

УДК 618.19-089.004.67:616-003.9=84=03

ББК 54.573.63-5

М59

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в любой форме и любыми средствами без письменного разрешения владельцев авторских прав.

Автор, переводчик, редактор и издатели приложили все усилия, чтобы обеспечить точность приведенных в данной книге показаний, побочных реакций, рекомендуемых доз лекарств, а также схем применения технических средств. Однако эти сведения могут изменяться. **Внимательно изучайте сопроводительные инструкции изготовителя по применению лекарственных и технических средств.**

Рецензенты:

А. В. Томчина — главный врач Витебского областного клинико-онкологического диспансера, к. м. н.

В. Л. Кожар — заместитель главного врача Витебского областного клинико-онкологического диспансера, к. м. н.

Мика К.

М59 Реабилитация после удаления молочной железы:
пер. с польск. / К. Мика. — М.: Мед. лит., 2013 — 144 с., ил.

ISBN 978-5-89677-122-7

Книга посвящена проблеме комплексной реабилитации женщин, перенесших рак молочной железы, и представляет собой плод многолетних научных исследований и практической деятельности автора в Варшавском Онкологическом центре. Большую часть книги занимают иллюстрированные комплексы лечебной гимнастики, подобранные в зависимости от проводимого лечения и физического состояния пациента, описание допустимых видов массажа, физиолечения и психотерапии. Читатели найдут ответы на вопросы как бороться с лимфатическими отеками, как вести себя во время лучевой и химиотерапии, как подобрать протез груди, как питаться и одеваться, как поделить обязанности в семье, как вернуться к полноценной жизни в семье и обществе, а также можно ли после удаления груди заниматься спортом, водить машину, ездить на курорт. Книга адресована врачам-онкологам, реабилитологам и психологам, а также пациентам.

УДК 618.19-089.004.67:616-003.9=84=03

ББК 54.573.63-5

Сайт издательства в Интернете: www.medlit.biz

© Copyright by Krystyna Mika,
Warszawa 1995, 1999, 2005

© Copyright by Wydawnictwo Lekarskie
PZWL, Warszawa 1995, 1999, 2005

© изд. Плешков Ф. И.
изд. Чернин Б. И., 2013

© Е. Г. Боборико, перевод, 2008

ISBN 978-5-89677-122-7

ISBN 978-985-6332-18-3

ISBN 978-83-200-3144-7 (польск.)

Содержание

1. Пребывание в больнице	1
Перед хирургическим вмешательством	1
Подготовка к операции	1
После хирургического вмешательства	1
Воздействие на психику	3
Положение верхней конечности и двигательные упражнения в раннем послеоперационном периоде	3
Состав упражнений	4
Протезирование	10
Консультирование пациенток	12
2. Неблагоприятные последствия лечения рака молочной железы	13
Влияние на осанку и функциональность конечности оперированной стороны	13
Лимфатический отек	15
Механизм образования отека	16
Профилактика лимфатического отека	19
3. Амбулаторная реабилитация после лечения рака груди	21
Цель реабилитации	21
Физическая реабилитация	22
Оценка функциональной способности конечности оперированной стороны	24
Восстановительное лечение с помощью движений	28
Восстановление больных, продолжающих химиотерапию	32
Восстановление больных во время прохождения курса лучевой терапии	32
Реабилитационные мероприятия после органосохраняющих операций при раке молочной железы	32
Восстановительная терапия до и после реконструкции груди	33
Восстановление больных со стойким отеком конечности	35
Состав упражнений	35
Дыхательные упражнения для совместного выполнения с различными комплексами физических упражнений	67
Процедуры, поддерживающие кинезотерапию	73
Массаж, облегчающий отток лимфы	73
Водолечебные процедуры	82
Подводный душ	83
Вихревая ванна	83

Другие физиотерапевтические процедуры	84
Психическая реабилитация в амбулаторных условиях	85
Психика женщины после ампутации груди	85
Принципы, цели и формы психической реабилитации	87
Курортная реабилитация	88
4. Правила поведения в повседневной жизни	92
Положение конечности в различных ситуациях	92
Профилактика инфицирования и перегрузки конечности оперированной стороны	94
Занятия спортом	96
Вождение автомобиля	97
Уход за кожей	97
Питание	99
Правила поведения во время химиотерапии	102
Правила поведения во время лучевой терапии	104
Самоконтроль оставшейся груди	106
5. Семейная и общественная жизнь	110
Разделение обязанностей в семье	111
Половая жизнь	111
Жизнь в обществе	112
6. Несколько советов о том, как одеваться	114
7. Формы общественной деятельности женщин после мастэктомии	116
Словарь	121

