

УДК 615.82

Климук Марія, ст. IV курсу факультету ЗФКС; науковий керівник – Поташнюк І. В., д.пед.н., професор (Міжнародний економіко-гуманітарний університет імені академіка Степана Дем'янчука, м. Рівне)

МЕТОДИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ЖІНОК ПРИ ЗАХВОРЮВАННІ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

***Анотація.** В статті досліджено методи фізичної реабілітації для хворих жінок, що включають лікувальну гімнастику, яка сприяє ліквідації ускладнень, що розвивалися з боку внутрішніх органів і верхньої кінцівки на стороні оперативного втручання, та самомасаж.*

***Ключові слова:** відновне лікування, лікувальна фізична культура, масаж, рак молочної залози.*

***Аннотация.** В статье исследованы методы физической реабилитации для больных женщин, которые включают лечебную гимнастику, способствующую ликвидации развивавшихся осложнений со стороны внутренних органов и верхней конечности на стороне оперативного вмешательства, и самомассажа.*

***Ключевые слова:** восстановительное лечение, лечебная физическая культура, массаж, рак молочной железы.*

***Annotation.** The methods of physical rehabilitation for sick women, which included a medical gymnastics, are described in the article, co-operant liquidations of developing complications from the side of internals and overhead extremity on the side of operative interference, self massage*

***Key words:** restoration treatment, medical physical culture, massage, cancer of breast.*

Рак молочної залози (РМЗ) в Україні, так само, як і в більшості країн світу, з кожним роком розповсюджується і нині посідає перше місце в структурі захворюваності та смертності від злویкісних новоутворень серед жінок (25 % від усіх випадків раку). Захворюваність коливається від 2–5 (Японія, Мексика) до 50–60 на 100 тис. жіночого населення (Англія, Данія, Нідерланди, США, Канада).

В Україні рак молочної залози є однією з основних медико-соціальних проблем сучасної системи охорони здоров'я внаслідок значної поширеності й високого рівня інвалідності та смертності від нього. За даними Національного канцер-реєстру, на обліку в онкологічних закладах України на початку 2012 року було зареєстровано 125,4 тисяч хворих з

цією патологією. Як і в цілому в світі, захворюваність на РМЗ в нашій країні щороку невпинно зростає в середньому на 1–2 % за рік.

У порівнянні з пухлинами інших локалізацій рак молочної залози зустрічається досить часто. У світі щорічно реєструється близько одного мільйона нових випадків захворювання на рак молочної залози. В країнах СНД ця патологія посідає перше місце у структурі смертності від онкологічних захворювань у жінок працездатного віку. Особливу актуальність проблема раку молочної залози має в промислово розвинених регіонах України.

Тому, перед онкологами постають завдання не тільки первинної й уточнюючої діагностики та лікування раку молочної залози, але й оцінювання ефективності різних методів лікування цієї патології та своєчасного виявлення рецидивів після проведеного лікування.

У реабілітації хворих на різні захворювання широко використовуються фізичні чинники [1; 2; 3]. Традиційно вважалося, що при онкологічних захворюваннях абсолютно протипоказано застосування фізичних чинників; онкологія та фізіотерапія завжди були несумісними областями медицини. Але останніми роками різко зріс інтерес до можливостей фізіотерапії в онкології. Перші кроки до зближення зробили онкологи, що пояснюється їх постійним пошуком нових видів лікування злоякісних пухлин, бажанням підвищити ефективність протипухлинного лікування та зменшити виникаючі ускладнення продовжити життя хворих.

Останніми роками з'явилися численні роботи із застосування фізичних чинників у онкології [4; 5; 6]. Їх можна умовно розділити на три напрями: перевірка канцерогенної дії кожного фізичного чинника; використання фізичних чинників у тварин і людини із злоякісними новоутвореннями для дії на пухлину з метою її розпаду або гальмування зростання, введення протипухлинних препаратів, посилення дії променевої та хіміотерапії; фізіотерапія онкологічних хворих з метою ліквідації наслідків радикального протипухлинного лікування.

Реабілітаційні заходи у хворих на рак молочної залози мають як загальні, характерні для всіх хворих із злоякісними пухлинами риси, так і свої особливості, пов'язані з локалізацією процесу, об'ємом оперативного втручання, застосуванням променевої та хіміогормонотерапії [7]. Основна мета реабілітації має бути спрямована на профілактику й усунення численних ускладнень, які призводять до значних анатомо-функціональних порушень і грубих косметичних дефектів.

