

2002-414

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ  
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР ОНКОЛОГИИ

На правах рукописи

УДК 61: 616.33 – 006.6: 617 – 089.844

Доолотбеков Суйутбек Муратбекович

**РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ, РАДИКАЛЬНО ОПЕРИРОВАННЫХ ПО  
ПОВОДУ РАКА ЖЕЛУДКА, В УСЛОВИЯХ СРЕДНЕГОРЬЯ**

**14.00.14 – онкология**

**АВТОРЕФЕРАТ**

диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

Бишкек – 2001



влиянии средне- и высокогорного климата при лечении различных заболеваний сердечно-сосудистой, дыхательной, кровеносной и других систем (М.М.Миррахимов, 1964; 1977; 1978; 1983; В.И.Криворук, 1974; М.М.Миррахимов, Е.А. Шогенцукова, 1975; М.М.Миррахимов, П.Н.Гольдберг, 1978; З.М. Кудайбердиев, Г.Ф. Шмидт, 1982; В.А. Исабаева, 1983; М.М. Миррахимов, Т.С.Мейманалиев, 1984; Р.А. Раимжанов, 1987; Г.А. Захаров, 1994; С.Cruz-Jibaya, 1973; В Hartmann et al., 1974; Z. Turek et al., 1986).

Исходя из этого, ведутся исследования по изучению влияния климатических факторов горного комплекса на организм больных, перенесших радикальное лечение по поводу злокачественных новообразований, при проведении реабилитационного курса лечения.

Имеются данные о положительном влиянии высокогорного климата на гемопоэз, на состояние неспецифической резистентности организма у больных раком молочной железы, получивших комплексное лечение (С.И. Иманбаев, О.П. Кулиш, 1984; К.А. Галкина, 1989, О.П. Кулиш, 1989). Отмечено также благоприятное влияние климатических факторов среднегорья на общее состояние и некоторые функциональные показатели отдельных органов и систем у детей со злокачественными новообразованиями (З.П. Камарли, 1987; Э.К. Макимбетов, 1992). Однако, как видно из вышеописанного, таких работ очень мало и не изучено влияние горного климата на организм больных раком желудка.

Таким образом, учитывая, что адаптация к горным условиям является положительно действующим фактором на организм, исследование влияния санаторной реабилитации и условий среднегорного климата на функциональное состояние отдельных органов и систем больных раком желудка, перенесших радикальное лечение, на современном этапе является весьма актуальным и более полное, быстрое восстановление нарушенных функций организма несомненно может оказать положительное влияние на улучшение качества их жизни.

**Цель исследования:** Восстановление нарушенных функций организма больных раком желудка, перенесших радикальное лечение, путем проведения комплекса реабилитационных мероприятий в санатории, расположенном в условиях среднегорья.

**Задачи исследования:**

1. Изучить влияние санаторной реабилитации и климатических факторов среднегорья на состояние гемопоэза и электролитного обмена.
2. Оценить эффективность проведенных реабилитационных мероприятий в санатории, расположенном в условиях среднегорья на основании показателей функционального состояния печени.
3. Изучить динамику функционального состояния сердечно-сосудистой и дыхательной систем до и после реабилитации в условиях среднегорья.
4. Изучить влияние условий санатория и среднегорного климата на психологическое состояние больных.

5. Определить зависимость постреабилитационных результатов от возраста, стадии заболевания, ранее проведенного метода лечения и срока, прошедшего после операции.

**Научная новизна.** Впервые изучено влияние реабилитационных мероприятий проведенных в санатории и климатических факторов среднегорья на функциональное состояние основных систем жизнеобеспечения организма больных раком желудка (гемопоэза, электролитного обмена, функционального состояния печени, сердечно-сосудистой системы и органов дыхания).

Изучен психологический статус больных на основании клинических данных и результатов самооценочных шкал, оценено влияние условий санатория и климатических факторов среднегорья на психологическое состояние больных раком желудка, перенесших радикальное лечение.

**Научно-практическая значимость исследования.** Путем проведения реабилитационных мероприятий в санатории, расположенном в условиях среднегорья ускорен процесс восстановления утраченных функций органов и систем у больных раком желудка, перенесших радикальное лечение. Улучшились показатели гемопоэза, электролитного и белкового обмена, функций печени, сердечно-сосудистой системы, органов дыхания и психологического состояния больных, что безусловно положительно влияет на качество их жизни. Полученные нами результаты исследований позволили рекомендовать проведение комплекса реабилитационных мероприятий больным раком желудка, получившим радикальное лечение в санатории, расположенном в условиях среднегорья.

**Внедрение в практику.** Основные положения работы использованы в практической деятельности отделения абдоминальной онкологии НЦО МЗ КР, санатория «Кыргызстан».

