

ЛЕКЦІЯ 8

ТЕМА: ОСОБЛИВОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ ОНКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ

Зміст

1. Мета та особливості реабілітації
2. Особливості ведення пацієнтів відповідно до періоду реабілітації
3. Правила побудови реабілітаційної програми

Особливістю реабілітації в онкологічних хворих є постійна небезпека виникнення рецидиву чи метастазів пухлини. Тому реабілітаційні заходи повинні тісно переплітатися з методами комплексного лікування. Практично реабілітаційні заходи в онкологічних хворих важко відділити від компонентів комплексного лікування: вони починаються зразу після видалення первинної пухлини. Реабілітація онкологічних хворих складається з медичних (медична реабілітація), психологічних, педагогічних і трудових заходів, тому - це складна система державних, соціально-економічних, медичних, психологічних та інших заходів, спрямованих на запобігання розвитку патологічних процесів, які призводять до стійкої втрати працездатності.

В період перебування в стаціонарі хворого програма реабілітації повинна включати перш за все заходи, націлені на профілактику ускладнень після хірургічного втручання та повинна здійснюватися групою фахівців: хірургом, радіологом, хіміотерапевтом, психологом, фізичним реабілітологом..

сумісність з лікувальним етапом, комплексність та індивідуальність підходу.

Можливості реабілітації конкретного хворого розглядається індивідуально з урахуванням комплексу прогностичних факторів: локалізація і стадія пухлини, її морфологічну будову, характер проведеного лікування, ступінь анатомо-функціональних порушень, а також біологічних і соціальні характеристики: вік, стать, професія, становище в суспільстві, сім'ї та т. д. Очевидно, що всі ймовірні варіанти клінічного перебігу злоякісного захворювання можливо об'єднати в три групи. Група зі сприятливим прогнозом включає в себе спостереження з 1-2 стадією пухлини, які, як відомо, мають реальний шанс лікування від захворювання I при символах T1-2NoMo 5-ти річна виживаність цієї групи хворих сягає від 60 до 90%. Більшості пацієнтів при цьому можливе проведення функціонально щадного і органозберігаючого лікування із застосуванням методик хірургічної резекції ураженого органу зі збереженням функціональної частини, нерідко з одномоментною реконструкцією.

Прогноз захворювання набуває більш серйозний характер в групі пацієнтів з III стадією пухлини. Можливість проведення функціонально щадного лікування при подібній поширеності процесу дуже звужена. Найчастіше для адекватного видалення пухлини і лімфовузлів потрібне виконання важкої операції в комбінації з променевою терапією і хіміотерапією, тим самим завдаючи виражений анатомофункціональний дефект. Наприклад, гастректомія, пневнектомія, мастектомія. У ряді випадків призводить до повної втрати функції органу і супроводжуючись вираженою інвалідизацією як наприклад, ларінгектомія з трахеостомією, ампутація кінцівки, резекція стравоходу з езофаго і гастростоми, обструктивна резекція товстої кишки з колостомією.

I, нарешті, група несприятливого прогнозу з прогресуванням пухлинного процесу після неефективного лікування II-III стадії та з вперше виявленої IV стадією захворювання. Завданням лікування даних хворих полягає в уповільненні по можливості прогресування захворювання шляхом застосування променевої і хіміотерапії, а також корекції виниклих порушень функції органів, наприклад Трахеостомія при стенозі гортані і трахеї, гастростомія при пухлинній дисфагії і т. д. А також купірування хронічного больового синдрому.

Відповідно до груповим прогнозом визначають мету реабілітації.

1. Відновлювальна, яка має повне або часткове відновлення працездатності, як правило, для хворих зі сприятливим прогнозом.

2. Підтримуюча, пов'язана з втратою працездатності, інвалідизацією. Спрямована на адаптацію пацієнта до нового психо-фізичного стану, положення в родині та суспільстві. Стосується групи хворих з II-III стадією захворювання.

3. Паліативна, спрямована на створення комфортних умов існування в умовах прогресування та генералізації злоякісної пухлини, що зумовлює несприятливість прогнозу життя.

