, направляемых на амбулаторно-поликлинический этап медицинской (в том числе психологической) реабилитации, составляют:

⁵Порядок диспансеризации больных раком щитовидной железы (с учетом онкологического прогноза) регламентирован приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 280 от 04.11.1997 г.

1. Лица после хирургического или комбинированного лечения рака щитовидной железы, завершившие курс реабилитации на стационарном этапе и нуждающиеся в дальнейшем проведении реабилитации в амбулаторно-поликлинических условиях (цель — коррекция сохраняющихся неврологических нарушений, рубцовых изменений, гипопаратиреоза, осложнений супрессивной терапии — вегетативных расстройств, сердечно-сосудистых нарушений, психологических нарушений; а также при трудно достижимой супрессии, при субкомпенсированном гипотиреозе).

2. Лица после хирургического или комбинированного лечения рака щитовидной железы, у которых на момент диспансерного (либо по обращаемости) осмотра выявляются легкие или умеренные нарушения (соматические, психологические, неврологические, в том числе осложнения супрессивной терапии) без признаков прогрессирования основного заболевания.

3. Лица после хирургического или комбинированного лечения рака щитовидной железы, первично направляемые на амбулаторно-поликлинический этап (с наличием противопоказаний к направлению на стационарный этап медицинской реабилитации): лица нетрудоспособного возраста, с низким реабилитационным потенциалом, после проведения курса радиойодтерапии (до 6–8 недель), больные, нуждающиеся в активном специальном лечении, между его курсами (полихимиотерапия), лица с умственной отсталостью или с другими психическими нарушениями.

4. Лица с неблагоприятным онкологическим прогнозом (в том числе при неэффективности специального лечения) для проведения психотерапии и психологической коррекции, общеукрепляющих мероприятий.

Повторные курсы стационарной реабилитации проводятся:

– после повторного специального лечения или тяжелых диагностических процедур (повторные операции, радиойоддиагностика, радиойодтерапия и др.);

– при развитии клинико-метаболической декомпенсации (гипотиреоз, гипопаратиреоз), после купирования urgentных состояний;

– при появлении осложнений (нарушения ритма, вегетативные кризы, гипертонические кризы, выраженные пограничные психи-

ческие расстройства, ишемическая болезнь сердца и др.) после купирования urgentных состояний.

Лица после повторного хирургического, лучевого или комбинированного лечения с осложнениями проводимой терапии должны направляться в специализированные отделения медицинской реабилитации (онкологические диспансеры, клиника РНПЦ радиационной медицины и экологии человека в г. Гомеле), территориальные многопрофильные отделения медицинской реабилитации.

Стационарные курсы реабилитации при возникновении общесоматической патологии (в том числе осложнений супрессивной терапии) проводятся в многопрофильных отделениях медицинской реабилитации, отделениях медицинской реабилитации терапевтических стационаров; кроме того, существует ряд реабилитационных коек в стационарах, имеющих эндокринологические отделения.

Проведение стационарных курсов реабилитации при возникновении выраженных аффективных расстройств осуществляется в стационарах психоневрологических диспансеров и психиатрических больниц (отделения неврозов), в психотерапевтических отделениях многопрофильных стационаров, где основными задачами реабилитации являются ликвидация выраженных аффективных расстройств, восстановление или снижение степени выраженности нарушений функций, возникших в результате сопутствующей патологии.

Медико-профессиональное консультирование больных раком щитовидной железы осуществляется врачами-педиатрами, работающими с подростками, кабинетами медико-профессиональной реабилитации в составе МРЭК либо при областных больницах, Республиканским консультативным центром, отделением профконсультаций, центром медико-профессиональной реабилитации детей-инвалидов НИИ медико-социальной экспертизы и реабилитации по направлению МРЭК и ВКК поликлиник. Медико-профессиональная реабилитация осуществляется в соответствии с разделом программы реабилитации инвалида (формируется на МРЭК) учреждениями как системы здравоохранения, так и заинтересованных ведомств (Министерство образования, Министерство труда и социальной защиты).

Задачи:

1. Проведение экспертизы профессиональной пригодности по медицинским показаниям и противопоказаниям, а при отсутствии профессии (подростки, молодые лица, не имеющие профессии) — профессиональной ориентации. Для чего выясняются профессиональные намерения либо изучаются профессиональные склонности, в том числе у лиц, утративших профессиональную трудоспособность в имевшейся ранее профессии.

