



Исследования и практика в медицине 2018, т.5, №4, с. 91-97

ОБМЕН ОПЫТОМ

DOI: 10.17709/2409-2231-2018-5-4-9

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОГРАММ РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ НА ОСНОВЕ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА

М.Ф.Баллюзек^{1,2}, А.К.Ионова¹, М.В.Машкова¹, Б.П.Степанов¹, О.Л.Чагунава¹

1. ФГБУЗ «Санкт-Петербургская клиническая больница Российской академии наук», 194017, Российская Федерация, г. Санкт-Петербург, пр. Тореза, д. 72
2. ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», 199034, Российская Федерация, г. Санкт-Петербург, 21-я линия В. О., д. 8, литера А

Резюме

Цель работы. Усовершенствовать технологии реабилитации онкологических больных с использованием междисциплинарного подхода на базе многопрофильного стационара на этапах комбинированного лечения злокачественных новообразований.

Пациенты и методы. Проведен анализ 845 случаев госпитализации онкологических больных в многопрофильную клинику с целью онкологической реабилитации на этапах специализированного лечения для коррекции возникших осложнений, диагностики и терапии коморбидных заболеваний или для паллиативной помощи. На основании проведенной диагностики, изучения общесоматического статуса, определения соматического потенциала этих пациентов установлена потребность в проведении медицинской реабилитации онкологических больных на принципах междисциплинарного подхода.

Результаты. Выявлена низкая приверженность онкологов направлению больных в многопрофильные стационары на программы поддерживающего общесоматического лечения с участием мультидисциплинарных реабилитационных бригад, особенно на начальных стадиях ракового заболевания. В 94,1% случаев по рекомендации онкологов специализированных учреждений пациенты поступали лишь в далеко зашедшей стадии злокачественного заболевания. Однако 64,8% больных, поступавших лишь с целью «хосписной» или паллиативной помощи, оказалось возможным продолжить проведение противоракового лечения. Среди пациентов, направленных на паллиативную помощь, в 4,9% случаев тяжесть их состояния ошибочно расценивали как рецидив злокачественного процесса, тогда как она была обусловлена коморбидной патологией.

Отмечена также низкая заинтересованность онкологических пациентов в реабилитационных мероприятиях в случаях отсутствия рекомендаций со стороны их лечащих врачей-онкологов. Показано, что в поддерживающей терапии, основанной на принципах междисциплинарного подхода, нуждаются не только пациенты с далеко зашедшими проявлениями злокачественного процесса, но и больные с I–II стадиями онкологического заболевания, так как даже на этом этапе различные осложнения «раковой болезни», последствия ее лечения, а также проявления сочетанной патологии встречаются достаточно часто.

Заключение. Предложена классификация медицинских проблем онкологических больных. На основе разработанной методологии, принципов междисциплинарного подхода предложены алгоритм персонализированной реабилитационной поддержки онкологического больного и рекомендации по ведению пациентов на этапах специализированного и восстановительного лечения.

Ключевые слова:

реабилитация онкологических пациентов, соматический потенциал онкологического больного, междисциплинарный подход, мультидисциплинарная реабилитационная бригада в онкологии, кардиоонкология

Оформление ссылки для цитирования статьи

Баллюзек М.Ф., Ионова А.К., Машкова М.В., Степанов Б.П., Чагунава О.Л. Организация программ реабилитации онкологических пациентов на основе междисциплинарного подхода. Исследования и практика в медицине. 2018; 5(4): 91-97. DOI: 10.17709/2409-2231-2018-5-4-9

Для корреспонденции

Баллюзек Марина Феликсовна, д.м.н., профессор кафедры факультетской терапии медицинского факультета ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», заместитель главного врача по медицинской части, заведующая отделением кардиологии ФГБУЗ «Санкт-Петербургская клиническая больница Российской академии наук»
Адрес: 194017, Российская Федерация, г. Санкт-Петербург, пр. Тореза, д. 72.
E-mail: marina.ballyzek@mail.ru

Информация о финансировании. Работа проводилась в рамках научной поисковой темы Федерального агентства научных организаций (ФАНО) России «Принципы организации программ реабилитации онкологических пациентов на основе междисциплинарного подхода в многопрофильном медицинском учреждении (на опыте Санкт-Петербургской больницы РАН)».