**Основные положения, выносимые на защиту.**

1. После проведения реабилитации хорошие результаты получены у больных, получивших комплекс реабилитационных мероприятий в санатории, расположенном в среднегорье по сравнению с больными, получившими восстановительное лечение в стационаре (в условиях низкогорья).
2. Санаторные факторы и условия среднегорного климата улучшают показатели гемопоэза, электролитного обмена, функций печени и снижают частоту проявлений постгастрорезекционных синдромов.
3. Адаптация к среднегорному климату увеличивает резервные возможности сердечно-сосудистой системы и легких.
4. Психическое состояние больных, оперированных по поводу рака желудка, характеризуется высокой частотой астенических, тревожных, депрессивных нарушений различной глубины и санаторная реабилитация является эффективной формой оптимизации их эмоционального состояния на послеоперационном этапе.
5. Улучшение показателей функционального состояния органов и систем в результате проведения реабилитации в условиях среднегорья происходит в основном независимо от возраста, стадии заболевания, ранее проведенного

метода лечения и срока, прошедшего после операции за исключением обмена электролитов.

### Апробация работы.

Основные положения диссертации доложены на Международной конференции посвященной 90-летию профессора А.И.Саенко «Актуальные вопросы современной онкологии» (г. Бишкек, 15 мая 1998 г); Международной конференции посвященной 5 –летию образования КРСУ «Проблемы и перспективы интеграции образования» (г. Бишкек, 17 августа 1998 г); Международной конференции посвященной 40-летию Кыргызского НИИ онкологии и радиологии «Актуальные вопросы онкологии и радиологии» (г.Бишкек, 20-21 сентября 1999 г); Межотделенческой научной конференции 24 мая 2001 г. и на заседании комиссии апробационного совета по кандидатским диссертациям Национального Центра Онкологии МЗ КР 19 июля 2001 г.

### Публикации.

По материалам диссертации опубликовано 8 статей в научных изданиях.

### Объем и структура диссертации.

Диссертация изложена на 164 страницах компьютерного набора, состоит из оглавления, введения, 5 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы. Текст иллюстрирован 58 таблицами и 4 диаграммами. Список литературы содержит 263 работы, из них 198 отечественных и ближнего зарубежья, 65 дальнего зарубежья.

### Материал и методы исследования.

Для выполнения настоящей работы проведено комплексное клиническое обследование 108 больных, радикально оперированных по поводу рака желудка, до и после проведения реабилитационных мероприятий в условиях низко- и среднегорья.

Больные были разделены на 3 группы:

1. Первая группа (31) получила реабилитационное лечение в санатории «Кыргызстан», расположенном в среднегорье (основная)
2. Вторая группа (57) получила реабилитацию в стационаре КНИИОР в условиях низкогогорья (стационарная)
3. Третью группу (20) составили больные, постоянно живущие в условиях средне- и высокогорья, которые не подверглись к реабилитационной терапии и условно названы "аборигенами".

Общая характеристика больных представлена в табл. 1.

Из таблицы видно, что наибольшее количество больных было в возрасте от 50 до 70 лет (60,2%). Удельный вес мужчин составлял 64,8% (70), женщин – 35,2 (38). Больные в основном были оперированы в III стадии заболевания (70,4%), чаще всего имело место поражение тела желудка (42,6%). Подавляющее большинство больных в прошлом перенесли операцию гастрэктомии (59,2%).

Комбинированное лечение получили 64,8% больных, а только хирургическое – 35,2%. У всех больных диагноз был подтвержден морфологическим исследованием. Доминирующим гистологическим вариантом опухоли являлась малодифференцированная аденокарцинома (35,2%).

Таблица 1

### Общая характеристика больных

№ п/п	Признак	Количество больных		
		абс	%	
1	всего больных	108	100	
2	возраст:	30-39	5	4,6
		40-49	22	20,4
		50-59	32	29,6
		60-69	33	30,6
		свыше 70	16	14,8
3	пол:	мужчины	70	64,8
		женщины	38	35,2
4	стадии:	I	5	4,6
		II	27	25,0
		III	76	70,4
5	локализация опухоли в желудке:	тело	46	42,6
		дистальный отдел	38	35,2
		проксимальный отдел	14	12,9
		кардиальный отдел с переходом на пищевод	7	6,5
		культя	3	2,8
6	тип операции:	гастрэктомия	64	59,2
		субтотальная резекция	34	31,5
		проксимальная резекция	7	6,5
		экстирпация культи желудка	3	2,8
7	вид лечения:	хирургическое	38	35,2
		комбинированное	70	64,8
8	гистологические формы:	высокодифференцированная аденокарцинома	6	5,5
		умеренно-дифференцированная аденокарцинома	19	17,6
		малодифференцированная аденокарцинома	38	35,2
		перстневидноклеточный рак	10	9,3
		низкодифференцированный рак	21	19,4
		недифференцированный рак	4	3,7
		другие	10	9,3
9	срок, прошедший после операции:	до 3 лет	60	55,6
		свыше 3 лет	48	44,4

По давности оперативного вмешательства больные распределились следующим образом: до 3 лет – 60 (55,6%) и свыше 3 лет – 48 (44,4%) больных.

Состав, структура больных, тип операции, вид лечения и сроки после операции санаторной и стационарной групп были примерно одинаковыми. Обследование больных производилось до и после проведения реабилитационных мероприятий, а «аборигены» обследованы только один раз при поступлении в стационар.

Методики исследования.

