

## ЛЕКЦІЯ 6

# ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ ОНКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ РІЗНОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ

### Зміст

1. Загальні особливості побуови програми реабілітації
2. Етапи проведення реабілітаційних втручачь в процесі лікуванн
3. Критерії проведення реабілітаційних занять

Реабілітація вимагає міждисциплінарного індивідуалізованого підходу до вирішення потенційних проблем пацієнтів командою фахівців. Цілі реабілітації повинні бути об'єктивні, реалістичні і досяжні через розумний проміжок часу, щоб продемонструвати пацієнту вигоду від активної участі в терапії. Активними учасниками в реабілітаційному процесі повинні бути не тільки пацієнти, а й члени їх сімей. Програма фізичної реабілітації повинна базуватись на індивідуальних даних обстеження, відповідати функціональним можливостям організму, унікальним і специфічним потребам кожного з пацієнтів та коригуватись залежно від стану.

На сьогодні вдосконалення системи лікування пухлин призвело до значного подовження життя пацієнтів. Проте виникає проблема адаптації до активного життя та діяльності в суспільстві, оскільки основним видом лікування залишається хірургічний, внаслідок якого виникають ранні та пізні післяопераційні ускладнення. Ранні ускладнення розвиваються протягом 14-20 днів після операції, пізні – через місяць, а іноді навіть через роки після мастектомії. У пацієнтів можуть виникати больовий синдром, контрактури в суглобі та набряк кінцівки з оперованої сторони, можливе порушення постави, зниження сили м'язів або, навіть, атрофія м'язів оперованої сторони.

Реабілітація онкохворих – багатоетапний процес, в якому на кожному етапі лікування застосовуються визначені методи впливу, що допомагають повернути хворого до повноцінного життя та роботи. Особливо великого значення фізична реабілітація в онкології набуває у зв'язку з поліпшенням результатів специфічного лікування, повернення хворих до попереднього соціального статусу та активної трудової діяльності, що позитивно впливає на психоемоційний стан пацієнтів із різноманітною патологією, в тому числі, й онкологічною. Особливістю реабілітації онкологічних хворих є постійна небезпека виникнення рецидиву чи метастазів пухлини. Реабілітаційні заходи повинні бути адекватні стану пацієнта, тісно переплітатися з методами комплексного лікування, застосовуватись одразу після видалення первинної пухлини і протягом усього лікування, бути спрямовані на відновлення функції, попередження запального процесу та утворення щільних рубців, профілактику вторинних ускладнень, сприяти адаптації чи реадaptaції до життя в домашніх умовах, . Мета фізичної реабілітації – ефективно та раннє повернення хворого чи неповносправного до побутової і трудової діяльності в суспільстві. Проблема реабілітації онкохворих має два основних аспекти:

- відновлення до максимального ступеня життєвих можливостей пацієнтів;
- готовність визнання суспільством соціальних можливостей пацієнтів і, відповідно, включення їх в активне життя. Повноцінне проведення реабілітації неможливе без врахування комплексу змін, які виникають у результаті хвороби.

У період перебування пацієнта в стаціонарі програма їх реабілітації повинна включати, перш за все, заходи, націлені на профілактику ускладнень після хірургічного втручання та здійснюватися групою фахівців: хірургом, радіологом, хіміотерапевтом, психологом, фізичним реабілітологом та іншими профільними фахівцями в разі потреби.

Ефективність раннього і підконтрольного початку занять фізичною реабілітацією вважається найбільш перспективним методом відновлення працездатності пацієнтів. Можливості реабілітації конкретного хворого розглядається індивідуально з урахуванням комплексу прогностичних факторів: локалізація і стадія пухлини, її морфологічна будова, характер проведеного лікування, ступінь анатомо-функціональних порушень, а також загальнобіологічні і соціальні характеристики: вік, стать, професія, становище в суспільстві, сім'ї та т. д.

За даними Роберта Джей Кеплена (Robert J Kaplan), на Плановій Конференції Реабілітації Раку було визначено 4 ключові завдання в реабілітації хворих на злоякісні пухлини

1. Психосоціальна підтримка.
2. Оптимізація фізичного функціонування.
3. Професійні рекомендації.
4. Оптимізація соціального функціонування.

При роботі з онкопацієнтами їх зазвичай поділяють на групи з урахуванням прогнозу основного (злоякісного) діагнозу.

Група з *сприятливим прогнозом* включає в себе пацієнтів з 1-2 стадією пухлини, які, мають реальний шанс лікування від захворювання 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 із збереженням функціональної частини, нерідко з одномоментно реконструкцією. З такими пацієнтами можна сміливо займатись, використовуючи широкий арсенал засобів ФТ.

*Прогноз захворювання набуває більш серйозний характер в групі пацієнтів з III стадією пухлини.* Проведення функціонально щадного лікування практично не можливе. Найчастіше для видалення пухлини і лімфовузлів проводять операції в комбінації з променевою терапією і хіміотерапією, тим самим завдаючи виражений анатомофункціональний дефект. Такі операції приводять до повної втрати функції органу і супроводжуються вираженою інвалідизацією.. Такі пацієнти потребують постійного реабілітаційного догляду та супроводу, з доброю віддаленою перспективою післяопераційного відновлення. Однак завжди потрібно при побудові програми ФТ враховувати протипоказання та застереження.