Слід зазначити, що останнім часом число ускладнень в онкологічних хворих після хірургічного втручання зменшилося, тому що все більше хірургів віддають перевагу ошадним операціям, які не знижують радикальності втручання, більш фізіологічні, краще зберігають анатомічні взаємини [6; 7]. З середини 80-х років ХХ століття були впроваджені методи органозберігаючого операційного лікування раку молочної залози

у жінок у початковій стадії розвитку новоутворення. Вони засновані на видаленні пухлини та пахових лімфатичних вузлів з наступною променевою терапією. На підставі проведених спостережень можна стверджувати, що після такого операційного втручання в принципі не відбувається обмеження амплітуди рухів і втрати м'язової сили на оперованій стороні [6].

Проте видалення лімфатичних вузлів, часто спільно з опроміненням цієї області, створюють загрозу розвитку лімфатичного набряку. Тому, реабілітація після операції на молочній залозі має свою специфіку, яка пов'язана з фізичним і психічним послабленням після операції [6]. Вона складається із заходів, які допомагають відновити оптимальну психофізичну працездатність пацієнта.

Метою роботи є дослідження шляхів профілактики і лікування раку молочної залози за допомогою засобів фізичної реабілітації.

Завдання дослідження: проаналізувати та узагальнити на основі наукових та методичних літературних джерел сучасний стан фізичної реабілітації жінок хворих на рак молочної залози.

Основним **методом** роботи є узагальнення літературних джерел та проведення теоретичного аналізу за досліджуваною проблемою.

Реабілітація хворих з онкопатологією молочної залози набуває сьогодні все більшого значення у зв'язку зі збільшенням кількості вилікуваних хворих на рак молочної залози і є однією з основних медико-соціальних проблем, які за останні роки отримали подальший розвиток. Це привертає увагу все більшого числа дослідників різних напрямків.

Кінцевою метою лікування раку молочної залози є надання допомоги хворій для того, щоб вона знову змогла зайняти своє положення в сім'ї та суспільстві. Хвора може вважати себе здоровою тільки в тому випадку, якщо вона залишається здатною до нормального життя і роботи.

Програма реабілітації хворих із злякисними пухлинами молочної залози повинна бути комплексною і розпочинатися з моменту встановлення діагнозу. Більшість дослідників виділяють шість основних принципів реабілітації. У першу чергу – це як можна більш ранній початок і безперервність реабілітації.

Третім критерієм вважається комплексний характер реабілітації: участь лікарів, педагогів, психологів, соціологів, юристів, економістів, працівників органів соціального забезпечення, фахівців з трудотерапії та лікувальної гімнастики та ін.

Для кожної хворої розробляється індивідуальна програма реабілітації.

П'ятий принцип – здійснення реабілітації в колективі перехворівших жінок – заснований на тому, що проведення реабілітаційних заходів у колективі полегшує адаптацію хворої і змушує її повірити в свої сили.

Шостий принцип реабілітації – повернення жінки до активної суспільно корисної праці.

Під впливом стресової ситуації в онкохворих виникають гострі психогенні реакції. При недостатній психотерапевтичній допомозі і порушенні онкологічної деонтології у таких хворих з'являються різні психічні розлади, серед яких переважає депресивний синдром, тому психологічна реабілітація полягає в подоланні негативних реакцій.

До числа ускладнень після лікування раку молочної залози відносяться: парез плечового нервового сплетіння, контрактура плечового суглоба та лімфостаз верхньої кінцівки.

Особливістю реабілітаційного процесу в онкологічних хворих є його протікання за умов постійної небезпеки виникнення рецидиву чи метастазів пухлини. Тому реабілітаційні заходи повинні тісно переплітатися з методами комплексного лікування. Вони починаються зразу після видалення первинної пухлини, щоб запобігти стійкій втраті працездатності [10].

У період перебування в стаціонарі хворого на РМЗ програма його реабілітації повинна включати, насамперед, заходи, націлені на профілактику ускладнень після хірургічного втручання та повинна здійснюватися групою фахівців: хірургом, радіологом, хіміотерапевтом, психологом, фізичним реабілітологом [8; 9; 10].

Лікувальна фізкультура.

Хворим на рак молочної залози рекомендується проводити лікувальну гімнастику в перед- та післяопераційному періоді. За характером дії та об'ємом фізичного навантаження у цих хворих виділяють 4 періоди, які мають визначені завдання і відповідні комплекси фізичних вправ.

