

С. Г. Бугайцов, Т. П. Гусєв

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ НА ВІДДАЛЕНИХ ЕТАПАХ ВІДНОВНОГО ЛІКУВАННЯ

Одеський державний медичний університет

Лікування онкологічних хворих є дуже серйозною і важливою проблемою сучасної медицини. За останні десятиріччя було досягнуто значних успіхів у розробці та впровадженні високоефективних методів радикальної терапії злоякісних новоутворень. Це дало змогу знизити летальність і збільшити тривалість життя у даної категорії хворих [1; 2].

Позитивні результати, які було отримано, висунули нові (раніше мало актуальні) проблеми, що пов'язані з якістю життя онкологічних хворих, які перенесли досить жорстку радикальну терапію. У цих хворих часто розвиваються тяжкі післяопераційні ускладнення, які стосуються як фізичної, так і психологічної сфери. Такий стан справ обумовлює необхідність удосконалення лікувального процесу у віддалених термінах відновного лікування хворих, які перенесли радикальне лікування з приводу раку молочної залози [3–5].

Наші дослідження були присвячені розробці реабілітаційних заходів для жінок, які перенесли радикальні операції з приводу раку молочної залози. Вибір даного контингенту обумовлений, з одного боку, великою розповсюдженістю цієї онкологічної патології, а з другого — надто тяжкими фізичними і психологічними розладами, які розвиваються після радикальних операцій (радикальна мастектомія, квадрантектomia, реконструктивно-пластичні операції на молочної залозі).

Програма реабілітації, яку пропонуємо, охоплює достатньо широкий часовий інтервал — близько року з моменту операції. Окремо слід зупинитися на особливостях відновного лікування в адаптаційно-тренувальному періоді, який триває з моменту виписування хворої зі стаціонару протягом 10–12 міс.

На цьому етапі хворі проходять амбулаторне лікування і в більшості випадків перебувають на самоті. Далеко не завжди їм надається певна допомога в реадаптації до соціально-побутових умов, повернення до трудової діяльності та ін. [6; 7].

Ефективним методом реабілітації, який можуть використовувати хворі (після освоєння), є відносно самостійна лікувальна фізкультура. Правильне використання фізичних вправ в адаптаційно-тренувальному періоді може сприяти профілактиці та ліквідації таких постмастектомічних ускладнень, як контрактура плечового суглоба, лімфатичний набряк верхньої кінцівки, порушення постави. Крім того, лікувальна гімнастика є важливим компонентом психологічної і соціальної реабілітації жінок, які перенесли радикальні операції [8–10].

Цілоком природно, що заняття лікувальною фізкультурою починають значно раніше періоду відновного лікування, який розглядаємо. Фізичні вправи як засіб реабілітації можуть застосовуватися практично з перших часів після операційного втручання і використовув-

ватися протягом усього періоду перебування хворої в стаціонарі.

Таким чином, при використанні лікувальної фізкультури в адаптаційно-тренувальному періоді важливо враховувати принципи поступовості і безперервності фізичної реабілітації хворих, які перенесли радикальні операції на молочної залозі.

Головними умовами проведення гімнастичних вправ є їх безболісність і регулярність, а провідним принципом — індивідуальне дозування навантаження з поступовим його збільшенням і ускладненням. Оскільки дуже часто крилоподібне виділення лопатки спотворює жінку, пропонуємо виконувати вправи у вихідному положенні лежачи на спині. Це створює короткий важіль, що сприяє зміцненню м'язово-зв'язкового апарату, який оточує плечовий суглоб. При такому положенні відбувається розвантаження м'язів плечового пояса, шиї і спини. У подальшому використовують вихідні положення лежачи на здоровому боці, стоячи. Поступово вводять вправи з гумовим бинтом, колесом, гімнастичною палицею, м'ячем, поєднуючи їх із розслабленням для тренування триголового м'яза плеча, заднього пучка дельтоподібного м'яза. Корисні вправи біля гімнастичної стінки.

На даному етапі реабілітації дуже важливо створити для хворої оптимальні фізичні і психоемоційні умови, які дозволять повернути її до суспільно-корисної діяльності.