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Статья поступила 15.05.2018 г., принята к печати 10.12.2018 г.

ORGANIZATION OF REHABILITATION PROGRAMS FOR CANCER PATIENTS BASED ON AN INTERDISCIPLINARY APPROACH

M.F.Ballyuzek^{1,2}, A.K.Ionova¹, M.V.Mashkova¹, B.P.Stepanov¹, O.L.Chagunava¹

1. St. Petersburg Clinical Hospital of the Russian Academy of Sciences, 72 Toreza ave., St. Petersburg 194017, Russian Federation

2. Saint Petersburg State University, 8A 21st Line, Vasilievsky Island, St. Petersburg 199034, Russian Federation

Abstract

Purpose. To improve the technology of cancer patients' rehabilitation in the multidisciplinary hospital using an interdisciplinary approach at the stages of combined treatment of malignant tumors.

Patients and methods. The analysis of 845 cases of admission of cancer patients in a multidisciplinary clinic for oncological rehabilitation, including treatment of complications and co morbid diseases, diagnosis and palliative care, on the specialized treatment stages was made. Based on the diagnosis, clinical status, determination of the clinical potential of these patients the need in medical rehabilitation of cancer patients based on the principles of an interdisciplinary approach was established.

Results. A low commitment of oncologists to refer patients to multidisciplinary hospitals for supporting general medical treatment programs, which involve the work of multidisciplinary rehabilitation teams, especially at the initial stages of cancer, was revealed. In 94.1% of cases, based on oncologists' recommendation patients were presented to the multidisciplinary hospital only in the advanced stage of malignant disease. However, 64.8% of patients who came only for the purpose of "hospice" or palliative care treatment were able to continue their anticancer treatment. In 4.9% of cases among patients, who were referred for palliative care, the severity of their condition was mistakenly regarded as a relapse of cancer, whereas it was caused by comorbid pathology.

The low interest of cancer patients in rehabilitation programs in the absence of recommendations from oncologists was revealed. It was shown that supportive therapy based on the principles of interdisciplinary approach is not only needed for patients with far-ongoing manifestations of cancer process, but also for patients with stage I-II of cancer, since even at this stage various complications of cancer disease, the consequences of its treatment and also manifestations of a combined pathology are often encountered.

Conclusion. A classification of medical problems of cancer patients was proposed. Based on the newly developed methodology, the algorithm of personified rehabilitation support programs of oncological patients' and guidelines for managing patients at the stages of specialized and rehabilitative treatment using principles of an interdisciplinary approach, were created.

Keywords:

rehabilitation of cancer patients, somatic potential of oncological patient, interdisciplinary approach, multidisciplinary rehabilitation team in oncology, cardio-oncology

For citation

Ballyuzek M.F., Ionova A.K., Mashkova M.V., Stepanov B.P., Chagunava O.L. Organization of rehabilitation programs for cancer patients based on an interdisciplinary approach. Research'n Practical Medicine Journal (Issled. prakt. med.). 2018; 5(4): 91-97. DOI: 10.17709/2409-2231-2018-5-4-9

For correspondence

Marina F. Ballyuzek, MD, PhD, DSc, professor of the Department of faculty therapy of the medical faculty, Saint Petersburg State University, deputy chief medical officer, head of the cardiology department, St. Petersburg Clinical Hospital of the Russian Academy of Sciences.

Address: 72 Toreza ave., St. Petersburg 194017, Russian Federation.

