

## ЛЕКЦІЯ 7

### РЕАБІЛІТАЦІЙНЕ ОБСТЕЖЕННЯ ПАЦІЄНТІВ ПРИ ОНКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ РІЗНОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ

Зміст

1. Алгоритм розробки програми фізичної терапії для пацієнтів.
2. Суб'єктивне та об'єктивне реабілітаційне обстеження

Алгоритм розробки програми фізичної терапії для пацієнтів. **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 є **третьим 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 терапії. Даний алгоритм може слугувати основою для розробки реабілітаційних програм, як в межах стаціонару, так і при проведенні занять у реабілітаційних центрах.

При розробці індивідуальної реабілітаційної програми, потрібно враховувати загальний стан пацієнтів, 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.

Повноцінне реабілітаційне обстеження повинно включати обов'язковий збір суб'єктивної та об'єктивної інформації щодо стану пацієнта.

Суб'єктивне оцінювання стану пацієнта визначається на основі інформації зібраної зі слів самого пацієнта, опікунів та родичів.

Об'єктивне оцінювання здійснюється на основі результатів обстежень проведених фахівцем з фізичної терапії.

Реабілітаційне обстеження проводиться на основі попереднього аналізу історій хвороб, даних анамнезу, набору тестів та вимірювань, що дозволяють об'єктивно оцінити фізичний, функціональний і психоемоційний стан, наявність післяопераційних ускладнень, покази та протипокази до фізичної реабілітації, загальні скарги пацієнтів.

Першим етапом об'єктивного обстеження був збір анамнезу, опитування та анкетування пацієнтів. Цей етап є важливим, оскільки в процесі обстеження активну участь беруть самі пацієнти, що дозволяє встановити контакт з ними та мотивувати їх до проходження курсу фізичної реабілітації. Важливо дізнатись коли і як почалося захворювання, як воно протікало, які проводилися дослідження та обстеження і які їхні результати, яке проводилося лікування і яка його ефективність. Збір анамнезу повинен враховувати інформацію про усі особливості, методи та нюанси лікування, післяопераційні або пост лікувальні ускладнення, загальний анамнез життя, супутні хвороби, це первинна чи вторинна(рецидивна) пухлина, симптоми до лікування, психоемоційний стан, історію рухового порушення, наявність додаткової (супутньої) терапії

(гормонотерапія, хіміотерапія з програмами), чи є у пацієнта алергічні реакції. На цьому етапі налагоджується контакт між фахівцем з фізичної терапії та пацієнтом. На основі інформації, отриманої з опитування пацієнтів, виявляються наявні ускладнення, дискомфорти та побажання самих пацієнтів щодо їх рухової активності, вмінь, навичок та потреб.

Візуальний огляд є наступним етапом об'єктивного обстеження.

При огляді потрібно враховувати стан рубця та видимих шкірних покривів, трофічні зміни шкіри, наявність розширених підшкірних вен, характер пульсації периферичних артерій, товщину і зміцуність шкірної складки.

Важливо оглянути (не формально) положення кінцівки (активне, пасивне, вимушене), патологічні пози та положення, постава, стан шкірних покривів (колір, якість, наявність рубців, відкритих ран, післяопераційних рубців).

Аналіз постави здійснювався за допомогою серії тестів, кожен з яких мав свою спрямованість. Огляд у фронтальній площині проводиться за *Нью-Йоркським тестом оцінювання постави*. Оцінювалася симетричність розміщення лопаток, тазу, форма хребта, розміщення трикутників талії, а також конфігурація колін та п'яток за стандартизованою шкалою.

*Тест Matthiassh* дозволяє виявити ступінь порушення постави. При дослідженні м'язів спини, пацієнтам додатково дають завдання зігнути верхні кінцівки до кута 90 градусів у плечових суглобах. Оцінювання залежало від часу, упродовж якого пацієнки можуть зберігати нормальну поставу при піднятих руках.

З метою виявлення ущільнень або ділянок скупчення лімфи, проводиться пальпація, класифікується консистенція набряку (твердий, м'який, змішаний).

При пальпації набряків визначається консистенція (твердий, м'який, змішаний), локалізація, походження (серцевий, лімфатичний, нирковий, посттравматичний). симптом Стеммера (Stemmer) (не можливість взяти шкірну складку на тильній поверхні третього пальця), тургор та колір шкіри.