Приблизна схема занять лікувальною гімнастикою в адаптаційно-тренувальному періоді

Частина	Тривалість, хв	Методичні вказівки	Цільова спрямованість
Вступна Різні види ходьби, загальнорозвиваючі і дихальні вправи	6–8	Темп змінний, дихання спокійне, потрібно стежити за поставою	Підготовка організму до майбутніх навантажень
Основна Вправи з гімнастичною палицею для верхніх кінцівок Різні нахили і повороти тулуба Вправи для м'язів спини та черевного преса Вправи для нижніх кінцівок Вправи з гумовим бинтом для рук	31–32	Темп повільний, поступове підвищення амплітуди руху Рухи виконуються плавно, без затримки дихання Вихідне положення — лежачи і стоячи на колінах Початкове положення — стоячи біля опори Темп середній, слід уникати зайвого напруження м'язів з боку операції	Підвищення рухливості в плечових суглобах (особливо з боку операції) Профілактика порушень постави Укріплення м'язів нижніх кінцівок Посилення крово- і лімфообігу в м'язах верхніх кінцівок і плечового пояса
Заключна Ходьба, дихальні вправи, вправи на розслаблення	3–5	Темп повільний, дихання глибоке з акцентом на видиху	Зниження загального фізичного навантаження, приведення організму у відносно спокійний стан

У таблиці подано приблизну схему занять лікувальною фізкультурою для жінок, які перенесли радикальні операції на молочній залозі. Спочатку опановують більш прості вправи, з невеликою кількістю повторювань. Потім поступово збільшують кількість повторювань і переходять до опанування більш складних фізичних вправ. Заняття лікувальною гімнастикою проводять 3–4 рази на тиждень по 45 хв.

Результати наших досліджень, в яких взяли участь 198 жінок, що перенесли радикальні операції на молочній залозі, підтвердили обгрунтованість і показали високу ефективність використання фізичних вправ у комплексі реабілітаційних заходів.

Згідно з даними, які отримано нами приблизно через рік після оперативного втручання, спостерігається практично повне відновлення рухливості в плечовому суглобі з боку операції. Це стосується тих жінок, які одержували запропоновану терапію (ГОЗТ), до комплексу

відновного лікування яких включалася лікувальна гімнастика. Тим часом у хворих, які отримували тільки стандартну терапію, відмічається обмеження рухливості в плечовому суглобі хворої руки.

Вимірювання обхвату плеча показали наявність лімфатичного набряку у 23,7 % тематичних хворих. У групі обстежених, які займалися за нашою програмою відновного лікування, спостерігався значно менший відсоток жінок з лімфатичним набряком верхньої кінцівки (11,8 % порівняно з 45,1 % у контрольній групі). Важливо також відмітити, що у хворих, які отримували лише стандартну терапію, спостерігаються більш тяжкі стадії лімфатичного набряку.

Розвиток деформації хребетного стовпа внаслідок вагової асиметрії і зміни м'язових тяг спостерігається у 17,8 % жінок, які входять до ГОЗТ, і у 35,2 % хворих, які отримували тільки стандартну терапію.

Досить важливим показником ефективності проведено-

го відновного лікування є стан працездатності пацієнтів після закінчення курсу реабілітації. Так, при первинному огляді на ВТЕК серед жінок, які входили до ГОЗТ, інвалідність отримали 16,54 % осіб, тимчасом як у контрольній групі цей показник був вдвічі більшим і становив 33,8 %.

Таким чином, слід запровадити більш широке використання лікувальної фізкультури на пізніх етапах відновного лікування у хворих на рак молочної залози, тому що раціональні фізичні вправи сприяють профілактиці основних анатомо-функціональних і психологічних ускладнень, які розвиваються після хірургічного та променевого лікування злоякісних новоутворень молочної залози, і спрямовані на боротьбу з ними. Лікувальна фізкультура допомагає швидшій ресоціалізації жінок, поверненню їх до трудової діяльності, отже, покращує тривалість і якість життя онкологічних хворих.



ЛІТЕРАТУРА

1. Рак молочной железы. Характеристика проблемы // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. — 2000. — Т. 2, № 1. — С. 44-46.
2. Love S. M., Lindsey K. Dr. Love's breast book. — 2-th ed., fully rev. — N. Y.: Addison-Wesley, 1995. — 627 p.
3. Donegan W. L., Spratt J. S. Cancer of the breast. — 4-th ed. — Philadelphia: Saunders, 1995. — 860 p.
4. Демин Е. В., Чулкова В. А. Возможности улучшения качества жизни онкологических больных // Вопросы онкологии. — 1992. — Т. 38, № 1. — С. 84-89.
5. Милевская Т. Т. Рак молочной железы: подходы к своевре-

менному выявлению и повышению эффективности лечения // Здоровоохран. Беларуси. — 1996. — № 3. — С. 24-27.