E-mail: marina.ballyuzek@mail.ru

Information about funding. The work was carried out within the framework of the scientific research topic of the Federal Agency for Scientific Organizations (FASO) of Russia "Principles of organizing rehabilitation programs for cancer patients based on an interdisciplinary approach in a multidisciplinary medical institution (based on the experience of St. Petersburg Hospital of the Russian Academy of Sciences)".

Conflict of interest. Authors report no conflict of interest.

The article was received 15.05.2018, accepted for publication 10.12.2018

Актуальность медицинской реабилитации пациентов, страдающих злокачественными заболеваниями, связана с многоэтапным характером, инвазивными методами диагностики и лечения, а также с многочисленными неблагоприятными последствиями, наблюдающимися у онкологических больных: выраженные анатомо-функциональные нарушения, разнообразные иммунологические и метаболические расстройства, психологический стресс, нарушение качества жизни, утрата трудоспособности [1, 2]. Поэтому не вызывает сомнения, что именно онкологические пациенты с целью оптимального восстановления или хотя бы приближения к нормальным социальным и физиологическим условиям жизни будут в первую очередь нуждаться в медицинской реабилитации [2, 3]. Сегодня мировая тенденция в развитии этого направления заключается уже и в проведении мероприятий по «пререабилитации» (prehabilitation), то есть по оказанию помощи больному в интервале между моментом диагностики онкологического заболевания и началом его лечения [4]. Однако следует признать, что в нашей стране, несмотря на изданный в 2012 г. Приказ МЗ РФ «О порядке организации медицинской реабилитации», содержащий раздел и по онкорехабилитации [5], до сих пор не сформировались целостное понимание этой проблемы и представления о путях ее реализации. Это можно проследить и по крайне немногочисленным публикациям в отечественной научной литературе.

Цель работы: усовершенствовать технологии реабилитации онкологических больных с использованием междисциплинарного подхода на базе многопрофильного стационара на этапах комбинированного лечения злокачественных новообразований.

Для достижения цели были поставлены задачи, которыми являлись, во-первых, необходимость анализа потребности в проведении медицинской реабилитации онкологических больных на этапах специализированного лечения и изучение приверженности врачей-онкологов направлению больных на программы медицинской реабилитации, а также комплаентность онкологических пациентов к мероприятиям по медицинской реабилитации. На основе разработанной методологии итоговой задачей должны были стать создание алгоритма персонализированной реабилитационной поддержки онкологического пациента на основании определения его «соматического потенциала» и подготовка рекомендаций по ведению онкологических пациентов на этапах специализированного и реабилитационного лечения в многопрофильном медицинском учреждении.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

Работа проводилась на базе терапевтического и кардиологического отделений Санкт-Петербургской больницы РАН в период с 2007 г., а с 2015 г. продолжается по настоящее время в рамках научной поисковой темы Федерального агентства научных организаций (ФАНО) России «Принципы организации программ реабилитации онкологических пациентов на основе междисциплинарного подхода в многопрофильном медицинском учреждении (на опыте Санкт-Петербургской больницы РАН)».

Проведен анализ данных историй болезни 845 онкологических больных, из них 589 (69,7%) женщин и 256 (30,3%) мужчин в возрасте от 23 до 87 лет (средний возраст — $58,1 \pm 1,3$), поступивших на лечение в отделения терапии и кардиологии Санкт-Петербургской больницы РАН с 2007 по 2016 гг.

Проанализированы пути поступления пациентов на госпитализацию, причины их обращения за медицинской помощью в неспециализированное лечебное учреждение и стадии онкологического заболевания на момент первичного обращения в больницу.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выявлено, что по рекомендации из онкологических учреждений только 18,2% из числа поступивших направлены онкологами других специализированных онкоучреждений, а 20% больных обратились «самотеком».

К сожалению, следует констатировать, что основная масса пациентов (94,1% случаев), направленных по рекомендации онкологов специализированных учреждений, поступали лишь в далеко зашедшей стадии злокачественного заболевания, то есть в III–IV стадии. По сути, врачами онкологических учреждений рекомендовалось обратиться в другое лечебное учреждение лишь за паллиативной и «хосписной» помощью.