2. Подбор новой профессии с учетом имеющихся профессиональных навыков. Изучение и оценка профессионально значимых функций, необходимых для прогнозирования успешности овладения новой профессией. Определение показаний для проведения тренировки профессионально значимых функций (при наличии возможности их коррекции и совершенствования), в том числе с использованием трудотерапии.

3. Подбор показанных профессий для овладения либо специальностей для профессионального обучения с учетом сформированных профессиональных намерений, имеющегося состояния здоровья и состояния профессионально значимых функций.

4. Конкретные рекомендации по трудоустройству на конкретном рабочем месте с указанием показанных условий и режима труда на основе оценки класса гигиенической опасности по показателям тяжести и напряженности труда, наличия вредных и опасных факторов производственной среды (по материалам профессиографических характеристик и результатов аттестации рабочих мест). При этом учитывается наличие таких факторов, как сменность работы, продолжительность рабочего дня, темп, рабочая поза, характер движений и нагрузки на определенные группы мышц, энергоемкость, нервно-психическая нагрузка и т. д. Рекомендации по организации трудового процесса — пациент нуждается в специальных условиях труда.

5. Рекомендации по организации профессионального обучения (необходимость специальных условий для обучения, продолжительность обучения, режим, требования к прохождению производственной практики и т. д.).

6. Рекомендации пациенту о необходимых для него мероприятиях медико-профессиональной реабилитации, включаемых в индивидуальную программу реабилитации (ИПР).

У больных раком щитовидной железы, получающих супрессивную терапию тироксином, основными мероприятиями по коррекции и тренировке профессионально значимых функций являются:

– логопедические и фонетические занятия при парезах возвратного и подъязычного нервов;

– овладение техникой правильного дыхания и речи при трахеостоме;

– эрготерапия, трудотерапия, стимуляция мелкой моторики, механотерапия, медикаментозная терапия и физиотерапевтические мероприятия при послеоперационных плекситях;

– эрготерапия, трудотерапия, механотерапия в тренирующем режиме при гипопаратиреозе на фоне адекватной заместительной терапии;

– тренировка памяти, внимания, мышления;

– дозированные физические тренировки с целью повышения общей физической работоспособности.

Медицинская реабилитация проводится на основе базовой реабилитационной программы, включающей в себя следующие составляющие:

1. Режим дня.

2. Диетотерапия.

3. Медикаментозная терапия (базовая — заместительная и супрессивная гормональная терапия, вспомогательная — коррекция сопутствующих нарушений и стимуляция механизмов саногенеза).

4. Физическая реабилитация: кинезотерапия (активная и пассивная), эрготерапия, аппаратная физиотерапия, бальнеолечение.

5. Психологическая реабилитация.

Мероприятия на *этапе ранней медицинской реабилитации* после выполнения радиойодтеста:

1. Охранительный (тренирующий) режим.

2. Диетотерапия (диета, богатая кальцием, микроэлементами и витаминами).

3. Медикаментозная терапия:

– подбор адекватной супрессивной (реже — заместительной) дозы L-тироксина под контролем степени супрессии;

– подбор оптимальной дозы препаратов кальция и витамина D при гипопаратиреозе;

– при парезе возвратных нервов, шейно-плечевом плексите, нейропатии добавочного нерва — внутримышечное введение

0,05% раствора прозерина 1,0 мл, витамина В₆ 5% — 1,0 мл и витамина В₁ 6% — 1,0 мл (20 инъекций);

– специальный терапевтический комплекс в кабинете оториноларинголога при парезах возвратного нерва: орошение гортани сложным комплексом масел (оливковое масло — 30 г, картолин — 30 г, терпентинное масло — 10 г, ментоловое — 10 г, облепиховое — 10 г, камфорное — 10 г; всего — 100 г) с одновременным наружным массажем гортани и последующими фонопедическими упражнениями;

– по показаниям препараты, необходимые для коррекции имеющихся вегетативных нарушений и нарушений со стороны сердечно-сосудистой системы, с подбором индивидуальной схемы;

– иммунокорректирующие препараты (в зависимости от типа иммунных нарушений);

– препараты для активации саногенетических механизмов: комплексы витаминов, микроэлементов и незаменимых аминокислот, адаптогены, антиоксиданты, антигипоксанты, нейротрофические препараты, а также фитотерапия (сборы трав адаптогенного действия, витаминные, успокаивающие и мочегонные сборы).