1. Больным помимо общего анализа крови проведено исследование электролитного обмена, содержание калия и натрия в плазме определяли с помощью анализатора электролитов сис. E 2A<sup>TM</sup> (фирма "Beckman", США). Определение кальция в сыворотке крови производилось титриметрическим методом с применением мурексида. Содержание хлоридов определяли титриметрическим методом с использованием набора реактивов фирмы "Лахема". Определение микроэлемента железа в сыворотке крови проведено батофенантролиновым методом.
2. Для изучения белковообразовательной функции печени произведено исследование количества общего белка крови биуретовым методом (реактивы фирмы "Beckman"), белковых фракций методом электрофореза на агарозном геле. Ферментативная функция печени изучена путем определения активности аминотрансфераз в сыворотке крови колориметрическим методом.
3. Функциональное состояние сердечно-сосудистой системы изучено на основании данных:
  - электрокардиографии, выполненной на аппарате «Биосет-6000»
  - пробы с дозированной физической нагрузкой на велоэргометре
  - эхокардиографии, выполненной на аппарате «Alock-630-M». Расчет показателей центральной гемодинамики произведен с помощью математических формул L.Teicholtz с соавт. (1972), N.Fortuin с соавт. (1970, 1972).
4. Исследование функции внешнего дыхания проводилось на полианализаторе «ПА-5А» в условиях, приближенных к условиям физиологического комфорта.
5. Психологическое состояние больных изучено на основании результатов полупространственного клинического интервью с последующей их стандартизацией и данных самооценочных шкал Спилбергера-Ханина, Цунга, опросника УНП и метода семантического дифференциала в адаптированной версии В.Е.Кагана (1991).

#### Результаты собственных исследований

При анализе состояния гемопоза выявлено, что среднегрупповые показатели периферической крови в обеих группах находились в границах нормальных величин, но все же следует подчеркнуть, что у 22,6% больных основной группы и у 17,6% больных стационарной группы со стороны общего анализа крови выявлено изменение в виде анемии. Концентрация железа в сыворотке крови

больных основной группы до реабилитации была снижена до  $10,5 \pm 0,92$  мкмоль/л. Анализ электролитного обмена больных показал, что содержание калия и натрия в сыворотке крови находится в пределах нормы, а концентрация кальция и хлора находится на нижней границе физиологической нормы, но при сравнении с показателями контрольной группы их концентрации оказались низкими. Со стороны функции печени выявлено нарушение белковообразовательной функции, выражающейся тенденцией к гипопроотеинемии, в виде снижения альбуминов и повышения глобулиновых фракций. Ферментативная функция характеризовалась повышением активности аспарат-и аланин-аминотрансфераз.

По данным электрокардиографии у 25,8% больных основной группы выявлен низкий вольтаж зубца R во II отведении, у 35,4% - снижение амплитуды зубца T. Увеличение интервала Q-T наблюдалось у 22,6% больных, различные виды аритмий (синусовая аритмия, экстрасистолическая аритмия) отмечена у 29% и нарушения проводимости (блокада правой ножки пучка Гиса, внутрисердечная и а-в блокада, торможение внутрижелудочковой проводимости) были у 48,3% больных. В стационарной группе данные примерно аналогичны. При проведении пробы с дозированной физической нагрузкой на велоэргометре (ВЭМ) в обеих группах выявлен низкий уровень физической работоспособности (ФР) больных при сравнении с показателями контрольной группы ( $P < 0,05$ ). Выявлена коронарная недостаточность разной степени выраженности у 33,3% больных. Показатели центральной гемодинамики в исходном периоде по сравнению с показателями контрольной группы также низкие ( $P < 0,001$ ) в связи со снижением сократительной функции миокарда. Со стороны функции внешнего дыхания зарегистрировано снижение уровня ЖЕЛ ( $P < 0,001$ ), ОФВ<sub>1</sub> ( $P < 0,05$ ), учащение частоты дыхания ( $P < 0,05$ ) при сравнении с данными контрольной группы. Наблюдались обструктивные, рестриктивные и смешанные типы нарушений и по глубине изменения – умеренные, значительные и резкие нарушения. Показатели функциональных проб с задержкой дыхания оказались низкими ( $P < 0,05$ ).

При исследовании психологического статуса больных оценивались показатели аффективного реагирования как маркеры выраженности возможного дистресса. С целью иметь возможность проследить не только количественную динамику аффективных нарушений, но и внутриспихические механизмы, объективизированная оценка соотносилась с результатами самооценочных методов, в том числе позволяющих отследить ее неосознаваемые аспекты. Важным аспектом клинического этапа обследования являлась исходная неравноценность групп по факторам астении, тревоги, депрессии и соматизации. Выраженность симптомокомплексов этих показателей больше в стационарной группе.

Предположение об обусловленности данного факта влиянием среды, нагруженной стигматизирующим смыслом нашло подтверждение в результатах психосемантического анализа.

Рассмотрение по выраженности отдельных симптомокомплексов показало, что в санаторной группе у 80% больных имеется астения умеренной и выраженной интенсивности, у 50% тревога и депрессия различной степени тяжести, у 46% больных соматизация умеренной степени. В стационарной группе у 97% больных выявлена астения умеренной и выраженной степени, у 94% - тревога, у 84% - депрессия и у 66% больных соматизация различной степени выраженности. При анализе в зависимости от характера труда выявлено, что на уровне тенденции, лица физического труда по сравнению с лицами умственного, обнаруживали меньшие фоновые показатели астении, тревоги в обеих группах, в санаторной группе также по соматизации и депрессии. Оценка по фактору возраста выявила выраженность исходных нарушений в группе до 50 лет по сравнению с группой старше 50 лет, статистически значимого различия достигло по показателям выраженности тревоги и депрессии в стационарной группе ( $P < 0,05$ ).