1. Період «Передопераційної підготовки» – з моменту госпіталізації до дня операції.

2. Період «Післяопераційний» – протягом тижня з моменту операції. У післяопераційному періоді розрізняються періоди: ранній (1–3 доби після операції); віддалений (4–7 діб після операції).

3. Період «відновлення» – з 8 по 21 день після операції.

4. Період «тренування» – понад три тижні після операції.

Одним із головних завдань 1-го періоду реабілітації є психологічна підготовка хворих. Важливим завданням передопераційної підготовки є навчити хворих правильному диханню, прийомам відкашлювання, поворотам тіла і сидінню у ліжку.

У післяопераційному періоді, особливо в 1–3-й дні, важливо забезпечити профілактику виникнення пневмонії та ателектазу у легенях, а також боротьбу з можливими гіпостатичними явищами. Діафрагмальне дихання після мастектомії стає основним типом дихання, оскільки хворі беруть грудну клітку, обмежуючи її рух.

З 4–7 дня післяопераційного періоду хворі стають більш активні. Тому, в цей час, необхідно продовжувати виконувати дихальні вправи і починати підготовку до відновлення загальної рухової активності та об'єму рухів у

плечовому суглобі з оперованої сторони. Заняття у цей період, як правило, індивідуальні. Групові заняття у залі починаються з 14–20 дня після операції.

Завданням відновлювального періоду є підготовка хворих до виписки із стаціонару, реадптація до життя у домашніх умовах, роботи та фізичних навантажень. Тому у тренувальний період важливо використовувати рухливі, більш емоційні вправи з різними предметами (наприклад, гімнастична палка, м'яч та ін.) – з навантаженнями на всі групи м'язів та тренуванням дихальної й серцево-судинної системи.

Не менш важливе значення для реабілітації таких хворих має лікувальна фізкультура при лімфатичному набряку. Під впливом фізичних вправ прискорюється крово- і лімфообіг та підвищується тонус лімфатичних судин. Тому, під час побудови комплексу лікувальної гімнастики необхідно приділяти увагу навантаженню на м'язи плечового поясу і спини, підвищенню рухів хребта, поновленню у повному обсязі рухів у плечовому суглобі.

Обов'язковою умовою під час призначення і дозування лікувальної гімнастики є індивідуальний підхід у кожному окремому випадку – з урахуванням наявності набряку, вікових особливостей організму, супутніх захворювань і рівня загального тренування хворої. Обсяг можливого навантаження повинен обов'язково бути узгодженим інструктором ЛФК з лікарем, який лікує хворого.

Догляд за рукою зі сторони оперативного втручання.

Одним з ускладнень після лікування раку молочної залози є лімфатичний набряк верхньої кінцівки оперованої сторони. Причиною цього є ускладнення відтоку лімфи і крові внаслідок видалення під час операції судин і лімфатичних вузлів під пахвами, а також зміни рубців на прооперованій ділянці. Однак, займаючись лікувальною фізкультурою, жінка може уникнути ускладнень та повернути обсяг рухів верхньої кінцівки до нормального рівня вже за кілька місяців після операції.

Обмеження для руки з боку операції і профілактики лімфодемії.

З метою уникнення додаткового навантаження на руку пацієнта, яка знаходиться з боку проведеної операції, при проведенні реабілітаційних процедур необхідно дотримуватися таких правил:

- рука не повинна довгий час знаходитися в одному и тому самому незручному положенні або бути опущеною донизу;
- руку слід берегти від порізів, травм, опіків, укусів комах. «Брудну» домашню роботу треба виконувати у захисних рукавичках. При ушкодженні ранку необхідно обробити антисептиком;
- необхідно слідкувати за нігтями руки та не допускати тріщин і задирок, для чого слід змащувати руку спеціальним кремом;
- не можна протягом 2-х років підіймати цією рукою більше ніж 2 кг і більше ніж 4 кг – усе життя; навантаження на здорову руку також повинні бути обмежені;

– не можна робити ін'єкції в руку з боку операції, здавати з неї аналізи крові, а також міряти кров'яний тиск;

– не можна перетискати руку одягом; годинник, обручки, браслети не повинні врзатися в шкіру;

– не допускати опалення руки в солярії та на сонці;

– не допускати перегрівання кінцівки (використання гарячих ванн, застосування розігрівуючих мазей, миття посуду, прання)

Дуже добре допомагають відновленню рухів у руці на стороні операції заняття в басейні. Їх можна починати через 2–3 місяця після операції, порадившись із лікарем і за умови відсутності шкіряних ушкоджень.

