
ПОДХОДИ ЗА РЕХАБИЛИТАЦИЯ СЛЕД ХИРУРГИЯ НА ГЪРДА – МЕДИЦИНСКИ И СОЦИАЛЕН АСПЕКТ

д-р Кристина Павлова

МБАЛ *Люлин* – София

ПОДХОДИ ЗА РЕХАБИЛИТАЦИЯ СЛЕД ХИРУРГИЯ НА ГЪРДА – МЕДИЦИНСКИ И СОЦИАЛЕН АСПЕКТ

д-р Кристина Павлова

МБАЛ Люлин – София

ОБЗОР

Развитето на онкологичната медицина в последното десетилетие и успехите в лечението на карцином на гърда (КГ) оформиха нова все по-многообройна група от пациенти, преживяли основната болест, в клинична ремисия по отношение на карцинома и с влошено качество на живот. Качеството на живот се определя от способността на индивида да се върне към първоначалните си социални и физически дейности в добро физическо и психично здраве. Състоянието на здраве на организма може да бъде променено от ятрогенно предизвикани нарушения вследствие хирургия, химиотерапия и лъчелечение на онкологичната болест. Преките и косвени последици от това пораждат различни медицински, психологически и социални последици, предмет на рехабилитацията. Същевременно някои усложнения от хирургия на гърда (контрактура в раменна става, лимфостаза след лимфна дисекция) могат да попречат за прецизно и навременно изпълнение на последващи етапи от лечението – лъчелечение с центраж при максимално отведен и ротирано навън рамо.

Статията представлява литературен обзор и собствен опит върху структурирането на рехабилитационна програма при пациенти след операция за КГ с цел възстановяване на състоянието на здраве и подобряване на качеството на живот, преодоляване на медицинските и социални проблеми, до които води хирургията и последващото лечение.

Увод

През 2008 г. проследените случаи с карцином на гърда (КГ) в Европа (40 държави) са 88.4/100000, а смъртността е 24.3/100000. Отчетените инциденти се увеличават благодарение на мамографски скрининг и застаряваща популация; постменопаузалната ендокринна терапия, западноевропейският хранителен

режим, наднорменото тегло, консумацията на алкохол и цигари също допринасят за ръст в анализираните случаи.¹⁻⁸ Предвид развитието на онкологичната медицина и повишената честота на заболеваемост ежегодно се увеличава броят на пациенти, които са преживели и които се нуждаят от рехабилитация за постигане на състояние на здраве (според определението на Световната здравна организация, СЗО) и добро

качество на живот. Здраве се дефинира като състояние на комплексно физическо, психическо, емоционално, интелектуално и социално благополучие, а не само отсъствие на болест или недъг (СЗО, 1978).

Рехабилитация – дефиниция, принципи и прийоми

Определението за рехабилитация е възвръщане към състояние на здраве; тя е медицинска, социална и психологическа (СЗО, 1978).^{1, 3, 8}

Навременната и компетентна медицинска рехабилитация е предпоставка за правилното провеждане на по-нататъшно лечение, профилактира усложненията и инвалидизацията на пациентите, подобрява качеството на живот.⁷ От 2003 г. насам усилията на специалистите, работещи в областта на рехабилитацията, са в следните посоки: комплексен подход, мултидисциплинарен екип, индивидуални програми за рехабилитация, без риск от метастатична болест, преодоляване на медицинските и социални аспекти на влошено здраве у преживели пациенти, търсене на високо качество на живот. От направения литературен обзор, базиращ се на принципа на доказателствената медицина с проведени рандомизирани проучвания,¹⁰⁻¹⁶ двойно слепи опити и клинично проследяване,⁸⁻¹¹ се налага изводът, че медицинска рехабилитация е необходима на всеки етап от клиничното лечение на оперирани от КГ.^{10-14, 16} Тя трябва да бъде безвредна, навременна, индивидуална, под контрол на мултидисциплинарен екип от медицински специалисти. Изиска проследяване и верифициране на резултатите с методи на класическото изследване и диагностика, с които работи физикалната и рехабилитационна медицина, а именно: обем движение в стави и гръбначен стълб;

мануално мускулно тестуване, измерване на мускулната сила, измерване на дължина и обем на крайници (сантиметрия), оценка на стойка и походка.