При применении экспериментально-психологического обследования с целью обозначения психологических механизмов отмечено, что обе группы характеризовались предъявлением высоких значений личностной тревожности по результатам методики Спилберга-Ханина, что отражало высокий уровень фонового дистресса и согласовалось с клиническими данными.

Среднегрупповые показатели по шкале реактивной тревожности были ниже, хотя в границах, приближающихся к высоким, в ряде случаев отмечалась рассогласованность показателей личностной и реактивной тревожностей, наводящая на мысль о функционировании механизмов психической адаптации.

В санаторной группе по шкале самооценки депрессии Цунга среднегрупповой показатель находился в границах нормативных значений. Стационарная группа обнаруживала по шкале более высокий балл, исходные показатели выше. По шкале невротизации и методике УНП санаторная группа набирала меньший балл.

Анализ взаимоотношений между предъявлением реактивной тревожности, депрессии в эксперименте и индексами семантического дифференциала выявил, что депрессия тем больше предъявляется, чем больше имеет место ассоциация «актуального Я» с болезненным ( $r = -0,73$ ), меньше прогнозируемое ассоциируется со здоровьем ( $r = 1,0$ ), меньше разрыв реального и идеального «Я» ( $r = -1,0$ ).

Предъявление тревоги тем больше, чем пессимистичнее прогноз ( $r = 1,0$ ), меньше разрыв «Я» и «Я идеального» ( $r = -1,0$ ) и больше рассогласованность «Я» и «Я могу» ( $r = 0,7$ ). То есть, и для депрессии и для тревоги выраженность отрицания находится в прямой зависимости от степени рассогласованности актуального и идеального «Я».

Изучение результатов проведенных реабилитационных мероприятий показал, что условия санатория и климатические факторы среднегорья оказали существенное положительное влияние на функции отдельных органов и систем больных раком желудка: улучшились показатели гемопоэза, электролитного и белкового обменов, функций печени, сердечно-сосудистой системы, органов

дыхания и психологического статуса. Под воздействием среднегорного климата происходит стимуляция гемопоэза, в результате чего количество больных с нарушениями гемопоэза уменьшилось до 9,7% ( $P < 0,05$ ), а в стационарной группе до 10,5% ( $P > 0,05$ ). Об активации системы кроветворения свидетельствовало также достоверное увеличение количества лимфоцитов. Отмечено достоверное повышение содержания железа в сыворотке крови до  $17,3 \pm 1,56$  мкмоль/л ( $P < 0,001$ ). Повышение уровня железа, возможно связано наряду с усилением процесса кроветворения и с уменьшением частоты постгастрорезекционных расстройств, т.е. улучшением функции органов пищеварения, в результате чего происходит увеличение всасывания железа в тонком кишечнике. Отмечено снижение частоты следующих постгастрорезекционных синдромов: гастрит культи желудка снизился с 29% до 9,7%, гепатохолецистит с 32,2% до 13%, хронический колит с 32,2% до 9,7% и явления демпинг синдрома снизился с 32,2% до 6,4%. Улучшился электролитный обмен, содержание всех исследуемых электролитов повысилось с достоверной разницей ( $P < 0,01$ ,  $P < 0,05$ ). В то же время в стационарной группе особой положительной динамики не отмечено, за исключением натрия (табл.2).

Таблица 2

Показатели электролитного обмена у больных раком желудка до и после реабилитации

Показатели (ммоль/л)	Контроль	Санатор. группа		Стационар. группа	
		до	после	до	после
K <sup>+</sup>	4,78±0,07	4,56±0,11	4,94±0,12*	4,55±0,08	4,55±0,08
Na <sup>+</sup>	148,1±0,59	143,2±1,6	148,4±1,38*	140,7±1,11	145±1,56*
Ca <sup>++</sup>	2,68±0,05	2,4±0,06	2,64±0,04**	2,3±0,09	2,3±0,01
Cl <sup>-</sup>	100,9±0,52	96,9±1,6	105,4±1,97**	90,6±1,3	90,8±1,15

Примечание: \* -  $P < 0,05$  \*\* -  $P < 0,01$

При анализе данных электролитного обмена в зависимости от срока, прошедшего после операции, стадии заболевания и метода лечения выявлено, что после реабилитации в санатории более ощутимые положительные сдвиги отмечены у больных с III стадией заболевания, получивших комбинированное лечение со сроком, прошедшим после операции свыше 3 лет.

Отмечено улучшение белковообразовательной функции печени, проявляющееся достоверным повышением содержания общего белка в сыворотке крови с  $69,4 \pm 1,47$  г/л до  $74,6 \pm 1,28$  г/л ( $P < 0,05$ ), снижением степени выраженности диспротеинемии. Улучшилась и ферментативная функция печени, которая характеризовалась снижением активности АСТ и АЛТ ( $P < 0,01$ ) (табл. 3).

В стационарной группе больных после реабилитации, со стороны показателей функционального состояния печени хотя и наблюдаются положительные сдвиги, но они незначительны ( $P > 0,05$ ).