При рубцях потрібно оцінити етап формування, колір, якість, еластичність, рухливість, загальний стан відповідно до етапів формування рубця (норм.розвиток, гіпертрофований, келоїд).

Пальпація лімфовузлів є важливою при обстеженні онкопацієнтів. Потрібно регіонарні лімфатичні вузли пальпувати обов'язково, інші при наявності віддалених метастазів, після хіміотерапії чи променевої терапії.

Молочні залози фізикально обстежуються у пацієнтів після мастектомії, або при наявності доброякісних новоутворень. Рекомендовано вчитипацієнток основ самообстеження молочних залоз.

Антропометричні вимірювання наступний важливий метод обстеження.

При ампутаціях потрібно вимірювати довжини та обхвати кінцівок і грудної клітки. При набряках також вимірюють обхвати кінцівок у стандартних ключових точках, або з специфічними вимірювальними критеріями (при підборі спеціального компресійного одягу, протезів, білизни).

При наявності ускладнень чи порушень діяльності опорно-рухового апарату проводиться ортопедичне обстеження.

Рухливість у суглобах вимірюємо за допомогою гоніометрії, функціонального тестування, **оцінювання основних рухових навичків** (тести оцінки функціональності та Опитувальники порушення життєдіяльності при

патологіях) та сантиметрової стрічки.

Сила оцінюється динамометрією (кистьова та станова), мануальним м'язовим тестуванням (стандартизований методо мануального м'язового тестування (ММТ) за шестибальною шкалою від 0 до 5), електроміографія (загальна, локальна та стимуляційна).

**Визначення ознак болю** проводиться з метою отримання даних про стан репаративних процесів в місці хірургічного втручання, а також про ефективність проведеної ФТ по мірі зменшення, та в подальшому, зникнення болю при виконанні рухів. Оцінка болю важлива у онкопацієнтів через наявність або ризик виникнення метастазів, які можуть давати больову симптоматику. Рекомендовано використовувати оціночну наочно-аналогову шкалу болю (ВАШ), шкалу вербальних оцінок (ШВО) та анкету для виявлення ознак болю за Мак Гіллом-Мельзаком що дозволяє простежити динаміку болю з метою корекції фізичних навантажень, при проведенні реабілітаційних занять. Ці шкали рекомендовані Світовою конфедерацією фізичних терапевтів для оцінювання болю.

Неврологічні тестування проводяться для визначення стану нервових корінців та нервової системи загалом.

Враховуючи можливість пошкодження судин і нервів, та для визначення стану шкірного аналізатора, який забезпечує сприйняття і відповідний аналіз подразників, проводиться **тестування больової та тактильної чутливості** Тестування здійснювалось над проекцією певних ділянок тіла, де можливе порушення іннервації з метою виявлення або попередження розвитку вторинних ускладнень у вигляді паралічів або парезів, або по ходу іннервації нервом. Оцінювати потрібно усі види чутливості - больову, температурну, проїтріорецептивну та дотиков.

Рефлекси тестуються у випадках підозри на парези та паралічі, при ураженнях нервових сплетінь (плексопатії). Тестування здійснюється за стандартизованими методиками.

Тонус м'язів. Рівень спастичності оцінювали за класичною шкалою Ashworth, Пальпаторно виявляли 3 ступеня підвищення тонуусу м'язів.

I ступінь– м'яз м'який, при пальпації палець легко занурюється в його товщу; II ступінь– м'яз помірної щільності, для занурювання у нього пальцями дослідника потрібне певне зусилля; III ступінь– м'яз кам'янистої щільності, його не можна деформувати.

Для об'єктивного обстеження неврологічних показників рекомендовано також проводити специфічні неврологічні тести для діагностики конкретних порушень. Так, при ураженні плечового нервового сплетіння у верхніх кінцівках частов виникають рухові порушення. Так, при ураженні ліктьового нерву виникає так звана “когтиста кисть” .

Для визначення рухових розладів, існують наступні тести:

1. При згинанні кисті в кулак V, IV і частково III палець згинаються недостатньо.

2. Неможливість приведення і розведення пальців.

3. Проба великого пальця: неможливість втримати смужку паперу між зігнутиим вказівним і випрямленим великим пальцем.