Масаж.

Масаж руки з боку операції з метою профілактики та лікування лімфодема необхідно проводити у три етапи. 1-й – енергійне розтирання і розминання м'язів плечового поясу і довгих м'язів, що необхідно для підвищення тонусу гіпотрофованих м'язів і кровоносних судин та прискорення венозного відтоку. 2-й етап – легке розтирання та поглажування плеча та області плечового суглобу у напрямі від ліктя до плеча, потім – передпліччя і кисті в повільному темпі. 3-й етап – плоскісне проглажування всієї кінцівки від пальців до плечового суглобу. Слід звертати увагу на те, що на всіх етапах масажу не допустимі глибоке розминання, постукування та вібрація. Відтік лімфи з верхньої кінцівки буде відновлюватися по задній поверхні плеча і лопатки. Після масажу шкіра кінцівки не повинна бути гіперемованою.

Самомасаж.

– хвору руку треба влаштувати так, щоб вона була вище ніж плечовий суглоб, краще за все – на спеціальній ортопедичній основі;

– необхідно виключити подразнення шкіри під час масажу. Для чого слід використовувати дитячий чи масажний крем;

– всі рухи потрібно виконувати у напрямі до серця (згідно циркуляції лімфи і венозної крові);

– тривалість масажу – 10 хв. (кожен рух потрібно виконувати 5–10 разів);

– виконуючи масаж з усіх боків, не рекомендується масажувати операційний рубець та місця, які опромінені;

– після виконання всього циклу, необхідно знову промасажувати передпліччя та руку.

Таким чином, з проведеного дослідження можна зробити висновок, що значну роль у фізичній реабілітації пацієнтів з будь-яким видом захворюванням, в тому числі хворих, яким зроблені онкологічні операції та хімічне опромінювання, відіграє грамотний підбір найбільш доцільних та ефективних засобів реабілітації: фізичних вправ, масажу, фізіотерапії тощо. З їх допомогою вдається зменшити біль, покращити функціонування систем організму, відновити втрачені рухові функції, попередити можливі

ускладнення та прискорити одужання і повернення пацієнта до колишньої активної діяльності. За умови вчасного і ефективного проведення реабілітаційних заходів у більшості хворих, які перенесли операцію на молочні залози, спостерігається відновлення функції верхньої кінцівки майже у повному об'ємі.

- 1.** Козырева О. В. Физическая реабилитация. Лечебная физическая культура. Кинезитерапия : [учеб. словарь-справочник] / О. В. Козырева, А. А. Иванов. – М. : Советский спорт, 2010. – 280 с. **2.** Лечебная физическая культура : [учебное пособие] / В. А. Епифанов. – М. : ГЭОТАР–Медиа, 2006. – С. 204–218, 226–233.
- 3.** Милокова И. В. Большая энциклопедия оздоровительных гимнастик / И. В. Милокова, Т. А. Евдокимова. – М. : АСТ; СПб. : Сова, 2007. – 991 с. **4.** Грушина Т. И. Реабилитация в онкологии : физиотерапия / Т. И. Грушина. – М. : ГЭОТАР–Медиа, 2006. – 240 с. **5.** Лукомский И. В. Физиотерапия. Лечебная физкультура. Массаж : [учебник] / И. В. Лукомский, И. С. Сикорская, В. С. Улащик. – Минск : Высшейшая школа, 2008. – 384 с. **6.** Мика А. Кристина. Реабилитация после удаления молочной железы / Кристина А. Мика; [пер. с польского]. – М. : Мед. литература, 2008. – 144 с.
- 7.** Медицинская реабилитация : [руководство] / под ред. акад. РАМН, проф. В. М. Боголюбова. – Москва–Пермь : Звезда, 1998. – Т. 3. – С. 462–502. **8.** Онкологія / Ред. Білінський Б. Т. – Львів : Медицина світу, 1998. – 271 с. **9.** Герасименко В. Н. Реабилитация больных раком молочной железы / В. Н. Герасименко, Ю. В. Артюшенко // Клиническая медицина. – 1978. – Т. 56. – № 5. – С. 56–59. **10.** Герасименко В. Н. Организация реабилитации онкологических больных / В. Н. Герасименко, Е. В. Дорогова, Ю. В. Артюшенко // Вопросы онкологии. – 1981. – № 7, С. 9–13. **11.** Реабилитация онкологических больных // Под ред. В. Н. Герасименко. – М. : Медицина, 1988. – 272 с.