Таблица 3

**Показатели функционального состояния печени до и после реабилитационных мероприятий**

Показатели	Санаторная группа		Стационарная группа	
	до	после	до	после
Общий белок (г/л)	69,4±1,47	74,6±1,28 (P<0,05)	71,1±0,98	71,4±1,15
Альбумины (%)	57,2±0,96	57,5±0,85	58,3±0,69	58,9±0,87
Глобулины (%)	42,8±0,98	42,5±0,85	41,7±0,63	41,1±1,82
АСТ (ммоль/ч.л.)	0,74±0,08	0,43±0,06 (P<0,01)	0,76±0,07	0,73±0,03
АЛТ (ммоль/ч.л.)	0,99±0,14	0,38±0,06 (P<0,01)	0,84±0,14	0,78±0,03

Со стороны показателей функционального состояния сердечно-сосудистой системы после пребывания в условиях среднегорья зарегистрирована положительная динамика. Уменьшились все виды нарушений на ЭКГ. Увеличился вольтаж зубцов, что свидетельствует об усилении сократительной способности миокарда. Уменьшилось количество больных с аритмией на 33,4%, а с нарушениями проводимости на 60,4%.

В стационарной группе отмечено только незначительное снижение числа больных, у которых имелись различные виды нарушений на ЭКГ. Количество больных с аритмией осталось на том же уровне, что и до реабилитации, а с блокадами проводящей системы уменьшилось всего с 45,6% до 36,8%. Повысился уровень физической работоспособности (P<0,05), уменьшилось число больных с признаками коронарной недостаточности с 33,3% до 19%. В то же время в стационарной группе повышение уровня ФР незначимое (P>0,05), количество больных с признаками коронарной недостаточности уменьшилось до 27,2%.

Климатические факторы среднегорья способствовали усилению сократительной функции миокарда, что проявилось достоверным повышением всех показателей (МОС, УОС, ФВ, ΔS%) центральной гемодинамики (P<0,001). В стационарной группе прирост уровня показателей ЦГ незначителен. Отмечается лишь тенденция к их улучшению (P>0,05).

Следует отметить, что у больных раком желудка, живущих в условиях низкогорья, в исходном периоде показатели ЦГ были низкими по сравнению с показателями аборигенов, а после реабилитации в условиях среднегорья они повысились значительно, стали даже выше чем у аборигенов, что свидетельствует об эффективности проведенных реабилитационных мероприятий в санатории, расположенном в среднегорье (табл. 4).

Улучшение основных показателей ЦГ происходило независимо от возраста, стадии заболевания, ранее проведенного метода лечения и срока, прошедшего после операции.

Таблица 4

**Показатели центральной гемодинамики у больных раком желудка до и после реабилитации в условиях среднегорья**

Показатели	Контроль	Аборигены	Санаторная группа	
			до реабил	после реабил
УОС (мл)	85±5	71,9±6,25	56,7±3,57*	76,4±3,71**
МОС (мл)	5720,5±217,6	4781,4±354,14	3817,3±233,73*	4945,6±214,07**
ФВ (%)	67±2,2	50,7±3,57	44,1±1,78*	52,9±1,36**
Δ S (%)	37±1,7	26,8±2,35	22,7±1,01*	28,6±0,75**

Достоверность P<0,001 \* - по отношению к контролю,

\*\* - по отношению к исходным данным.

После пребывания в среднегорье у больных улучшились данные функции внешнего дыхания: увеличились показатели ЖЕЛ (P<0,05), ОФВ<sub>1</sub> (P<0,01) (табл. 5). Обструктивный тип нарушения ФВД не зарегистрирован, смешанный тип уменьшился на 44%. Значительные нарушения уменьшились на 55%, переходя в большинстве случаев в разряд умеренных нарушений, а отмеченные ранее умеренные нарушения, в свою очередь нормализовались. Показатели функциональных проб с задержкой дыхания также улучшились, длительность задержки дыхания при проведении пробы Штанге увеличилась (P<0,05).

Таблица 5

**Показатели функции органов дыхания до и после реабилитации**

Показатели	Контроль	Санатор. группа		Стационар. группа	
		до реабил	после реабил	до реабил	после реабил
Минутный объем дыхания (л)	10,7±1,5	11,4±0,79	10,5±0,78	11,9±0,69	11,2±0,50
Жизненная емкость легких (л)	3,8±0,2	2,93±0,22**	3,54±0,23 (P<0,05)	2,66±0,12**	2,69±0,14
Объем форсированного выдоха за 1 сек (л)	2,8±0,2	2,3±0,2*	2,7±0,2 (P<0,01)	1,95±0,11**	2,14±0,14
Проба Штанге (сек)	53,3±1,58	40,7±2,98*	51,5±3,04 (P<0,05)	38,6±2,21*	41,3±1,86
Проба Генчи (сек)	27,3±1,08	25,4±1,97	26±2,05	22,4±1,16*	24,2±1,18

Достоверность \* - P<0,05 \*\* - P<0,001 по отношению к контролю

Со стороны психологического статуса больных отмечено, что на этапе завершения реабилитации в санаторной группе умеренная астения сохранилась

у 40% больных, тревога у 10% и соматизация только у 5% больных, а депрессия не определялась.