Данная книга представляет собой плод многолетних научных исследований и практической работы автора. Доктор Кристина Мика весь свой энтузиазм и дарование с огромной настойчивостью посвятила помощи женщинам, пролеченным по поводу рака молочной железы, и созданию возможности для их возвращения к нормальной жизнедеятельности. Многолетние исследования в рамках польско-американского договора, а затем центральной исследовательско-генетической программы «Преодоление онкологических заболеваний в Польше» стали источником научных разработок и предложений по внедрению комплексной реабилитации больных раком груди.

Данная публикация, имеющая огромное социальное значение, является обработкой достижений научной и практической деятельности в области реабилитации и возвращения к общественной жизни больных женщин. Она базируется на богатом опыте коллектива сотрудников Учреждения реабилитации Онкологического центра в Варшаве, который организовала и до 1998 года возглавляла доктор Кристина Мика.

Эта книга будет полезна для пациенток на их трудном пути возвращения к нормальной жизни, а также она должна заинтересовать врачей-онкологов, реабилитологов и социологов.

Профессор, д. м. н. Анджей Кулаковски

острых предметов. Следует добавить, что устранить подобные повреждения невозможно.

Консультирование пациенток

Перед выпиской из больницы женщины, перенесшие мастэктомию, консультируются по поводу способов выполнения упражнений в домашних условиях и правил поведения в повседневной жизни. Они также получают на руки «Руководство для женщин, перенесших ампутацию груди», содержащее все рекомендации по дальнейшему образу жизни.

Целью инструктажа является обучение правильному выполнению двигательных упражнений, позволяющих достичь полной амплитуды движения в плечевых суставах и увеличить силу мышц конечности с оперированной стороны, что является профилактикой возникновения отеков. Предупреждению лимфатического отека способствует высокое положение руки во время упражнений, а также при выполнении различных действий во время работы и отдыха. Кроме того, обращается внимание на вред, который могут нанести нагрузки на конечность, а также на необходимость избегать обстоятельств, при которых может произойти инфицирование конечности.

Каждая женщина, покидая больницу, получает рецепт на грудной протез, который выписывает врач-специалист. Он необходим для получения протеза в специализированном магазине. Инструктаж также предусматривает правила пользования протезом, и, прежде всего, умелого ношения его в специальном бюстгальтере в разных жизненных обстоятельствах.

Облегчается также наведение контактов с волонтеркой из клуба «Амазонки». Волонтерка, которая сама перенесла мастэктомию и является доверенным лицом, опираясь на свой опыт, может указать пути разрешения многих сложных проблем, поджидающих женщину после выписки из больницы. По окончании инструктажа больная получает от лечащего врача направление на амбулаторную реабилитацию.

Неблагоприятные последствия лечения рака молочной железы

Лечению новообразований сопутствуют осложнения, которые являются последствием повреждающего действия на организм как хирургического вмешательства, так и других методов лечения. Одни осложнения возникают после лечения химическими средствами (химиотерапия), другие — после ионизирующего облучения (лучевая терапия). В каждом из перечисленных методов лечения организм платит за жизнь и здоровье цену, величина которой обусловлена многими факторами, но прежде всего — степенью развития опухолевого процесса. Кроме сложных последствий физической природы, могут развиваться психические нарушения, вызванные стрессом в связи с лечением опухолевого заболевания. В этой главе мы остановимся на неблагоприятных физических последствиях лечения рака молочной железы, влияние же на психику подробно описано в другой главе.

К неблагоприятным последствиям лечения рака молочной железы, влияющим на физическое состояние, отнесем:

- потерю груди,
- ограничение подвижности в суставах плечевого пояса,
- снижение силы мышц плечевого пояса и руки оперированной стороны,
- лимфатический отек руки оперированной стороны.

Влияние на осанку и функциональность конечности оперированной стороны

Среди факторов, неблагоприятно влияющих на фигуру и функциональную способность конечности, можно выделить следующие группы:

1. Факторы, являющиеся последствием лечения опухолевого процесса
2. Связанные с индивидуальными особенностями
3. Вызванные невыполнением необходимых правил поведения для лиц, прошедших лечение по поводу рака молочной железы.