Основен медицински проблем на оперирани от КГ пациенти е синдромът ръка-рамо с контрактура в раменна става, скъсяване на мускули и сухожилия, цикатрикс, намален обем на ставно движение, лимфостаза от страната на операцията (в ръка, аксила или дорзално от аксила, както и в гърда при органосъхраняващи операции).^{10-12, 20, 21, 23}

Лимфостаза е понятие, което описва състояние на затруднен оток на лимфа от определен участък на кожата. Само 3-5% от лимфостазата е вродено състояние, останалите над 90% са резултат от външно въздействие. Честотата на лимфостаза се покачва при въздействие на няколко различни по характер лечебни манипулации: оперативна намеса, лъчелечение, лекарствено лечение. Като се има предвид, че лечението на злокачествени болести на гърда включва и трите по-горе посочени лечебни въздействия, то възможността за проява на лимфостаза е налице. Това състояние се наблюдава най-често след края на активното лечение в периода на проследяване на пациентите.^{3, 6} Лимфостазата претърпява обратно развитие, когато се третира в по-ранен стадий. Методите на повлияване на лимфостаза са мануален лимfen дренаж, компресивни превръзки,⁵ кинезитерапия със стречинг техники с цел увеличаване обема на движение в раменна става и облекчаване на отока,^{10, 15, 19} апаратен лимфодренаж (пресотерапия).^{6, 16, 17} Едно от най-честите усложнения от лимфостазата е еризипел.

Инструментите и конкретните техники, които се използват при структуриране на рехабилитационни програми, са индивидуално преценени - задължителни процедури са активна и пасивна кинезитерапия, стречинг на мускули и сухожилия, работа

РЕХАБИЛИТАЦИЯ СЛЕД ХИРУРГИЯ НА ГЪРДА

върху оперативен цикатрикс, дихателна гимнастика, тренировка на кардиоурели в аеробен режим,^{2, 13} климатолечение, плуване, спортове и развлекателни дейности, целящи рехабилитация на синдрома ръка-рамо, възстановяване на фините движения в ръка и пръсти, подобряване микроциркулацията в засегнатия крайник след хирургия на гърда и лимфна дисекция,^{4,8, 11-13} както и на показателите на сърдечносъдовата система (насищане с кислород, хемогlobин, артериално налягане и др.)^{2,13}

Лимфодренажните техники се преценяват индивидуално, като биват задължителни (мануален лимфодрениращ масаж и компресивни превръзки), а след оценка на метастатичен риск или болести на сърдечносъдова система (артериална хипертония, ритъмни нарушения) могат да се прилагат незадължителни техники като апаратна пресотерапия или апаратен лимфодрениращ масаж.^{6, 15}

Физиотерапевтични процедури (високочестотни полета, лазер, нико- и средночестотни токове, парафин, сауна, джакузи, парна баня) с доказан канцерогенен ефект или вредности са забранени, както и процедури, увеличаващи рязко движението на телесни течности, кръвоток и лимфа (нискочестотно импулсно магнитно поле, вибромасажи с масажори, колани, горещи вани, тангентор, джакузи, перлени вани, масажи с горещи продукти и обвивания с цел отслабване или антицелулитен ефект).^{3, 11-14}

По същността си рехабилитационната програма трябва да обхваща медицински, социални и психологически аспекти на влошено здраве.^{7, 14} Информираността на пациентите е част от социалните аспекти на рехабилитацията. Личното участие на пациента като активна страна подпомага по-бързото възстановяване.^{7, 10-12, 14} Инвалидизацията и ятогенно предизвиканите болести също са медицински и социален проблем.

Конкретните медицински подходи за рехабилитация се определят от лекари-специалисти по физикална медицина и рехабилитация, под контрол и съдействие на специалисти онкологи и хирурги (за изключване на риск от метастатична болест), с изпълнителен рехабилитационен екип, включващ кинезитерапевти, ерготерапевти, рехабилитатори, психолози, социални работници, специалисти по арттерапия.^{3, 4} Важно е да се отбележи, че на всеки етап от лечението (хирургия, химиотерапия, лъчелечение) рехабилитацията има своето място. Тя се ръководи от няколко цели – общи и конкретни, според целите на лечението и периода, изминал след операция.