6. *Возможности* реабилитации больных раком молочной железы при органосохраняющем лечении и пути ее совершенствования / А. Г. Золотков, В. М. Жуков, А. Н. Великолуг и др. // Паллиатив. медицина и реабилитация. — 1998. — № 2-3. — С. 71-71.

7. Демин Е. В. Социальная значимость улучшения качества жизни больных раком молочной железы на послегоспитальном этапе // Вопросы онкологии. — 1990. — № 4. — С. 107-111.

8. *Лечебная физкультура* — важный этап реабилитации больных раком молочной железы / Е. П. Куликов, Н. И. Веркин, А. М. Лебедев и др. // Паллиатив. медицина и реабилитация. — 1998. — № 2-3. — С. 79-79.

9. Дрижак В. І., Бабаули Ш. Р., Демборинський І. В. Реабілітація хворих на рак грудної залози після виконання мастектомії // Клін. хірургія. — 1998. — № 5. — С. 26-27.

10. *Реабилитация* онкологических больных / В. Н. Герасименко, Ю. В. Артюшенко, А. Т. Адмиралсанов и др. / Под ред. В. Н. Герасименко. — М.: Медицина, 1988. — 430 с.

УДК 616-071+616.12-008.331.1+616-089

А. І. Витриховський¹, Л. В. Глушко²

ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ПЕРІОПЕРАЦІЙНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

¹Івано-Франківський клінічний кардіологічний диспансер,

²Івано-Франківська державна медична академія

Вступ

Упродовж останніх років виділено кілька нових форм вторинної артеріальної гіпертензії (АГ), однією з яких є періопераційна артеріальна гіпертензія (ПАГ) [1]. За даними різних авторів, у 13–60 % хворих перед операцією спостерігається підвищений артеріальний тиск (АТ). У деяких з них це пов'язано з наявною есенціальною гіпертензією, у інших — з вторинними гіпертензіями або ж із патологічним впливом такого фактора, яким є хірургічне втручання. Згідно зі статистичними даними, в США щорічно проводять близько 12 млн оперативних втручань пацієнтам із супровідною патологією серцево-судинної системи. Рівень смертності в хірургічних клініках США становить 0,2 %, серед хворих із післяопераційною АГ — 1,9 %, із післяопераційною тахікардією — 2,3 % [2; 3]. За

даними передопераційної ЕКГ, при АТ > 170/100 мм рт. ст. частота виникнення ішемії міокарда збільшується на 50 %. Водночас слід відмітити, що поява тахікардії під час операції і в післяопераційному періоді є фактором ризику появи АГ [3].

Сьогодні лікарі більшості країн віддають перевагу саме профілактиці, оскільки можливості підвищення ефективності лікування нині практично вичерпані. Засоби, які якоюсь мірою покращують прогноз або знижують захворюваність, дають частковий ефект [4]. Змінити ситуацію, що склалася, можливо лише при впливі на фактори ризику на етапі профілактики серцево-судинних захворювань (ССЗ) [5]. Первинною метою антигіпертензивної терапії є досягнення максимального зниження загального ризику ССЗ і смертності. Це потребує усунення всіх ідентифікованих факторів

ризиків та відповідного лікування клінічних станів, пов'язаних з АГ [6]. Збільшення розповсюдження АГ тісно пов'язано зі способом життя і тими факторами ризику, які потенційно піддаються модифікації. Модифікація факторів ризику виникнення та прогресування АГ однозначно знижує захворюваність і смертність у пацієнтів як із діагностованою, так і недіагностованою АГ.

Метою роботи було детальне вивчення внеску факторів ризику виникнення й прогресування АГ в умовах періопераційного стресу.

Матеріали та методи дослідження

Обстежено 148 хворих із ПАГ, яка вперше виникла у віці від 43 до 77 років. Усіх пацієнтів було поділено на дві групи: до 1-ї групи увійшли 73 хворих (37 чоловіків і 36 жінок) із ПАГ, яка виникла в передопе-

