

7. Duwelius P.J. Rangitsch MR. Colville MR. Woll TS. Treatment of tibial plateau fracture by limited internal fixation/. *Clinical Orthopaedics & Related Research*. – 1997. Vol. 339. – P.47-57.
8. Goldstein B. Hammond M. Physical medicine and rehabilitation/JAMA. - 1997. N277(23). – P 1891-1892.

INCREASE THE EFFICIENCY OF THE PHYSICAL REHABILITATION PROGRAM OF THE PATIENTS WITH SHIN INJURY

NIKANOROVA.

National University of Physical Education and Sport of Ukraine

Abstract. Clause is devoted to dynamics of elastic - viscous properties of skeletal muscles of patients with shin injury with the count of action of rehabilitation program.

Key words: non-traditional means of rehabilitation, elastic - viscous properties of skeletal muscles

РЕАБІЛІТАЦІЙНІ ЗАХОДИ ПРИ УСКЛАДНЕННЯХ ПІСЛЯ МАСТЕКТОМІЇ

Ольга БАС, Андрій ВОВКАНИЧ

Львівський державний інститут фізичної культури

Актуальність. Рак молочної залози займає 1-ше місце у загальній структурі злоякісних пухлин у жінок [6]. Кількість захворювань коливається від 50 - 60 випадків на 100 тис. жіночого населення (Англія, Данія, Нідерланди, США, Канада, Україна) 2 - 5 (Японія, Мексика). Імовірність виникнення раку збільшується з віком пропорційно, причому, пік захворюваності припадає на 55 років, коли жінка є повністю працездатною і тому для ефективності післяопераційного процесу необхідно направляти більше зусиль на відновлення та розвиток професійних нахилів, створення умов для повноцінного життя в суспільстві. При цьому необхідно враховувати, що для жінок, що перенесли, радикальну мастектомію, придатні лише професії, які не пов'язані з великими фізичними навантаженнями, з тривалими і важкими рухами руки. Повернення хворих після закінчення лікування до роботи, яка буде відповідати їх можливостям, основне в реабілітації [1,2,6].

В Україні кількість хворих сягає 70 тисяч і щороку виявляється понад 15 тисяч нових захворювань. За даними Львівського державного онкологічного регіонального лікувально-діагностичного центру, на Львівщині щороку стають жертвами цієї хвороби близько 900 жінок [5,6].

Метою нашого дослідження є характеристика післяопераційних ускладнень пацієнтів з мастектомією та визначення шляхів їх профілактики і лікування допомогою засобів фізичної реабілітації.

Методи дослідження: узагальнення літературних джерел, теоретичний аналіз

Вклад матеріалу та його обговорення. Особливістю реабілітаційного процесу онкологічних хворих є його протікання за умов постійної небезпеки виникнення рецидиву чи метастазів пухлини. Тому реабілітаційні заходи повинні тісно переплітатися з комплексом лікування. Вони починаються зразу після видалення первинної пухлини, щоб запобігти стійкій втраті працездатності [3].

План лікування та реабілітації хворих на рак грудної залози повинен бути індивідуальним. Вибір методу лікування раку грудної залози визначається стадією захворювання, клінічною формою пухлини, віком і загальним станом хворої (генетичні, імунні та інші показники). Для лікування раку грудної залози використовуються усі відомі в онкології методи: хірургічний (мастектомія), променевий, гормональний (хіміотерапія та гормонотерапія), імунний [3].

У період перебування в стаціонарі хворого на РМЗ програма реабілітації повинна включати, насамперед, заходи, націлені на профілактику ускладнень після хірургічного втручання та повинна здійснюватися групою фахівців: хірургом, радіологом, анестезіологом, психологом, фізичним реабілітологом [1,2,4].

Численні дослідження свідчать про те, що самостійне відновлення функціональних здатностей реалізується лише невеликою частиною хворих. Більшість же пацієнток в тому або іншому ступені потребують реабілітаційних заходів, оскільки післяопераційні ускладнення, які виникають, можуть віддалити процес відновлення здоров'я хворого до суспільно корисної праці [4,7].