Цели на рехабилитацията

Общите цели на рехабилитация включват:

- (i) възвръщане състоянието на здраве и психологическо равновесие;
- (ii) подпомагане на активното лечение – лъчелечение, химиотерапия;
- (iii) профилактика на негативните последици от хирургичното, химио- и лъчелечение и усложненията от тях – контрактура в раменна става, болки в гръбнака, тензионано главоболие, лимфостаза, еризипел, анемия, пневмофиброза, кардиофиброза, хипертония, исхемична болест на сърцето^{2-4, 14,21},
- (iv) профилактика и лечение на ятогенно предизвикани състояния, болести и усложнения от тях – полиневропатия,¹⁸ остеопороза, диабет, затъняване, менопауза, депресия, стерилитет.²²

Конкретните цели на рехабилитацията се определят за всеки пациент, предвид налагване на придружаващи болести, съществуващи преди откриване на онкологичното страдание и взаимодействащи към нарушение на равновесието в организма и влошено качество на живот. Конкретните цели и инструменти на медицинската рехабилитация се определят индивидуално, по преценка на

лекуващия екип, съобразно стадий на лечение и време, изминало след операция.^{9, 11, 14, 16}

Периодизация на рехабилитация след операция за карцином на гърда

Проблеми, непосредствено след операция (в първите 10 дни), се явяват скъсени мускулни тела и сухожилия, болка, аддукторна контрактура^{4, 11, 12, 16}, кашлица, задръжка на секрети в дихателна система след интубация, оперативен разрез, дренажи, вертикализация на болния, застойни явления в бели дробове. Подходът е ранна рехабилитация в болнична обстановка. Извършва се от рехабилитационни екипи в болниците, където е проведена операцията.

Медицинската рехабилитация след 10-ти до 30-ти ден от операцията цели:

(i) възстановяване на двигателната активност на засегнатия горен крайник следствие хирургичната интервенция – мускулна сила, разтегливост и еластичност, обем на движение в раменна става, фини движения в ръка и пръсти, преодоляване на болката^{4, 11, 19, 23};

(ii) профилактика на лимфния застой и свързаните с него последици – при нарушена двигателна активност, тежест и болка в ръката; извършва се индивидуална и групова кинезитерапия, лимфодренаж (апаратен и ръчен), дават се съвети за дейности от ежедневието (препоръчителни или противопоказани) с оглед профилактика на усложнения^{5, 6, 15, 17, 19};

(iii) възстановяване на обща двигателна активност и на добро състояние на организма, преодоляване на негативни ефекти от химиотерапия и лъчетечение върху сърдечносъдова, дихателна, кръвотворна и имунна системи (чрез дихателна гимнастика, разходки и теренно лечение на открито, климатолечение^{3, 4, 14}, тренировка на кардио-

уреidi в аеробен режим и субмаксимално натоварване.^{2, 4, 13} Осигуряването на сигурност и информираност на пациентите по отношение на болестта им, препоръчителни и противопоказани професии, дейности от ежедневието, подходящи и неподходящи процедури за лечение и профилактика, отид и развлечение, хранене и др. са част от психологическата и социална рехабилитация, подобряваща качеството на живот.³ Лекар-физиотерапевт прави преценка на рехабилитационния потенциал (мануално мускулно тестване, сантиметрия, ъглометрия) и определя рехабилитационната програма по време на престоя в рехабилитационна клиника, който трябва да е поне десетдневен. Рехабилитацията се извършва обикновено в рехабилитационни центрове със съобразени природни фактори, климат на средновисока планина, паркови площи с чист въздух, водоеми, места за разходка и провеждане на заниманията на открито в обстановка, далече от болничната, с наблягане на развлекателен момент, т.е. на психологическа и социална рехабилитация. Използват се други специалисти (художници, музиканти) и се прилагат нетрадиционни подходи за релаксация, отид и психотерапия (рисуване, музикотерапия, йога).^{3, 4, 14}