Основні тести

для визначення рухових розладів серединного нерва:

4. При згинанні кисті в кулак I, II і частково III палець не згинаються.

5. Згинання кінцевих фаланг великого і вказівного пальців неможливо.

Проба великого пальця: неможливість втримати смужку паперу зігнутих великим пальцем і намагання втримати її шляхом приведення випрямленого великого пальця.

При подразненні стегнового нерва виявляється симптом Вассермана: в положенні хворого на животі піднімання випрямленої ноги чи згинання гомілки в колінному суглобі визиває біль в паховій ділянці чи по передній поверхні стегна, по ходу нерва.

Проби, що вказують на рухові розлади при ураженні малогомілкового нерва :

1. Неможливість розгинання і поворот стопи назовні, а також розгинання пальців.

2. Неможлива хода на п'ятках.

Проби, що вказують на рухові розлади при ураженні великогомілкового нерва:

1. Неможливість підошвенного згинання стопи і пальців, поворота стопи досередини.

2. Неможливість ходи на носочках.

Для визначення рівня якості життя, психоемоційного стану та мобільності та функціональності додатково онкопацієнтам рекомендовано проводити анкетування за спеціально розробленими стандартизованими під онкологічних захворювання різної локалізації анкетами.

Для визначення рівня якості життя використовують стандартизовані опитувальники функціонального оцінювання терапії раку різних локалізації: наприклад опитувальник FACT-B+4 (Functional Assessment of Cancer Therapy) розроблений спеціально для пацієнток з патологією РМЗ. Він складається зі стандартного опитувальника FACT та додаткового модуля, що залежить від виду захворювання (РМЗ – FACT+B). Сучасна версія опитувальника – FACT-B+4 – включає оцінювання за 4-ма основними шкалами: фізичний стан, соціальне (сімейне) благополуччя, емоційний стан та функціональний стан, а також за специфічним модулем «рак молочної залози», до якого входять додаткові запитання, щодо оперативного втручання.

Аналіз якості життя та загального стану пацієнтів, особливо коли вони проходять курс хіміотерапії використовується шкала Карновського (Karnofsky performance status (KPS) для комплексного оцінювання соматичного статусу пацієнток та загальної активності (0-100%) і п'ятиступенева Шкала функціональної активності ECOG-BOO3 (Eastern Cooperative Oncology Group) – (0-4 бали).). Оцінювання, проведене за допомогою шкали Карновського та ECOG-BOO3, дозволяє визначити рівень ЯЖ з врахуванням фізичної та функціональної активності пацієнтів, а, отже, і її здатності до соціальної активності та адаптації. У шкалі Карновського визначається загальний статус у відсотках – від 100 % при повній (нормальній) активності, до 0 % – критичний стан (з градаціями погіршення стану до 10 %). У системі ECOG-BOO3 є зростаючий принцип бальної оцінки від 0 (нормальна активність) до 4 балів (пацієнтка не здатна до самообслуговування, прикована до ліжка). Найбільш

об'єктивною оцінкою адаптації, що свідчить про позитивну клінічну характеристику, вважають результат не нижче 70 % (за шкалою Карновського), та не нижче двох балів – за системою ECOG-BOOЗ.

Для виявлення психологічних порушень, проводиться анкетування з метою оцінювання психоемоційного стану за «Шпитальною шкалою депресії та тривоги» (Hospital Anxiety And Depression Scale) A.W. Henemann. Анкета складається з 14 питань, на кожне з яких дається чотири варіанти відповідей, що відображають ступінь вираженості ознак та кодуються, відповідно до важкості симптомів, від 0 (відсутні) до 3 (максимально виражені). Сума балів підраховується окремо для субшкали тривоги та субшкали депресії.

Також впродовж усієї роботи з пацієнтом повинен здійснюватись контроль за усіма життєвоважливими показниками.

Упродовж усіх занять фахівець фізичної терапії повинен проводити контроль за станом пацієнтів. 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 проводиться ретельне обстеження пацієнтів і після закінчення програми необхідно проводити повторне обстеження. Для здійснення даного виду контролю визначаються показники, які були обстежені до початку курсу фізичної терапії для порівняльного аналізу впливу занять на стан пацієнтів.