Слід зазначити, що не існує чітких меж у визначенні цілей реабілітації в кожному конкретному випадку, оскільки очевидно, що особливості перебігу пухлинного процесу мають індивідуальні особливості. Наприклад, прогресування пухлини після радикального лікування змінює мета реабілітації з відновлювальної на паліативну.

Для досягнення цілей реабілітації онкологічного хворого застосовуються спеціальні методи або компоненти реабілітації. Слід підкреслити, що в сучасній клінічній онкології поняття лікування та реабілітація нерозривні, забезпечуючи наступність і послідовність етапів загального лікування.

Лікувальний компонент є основоположним, що визначає як результат лікування так і реабілітації.

Пріоритетним напрямком сучасної клінічної онкології є функціонально-щадне і органозберігаюче лікування злоякісних пухлин основних локалізацій. Одним з основних принципів функціонально-щадного лікування є поєднання етапів хірургічного видалення пухлини та хірургічної реабілітації. Цей принцип в даний час застосований для хворих I-II ст. і більшої частини III ст. завдяки впровадженню в онкологію реконструктивно-пластичної компонента відновлення враженого органу. Наприклад радикальна резекція молочної залози з реконструкцією, резекція і пластика стравоходу, гортані, трахеї і т. д. Реконструктивно-пластичний компонент хірургічної реабілітації онкологічних хворих включає в себе комплекс методів сучасної реконструктивно-пластичної хірургії, що дозволяють в найкоротші терміни і з максимальною ефективністю відновити функцію і зовнішній вигляд органа, його естетичні параметри, що особливо важливо для особи, молочних залоз, кінцівок. Ортопедичний компонент реабілітації застосовують у тих випадках, коли є протипоказання до проведення реконструктивно-пластичної лікування у зв'язку з віком, супутньою патологією або прогнозом пухлини. Також у випадках, коли пластика дефекту представляється складно розв'язати завданням. Ортопедичний метод реабілітації онкологічних хворих нині має ряд методичних особливостей якими є максимально ранній початок і двоетапність у вигляді тимчасового тренувального протезування і постійного. Для зготування протезів використовуються

найсучасніші розробки в синтетичних матеріалах для найкращої адаптації на стику протез-тканина і в області біомеханіки для відтворення окремих функцій протезованих органів. Найбільшого поширення набули протезування органів щелепно-лицьової зони для відновлення функції жування, ковтання, звукоутворення, також протезування молочної залози і кінцівок.

Отже, індивідуальний підхід і всебічна оцінка особистості хворого дозволяє без шкоди для здоров'я і відповідно до його бажань встановлювати рівні інвалідності та працездатності.

Процес реабілітації повинен носити безперервний характер. Тільки так можна добитися успіху у відновленні участі онкологічного хворого в активного життя.

Для побудови якісної реабілітаційної програми потрібно виокремити її основні складові :

- реабілітаційне обстеження для визначення основних проблем;
- прогнозування результатів реабілітаційного втручання;
- планування реабілітаційного втручання;
- виконання реабілітаційного втручання;
- оцінювання результатів реабілітаційного втручання та порівняння їх з прогнозованими показниками.

Кожна складова програми фізичної реабілітації визначає зміст наступної складової. Чітка послідовність виконання дій дозволяє забезпечити якість реабілітаційного втручання і, як наслідок, досягнути позитивного результату.

З метою стандартизації та полегшення розробки індивідуальних програм фізичної реабілітації багато авторів розробили поетапний алгоритм фізичної реабілітації.

Перший етап – знайомство з пацієнтом, збір загального анамнезу та анкетування. **Другим етапом** є проведення реабілітаційного обстеження для визначення вихідного фізичного, функціонального та психоемоційного стану. На основі отриманих даних шляхом чіткого планування визначається реабілітаційний прогноз та реабілітаційні завдання, що ми вважаємо **третім етапом** реалізації програми. **На четвертому етапі** визначаються шляхи та засоби реалізації поставлених завдань, а на **п'ятому** проводиться реалізація індивідуальної реабілітаційної програми. Після впровадження у практику розробленої програми (**шостий етап**) проводиться повторне реабілітаційне обстеження та, при потребі, вносяться корективи до запропонованої програми фізичної реабілітації. Даний алгоритм може слугувати основою для розробки реабілітаційних програм, як в межах стаціонару, так і при проведенні занять у реабілітаційних центрах.