Больные, поступавшие «самотеком», по рекомендациям знакомых, или каким-то другим способом узнававшие информацию об онкологической реабилитации, также крайне редко (в 6,5% случаев) обращались за консультацией и госпитализировались по поводу различных соматических проблем, а также для коррекции возникших осложнений в стадии заболевания I–II.

Основная группа наблюдавшихся — 522 пациента (61,8%) были направлены онкологами собственно Санкт-Петербургской больницы РАН. На ранних стадиях болезни под наблюдение терапевтов и кардиологов попали лишь 270 (51,7%) больных

со злокачественными новообразованиями (ЗНО) в стадии I–II, в основном с раком молочной железы (77,9%), учитывая специфику онкологической службы больницы, ориентированной на лечение маммологических заболеваний. Однако в этой группе также встречались пациенты с опухолями желудочно-кишечного тракта (10,6%), мочеполовой сферы (9,3%) и другими ЗНО (2,1%).

По локализациям первичного процесса у 555 больных в стадиях III–IV преобладали злокачественные опухоли органов пищеварения (38,02%), молочной железы (23,1%), мочеполовой сферы (19,6%), легких (17,1%), других локализаций (2,3%).

При анализе характера встречаемости патологических состояний, выявляемых терапевтами и кардиологами у онкологических больных, выделены основные «терапевтические» проблемы пациентов на различных стадиях злокачественного процесса, отличающиеся широким разнообразием, вовлечением разных органов и систем, и нередкое наличие комплекса причин, способствующих их развитию (таблица).

К ним следует отнести: гематологические синдромы, чаще связанные с проведенной полихимиотерапией (ПХТ), белково-энергетическую недостаточность, дисфункции желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), проявления паранеопластических синдромов (ПНС), в частности признаки синдрома кахексии-анорексии (СКА), обострение сопутствующих или возникновение новых заболеваний. Однако часто отмечали комбинацию нескольких возникших у пациента проблем, при этом не были исключены и пациенты на ранних стадиях заболевания.

На основании более чем десятилетнего опыта работы отделений терапии и кардиологии Санкт-Петербургской больницы РАН мы условно классифицировали проблемы онкологических больных [1].

1. Патологические состояния, обусловленные наличием самой злокачественной опухоли.

Сдавление органов, прорастание в них или перекрытие их просвета, вытеснение паренхимы органов опухолевыми массами, процессы, связанные с распадом опухолевых масс, которые обычно проявляются инфицированием распадающихся опухо-

Таблица. Частота встречаемости патологических состояний, выявленных терапевтами и кардиологами у пациентов на разных стадиях онкологического процесса
Table. The frequency of occurrence of pathological conditions identified by therapists and cardiologists in patients at different stages of the cancer process

Патологические состояния Pathological conditions	Стадии заболевания / Disease stage			
	I–II пациенты (n = 290) I–II patients (n = 290)		III–IV пациенты (n = 555) III–IV patients (n = 555)	
	абс./abs.	%	абс./abs.	%
Фоновые заболевания Background diseases	168	57,9	401	72,3
Гематологические синдромы Hematological syndromes	51	17,9	498	89,7
Дисфункции ЖКТ GIT dysfunction	108	37,2	281	50,6
Признаки СКА Symptoms of CAS	28	9,7	189	34,1
Тромбозы и ТЭ Thrombosis and TE	38	13,1	253	45,6
Кардиотоксичность Cardiotoxicity	27	9,3	160	28,8
Патологическое состояние, ошибочно расцененное как рецидив рака в стадии III–IV* Pathological condition erroneously regarded as a relapse of cancer in the stage III–IV*			27	4,9

*Стадия не соответствовала направлению, так как тяжесть состояния была обусловлена коморбидной патологией.