I, нарешті, група *несприятливого прогнозу з прогресуванням пухлинного процесу після неефективного лікування II-III стадії і з вперше виявленою IV стадією захворювання.* Завданням лікування даних хворих полягає в уповільненні прогресування захворювання шляхом застосування променевої і хіміотерапії, а також корекції виниклих порушень функції органів, а також купірування хронічного больового синдрому.

Відповідно до групового прогнозу визначають **мету реабілітації.**

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

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

3. *Паліативна*, спрямована на створення комфортних умов існування в умовах прогресування і генералізації злоякісної пухлини, що зумовлює несприятливість прогнозу життя. Під час паліативної фази ціль переходить до оптимізації фізичного стану та якості життя пацієнтів на паліативній фазі. З пацієнтами на паліативній фазі рекомендується уважно і систематично аналізувати симптоми та скарги, такі як біль, втомлюваність, брак енергії, слабкість та загальна якість життя. Паліативна фаза зараз активно пропагується, та поділяється на три етапи:

1. паліація захворювання з метою зменшення захворювання (заходи на випадок - тривалість виживання та якість життя).

2. Паліація симптомів з метою профілактики та лікування симптомів (оцінка результату - якість життя), також називається стабільною стадією

3. термінальне паліатування з метою достойного вмирання в потрібному місці (показники результатів - це якість життя та якість вмирання).

Слід зазначити, що не існує чітких меж у визначенні цілей реабілітації в кожному конкретному випадку. Особливості перебігу пухлинного процесу є індивідуальні. Наприклад, прогресування пухлини після радикального лікування змінює мету 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 і реабілітація нерозривні, забезпечуючи наступність і послідовність етапів загального лікування.

*Лікувальний компонент* є основним, визначальним як результат лікування так і реабілітації. Пріоритетним напрямком сучасної клінічної онкології є функціонально щадне і органозбережне лікування злоякісних пухлин основних локалізацій. Одним з основних принципів функціонально-щадного лікування є поєднання етапів хірургічного видалення пухлини і хірургічної реабілітації. *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 в тих випадках, коли є протипоказання до проведення реконструктивно-пластичної лікування в зв'язку з віком, супутньою патологією або прогнозом пухлини. Також у випадках, коли пластика дефекту представляється складним 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. Найбільшого поширення набули протезування органів щелепно-лицьової зони для відновлення функції жування, ковтання, звукоутворення, також протезування молочної залози і кінцівок. *Соціально-трудова компоненти* реабілітації полягає в проведенні реабілітаційних заходів,

які адаптують організм до відновлення функції оперованого органу, навчання або перекваліфікації для отримання нової професії.

Перераховані компоненти застосовуються на послідовних *етапах реабілітації*.

1. *Підготовчий /передлікарняний/* На цьому етапі основна увага до психоемоційного стану. Однак варто приділити увагу збору анамнезу та оцінці рухового статусу, щоб максимально передбачити майбутній руховий та функціональний дефект, навчити (розповісти) пацієнту про можливі ускладнення та шляхи їх подолання.

*Лікувальний / основний /*. Включає в себе операцію з видалення пухлини. Це також може бути курс спеціальної променевої терапії на пухлину зі збереженням сусідніх тканин. Програми реабілітації під час лікувального лікування спрямована на профілактику ускладнень, загострень супутніх хвороб та виникнення рухових порушень, реабілітаційна програма повинна бути доступною та простою.

Під час лікувального етапу важливою є оптимізація / підтримка бажаного фізичного стану та рівня активності, запобігання або зменшення скарг на втому, оптимізація / підтримка бажаного харчового статусу

З психологічної сторони - досягнення нового емоційного балансу, робота з хворобою та обмеженнями функціональним способом (оптимізація подолання хвороби), оптимальне функціонування у робочих / домашніх завданнях та виконання ролі у сімейних / соціальних відносинах та дозвілля

3. *Ранній відновний / післяопераційний /*. Важливим завданням цього етапу є проведення його в терміни до 2-3 тижнів по операції, без зривів. Доцільно застосовувати апробовані в онкології методи поліпшення регенерації, прості та доступні засоби фізичної терапії для попередження, профілактики ускладнень і рухових порушень.