В стационарной группе у 83% больных после реабилитации сохранились тревога, астения умеренной и выраженной интенсивности, в 59% случаев присутствовали маркеры депрессии легкой и умеренной степени тяжести, у 50% имела место соматизация аффекта. Таким образом, в санаторной группе имела место значимая редукция проявлений астении, тревоги, депрессии и соматизации с нормализацией состояния в подавляющем большинстве случаев ( $P < 0,001$ ). В стационарной группе статистически значимые различия получены лишь для астенических и тревожных проявлений (табл. 6).

Таблица 6

**Показатели динамики эмоционального состояния в процессе реабилитации**

Показатели	Санаторная группа		Стационарная группа	
	до реаб.	после реаб.	до реаб.	после реаб.
Астения	2,23 ± 0,15	1,40 ± 0,11 ( $P < 0,001$ )	2,69 ± 0,09	1,94 ± 0,13 ( $P < 0,001$ )
Тревога	1,65 ± 0,15	1,10 ± 0,07 ( $P < 0,01$ )	2,47 ± 0,11	2,06 ± 0,15 ( $P < 0,05$ )
Депрессия	1,35 ± 0,10	1,00 ± 0 ( $P < 0,001$ )	1,94 ± 0,13	1,61 ± 0,18 ( $P > 0,05$ )
Соматизация	1,46 ± 0,10	1,05 ± 0,05 ( $P < 0,001$ )	1,88 ± 0,13	1,61 ± 0,18 ( $P > 0,05$ )

В результате положительной динамики в санаторной группе нивелировались различия между показателями эмоционального состояния лиц физического и умственного труда, в то время как в стационарной обнаруживалась тенденция к снижению выраженности депрессии и росту соматизации для лиц умственного труда и смягчению депрессии с уменьшением соматоформных проявлений для лиц физического.

При изучении сдвигов психологического состояния в группах в зависимости от фактора осведомленности и неосведомленности о характере заболевания выяснено, что факт повторной госпитализации в стационар являлся меньшим стрессом для осведомленных, но в процессе реабилитации позитивная динамика отмечена в подгруппе неосведомленных.

В санаторной группе факт осведомленности не нарушал общей закономерности позитивной динамики эмоционального состояния, но результаты были более скромными за исключением соматизации, а в подгруппе неосведомленных после реабилитации все показатели улучшились с достоверной разницей ( $P < 0,01$ ). Анализ экспериментально-психологических данных показал, что в динамике после реабилитации по санаторной группе значимый сдвиг обозначился только по шкале реактивной тревожности ( $P < 0,05$ ) и с тенденцией к снижению других показателей ( $P > 0,05$ ) (табл. 7).

Стационарная группа характеризовалась невыраженной тенденцией к уменьшению предъявления невротизации, личностной тревожности и росту показателей реактивной тревожности и депрессии ( $P > 0,05$ ).

Таблица 7

**Результаты самооценки уровня тревоги, депрессии, невротизации в динамике реабилитации**

Показатели	Санаторная группа		Стационарная группа	
	до реаб.	после реаб.	до реаб.	после реаб.
РТ	43,82±2,20	38,35±1,09*	44,74±1,64	44,92±2,93
ЛТ	48,63±1,63	47,19±2,41	51,81±1,56	49,77±2,47
Невротизация	-0,58±8,16	8,88±8,0	-14,65±5,20	-11,64±9,73
Депрессия	48,18±1,88	44,49±2,0	52,19±1,55	54,01±2,96

\*-  $P < 0,05$

По данным психосемантического анализа образов реального, идеального, вероятностного «Я» в санаторной группе ведущей тенденцией явилось улучшение способности к анализу ощущений с оптимизацией прогноза болезни. Последний вместе с тем может быть оценен как чрезмерно оптимистичный, делающий больных уязвимыми в случае негативных сдвигов. Это обосновывает целесообразность проведения психокорректирующих мероприятий. В стационарной группе психосемантический анализ позволил обосновать отрицательную клиническую динамику аффективного фона обнаружив усугубление проблемы самоидентификации на фоне повышения рейтинга здоровья как ценностной ориентации с ощущением его недостижимости (драматизация прогноза). В целом можно констатировать, что степень предъявления аффективных проблем в динамике реабилитационных мероприятий в обеих группах находилась в прямой зависимости от субъективно прогнозируемой угрозы и выраженности отрицания болезни.

Таким образом, на основании проведенного нами исследования и полученных результатов доказано преимущество санаторной реабилитации перед стационарной и благоприятное влияние климатических факторов среднегорья на организм больных, оперированных по поводу рака желудка.

**Выводы.**

1. Факторы среднегорного климата и санатория стимулируют гемопоэз, повышают концентрацию микроэлемента железа в сыворотке крови больных раком желудка.
2. Вследствие благотворного действия санаторных факторов происходит снижение частоты постгастрорезекционных синдромов: явления демпинг-синдрома снизились на 80 %, гастрит культи желудка уменьшился на 66,5%, гепатохолецистит на 60%, хронический колит на 70 %.
3. Санаторная реабилитация в условиях среднегорья улучшает электролитный обмен. Сравнительно более ощутимые положительные сдвиги отмечены у больных с III стадией заболевания, получивших комбинированное лечение со

сроком, прошедшим после операции более 3-х лет, там где исходные показатели были низкими.