Ускладнення оперативного і променевого лікування раку молочної залози виникають після операції, які можна розділити на ранні, які з'являються в ранні терміни після операції, і пізні. До ранніх ускладнень (зустрічаються приблизно в 1/3 хворих) належать лімфорея, інфікування післяопераційної рани, краєвий некроз шкірних покривів, до пізніх - набряк, парез плечового нервового сплетіння, контрактуру плечового суглобу, параліч і лімфостаз верхньої кінцівки, парестезії та болі в ділянці грудної стіни. У ряді випадків вони приводять до втрати працездатності хворого і інвалідності [1,2,4].

Найбільш висока частота ранніх післяопераційних ускладнень спостерігається у хворих, які страждають від таких супутніх захворювань як ожиріння, гіпертонія, цукровий діабет, артеріальне розширення вен, є немолодого віку і до яких застосовували дробово-ударну променеву терапію. Важливе значення має характер операції та її об'єм, операція з видалення молочної залози з пухлиною, віддаляються великий і малий грудні м'язи, лімфатичні вузли з прилеглою клітковиною, що призводить до обмеження рухів в плечовому суглобі, розвитку фіброзу і лімфостазу [1,4].

Лімфорея є найбільш частим раннім післяопераційним ускладненням і спостерігається у 1/3 хворих. Використовування вакуумного дренажу післяопераційної рани дозволило значно знизити його частоту, що досягала раніше 100% [4].

У комплексі реабілітаційних заходів велике значення має також профілактика розвитку парезів, оскільки хворі схильні до небезпеки інфікування кінцівки на стороні операції. Важливо слід уникати дрібних травм, ретельно оберігати руку від порізів, опіків, а також при запаленні використовувати антибіотики різного спектру дії.

Парез плечового нервового сплетіння є одним з рідкісних ускладнень; важкість парезу кінцівки і втрата чутливості знаходяться у прямій залежності від ступеня ураження плечового нервового сплетення. Тому необхідно завжди проводити комплексні дослідження, динамометрію, визначати чутливість і ін. При парезі

нервового плечового сплетіння в основному можуть бути використані електростимуляція і лікувальна фізкультура, а в деяких випадках – ортопедичні пристосування.

Найчастіше при лікуванні раку молочної залози зустрічаються ускладнення у вигляді контрактури плечового суглоба. Вони частіше спостерігаються в хворих, якими не проводилися реабілітаційні заходи у необхідному об'ємі. Так, за даними Хі (1980), при обстеженні 271 хворих, оперованих з приводу раку молочної залози, в 91 (33,6%) простежувалося обмеження рухливості в плечовому суглобі, з них 22 (8,2%) навіть не могли відвести руку на 90°, а проаналізувавши результати комбінованого лікування 1346 хворих, Бейсік (1979) виявив в 458 (34 %) – часткове, а в 27 (2 %) – різке обмеження рухів в плечовому суглобі. Обмеження рухливості в плечовому суглобі надалі веде до атрофії м'язів плечового поясу, деформації грудної клітки в стороні операції і зміни постави. Фізична реабілітація, розпочата в ранньому післяопераційному періоді, є визначальним моментом у відновленні нормальної функції плечового суглобу і зміцненні м'язів. До початку складання реабілітаційної програми проводяться гоніометричні дослідження - вимірюють відведення, піднімання, внутрішню і зовнішню ротацію руки. Силу м'язів визначають динамометром, або з допомогою мануального м'язового тесту. Вправи слід розпочинати, як тільки дозволить стан хворого і операційної рани, переважно з 2-5-го дня після операції, і проводити під суворим контролем реабілітолога. Під час курсу променевої терапії хворі можуть продовжувати лікувальну гімнастику за відсутності місцевих або загальних ускладнень. Спочатку вправи виконують за допомогою реабілітолога, а потім хворі виконують активні вправи самостійно, поступово збільшуючи навантаження. Якщо вправи не розпочаті своєчасно, надалі настає обмеження рухів в суглобі, а у важких випадках – необоротні функціональні порушення [1,2,].