4. Кинезотерапия, включающая ЛФК (специальные комплексы при вегетативных и сердечно-сосудистых нарушениях в адаптивном режиме), дыхательную гимнастику, массаж местный по заключению онколога (при гипопаратиреозе), гидрокинезотерапия по заключению онколога, после заживления операционной раны — купание в бассейне, плавание.

5. Физиотерапия:

– при парезах нервов и развитии рубцово-спаечного процесса применяются токи Бернара на ложе щитовидной железы в режиме синкопа с катода по 10 мин или синусоидальные модулированные токи от амплипульса (режим — выпрямленный, частота — 30 Гц, глубина модуляции — 75%, 10 мин, 10 процедур). Целесообразно проводить 3 курса с интервалом в 1 мес.;

– аэроионотерапия — для активации саногенетических механизмов и повышения неспецифической резистентности организма;

– электропроцедуры для коррекции вегетативных дисфункций (электросон, электрофорез лекарственных препаратов) — с разрешения врача онколога;

– после заживления операционной раны — бальнеотерапия в зависимости от вегетативного статуса (хвойно-валерьяновые, жемчужные, йодобромные, углекислые ванны, дождевой душ — 35–37° С) для коррекции вегетативных дисфункций и астенических состояний.

6. Обучение в школе тиреоидного больного.

7. Фонопедическая коррекция.

8. Психологическая реабилитация и психотерапия (соматогенные и психогенные астении, аффективные и другие расстройства).

9. Ароматерапия (ингаляции).

При проведении курса реабилитации на фоне отмены тироксина по медицинским показаниям затруднены психологическая реабилитация, обучение в школе больного, коррекция соматических нарушений. Основной упор делается на коррекцию нарушений кальциево-фосфорного обмена, реабилитацию послеоперационных поражений нервов и сплетений.

На *амбулаторно-поликлиническом этапе* проводятся следующие основные организационные мероприятия:

1. Диспансеризация — комплексное обследование с целью:

– выявления ранних признаков рецидивов и метастазирования;

– контроля супрессивной терапии L-тироксина и компенсации гипопаратиреоза;

– выявления побочных эффектов супрессивной терапии L-тироксина и осложнений, связанных с лечением гипопаратиреоза;

– выявления отсроченных осложнений дистантной лучевой терапии или радиойодтерапии, если они не были выявлены ранее, и проведение реабилитационных мероприятий.

2. Составление ИПР больного (на основе базовой реабилитационной программы) и контроль ее выполнения.

3. При необходимости направление на повторный стационарный этап либо на санаторно-курортное оздоровление, на освидетельствование во МРЭК.

При сохранении функциональных нарушений, ведущих к стойкому ограничению жизнедеятельности, после законченного хирургического лечения (при необходимости радиотерапии) и проведения курса реабилитационных мероприятий оформляется посылный лист на МРЭК. В ИПР инвалида отражаются все аспекты реабили-

тации (бланк медицинского раздела ИПР хранится в амбулаторной карте инвалида по месту его обслуживания/наблюдения — в диспансере или поликлинике). МРЭК осуществляет контроль выполнения ИПР.

Основные мероприятия:

- ведение здорового образа жизни, закаливающие процедуры, отказ от вредных привычек;
- рациональное питание (диета, богатая кальцием, микроэлементами и витаминами);
- супрессивная терапия тироксином и заместительная терапия препаратами кальция и витамина D при гипопаратиреозе;
- обеспечение достаточной физической активности в соответствии с полученными рекомендациями (гигиеническая гимнастика, ЛФК, ходьба, прогулки, езда на велосипеде, занятия на тренажерах, плавание в бассейне и т. д.);
- аутотренинг, психотерапия;
- логопедические и фонопедические занятия;
- физиотерапия по показаниям;
- выполнение иных медикаментозных назначений, фитотерапия (витаминные сборы, седативные сборы, др.), ароматерапия;
- занятия в школе больного, ведение дневника самоконтроля (самочувствие, доза тироксина, факт приема, дозы препаратов кальция и витамина D₃, факт приема, отметки о приеме других препаратов, самостоятельное выполнение домашних заданий).

Психологическая реабилитация проводится на всех этапах реабилитационной помощи. Психологическая реабилитация включает в себя психогигиену (меры по оптимизации условий внешней обстановки), психологическую профилактику, психологическую коррекцию (коррекцию отношения к болезни, сознательного отношения к постоянному приему базовых препаратов, к труду, будущему) и психологическую терапию.