Для диференціації та поступовості впливу на організм, процес фізичної реабілітації після операції умовно поділяється на 3-и періоди.

- ранній післяопераційний (1-3 доба);
- відтермінований післяопераційний (4-7 доба);
- та відновний (з 8 доби).

Тривалість періодів може змінюватись залежно від індивідуальних особливостей перебігу лікувально-відновного процесу.

Відповідно до кожного з періодів підбираються завдання, засоби та методи фізичної реабілітації.

Повноцінне реабілітаційне обстеження повинно включати збір суб'єктивної та об'єктивної інформації щодо стану пацієнтки. Суб'єктивне оцінювання стану пацієнтки визначається на основі інформації зібраної зі слів самої пацієнтки, опікунів та родичів. Об'єктивне оцінювання здійснюється на основі результатів обстежень проведених фахівцем з фізичної реабілітації.

При розробці індивідуальної реабілітаційної програми, потрібно враховувати загальний стан, вік, стадію захворювання, локалізацію пухлини, методи лікування, наявність метастазів, можливий прогноз розвитку пухлинного процесу, фізичний і психологічний стан, прогноз можливих ускладнень, на основі чого формувались обсяг, частота та інтенсивність проведення реабілітаційних занять.

Основною метою фізичної реабілітації є допомога особі з фізичним порушенням досягти максимального рівня фізичної незалежності, сприяти відновленню функціональних порушень, фізичної активності та підготувати до виписки зі стаціонару.

Основними складовими реабілітаційного втручання є виокремлення скарг та проблем на основі реабілітаційного обстеження, визначення завдань як довго-, так і короткотермінових, підбір методів і засобів фізичної реабілітації та визначення графіку і форми проведення занять.

На основі виявлених скарг, проблем та порушень сформулюються завдання фізичної реабілітації, які повинні бути індивідуальними, чіткими, досяжними та визначеними у часі. Невід'ємною складовою процесу фізичної реабілітації є вміння фахівцем з фізичної реабілітації правильно спланувати його. Планування реабілітаційного втручання – це формування науково-обґрунтованої і зорієнтованої на результат стратегії роботи, підбір адекватних методів і засобів, визначення спільно з пацієнткою завдань втручання [213]. З метою ефективного планування реабілітаційного процесу до вибору пріоритетних завдань варто залучати самих пацієнтів, що сприяє виявленню найважливіших проблем та правильній послідовності завдань для їх реалізації.

Наступним етапом реалізації реабілітаційного процесу є підбір методів і засобів фізичної реабілітації та, у подальшому, формування цілісної програми фізичної реабілітації. Він зумовлюється завданнями встановленими на основі реабілітаційного обстеження, періодом проведення та руховою активністю пацієнта.

Упродовж усіх занять повинен проводитись контроль за станом пацієнта. Так, потрібно здійснювати оперативний, поточний та етапний види контролю.

З метою контролю за загальним станом пацієнтів та за реакцією організму на фізичні навантаження перед початком, під час та після заняття потрібно здійснювати оперативний вид контролю, за результатами якого вносяться корективи до програми кожного конкретного заняття фізичною реабілітацією. До уваги беруться такі показники, як ЧСС, АТ, ЧД та зовнішні ознаки.

Поточний контроль здійснюється з метою виявлення рівня досягнення завдань не рідше, ніж раз на 5-10 днів, тут рекомендовано застосовувати клінічні методи дослідження, функціональні проби, інструментальні методи та антропометрію.

Етапний контроль проводиться з метою оцінювання ефективності реабілітаційного курсу. Перед початком всіх занять проводилось ретельне обстеження пацієнток і після закінчення програми необхідно проводити повторне

обстеження. Для здійснення даного виду контролю визначаються показники, які вносимо до картки реабілітаційного обстеження.