К первой группе выделенных факторов отнесем обстоятельства, связанные с самим хирургическим вмешательством, то есть, способом (методом) его выполнения, особенностью протекания послеоперационного периода, а главное, с процессом заживления раны и возникающей в некоторых случаях необходимостью проведения радиотерапии, которая может неблагоприятно отразиться на функции конечности.

Удаление груди, а в некоторых случаях также и большой грудной мышцы, создаст неблагоприятные условия для статики тела вследствие нарушения равновесия его симметричных частей. В результате могут возникнуть такие нарушения осанки, как поднятие плеча, выпячивание лопаток, сутулость и даже боковое искривление позвоночника.

Важным фактором, нарушающим функциональную способность конечности и плечевого пояса, является также ограничение амплитуды движения, прежде всего в суставах плечевого пояса с оперированной стороны. Оно обусловлено болью при движении руки в послеоперационном периоде и рубцовыми изменениями, особенно сильно выраженными после лучевой терапии, которая иногда приводит к контрактуре в плечевом суставе. На ограничение подвижности в области плечевого пояса и конечности оперированной стороны влияет и снижение мышечной силы, которое является естественным последствием хирургической операции.

На функциональную способность руки значительное влияние оказывают индивидуальные особенности организма: например, склонность к гипертрофическому рубцеванию, которое влечет за собой спайки и контрактуры, а также ограниченная индивидуальная способность компенсировать возникшие в результате лечения дефекты кровеносных сосудов и лимфатических узлов, что выражается в тенденции к развитию лимфатического отека конечности. В случае недосмотра прооперированной пациентки отек может достигнуть значительных размеров и неблагоприятно отразиться на работоспособности конечности. Обсуждая индивидуальные особенности, которые могут негативно повлиять на состояние прооперированного больного, следует также вспомнить чрезмерную восприимчивость к ионизирующему излучению (лучевой терапии) и к химиотерапии, что также может замедлить выздоровление.

Третья группа неблагоприятных факторов связана с обстоятельствами, возникшими до лечения, во время лечения и после его завершения. Здесь необходимо выделить недостаточную предварительную подготовку больной к выполнению двигательных упражнений в раннем послеоперационном периоде, что приводит к неподвижности конечности со всеми вытекающими последствиями. Отказ больной от амбулаторной реабилитации также отрицательно отражается на функциональной способности конечности.

Лимфатический отек

Отдельной проблемой, создающей наибольшие трудности, является развитие после ампутации молочной железы у значительного количества женщин лимфатического отека конечности прооперированной стороны (рис. 19). Частота возникновения данного отека с разной степенью тяжести колеблется от 30 до 50 % от общего числа прооперированных, однако появилась тенденция к его снижению в результате раннего начала реабилитации.



Рис. 19. Фиксированный, обширный лимфатический отек конечности оперированной стороны.

конечности оперированной стороны и самомассажа. Эти упражнения заставляют работать «мышечный насос», уменьшают застой венозной крови и восстанавливают лимфоотток. Женщинам, перенесшим ампутацию груди, нужно также разъяснять, как важно оберегать руку оперированной стороны от инфицирования и значительных физических нагрузок.

3

Амбулаторная реабилитация после лечения рака груди

Цель реабилитации

Реабилитация после ампутации груди имеет свою специфику, которая связана с физическим и психическим ослаблением после операции. Она состоит из программы, помогающей восстановить оптимальную психофизическую работоспособность, которая включает тщательно подобранный комплекс упражнений, правила поведения в повседневной жизни и психотерапию.

Цели реабилитации данного периода можно определить следующим образом:

- увеличение амплитуды движений в суставах плечевого пояса оперированной стороны;
- увеличение мышечной силы верхней конечности оперированной стороны;
- профилактика застоя лимфы в конечности, а также в области хирургического вмешательства; создание окольной циркуляции;
- борьба с лимфатическим отеком при помощи специального комплекса упражнений и физиотерапевтических процедур;
- корректировка нарушений осанки, произошедшей вследствие ампутации молочной железы;
- воздействие на психику больных с целью достижения оптимальной адаптации к изменившимся условиям жизни.