Задачами психологической реабилитации являются:

1. Формирование позитивного стереотипа отношения к болезни и проводимой терапии (развенчание мифа о фатальности рака щитовидной железы, мотивация на пожизненный прием L-тироксина, положительная установка на специальное лечение и реабилитацию).

2. Предупреждение (ликвидация) расстройств адаптации, формирование установки на выздоровление и возвращение к труду, на социальную независимость.

3. Предупреждение (снижение) высокого уровня тревожности, в том числе тревожных расстройств.

4. Ликвидация психогенных астений.

Психологическая реабилитация включает в себя следующие мероприятия:

1. Беседы лечащего врача, в том числе с родственниками.

2. Когнитивная терапия.

3. Нервно-мышечная релаксация.

4. Арттерапия (музыкотерапия).

5. Обучение стресс-менеджменту.

Критерии оценки эффективности медицинской реабилитации отражают степень снижения функциональных нарушений и стойкость положительных изменений с учетом получаемой дозы тироксина и глубины супрессии ТТГ.

Критериями эффективности психологической реабилитации являются отсутствие или уменьшение соответствующих жалоб со стороны больного (его родственников), а также результаты объективного психологического обследования (тестирования).

Критерием эффективности медико-профессиональной реабилитации является адекватный профподбор, в том числе достижимый при условии тренировки профессионально значимых функций до степени успешности.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

1. Противопоказания к проведению супрессивной терапии.

2. Прогрессирование основного заболевания (рецидив, метастазирование) и необходимость хирургического или химиотерапевтического лечения.

3. Отмена тироксина (состояние глубокого гипотиреоза) по медицинским показаниям до начала приема тироксина.

Возможные осложнения и побочные эффекты: не наблюдались. Осторожность необходимо соблюдать при назначении методов физиотерапевтического воздействия.

Приложение

Вспомогательная медикаментозная терапия для больных раком щитовидной железы, получающих супрессивные дозы L-тироксина

Поливитаминовые препараты — предпочтение отдается мульти-витаминным комплексам с микроэлементами, аминокислотами и антиоксидантами.

Антиоксидантная терапия — комплекс витаминов А, Е, С, аевит, антиоксикапс, дибунол, коэнзим Q, препараты цинка, селена и др. Антиоксиданты — природные или идентичные природным соединения, препятствующие окислению активных химических соединений в клетках организма человека, что снижает риск развития различных заболеваний, в том числе связанных с действием химических, физических, радиационных, бактериологических и других факторов окружающей среды. К антиоксидантам относится ряд витаминов (А, С, бета-каротин, Е), минеральных элементов (селен, кальций, цинк) и органических соединений (индолы овощей, относящихся к крестоцветным, например, различных видов капусты, а также виноградных косточек, оболочки винограда и др.). При сниженном поступлении антиоксидантов в организм человека активизируются реакции окисления с образованием свободных радикалов. Свободные радикалы могут приводить к гибели клеток, их перерождению, а также повышать риск развития онкологической патологии.

Действие антиоксидантной формулы заключается в ее способности связывать свободные радикалы (активные биомолекулы, разрушающие генетический аппарат клетки и структуру их мембран), уменьшать интенсивность окислительных процессов в организме, замедлять процессы старения и износа клеточных мембран и самих клеток, а следовательно, и всего организма в целом; повышать устойчивость к воздействию радиации и других вредных факторов внешней среды, усиливать иммунитет, нормализовать функцию сердечно-сосудистой системы и др. Антиоксидантная формула позволяет в несколько раз снизить риск заболеваний гипертонией, стенокардией, инфарктом миокарда и инсультом, способствует улучшению памяти, зрения, слуха. Может использоваться для лечения и профилактики лучевой болезни.

Адаптогены и биогенные стимуляторы — препараты настоек женьшеня, элеутерококка, лимонника, левзеи, радиолы розовой, аралии, заманихи; пантокрин, сапарал и др. До недавнего времени прием этих препаратов при онкопатологии не рекомендовался. В последние годы установлена роль указанных средств в запуске внутренних саногенетических механизмов, предотвращающих развитие и прогрессирование онкологических процессов.

Анаболические нестероидные препараты — оротат калия, рибоксин, аденин, метилурацил, пентоксил, натрия нуклеинат. Стимулируют обменные, окислительно-восстановительные процессы на клеточном уровне, повышают энергетический потенциал миокарда и других тканей организма, ускоряют регенерацию, улучшают кровообращение, способствуют стимуляции гемопоза при гемоцитопениях.