ЖКТ – желудочно-кишечный тракт; СКА – синдром кахексии-анорексии; ТЭ – тромбоземболии.

*The stage did not correspond to the direction, since the severity of the condition was due to comorbid pathology.

GIT – the gastrointestinal tract; CAS – anorexia-cachexia syndrome; TE – thromboembolism.

лей и кровотечениями или перфорациями полого органа, и симптоматика, обусловленная функциональными изменениями пораженных опухолевым процессом органов, например, диспептический синдром, синдром мальабсорбции.

II. Патологические состояния, обусловленные лечебными воздействиями на опухоль, разнообразны и требуют не только проведения так называемой сопроводительной терапии, направленной на борьбу с наиболее частыми и опасными осложнениями ПХТ (нейтропения, анемия, тошнота и рвота), но и на профилактику и лечение более редких, но не менее опасных острых и отсроченных осложнений, например, доксорубициновой кардиопатии или гастропатии, вызванной приемом нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВС-гастропатии).

III. Патологические состояния, непосредственно не связанные с локализацией первичной опухоли и/или ее метастазами, так называемые ПНС. Развитие ПНС существенно отягощает состояние пациента и препятствует проведению противоопухолевого лечения. Среди наиболее значимых проявлений ПНС следует выделить СКА, резко ухудшающий прогноз болезни, однако своевременное его выявление на стадии прекахекии дает возможность предупредить необратимые последствия его развернутых клинических проявлений, а также часто связанную с ним белково-энергетическую недостаточность, требующую адекватного выбора метода энтерального и иногда парентерального питания.

IV. Патологические состояния, возникающие у лиц, излечившихся от онкологического заболевания, но которые ошибочно расценивают как его рецидив в терминальной стадии, и в этой связи пациенту не оказывается адекватная медицинская помощь по патологии, не связанной с ЗНО.

Кроме того, как чаще и бывает, у одного пациента могут встретиться комбинации вышеперечисленных состояний, что само по себе, а особенно при наличии полиморбидного фона создает очень сложную клиническую картину. В такой ситуации у онколога возникают трудности в оценке состояния пациента, его дальнейшей курации, не говоря уже о возможности проведения специфической терапии. Своевременная профилактика, диагностика и коррекция этих состояний должны стать основными задачами врачей-интернистов, способных помочь онкологу осуществить максимально полное специализированное и адекватное ведение больного, а также провести восстановительные мероприятия в период активного лечения ЗНО.

Среди пролеченных нами пациентов, у которых была диагностирована I–II стадия злокачественного заболевания, как видно из таблицы, чаще встреча-

лись фоновые заболевания — 57,9%, в первую очередь, дисфункции ЖКТ — 37,2%, гематологические синдромы — 17,9%, тромбозы и тромбоэмболии — 13,1%, кардиотоксические реакции на фоне или после курса ПХТ — 9,3% и проявления ПНС, в частности, признаки синдрома кахекии и прекахекии выявлены у 9,7% пациентов уже на ранних стадиях онкологического процесса.

К фоновым заболеваниям относилась, в первую очередь, сердечно-сосудистая патология, особенно у больных пожилого и старческого возраста, что можно было бы отнести и к проявлениям кардиотоксичности, однако мы склонны расценивать эти состояния в большей степени как обострения хронических заболеваний, особенно если аналогичные ухудшения были и в анамнезе. Тем не менее триггерным механизмом обострения могли стать лечебные воздействия на опухоль, поэтому причины кардиальных событий, вероятнее всего, были смешанными. К проявлениям чистой кардиотоксичности относили события, впервые и непосредственно возникшие на фоне противоопухолевой терапии. Безусловно, выявление и часто непростое лечение пациентов не только с проявлениями кардиотоксичности, но, в первую очередь, с сочетанными, зачастую конкурирующими онкологическими и сердечно-сосудистыми заболеваниями являются наиболее важными задачами нового междисциплинарного направления — кардиоонкологии [6, 7].