4. Установлено, что реабилитационные мероприятия в среднегорном санатории улучшают белковообразовательную и ферментативную функции печени в виде повышения содержания общего белка в сыворотке крови на 7,5% ( $P < 0,05$ ) с нормализацией активности трансаминаз ( $P < 0,01$ ). Улучшение функции печени происходит независимо от возрастных групп больных, стадии заболевания, ранее проведенного метода лечения, как в ближайшие, так и в отдаленные сроки после операции.
5. Условия среднегорья способствуют улучшению функционального состояния сердечно-сосудистой системы: улучшились данные на ЭКГ, уменьшилось количество больных с аритмией на 33,4%, с нарушениями проводимости на 60,4% и достоверно повысились все показатели центральной гемодинамики, что указывает на усиление сократительной функции миокарда, увеличение коронарного резерва.
6. Адаптация к среднегорному климату увеличивает резервные возможности легких, так как улучшаются показатели ФВД в виде увеличения жизненной емкости легких и объема форсированного выдоха за 1 секунду. Значительные нарушения функции внешнего дыхания уменьшились на 55%, длительность задержки дыхания при проведении пробы Штанге увеличилась на 24,7%.
7. Санаторный режим реабилитации в условиях среднегорья позволяет добиться достоверного снижения частоты проявлений астенических, тревожных и депрессивных нарушений даже в отсутствие специально организованных психотерапевтических мероприятий.

#### **Практические рекомендации:**

1. Проведение адекватных реабилитационных мероприятий требует комплексного обследования с использованием современных методов исследования белкового и электролитного обменов, функционального состояния печени, кардиореспираторной системы и психологического статуса больных раком желудка.
2. В целях повышения надежности заключений о психологическом статусе онкологических больных, основанных на данных экспериментально-психологических методов, последние должны использоваться в комплексе со стандартизованными объективизированными методиками.
3. С целью более полного и быстрого восстановления нарушенных функций отдельных органов и систем больных раком желудка необходимо проводить комплекс реабилитационных мероприятий в санатории, расположенном в условиях среднегорья.
4. Для улучшения нарушенных функций органов пищеварения в комплекс лечебных мероприятий необходимо включить и фитотерапию.
5. Поскольку в динамике реабилитационных мероприятий степень предъявления аффективных проблем находилась в зависимости от субъективного прогноза и выраженности отрицания болезни,

представляется целесообразным включение в реабилитационный комплекс психотерапевтического вмешательства.

#### **Список опубликованных работ по теме диссертации:**

1. Доолотбеков С.М., Камарли З.П., Колесникова Р.Н. и др. Функциональное состояние сердечно-сосудистой системы больных раком желудка до и после реабилитации в условиях среднегорья. // Актуальные вопросы современной онкологии: Сб. научных трудов. - Бишкек, 1998. - С.144-146.
2. Доолотбеков С.М., Туркменова Э.М. Оценка эффективности проведенных реабилитационных мероприятий на основании показателей периферической крови и электролитного обмена у больных, радикально оперированных по поводу рака желудка // Вестник ТУ «Дастан» (Раздел: Медицина). - Бишкек, 1998. - №1. - С.379-381.
3. Доолотбеков С.М. Санаторная реабилитация больных раком желудка с постгастрорезекционными расстройствами // Вестник ТУ «Дастан» (Раздел: Медицина). - Бишкек, 1998. - №1 - С.382-385.
4. Камарли З.П., Доолотбеков С.М., Колесникова Р.Н. Гемодинамические показатели у больных раком желудка до и после восстановительного лечения в условиях среднегорья // Материалы международной научно-теоретической конференции «Проблемы и перспективы интеграции образования», посвященной 5-летию образования КРСУ. - Бишкек, 1998. - С.39-41.
5. Доолотбеков С.М. Взаимосвязь состояния центральной гемодинамики и системы внешнего дыхания у больных оперированных по поводу рака желудка // Актуальные вопросы онкологии и радиологии: Сб. научных трудов. - Бишкек, 1999. - С.216-220.
6. Камарли З.П., Доолотбеков С.М. Динамика показателей функционального состояния печени у больных раком желудка до и после реабилитации // Актуальные вопросы физиологии, морфологии, экспериментальной и клинической патологии организма в климато-географических условиях Кыргызстана: Сб. статей. - Бишкек, 1999. - С.219-225.
7. Доолотбеков С.М., Туркменова Э.М. Состояние печени и электролитного обмена у больных раком желудка, перенесших радикальное лечение // Центрально-Азиатский Медицинский Журнал. - Бишкек, 2000. - Т.6. - Приложение 1.- С.116-118.
8. Тайлаков Б.Б., Борбашев Т.Т., Уланбек уулу Д., Сизиков А.И., Доолотбеков С.М., Болотбеков М.С., Абдышев А.Ш. Клинико-морфологическая характеристика больных раком желудка с многолетней выживаемостью // Материалы V конгресса Евразийского общества гастроэнтерологов. - Бишкек, 2001. - С. 177-179.