З метою ефективної реалізації програми фізичної реабілітації потрібно індивідуально визначати *критерії проведення занять*, які повинні бути взаємозалежними та взаємодоповнюваними. Умовами визначення даних критеріїв є вік, стать, загальний стан здоров'я пацієнта та результати початкового реабілітаційного обстеження, а також індивідуальна реакція на фізичні навантаження, яка визначається за допомогою показників (ЧСС, ЧД, АТ, зовнішні ознаки). На нашу думку, їх можна виокремити наступним чином:

А. Тривалість заняття.

Б. Інтенсивність заняття.

В. Частота заняття.

Тривалість заняття залежить від загального стану, реакції на фізичне навантаження та періоду реабілітації. По мірі одужання тривалість занять збільшується.

Інтенсивність заняття корегується за загальними показниками. Рекомендовано визначати допустиме ЧСС для кожного пацієнта індивідуально. Чим важчий стан пацієнта, тим меншою буде інтенсивність заняття.

Частота занять залежить від періоду та завдань реабілітації, умов їх проведення та індивідуальних можливостей кожного пацієнта зокрема.

Критерії можуть змінюватись та корегуватись на кожному занятті.

Також потрібно враховувати *обмежуючі фактори*, а саме:

1. Покази, протипокази та застереження.

2. Період лікування та реабілітації.

3. Рівень рухової активності.

4. Комплексність лікування (наявність додаткових процедур).

5. Внутрішній лікарняний режим.

6. Обмеження спричинені обладнанням (дренажі, крапельниці, бинти тощо).

7. Узгодженість з термінами перев'язки.

8. Самопочуття пацієнтки перед початком заняття.

9. Небезпеку виникнення рецидиву чи метастазів пухлини.

Відповідно до періоду після операції та залежно від проблем, що були виявлені в результаті реабілітаційного обстеження, визначаються індивідуальні завдання фізичної реабілітації. Залежно від обставин завдання можуть модифікуватись або корегуватись, проте вони завжди повинні бути відповідними до змісту та напрямку фізичної реабілітації.

Рекомендована література

Базова

1. Білинський Б. Т. Онкологія : [підручник] / Б. Т. Білинський, Н. А. Володько, А. І. Гнатишак. – К. : Здоров'я, 2004. – 528 с.

2. Мика К. Реабилитация после удаления молочной железы / пер. с польск. К. Мика. – М. : Мед. литература, 2008. – 144 с.

3. Бас О.А. Індивідуальна картка обстеження та оцінки фізичного стану жінок прооперованих з приводу раку молочної залози/ О.А. Бас // ТіПФВ.- Донецьк., 2006. - №1-2.- 462с.

4. Бас Ольга Реабілітаційне обстеження жінок після мастектомії / Ольга Бас // Молода спортивна наука України: зб. наук. праць з галузі фізичної культури та спорту. - Л., 2008. - Т.3. С.22-25.

5. Алгоритмізація процесу фізичної реабілітації жінок прооперованих з приводу онкопатології молочної залози / Ольга Бас // Фізична культура, спорт та здоров'я нації: збірник наукових праць. Випуск 18 (Том 2) / Вінницький державний педагогічний університет імені Михайла Коцюбинського; головний редактор В.М. Костюкевич. – Вінниця: ТОВ «Планер», 2014.– С. 271-277.

Допоміжна

1. Бас Ольга Фізична реабілітація жінок після мастектомії / Ольга Бас, Іванна Матвеева // Фізична культура, спорт та фізична реабілітація в сучасному суспільстві: зб. наук. праць студентів та магістрантів. - Вінниця, 2008. –С.90-91.

2. Бас Ольга Реабілітація жінок після мастектомії // Фізична реабілітація – проблеми, здобутки, перспективи: Львів, 2009. - С.10-14.

Контрольні питання.

- Мета фізичної реабілітації
- Назвати критерії проведення занять з пацієнтами
- Охарактеризувати складові побудови реабілітаційної програм
- Які обмежуючі фактори потрібно враховувати при проведенні занять