Среди пациентов в стадии III–IV наиболее часто выявлялись гематологические синдромы — 89,7%, фоновые заболевания — 72,3%, тромбозы и тромбоэмболии — 45,6%, признаки СКА — 34,1% и кардиотоксические осложнения — 28,8% (см. таблицу).

Особую группу среди пациентов, поступивших с диагнозом «злокачественная опухоль III–IV стадии», представляли больные, у которых в результате обследования онкологическая причина их тяжелого состояния не подтвердилась, и им проведено лечение по соответствующим, часто уже запущенным неонкологическим заболеваниям.

К сожалению, на практике мы наблюдаем «зависимость» врачей всех специальностей от онкологического диагноза, поэтому часто эти патологические состояния расцениваются как рецидив опухоли и, как следствие, пациент не получает своевременного и адекватного лечения, а иногда — и совсем никакой медицинской помощи. Между тем клинические примеры наглядно свидетельствуют, что под флагом «рак, терминальное состояние» совершаются иногда тяжкие врачебные ошибки. Об этом может свидетельствовать один из клинических примеров, приведенных ниже.

Женщина 65 лет, перенесшая несколько лет назад лечение по поводу рака молочной железы (РМЖ), была госпитализирована в один из городских стационаров в тяжелом состоянии с нарастающей одышкой, слабостью. Рентгенологически выявлены очаговые изменения в легких и двусторонний выпот в плевральные полости, а при цитологическом исследовании плевральной жидкости не исключалось наличие клеток аденокарциномы. С учетом тяжести состояния возможности химиотерапевтического лечения исключены.

Была выписана с диагнозом: РМЖ IV ст., рецидив, рекомендовано обратиться за направлением в хоспис. При обследовании в нашем стационаре впервые выявлена фибрилляция предсердий, высокий уровень D-димеров, признаки легочной гипертензии по данным Эхо-КГ, а при мультиспиральной КТ с контрастированием органов грудной клетки определены прямые признаки двусторонней тромбоэмболии легочных артерий (ТЭЛА). Источником ТЭЛА явился тромбоз глубоких вен нижней конечности, возникший после длительной автомобильной поездки. Соответствующая терапия привела к разрешению ТЭЛА и плеврита. Признаков рецидива онкозаболевания не выявлено.

Кроме того, из 281 пациентов, поступавших для проведения лишь «хосписной» терапии, 182 больным (64,8%) оказалось возможным продолжить проведение ПХТ после улучшения течения их фоновых соматических заболеваний и осложнений специфического лечения, возникших в результате лечения.

Учитывая факт психологической зависимости пациента от диагноза «рак», мы провели опрос 103 пациентов, проходящих курсовую терапию злокачественного заболевания, и только 24 (23,3%) человека из числа опрошенных выразили желание наблюдаться у врачей других специальностей без рекомендаций лечащего врача-онколога. А это, как видно из приведенных выше данных, происходит чаще всего только тогда, когда возможности специфического противоопухолевого лечения уже исчерпаны.

Таким образом, пациенты с онкологическим процессом на любой стадии заболевания нуждаются в наблюдении врачами терапевтического профиля, определении «соматического потенциала» и проведении корректирующих реабилитационно-восстановительных мероприятий.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Обобщенный опыт специалистов, участвующих в проведении онкорезабилитационных мероприятий в Санкт-Петербургской больнице РАН, показывает,

что реабилитация онкологических больных должна носить междисциплинарный, комплексный характер, быть своевременной и включать использование различных методов лечения и влияния, однако при этом программы должны строиться индивидуально. В связи с этим ограничивать проведение реабилитационных мероприятий условиями пребывания в специализированных онкологических учреждениях нецелесообразно, и оптимальным местом при необходимости госпитализации больного между этапами противоопухолевого лечения является многопрофильный, не «скорпомощной» стационар с койками дневного пребывания, где доступны современные виды медицинской помощи различного профиля. Немаловажно также, что, находясь вне специализированного онкологического учреждения, пациент психологически сможет отвлечься от осознания тяжести своего основного диагноза.