Названные цели определяют направления реабилитационных мероприятий, а именно:

- систематическое выполнение методически обоснованной лечебной гимнастики;
- строгое и осознанное следование правилам поведения в повседневной жизни;

- психологическое воздействие на больных с целью убеждения их в реальной возможности приспособиться в изменившихся условиях к нормальной жизни в обществе с сохраненной физической работоспособностью и без видимых признаков увечья;
- использование — по клиническим показаниям — методов физиотерапии, поддерживающей восстановительный процесс.

Выполнение поставленных реабилитационных задач возможно только при взаимодействии лечебных и оздоровительных учреждений, семьи и общественных организаций. Все вместе они должны продолжить, начатую еще в больнице, заботливую опеку над больной. Постоянное наблюдение онколога должно сочетаться с реабилитационными мероприятиями в органах здравоохранения, действием семьи, обществ и фондов в целях создания оптимальных условий для реадаптации.

Физическая реабилитация

В соответствии с основными целями, физическая реабилитация должна включать в себя лечебные упражнения, основанные на динамической работе мышц. Это связано с тем, что ритмические сокращения мышц наиболее благоприятно воздействуют на кровеносные и лимфатические сосуды, улучшая микроциркуляцию и увеличивая мышечную силу. Воздействие сокращающихся мышц на кровеносные и лимфатические сосуды облегчает отток венозной крови и лимфы.

Кроме этого, усиление кровотока способствует лучшему обеспечению мышц кислородом, энергетическими и питательными веществами, одновременно улучшая выведение из них продуктов обмена веществ.

Использование в период восстановления после ампутации груди статической работы мышц не рекомендуется. Возникающее при этом сжатие кровеносных сосудов, особенно капиллярных и венозных, затрудняет прохождение крови через мышцы, вызывая недостаточное насыщение их кислородом и способствует накоплению в них кислотных метаболитов.

В то же время использование статической работы мышц важно в контралатеральных упражнениях, рекомендованных в случаях пареза или сильного ослабления мышц конечности оперированной стороны. В такой ситуации это может быть единственным возможным способом эффективного воздействия на систему кровообращения.

Комплекс упражнений, используемый в реабилитации после ампутации груди, в основном опирается на активные упражнения, поскольку они считаются более ценным элементом послеоперационного восстановления.

Пассивные упражнения с редрессацией необходимо выполнять крайне осторожно, исключительно лицам с контрактурой в плечевом суставе, возникшей в результате твердого послеоперационного рубца. Пассивные упражнения, учитывая их позитивное влияние на активность кровеносных и лимфатических сосудов, назначаются больной в случае пареза конечности.

Кроме названных упражнений, необходимо включать и пассивные, и активные упражнения, снимающие напряжение. Особенно это относится к встряхивающим движениям в различных позах. Они благоприятно воздействуют на восстановление конечности: во-первых, создают фазу отдыха, во-вторых, помогают расширяться капиллярам и облегчают отток крови и лимфы.

Очень важным моментом, влияющим на эффективность физической реабилитации, является подбор правильного исходного положения для двигательных упражнений. Исходное положение необходимо определять на основании анализа активности системы кровообращения в напряжении, которая связана с положением тела. Для правильного определения видов исходного положения в двигательных упражнениях использованы принципы, описанные С. Козловским *. Он подразделяет физические нагрузки на локальные, использующие менее 30 % мышечной массы организма, и общие. Принимая во внимание, что физические нагрузки в положении стоя в большей степени напрягают систему кровообращения, а именно ее венозную часть, принято для упражнений верхних конечностей, создающих локальную нагрузку, принимать стоячее или сидячее положение. В то же время для общеукрепляющих и корригирующих упражнений — лежащее положение. За основу принят принцип постоянного соотношения локальных нагрузок к общим как 3 : 1 при каждом занятии гимнастикой в течение 30–40 минут.

Темп, ритм упражнений, количество повторений и перерывов между ними должны соответствовать принятым правилам и индивидуальным физическим и психическим возможностям пациентов. Во время выполнения упражнений особенно полезным является ритм, согласованный с дыханием.

Так как способность к нагрузкам у женщин, восстанавливающихся после радикальной операции по поводу рака молочной

* Kozłowski S.: Fiziologia wysiłków fizycznych. PZWL, Warszawa 1976.

железы, очень различается из-за возраста, можно по мере утомления прерывать упражнения и переходить к отдыху.

Для упражнений будут необходимы такие предметы, как палка, лента, модельная или бельевая резинка, резиновый мячик.

