Пасічник А. Ю.

Студент 4 курсу, 4 медичного факультету, 3 групи

 Харківський національний медичний університет,

Кафедра фізичної реабілітації та спортивної медицини з курсом фізичного виховання та здоров'я

Науковий керівник: к. мед. наук., асист. Сушецька А. С.

ФІЗИЧНІ МЕТОДИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ ПІСЛЯ КОМБІНОВАНОГО ЛІКУВАННЯ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

 Актуальність В даний час злоякісні новоутворення є в Україні другими після захворювань серцево-судинної системи причиною смертності населення. Захворюваність на рак молочної залози становить 66,4 і 27,3 випадків на 100 тис. Населення в розвинених і країнах, що розвиваються відповідно. [1] Багато пацієнтів після радикального і комбінованого лікування злоякісних новоутворень мають порушення повсякденної активності, труднощі соціальної адаптації, пов'язані не тільки з власне злоякісним захворюванням, але і з наслідками проведеного агресивного лікування. Реабілітація є основним підходом до поліпшення якості життя таких пацієнтів і їх інтеграції в суспільство. Постмастектоміческій синдром (ПМЕС) є основним ускладненням радикального лікування раку молочної залози. Основні прояви ПМЕС - порушення венозного і лімфатичного відтоку, рубцеві зміни, що обмежують рухливість в плечовому суглобі, брахіоплексіт і інші ознаки ураження нервово-м'язового апарату верхньої кінцівки. [4] Матеріали та методи За даними A.P. Gautam і співавт., Опублікованими в 2011 р [2], виконання протягом 8 тижнів в домашніх умовах індивідуально підібраного комплексу фізичних вправ сприяє статистично значимого збільшення обсягу активних рухів в плечовому суглобі і поліпшенню якості життя пацієнток. У дослідженні А.В. Братик і Т.Н. Циганової в 2012 р оцінювалася ефективність інтервального гіпоксичного тренування при ПМЕС. Сеанс інтервального гіпоксичного тренування включав короткочасне вдихання (протягом 5 хв) гіпоксичної суміші, що містить 11-16% кисню, що повторюється 4-6 разів за один сеанс при нормальному атмосферному тиску і вдиханні повітря (5 хв) з 20,9% О2 (нормоксіческой інтервали між гіпоксичними впливами). У дослідження було включено 88 пацієнтів з ПМЕС. Було показано, що проведення інтервального гіпоксичного тренування призводить до статистично значимого зменшення вираженості больового синдрому в порівнянні з застосуванням тільки стандартної терапії [1]. Для лікування ПМЕС широко використовують різні методи фізіотерапевтичного лікування. Застосовують амплипульс-терапію, електрофорез з різними ферментними препаратами (лідазою або трипсином), електростимуляцію лімфатичних судин, фотоматрічную терапію, низькоінтенсивне лазерне та ультрафіолетове опромінення крові, гіпербаричної оксигенації [2]. В даний час не викликає сумнівів, що терапія ПМЕС повинна бути комплексною, впливати на різні ланки патогенетичного процесу, але рівночасно вибір конкретних лікувальних і реабілітаційних заходів повинен здійснюватися на підставі клінічної картини захворювання, особливостей і ступеня вираженості набряку, його характеристик, а також наявності супутніх захворювань в кожному конкретному випадку. До теперішнього часу роботи, які вивчають можливість персоніфікованого підходу до вибору методів реабілітації пацієнтів з ПМЕС, нечисленні [4].

 Цікаві дані були отримані в дослідженні, проведеному С.В. Стражева і співавт. в 2012 р [4]. Було показано, що стандартна терапія ПМЕС сприяє незначним, але перевіреним змінам ряду показників (зниження набряку верхньої кінцівки на стороні операції на 4-6%, зменшення її тугорухливості на 8-12%, збільшення сили кисті «хворий» верхньої кінцівки в середньому на 6 кг, зменшення больового синдрому і рівня депресії на 15-18%). Це супроводжується незначним, але статистично значущим поліпшенням якості життя пацієнтів на 5-7%. Ефект такого стандартного курсу зберігається близько півроку. При доповненні стандартної терапії пневмокомпрессия істотно поліпшується позитивна динаміка параметрів, що характеризують ступінь набряку верхньої кінцівки на стороні радикальної операції (на 15-28%), збільшується сила кисті в середньому на 15 кг, збільшується швидкість кровотоку в магістральних артеріях верхньої кінцівки, залученої в патологічний процес , значно знижує рівень больового синдрому і депресії на 50-62%. На додаток до цього відзначається поліпшення показників системи гемостазу та згортання крові. Тривалість ефекту становить 3-6 міс. [5] Висновки Таким чином, сказане вище вимагає розробки комплексних методів лікування і реабілітації пацієнтів з постмастектоміческім синдромом.