Після радикального лікування в ряду хворих може виникнути лімфостаз (набряк верхньої кінцівки на стороні операції). За літературними даними, частота цього ускладнення коливається від 13 до 58%. Лімфостаз розвивається в різні терміни після операції. В найближчому післяопераційному періоді з'являється набряк, який швидко проходить. Лімфостаз, що з'являється через декілька тижнів після операції може виявитися стійким і прогресувати при недотриманні гігієнічних вимог. Лімфостаз як пізні ускладнення розвивається в результаті оперативного втручання на лімфатичних вузлах пахвової ділянки, а також внаслідок фіброзу сполучної тканини після променевої терапії. Розрізняють кілька ступенів лімфостазу: легкий (збільшення об'єму руки над ліктем до 2 см), середній (збільшення об'єму руки над ліктем на 2-6 см) і важкий (збільшення об'єму руки над ліктем більше 6 см) ступені набряку. Проте, основною причиною виникнення набряку є перш за все порушення анатомічних і функціональних взаємозв'язків в лімфатичній і венозній системах пахвової ділянки внаслідок наявності пухлини, оперативного втручання і променевої терапії. Рубцювання, фіброзування сполучної тканини призводять до порушення крово- та лімфоциркуляції. Набряк руки, особливо в пізні терміни після операції, частіше призводить до значних функціональних розладів, збільшення ваги руки, порушення рухливості в плечовому, променезап'ястковому і п'ястковому суглобах. Болі, неприємні відчуття і вазомоторні порушення в хворій руці часто є однією з причин стійкої втрати працездатності. [1,5].

Отже, реабілітація хворих із злоякісною пухлиною молочної залози повинна бути безперервною і комплексною. Зразу після операції руку на оперованій стороні слід укласти на протипухлинний клин з метою поліпшення відтоку венозної крові і лімфи.

при цьому повинне бути положення кисті. Плече відводять на 30–40° від грудної стінки; ліктьовий суглоб – на рівні передньої грудної стінки. У разі потреби доцільно рекомендувати дихальні вправи з акцентом на відкашлювання, глибокий грудний тип дихання поперемінно, з легкими рухами голови, здорової руки. При сприятливому прогнозі з 1–2-го дня після операції (будь-якого об'єму) здійснюються плавні активні рухи в плечовому і ліктьовому суглобах кінцівки на амплітуді, а з 10–14-го дня ці вправи виконуються хворими в повному обсязі під постійним контролем реабілітолога. Заняття в післяопераційному періоді, як правило, регулярні. Фізичне навантаження в цей час перебуває в залежності від виду операції, характеру втручання, загального стану хворого і стану рани [1,4].

Після виписуванням із стаціонару програма фізичної реабілітації повинна бути спрямована на реадaptaцію жінки до життя в домашніх умовах, до роботи з пов'язаними фізичними навантаженнями. У тренувальному періоді переважають жваві, більш різкі вправи з різними предметами (наприклад, гімнастичними палицями, м'ячами і гантелями) з навантаженням на всі групи м'язів, тренуванням дихальної і серцево-судинної систем. Закріплення вправ доцільно поєднувати з легким поздовжнім масажем верхньої кінцівки зі сторони операції, який сприятливо впливає на мікро- і макроциркуляції крові і сприяє зменшенню або повній ліквідації тканинного набряку.

Для профілактики пізніх післяопераційних ускладнень слід рекомендувати хворим після виписування із стаціонару всім хворим прооперованим з приводу РМЖ, регулярну фізичною культурою протягом 6-7 міс. після операції (до повного відновлення функції верхньої кінцівки), щоденні теплі (38-40° С) ванни або душ протягом 1 тижнів, обмеження навантаження на хвору кінцівку до 3 кг протягом одного тижня, регулярну елевaцію кінцівки, попередження пошкоджень і мікротравм кінцівки (опіків і ін.), особливо в ділянці кисті. При дотриманні усіх умов післяопераційної реабілітації, зазвичай через 6 місяців після операції у більшості хворих спостерігається відновлення функції верхньої кінцівки майже у повному об'ємі (за винятком неутрішньої ротації і закладу руки за спину).