Антигипоксанты — эмоксипин, актовегин, солкосерил, диавитол, натрия оксibuтират, хлорофилл. Механизм действия данной группы препаратов основан на улучшении транспорта кислорода к клеткам организма, активации тканевого дыхания, обменных процессов, микроциркуляции.

Нейротрофические средства — витамины группы В, кокарбоксилаза, АТФ. Препараты активизируют процессы обмена веществ, в частности, в клетках нервных стволов и окончаний, что способствует улучшению трофики окружающих тканей, положительно влияет на микроциркуляцию и обмен веществ в сердечной мышце.

Седативные препараты — настойки валерианы, пиона, адониса, пустырника, боярышника, препараты брома, биовиталь, новопассит, корвалол, валокордин. Оказывают успокаивающее, легкое снотворное и анксиолитическое (противотревожное) действие.

Ноотропные препараты — пирацетам (ноотропил), аминалон, энцефабол (пиридитол), ацефен, пантогам, фенибут, когитум, танакан (гинкго билоба). К этой же группе могут быть отнесены некоторые аминокислотные препараты: глицин, глютаминовая кислота, церебролизин. Все они стимулируют интегративную деятельность головного мозга, повышают устойчивость ЦНС к психическим нагрузкам, активируют мнестические и мыслительные процессы. Помимо этого, ноотропные средства дают нерезко выраженные психо-

тропные эффекты: ацефен, глицин, фенибут, пантогам оказывают транквилизирующее действие, причем последний с успехом купирует психомоторное возбуждение. Аминалон, танакан и пиридитол дают антидепрессивный, активирующий эффект, а церебролизин наряду с активирующим влиянием может вызывать манифестацию скрытой пароксизмальной готовности и утяжеление судорожных расстройств, что необходимо учитывать при его назначении.

Препараты, улучшающие мозговое кровообращение и препараты, улучшающие мозговой метаболизм — сермион (ницерголин), кавинтон (винпоцетин); кортексин, циннаризин (стугерон); комбинированные препараты — вазобрал (дигидроэргокриптин + кофеин), инстенон (этамиван, этофиллин, гексобендина дигидрохлорид); антиагреганты — трентал, курантил. Способствуют улучшению периферической микроциркуляции, коллатерального кровообращения, снятию спазма артериальных сосудов, снижению периферического сопротивления, увеличению венозного тонуса и оттока, оказывают дезагрегирующее действие.

Антиангинальные препараты, улучшающие метаболизм миокарда и микроциркуляцию — предуктал, аналог карнитина — милдронат, а также группа липофильных бета-адреноблокаторов без внутренней симпатомиметической активности (метопролол, бетаксолол и др.), ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (лизиноприл, рамиприл, периндоприл и др.). Способствуют улучшению окислительно-восстановительных обменных процессов в клетках миокарда, повышая их энергетический потенциал, улучшая коронарное кровообращение, способствуя продуктивной работе сердечной мышцы, предотвращая развитие и прогрессирование сердечной недостаточности.

Бета-адреноблокаторы — пропранолол (анаприлин, обзидан), атенолол, метопролол, бисопролол, целипролол и др. Эта группа препаратов наиболее широко применяется при всех видах вегетативных дисфункций, хорошо купирует вегетативные проявления соматической тревоги, способствует снижению АД, нормализации ритма сердца (при тахикардии и аритмиях). Эффективны для профилактики и лечения артериальной гипертензии и ИБС, левожелудочковой недостаточности. Используются для профилактики

мигреней. В настоящее время предпочтение отдается селективным бета-1-адреноблокаторам, обладающим меньшим бронхоспастическим эффектом. Различают препараты без внутренней симпатомиметической активности (атенолол, метопролол) и препараты, обладающие таковой (ацебутолол). Однако все эти средства обладают побочным действием, вызывая спазм периферических сосудов (синдром Рейно). В последнее время синтезированы бета-блокаторы с вазодилатирующим эффектом (целипролол, карведилол).