4. *Пізній відновний*. Етап є продовженням попереднього. Етап займає від 1 до 6 міс., Який визначається індивідуальним планом лікування. За цей час можна вирішувати питання естетичної реабілітації, включаючи корегуючі операції. Фізичними цілями є оптимізація фізичного стану та рівня активності, розуміння фізичних обмежень та навчання їх долати, подолання тривожності стосовно навантаження / вправ, стимулювання (підтримання) активного способу життя, оптимізація / підтримка бажаного харчового статусу. Психологічні / соціальні цілі - досягнення нового емоційного балансу, робота з хворобою та обмеженнями функціональним способом (оптимізація подолання хвороби), оптимальне поновлення роботи/побутових завдань, ролі у сімейних/соціальних відносинах та в дозвіллі, боротьба з новими та повторними симптоми захворювання, такі як, наприклад, втома

5. *Соціальний*. На цьому етапі першочергового значення набуває психічний статус онкологічного хворого, його соціально-трудова орієнтація. Як показує практика, на цьому етапі життя пацієнти дуже потребують моральної і терапевтичної підтримки по нормалізації психічного статусу і гомеостазу. Програми реабілітації після закінчення лікувального лікування помірної інтенсивності, що складається з аеробного тренувань (ходьба та велосипед), щоб поліпшити аеробну здатність, попередити, або навчити розпізнавати раптову втоми та функціонування ролі.

6. *Трудовий (професійний)*). Програми реабілітації та роботи (ре) інтеграції та соціальної участі. Використання вчасних втручань може поліпшити відновлення здоров'я та відновлення функцій і полегшити повернення на роботу. Увага до повернення на роботу повинна бути фіксованою складовою реабілітації хворих на рак.

Ерготерапевт рекомендує направлення на реабілітацію у випадку: відмови повернутися на роботу через деякий час, стагнація у відновленні роботи, невідповідність об'єктивного та суб'єктивного навантаження на робочому місці, наявність одного з чинників, що обмежують повернення до роботи, з акцентом на фізичні обмеження та втому.

Важливо, щоб професійний лікар та інший (пара) медичний персонал оновлювали інформацію щодо можливих фізичних побічних ефектів та ускладнень лікування раку на органах та функціональному рівні в коротко- та довгостроковій перспективі, а також змогли оцінити наслідки цих для робочої ситуації.

Використання вчасних втручань може поліпшити відновлення здоров'я та відновлення функцій і полегшити повернення на роботу.

Увага до повернення на роботу повинна бути фіксованою складовою реабілітації хворих на рак.

Якщо пацієнт хоче (знов) інтегруватися в робочу силу і здатний це робити, важливо, щоб цей процес керувався експертним та міждисциплінарним чином.

7. *паліативний*. Рекомендується використовувати досвід реабілітації раку, отриманий пацієнтами при лікуванні в налагодженій формі, для розробки програми реабілітації для пацієнтів у паліативній фазі (захворювання та симптому) паліативної фази. Можна також прагнути до стандарту фізичної підготовки або життєздатності пацієнтів на паліативній фазі.

Рекомендується, щоб особисті цілі та переваги пацієнта (та їх сім'ї) були центральними в програмі реабілітації для паліативної фази. При цьому можна намагатися запобігти і лікувати симптоми, з одного боку, і оптимізувати якість життя з іншого.

Для пацієнтів, які поступово "випадають з програми" під час програми реабілітації в результаті прогресуючої хвороби, рекомендується вдосконалений більш обмежений варіант програми. Рекомендовано під час паліативного етапа мотивувати пацієнта вести щоденник самоконтролю.

Рекомендується використовувати найкращі практики та належні приклади для з'ясування, аналізу, спостереження та оцінки фізичних цілей, симптомів та загальної якості життя при реабілітації раку на паліативній фазі.

При розробці паліативної реабілітації варто подумати про поєднання фізичного модуля та когнітивного модуля, який може бути запропонований частково на рівні групи та партії на індивідуальному рівні. Пізнавальний модуль може забезпечити підтримку передбачуваного ефекту фізичного модуля, навчившись (краще) боротися з зростаючими ознаками, симптомами та обмеженнями. Застосування методів релаксації та аспектів розширення можливостей є актуальними в сукупній програмі фізичної та пізнавальної діяльності. Ці дані добре підходять для того, щоб, наприклад, пацієнти структурно слідували власними симптомами, використовуючи, наприклад, щоденний щоденник.

Так як процес лікування і реабілітації онкологічних хворих займає в середньому від 3 до 6 міс. дуже важливою стає функція лікарсько-трудової експертизи, особливо на останніх етапах лікування. важливими аспектами є встановлення ступеня втрати працездатності онкологічного хворого, причин і часу настання інвалідності, визначення умов і видів праці, а також заходи щодо відновлення їх працездатності / професійне навчання, перекваліфікація, відновне лікування, протезування, забезпечення засобами пересування

Щоб стимулювати участь у реабілітації пацієнтами, які мають право або пацієнти, які вказують на необхідність реабілітації (внутрішньо спрямовані втручання), рекомендується покращити сприйнятий поведінковий контроль (самореалізацію) пацієнта стосовно реабілітації.

З метою ефективною 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).

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 кожної пацієнтки індивідуально. Чим важчий стан пацієнтки, тим меншою буде інтенсивність заняття.

Частота занять залежить від періоду та завдань реабілітації, умов їх проведення та індивідуальних можливостей кожної пацієнтки 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).
7. Узгодженість з термінами перев'язки.
8. Самопочуття пацієнтки перед початком заняття.
9. Небезпеку виникнення рецидиву чи метастазів пухлини.

На основі виявлених скарг та проблем розроблено загальні алгоритми застосування реабілітаційних втручань (додатки П 1-3).

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