Контроль за виконанням хворими вказаних рекомендацій слід проводити кожні 3 дні. Особливо пильної уваги на цьому етапі реабілітації вимагають хворі, що отримали дробово-фракційний курс променевої терапії, що мали ранні післяопераційні ускладнення, насамперед, нагноєння рани.

Висновок. Ускладненнями, які найчастіше трапляються у пацієнтів відразу після операції є лімфорез, інфікування післяопераційної рани, краєвий некроз шкірних покрив, а на більш пізніх стадіях відновлення – набряк, парез плечового нервового стовбу, контрактура плечового суглобу, параліч і лімфостаз верхньої кінцівки, постійні болі у ділянці грудної стінки. За умов вчасного і ефективного проведення післяопераційних заходів у більшості хворих спостерігається відновлення функції верхньої кінцівки майже у повному об'ємі.

Література

- Борисенко В.Н., Артюшенко Ю.В. Реабилитация больных раком молочной железы. Клиническая медицина, 1978, Т.56, №5. – С.56-59.
Борисенко В.Н., Дорогова Е.В.A., Артюшенко Ю.В. Организация реабилитации онкологических больных. – Вопр. онкол., 1981, №7. – С. 9-13
Борисенко В.Н. / Ред. Білинський Б.Т. – Львів: Медицина світу, 1998. – 271с.

4. Реабилитация онкологических больных// Под ред. В.Н. Герасименко. – М Медицина, 1988, 272с.
5. Тарутінов В.І., Югрінов О.Г., Скляр С.Ю., Тильний В.В. Неoad'ювантна селективна внутрішньо артеріальна хіміотерапія при лікуванні хворих з місцево-поширеним раком молочної залози //Онкологія. – 2001.- Т.3, № 2-3. – С. 186-190.
6. Шалимов С.А., Федоренко З.П., Гулак Л.О. Структура захворюваності населення України злоякісними новоутвореннями // Онкологія. – 2001.- Т.3, № 3. – С. 91-95
7. Dietz J.H. Adaptive rehabilitation in cancer. A program to improve quality of survival – Postgrad. Med., 1980, vol. 68,N 1, p. 145-147, 150-153.

REHABILITATION ACTIVITIES AT COMPLICATIONS AFTER MASTECTOMY

Olga BAS, Andriy VOVKANICH

L'viv State Institute of Physical Culture

Abstract. Analysis functional problems in patients after breast cancer operation and main principles of physical exercises application in physical rehabilitation of such patients are being analyzed in the article.

Key words: mastectomy, functional problems, physical rehabilitation.

МЕТОДИКА ЛІКУВАЛЬНОЇ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ ДЛЯ ЖІНОК ПОХИЛОГО ВІКУ ПІСЛЯ ОПЕРОВАНОВОГО ПЕРЕЛОМУ ШИЙКИ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ ЗА АНАЛІЗОМ ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ

Галина ДІДУХ

Львівський державний інститут фізичної культури

Постановка проблеми. Наукові дослідження у галузі фізичної реабілітації підтверджують, що для досягнення ефективного результату під час її проведення потрібно дотримуватися певної послідовності дій і на всіх етапах враховувати індивідуальні особливості пацієнта.

А.М. Герцик на підставі аналізу практичної діяльності фахівців фізичної реабілітації за кордоном пропонує орієнтовний алгоритм клінічної діяльності реабілітолога, основними складовими якого є: обстеження для визначення функціональних порушень та обмежень, прогнозування результатів реабілітаційного втручання, планування реабілітаційної програми, реабілітаційне втручання, оцінювання результатів та корекція реабілітаційного втручання [1].

Практична реалізація його пропозицій утруднена тим, що у закладах сфери охорони здоров'я дотепер переважає застосування лікувальної фізичної культури, яка, у своїх особливостей, не забезпечує належної ефективності відновлення пацієнтів.