

## ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №31

1. Реабилитации в онкологии. Виды реабилитации. Цели и задачи реабилитации. Этапы реабилитации.
2. Методы лечения рака толстой кишки. Основные оперативные вмешательства. Симптоматические и паллиативные операции при раке толстой кишки.
3. Ситуационная задача: Больной 63 лет в течение трех месяцев отмечает в правой подвздошной области вздутие живота, усиленное урчание кишечника, субфебрильную температуру. Около месяца запоры, сменяющиеся жидкий стулом со следами темной крови. Три дня назад боли в животе усилились и приняли схваткообразный характер, перестали отходить газы. Состояние больного тяжелое, пульс 94 ударов в минуту. Живот вздут, при пальпации мягкий, болезненный в правой подвздошной области, где определяется малоподвижный плотный инфильтрат. При обзорной рентгенографии брюшной полости выявлены множественные горизонтальные уровни жидкости, чаши Клойбера. Ваш клинический диагноз:

Ответы:

**1. Реабилитация онкологических больных** — процесс поэтапного лечения и наблюдения за онкологическими больными, на каждом этапе которого применяются различные методы воздействия, позволяющие возвращать пациентов к полноценной жизни и трудовой деятельности. В большинстве стран **принято разделять реабилитацию на медицинскую, профессиональную и социальную**. Сущность медицинской реабилитации онкологического больного заключается в восстановлении утраченных или ослабленных функций пациента, в развитии компенсаторных механизмов путем хирургического или медикаментозного лечения. **Профессиональная реабилитация** ставит своей целью обучение лиц, утративших работоспособность, новым профессиям, доступным по состоянию здоровья. Под социальной реабилитацией понимается реинтеграция больной в общество.

**цель реабилитации.**

Восстановительная, преследующая полное или частичное восстановление трудоспособности, как правило, для больных с благоприятным прогнозом.

Поддерживающая, связана с потерей трудоспособности, инвалидизацией. Направлена на адаптацию пациента к новому психо-физическому состоянию, положению в семье и обществе. Касается группы больных с IIb-III стадией заболевания.

Паллиативная, направлена на создание комфортных условий существования в условиях прогрессирования и генерализации злокачественной опухоли, что обуславливает неблагоприятность прогноза жизни.

**этапы реабилитации.**

*1. Подготовительный /предлечебный/.* На этом этапе основное внимание следует уделять психике больного. Под воздействием мощной стрессовой ситуации у пациента, направленного в онкологическую клинику, возникают острые психогенные реакции, среди которых преобладает депрессивный синдром. Психологически в беседах врача необходимо больного информировать об успехах лечения онкозаболеваний, возможностях органосохранного подхода. По показаниям следует применять седативные препараты. Этот этап непосредственно связан со специальной медикаментозной и немедикаментозной подготовкой, направленной на лучшую переносимость операции и других лечебных мероприятий.

*2. Лечебный /основной/.* Он включает в себя операцию по удалению опухоли и сохранению или пластическому восстановлению анатомических основ функции оперированного органа. Это также может быть курс специальной лучевой терапии на опухоль с сохранением соседних тканей.

*3. Ранний восстановительный /послеоперационный/.* Важной задачей этого этапа является его проведение в естественные биологические сроки до 2-3 недель, без срывов. Целесообразно применять апробированные в онкологии методы улучшения регенерации: низкоэнергетические лазеры, КВЧ-установки. В конце этапа необходимо начинать специальную ЛФК, в т. ч. на тренажерах.

*4. Поздний восстановительный.* Этап является непосредственным продолжением предыдущего. Продолжается ЛФК, терапия по регуляции функции оперированного органа. Например, набор ферментных препаратов пищеварительного тракта, временно заменяющих их недостаток в организме при резекции желудка, поджелудочной железы и т. д. Параллельно начинают проведение

специальной противоопухолевой химио- и лучевой терапии. В связи этим реабилитационные мероприятия планируются с учетом лечебных, чтобы исключить их взаимное подавление. Этап занимает от 1 до 6 мес., который определяется индивидуальным планом лечения. За это время можно решать вопросы эстетической реабилитации, включая коррегирующие операции, шлифовку рубцов и т. д.

5. *Социальный.* На этом этапе первостепенное значение приобретает психический статус онкологического больного, его социально-трудовая ориентация. Как показывает практика, на этом этапе жизни пациенты очень нуждаются в моральной и терапевтической поддержке по нормализации психического статуса и гомеостаза.

2. Тип оперативного вмешательства зависит от локализации первичного опухолевого очага и его размеров.

При этом удаляется пораженный опухолью участок толстой кишки вместе с регионарными метастазами. После удаления опухоли целостность кишки восстанавливается путем создания анастомоза между ними – то есть сшиванием.

При наличии отдаленных метастазов радикализм операции становится сомнительным, даже при удалении видимых очагов поражения. Однако паллиативные (циторедуктивные) вмешательства следует выполнять для профилактики развития осложнений в неудаленной опухоли (кровотечение, выраженное перифокальное воспаление, значительный болевой синдром).

В некоторых запущенных случаях хирургическое лечение носит характер симптоматического — формирование колостомы из-за явлений кишечной непроходимости при невозможности удаления опухоли.

По объему оперативные вмешательства делятся на типичные, комбинированные, расширенные и сочетанные.

Типичные операции подразумевают объем резекции, необходимый для данной локализации и стадии опухоли. Так, например, для рака средней трети сигмы в стадии I и II типичной операцией будет сегментарная резекция сигмовидной кишки, но для той же локализации в III стадии адекватной будет уже только левосторонняя гемиколэктомия.

Комбинированными называются операции, при которых из-за распространения опухоли резецируется не только толстая кишка, но и какой-либо другой орган.

Расширенные резекции — увеличение по сравнению с типичным объемом резекции толстой кишки из-за распространения опухоли или наличия синхронных опухолей.

К сочетанным операциям относится удаление или резекция наряду с толстой кишкой каких-либо других органов из-за сопутствующих заболеваний (холецистэктомия, овариэктомия и т. п.).

**3. опухоль слепой кишки, осложнившаяся с обтурационной кишечной непроходимостью**