В упражнениях для руки оперированной стороны, особенно затронутой отеком, необходимо в максимальной степени использовать силу гравитации, облегчающую отток лимфы. Для этого во время упражнений рука должна занимать максимальное высокое положение.

Оценка функциональной способности конечности оперированной стороны

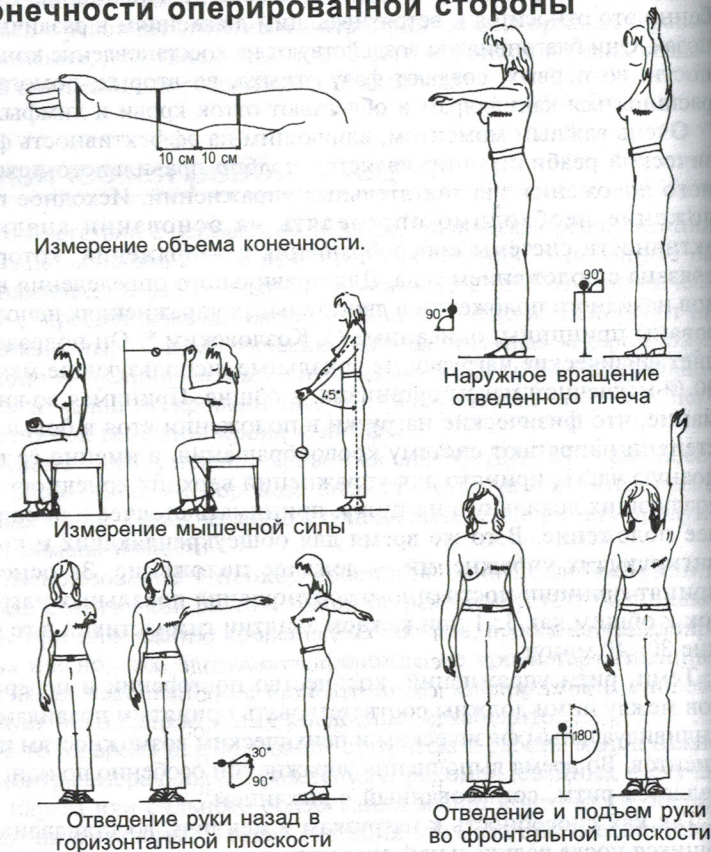


Рис. 20. Методика выполнения теста на проверку функции верхней конечности.

Оценка функционального состояния руки оперированной стороны является важным элементом в процессе реабилитации после радикальной операции рака молочной железы. Она позволяет прогнозировать и контролировать эффективность реабилитации в каждом конкретном случае.

Кулаковский (Kulakowski) и Мика (Mika) разработали предназначенный для этих целей тест, в котором были предусмотрены три основных критерия, дающие ответ о функциональном состоянии руки оперированной стороны, а именно: амплитуда избранных движений в суставах плечевого пояса, мышечная сила и стадия развития отека, если он есть. Для определения степени неблагоприятных изменений была разработана система баллов, представленная в таблице 1. Методика выполнения теста показана на рис. 20.

Из практических соображений выделено 4 степени функциональной способности конечности (в баллах):

I — 0–25 баллов	III — 51–75 баллов
II — 26–50 баллов	IV — 76–100 баллов

Предположив, что существует тесная связь между перечисленными критериями и состоянием функциональной способности конечности, была принята следующая градация баллов:

Амплитуда движений в суставах плечевого пояса	0–30 баллов
Мышечная сила	0–40 баллов
Состояние отека	0–30 баллов

Амплитуда активных движений в суставах плечевого пояса. Учитывается амплитуда трех активных движений, которые подвержены наибольшему ограничению после радикальной мастэктомии и лучевой терапии по поводу рака молочной железы, а именно:

1. Отведение и подъем руки во фронтальной плоскости
2. Наружное вращение отведенного плеча
3. Отведение руки назад в горизонтальной плоскости

Гониометром измеряется амплитуда каждого исследуемого движения, затем вычисляется ее процентное содержание по отношению к норме при условии, что норма составляет:

- для отведения и подъема руки во фронтальной плоскости — 180°,
- для наружного вращения отведенного плеча — 90°,
- для отведения руки назад в горизонтальной плоскости — 120°

Чтобы получить количество баллов, определяющих степень ограничения амплитуды движения, нужно полученное процентное содержание по отношению к норме разделить на 10 (см. в таблице 1 графу «Способ подсчета баллов»).