Блокаторы кальциевых каналов — нифедипин, дилтиазем, верапамил (изоптин), амлодипин. Препараты расширяют мозговые и коронарные артерии, вызывая снижение артериального давления, увеличивая сердечный выброс. Амлодипин, дилтиазем, верапамил при длительном применении снижают риск возникновения инфарктов, инсультов и сердечной недостаточности, уменьшают массу миокарда левого желудочка, проявления легочной гипертензии, обладают умеренным антитромбоцитарным действием. Препараты группы верапамила и дилтиазема обладают отрицательным ино-, хроно- и дромотропным действием, т. е. могут снижать сократительную способность миокарда, уменьшать ЧСС и замедлять предсердно-желудочковую проводимость. Следует учитывать антидепрессивный эффект верапамила при постоянном его применении. Побочные действия антагонистов кальция связаны с периферической вазодилатацией и проявляются гиперемией кожи лица и шеи, головными болями, отеками ног.

Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента — каптоприл, эналаприл, лизиноприл, рамиприл, трандолаприл, периндоприл. Препараты этой группы применяются при артериальной гипертензии и сердечной недостаточности, вызывают обратное развитие сосудистых изменений при артериальной гипертензии как в крупных, так и в мелких артериях, уменьшают риск основных сердечно-сосудистых осложнений. Способны снижать атерогенность плазмы крови, повышать выведение натрия, нормализуют симпатический тонус. В качестве побочных явлений могут быть сухой кашель, лейкопения, жажда, головные боли.

Нитраты — нитроглицерин, нитронг, кардикет. Расширяют кровеносные сосуды, преимущественно коронарные артерии и со-

суды мозга, способствуют расслаблению гладкой мускулатуры различных органов и тканей, уменьшают потребность миокарда в кислороде за счет снижения преднагрузки и постнагрузки, тормозят агрегацию тромбоцитов. Используются для купирования приступов коронарospазма (стенокардии). Побочные эффекты чаще всего связаны с вазодилатацией мозговых сосудов: появлением шума в ушах и головных болей.

Диуретики — фуросемид, гипотиазид (петлевые и тиазидовые); диакарб, триамтерен (калийсберегающие). За счет уменьшения объема циркулирующей в организме жидкости способствуют снижению внутричерепного давления, уменьшению общей артериальной гипертензии, разгрузке большого и малого кругов кровообращения, тем самым облегчая работу сердечной мышцы.

Транквилизаторы — феназепам, нозепам, сибазон (реланиум), элениум, хальцион, альпразолам (ксанакс), транксен, имован (препараты с выраженным седативным эффектом); тазепам, триоксазин, рудотель, грандаксин, буспар (без седативного эффекта (дневные)). По действию на психоэмоциональную сферу препараты данной группы значительно различаются. Так, ксанакс, феназепам, лендормин обладают выраженным седативным и противотревожным действием, а также оказывают нормализующее влияние на вегетососудистые реакции. Ксанакс — наиболее яркий представитель транквилизаторов с антидепрессивным действием. Транксен — препарат выбора в лечении тревожных расстройств и психомоторного возбуждения. Значительным снотворным эффектом отличаются хальцион, имован, элениум, седуксен. Все транквилизаторы (кроме дневных) обладают миорелаксирующим, противосудорожным действием, снижают беспокойство, тревогу, устраняют бессонницу, потенцируют действие снотворных и болеутоляющих препаратов. Дневные транквилизаторы обладают легким стимулирующим эффектом, применяются при гипотонических состояниях, апатии, астении, вялости.

Нейролептики — сонапакс, эглонил, терален. Оказывают более глубокое действие, чем транквилизаторы, обладают выраженным противоболевым, антигистаминным и противорвотным действием, применяются редко и в малых терапевтических дозах. Назнача-

ют данные препараты в случаях стойких нарушений сна, тошноты и рвоты центрального происхождения, а также в случаях выраженной вегетодистонической симптоматики с преобладанием ипохондрических проявлений и формированием психосоматических синдромов.

Антидепрессанты — амитриптилин (триптизол), имипрамин (мелипрамин), коаксил, миансерин (леривон), аурорикс, прозак (флуоксетин), феварин, золофт, деприм (экстракт зверобоя). Применяются при дистонических состояниях с явлениями панических атак (кризов), высокой тревожности, различных болевых синдромах (амитриптилин, коаксил, леривон, феварин), фобии, угнетенности, апатии, склонности к гипотонии (мелипрамин, коаксил, прозак, аурорикс). Необходимо учитывать, что антидепрессанты дают клинический эффект спустя 2–3 недели от начала приема.

Психостимуляторы — сиднокарб (сиднофен), ацефен, меридил, кофеин и др. Применяются при астенических состояниях, вялости, апатии, заторможенности.