14.00.14 – «онкология» адистиги боюнча медицина илимдеринин кандидаты окумуштуу даражасын коргоочу С.М. Дөөлөтбековдун “Ашказан рагынан радикалдуу операция болушкан оорулууларды орто тоолуу аймактын шартында реабилитациялоо” деген диссертациялык эмгегинин

#### Аннотациясы

Бул илимий иште ашказан рагынан радикалдуу операция болушкан оорулуулардын органдарынын жана системаларынын функционалдык абалына санаториялык факторлордун жана орто тоо климатынын тийгизген таасирлерин изилдөө натыйжаларына талдоо жүргүзүлдү, ошондой эле алардын шишиктин өзүнөн жана өткөрүлгөн радикалдуу дарылоодон жабыркаган организм функцияларынын калыптануусунда ойногон ролу изилденди.

Эмоционалдык абалдын көрсөткүчтөрүн клиникалык баалоонун жана эксперименталдык – психологиялык изилдөөнүн жыйынтыктарынын негизинде стандарттык өзүн-өзү баалоо шкаласын колдонуу менен оорулуулардын психологиялык ахвалы талданды.

Орто тоо климаттык факторлорунун оорулуулардын организминде тийгизген пайдалуу таасири жана санатория реабилитациясынын стационарга караганда артыкчылыгы өткөрүлгөн изилдөөлөрдүн натыйжалары жана алынган жыйынтыктары боюнча далилденди.

Ашказандын рак оорусунан операция жасалган оорулууларды тоо климатынын шартындагы санаторияда реабилитациялоо алардын канынын, электролит жана белоктордун алмашуусунун, боордун, кантамыр системасынын, дем алуу органдарынын функциясынын жана психологиялык абалынын көрсөткүчтөрүнүн жакшыруусуна, ошондой эле жогоруда көрсөтүлгөн органдар менен системалардын жабыркаган функциясынын тезирээк калыптануусуна алып келүүсү аныкталды, бул болсо сөзсүз түрдө алардын жашоо сапатын жогорулатат.

Демек, изилдөөнүн оң натыйжалары орто тоо климатынын шартында өткөрүлгөн санатория реабилитациясын ашказандын рак оорусунан жабыркаган оорулууларды комплекстүү дарылоонун бирден-бир негизги жана керектүү этабы катары кароого мүмкүнчүлүк берет.

#### Аннотация

диссертационной работы Доолотбекова С.М. “Реабилитация больных, радикально оперированных по поводу рака желудка, в условиях среднегорья” на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности «онкология» - 14.00.14

В настоящей научной работе проанализированы результаты исследований по изучению влияния санаторных факторов и среднегорного климата на функциональное состояние органов и систем больных, радикально оперированных по поводу рака желудка.

Изучена их роль в восстановлении нарушенных функций организма, возникших в результате действия как самой опухоли, так и проведенного радикального лечения.

Анализирован психологический статус больных на основании клинической оценки показателей эмоционального состояния и данных экспериментально – психологического обследования с использованием стандартизованных самооценочных шкал.

По результатам проведенных исследований и полученных данных доказано благоприятное влияние климатических факторов среднегорья на организм больных и преимущество санаторной реабилитации перед стационарной.

Установлено, что реабилитация в условиях горноклиматического санатория больных, оперированных по поводу рака желудка, приводит к улучшению показателей гемопозеза, электролитного и белкового обменов, функций печени, сердечно-сосудистой системы, органов дыхания и психологического статуса больных, а также к более быстрому восстановлению нарушенных функций вышеуказанных органов и систем, что безусловно повышает качество их жизни.

Следовательно, полученные положительные результаты исследований позволили рассматривать санаторную реабилитацию в условиях среднегорного климата как один из важнейших и необходимых этапов комплексного лечения больных раком желудка.

## SUMMARY

of a thesis

### **“REHABILITATION UNDER CONDITIONS OF MID-ALTITUDE MOUNTAINS OF PATIENTS RADICALLY OPERATED FOR GASTRIC CANCER” PRESENTED BY S. M. DOOLOOTBEKOV FOR A SCIENTIFIC DEGREE OF THE CANDIDATE OF MEDICAL SCIENCES ON A SPECIALTY «ONCOLOGY» – 14.00.14**

The author presents the outcomes of the research on studying the influence of the sanatorium factors and mid-altitude climate on the functional condition of organs and systems of the patients who were radically operated for gastric cancer.

The role of the above-indicated factors for the restoration of the functional disorders of the body caused both by a tumor itself and radical treatment has been studied.

The psychological status of patients based on clinical estimation of parameters of the emotional condition and data of experimental - and -psychological examination with the usage of the standardized self-evaluation scales has been analyzed.

The results of the research and the data obtained have demonstrated the favorable effect of climatic factors of mid-altitudes on patients and advantage of the sanatorium rehabilitation versus the hospital-based one.

It has been stated that the rehabilitation of patients operated for gastric cancer leads to the improvement of such parameters as hemopoiesis, electrolyte and whole body protein turnover, functions of liver, cardiovascular system, respiratory organs and psychologic status of patients, as well as promotes a more fast recovery of the impaired functions of the above-stated organs and systems under conditions of the mountain climate at the mid-altitude health resort that significantly improves the quality of their life.

Therefore, the positive outcome of the research has allowed to esteem a sanatorium rehabilitation under conditions of the mid-altitude climate as one of major and indispensable stages of complex treatment of gastric cancer patients.