Госпитализация пациентов по данному профилю осуществляется на основании заключения отборочной комиссии многопрофильного медицинского учреждения. Обязательный состав отборочной комиссии: онколог, терапевт, специалист по восстановительному лечению, в первую очередь, по лечебной физкультуре. Также в состав комиссии, в случае необходимости, могут быть приглашены профильные узкие специалисты (кардиолог, невролог и т. д.).

Необходимо особенно подчеркнуть, что в реабилитации нуждаются не только пациенты, имеющие клинические признаки далеко зашедших проявлений ЗНО, но и больные с I-II стадиями заболевания, прошедшие радикальное лечение, так как даже на этом этапе различные осложнения самого опухолевого процесса, осложнения его терапии, а также сопутствующие патологии достаточно часто встречаются. Кроме того, именно на ранних стадиях процесса легче начать эффективную профилактику последующих осложнений.

Разработанная методология программ реабилитации онкологических пациентов на основе междисциплинарного подхода заключается в том, что до начала лечения по поводу ЗНО терапевт, специализирующийся на знании проблем онкологического больного, должен определить «соматический потенциал» пациента. Именно этот врач в дальнейшем будет на всех этапах специализированного лечения проводить уточняющую диагностику и коррекцию общесоматической патологии и разнообразных осложнений противоопухолевой терапии, координируя ведение пациента с лечащим онкологом. При необходимости к ведению пациента могут подключаться и другие специалисты, в первую очередь, кардиологи, кардиоонкологи (опасность развития и профилактика кардиотоксичности, коррек-

ция фоновых сердечно-сосудистых заболеваний) [7], а также гастроэнтерологи, неврологи и др.

На принципах оказания междисциплинарной медицинской помощи будет формироваться специализированная мультидисциплинарная реабилитационная бригада, работа которой направлена на улучшение «соматического потенциала» пациента и эффективности противоопухолевого лечения.

Резюмируя, хочется констатировать, что, к сожалению, реабилитация онкологических больных как самостоятельное научно-социальное направление развивается пока медленно. Однако общая тенденция развития не только онкологии, но и других, особенно высокотехнологичных, направлений медицины диктует необходимость создавать не универсального Врача, а универсальную Команду.

Список литературы

1. Баллюзек М. Ф., Степанов Б. П. Задачи и возможности терапевтической реабилитации онкологических пациентов. Клиническая медицина. 2013;91 (9):53–7.
2. Stubblefield M. D. Cancer Rehabilitation. *Semin Oncol.* 2011 Jun;38 (3):386–93. DOI: 10.1053/j.seminoncol.2011.03.008.
3. Грушина Т. И., Миронова Е. Е. Санаторно-курортное лечение в комплексе реабилитационных мероприятий у больных раком молочной железы. Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. 2003;4:34–8.
4. Silver JK, Baima J. Cancer prehabilitation: an opportunity to decrease treatment-related morbidity, increase cancer treatment options, and improve physical and psychological health outcomes. *Am J Phys Med Rehabil.* 2013 Aug;92 (8):715–27. DOI: 10.1097/PHM.0b013e31829b4afe.

References

1. Ballyuzek MF, Stepanov BP. Goals and possibilities of therapeutic rehabilitation of oncological patients. *Clinical Medicine (Klinicheskaya Meditsina).* 2013;91 (9):53–7. (In Russian).
2. Stubblefield M. D. Cancer Rehabilitation. *Semin Oncol.* 2011 Jun;38 (3):386–93. DOI: 10.1053/j.seminoncol.2011.03.008.
3. Grushina TI, Mironova EE. Sanatorium treatment in combined rehabilitation of breast cancer patients. *Fizioterapiya, Balneologiya i Reabilitatsiya (Russian Journal of Physiotherapy, Balneology and Rehabilitation).* 2003;4:34–8. (In Russian).
4. Silver JK, Baima J. Cancer prehabilitation: an opportunity to decrease treatment-related morbidity, increase cancer treatment options, and improve physical and psychological health outcomes. *Am J Phys Med Rehabil.* 2013 Aug;92 (8):715–27. DOI: 10.1097/PHM.0b013e31829b4afe.
5. On the order of the organization of medical rehabilitation:

5. О порядке организации медицинской реабилитации: Приказ МЗ РФ, 29 декабря 2012 г. № 1705 н. Доступно по: <http://base.garant.ru/70330294/>
6. Herrmann J, Lerman A, Sandhu NP, Villarraga HR, Mulvagh SL, Kohli M. Evaluation and management of patients with heart disease and cancer: cardio-oncology. *Mayo Clin Proc.* 2014 Sep;89 (9):1287–306. DOI: 10.1016/j.mayocp.2014.05.013.
7. Zamorano JL, Lancellotti P, Rodriguez Muñoz D, Aboyans V, Asteggiano R, Galderisi M, et al. 2016 ESC Position Paper on cancer treatments and cardiovascular toxicity developed under the auspices of the ESC Committee for Practice Guidelines: The Task Force for cancer treatments and cardiovascular toxicity of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J.* 2016 Sep 21;37 (36):2768–2801. DOI: 10.1093/eurheartj/ehw211

Order of the Ministry of Health of the Russian Federation, December 29, 2012 № 1705n. Available at: <http://base.garant.ru/70330294/>(In Russian).

6. Herrmann J, Lerman A, Sandhu NP, Villarraga HR, Mulvagh SL, Kohli M. Evaluation and management of patients with heart disease and cancer: cardio-oncology. *Mayo Clin Proc.* 2014 Sep;89 (9):1287–306. DOI: 10.1016/j.mayocp.2014.05.013.
7. Zamorano JL, Lancellotti P, Rodriguez Muñoz D, Aboyans V, Asteggiano R, Galderisi M, et al. 2016 ESC Position Paper on cancer treatments and cardiovascular toxicity developed under the auspices of the ESC Committee for Practice Guidelines: The Task Force for cancer treatments and cardiovascular toxicity of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J.* 2016 Sep 21;37 (36):2768–2801. DOI: 10.1093/eurheartj/ehw211

Информация об авторах:

Баллюзек Марина Феликсовна, д. м. н., профессор кафедры факультетской терапии медицинского факультета ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», заместитель главного врача по медицинской части, заведующая отделением кардиологии ФГБУЗ «Санкт-Петербургская клиническая больница Российской академии наук»

Ионова Анна Константиновна, кардиолог, ФГБУЗ «Санкт-Петербургская клиническая больница Российской академии наук»

Машкова Мария Владимировна, кардиолог, ФГБУЗ «Санкт-Петербургская клиническая больница Российской академии наук»

Степанов Борис Павлович, заведующий отделением терапии, ФГБУЗ «Санкт-Петербургская клиническая больница Российской академии наук»

Чагунава Олег Леонтьевич, онколог, главный врач ФГБУЗ «Санкт-Петербургская клиническая больница Российской академии наук»

Information about authors:

Marina F. Ballyuzek, MD, PhD, DSc, professor of the department of faculty therapy of the medical faculty, Saint Petersburg State University, Deputy chief medical officer, head of the cardiology department, St. Petersburg Clinical Hospital of the Russian Academy of Sciences

Anna K. Ionova, cardiologist, St. Petersburg Clinical Hospital of the Russian Academy of Sciences

Mariya V. Mashkova, cardiologist, St. Petersburg Clinical Hospital of the Russian Academy of Sciences

Boris P. Stepanov, head of the department of therapy, St. Petersburg Clinical Hospital of the Russian Academy of Sciences

Oleg L. Chagunava, oncologist, chief doctor, St. Petersburg Clinical Hospital of the Russian Academy of Sciences