Цели и проблеми на медицинската рехабилитация след 6 месеца са късните последици от хирургия на гърда (лимфостаза, адюvantно лечение), химиотерапия и лъчетечение – ятрогенно предизвикани хронични болести, като пневмофиброза, остеопороза, диабет, затъсяване, полиневропатия.²² Извършва се амбулаторно или в специализирани заведения за онкологична рехабилитация – извън града, където се използва климатолечение, природни фактори, психологическа рехабилитация, трудотерапия, арт-терапия с откъсване от стереотипа и извън усещането за болнична обстановка.^{3, 4, 14, 22}

Рехабилитационна програма *Виктория*

Програма *Виктория* е първата систематизирана, медицински обоснована и контролирана програма за комплексна рехабилитация на пациенти, оперирани за КГ в България.³ Тя стартира през 2010 г. Програмата комплексно съчетава подбор на професионалисти и консултанти, място на изпълнение, апаратура, методики, техники, обучен персонал, природни и климатични фактори, за да постигне целта си – физично и психично здраве. Провежда се в неформална обстановка, изведена от болничната, което също има лечебен ефект. Чисто медицинските техники за рехабилитация са представени под форма на игри, дейности на ежедневния живот, арт-терапия, рисуване, свирене на инструменти.

Със съдействието на клинични психолози и част от рехабилитационния екип се прилага групова и индивидуална психотерапия, чиято крайна цел е стимулиране на реадаптационния процес, понижаване на тревожността, овладяване на депресивната симптоматика, овладяване на кризисни ситуации, подобряване на психичното функциониране и емоционално стабилизиране. Работи се за намаляване на съпътстващите лечението симптоми (свръхчувствителност), за по-добро възприемане на промяната след оперативна интервенция, подобряване на самочувствието, възстановяване на ежедневния ритъм, мобилизиране на личностните ресурси по време на криза. Насърчава се към изразяване на негативните емоции (емоционално вентилиране). Цели се по-бързо възвръщане към дейностите на ежедневния живот, подобряване на качеството на живот, подпомага се подборът на подходящи професии и заетост (ресоциализация).

Основните отличими професионални характеристики на Програма *Виктория* са:

(i) мултидисциплинарен подход при рехабилитацията, колаборация на всички медицински специалисти, които са включени в алгоритъма на лечение на КГ от момента на операция, през химио- и лъчетелечение, до пълна ремисия и оздравяване, през профилактика на рецидиви и състояние на психично равновесие, здраве и стабилност на потърпевшите;

(ii) медицински контрол на изпълнението и резултатите, както и периодично следене на състоянието на пациентите и систематизиране на данните; използват се методи на обективизация на резултатите чрез измерване на обиколка на крайника (сантиметрия), измерване на обем на движения в става (ъглометрия) и измерване на мускулна сила (мануално-мускулен тест);

(iii) комплексен подход към проблематиката, изпълващ рехабилитацията с медицински, социални и психологически смисъл и приравняващ я към стандартите и начина на мислене на добрите медицински практики във водещи медицински болници и университети в Европа и по света, работещи в областта на онкологията и онкологичната рехабилитация (Балтимор, Милано, Барселона, Виена, Хановар, Хайделберг и др.).

За периода август 2010 до декември 2011 г. през Програма *Виктория* са преминали 100 пациентки, всички селектирани според предварително зададен подбор по отношение на стадий на болестта и възраст (между 28 и 67 години). От тях 52 са с давност повече от пет години след операция, 48 са по време на адювантно или активно лечение. Всичките 100 жени са с лимфостаза, стадий 1-За (по класификация на Leduc et al.). При 61 от тях е нарушен обемът на движение в раменен пояс с дефицит, намалена е мускулната еластичност, като при някои пациентки са налични контрактури. При 65 жени се отчита признаване на необходимост от психотерапия, при 5 –негатив-

на настройка и отказ, а 30 са със скептично отношение. От пациентките 98% имат социални проблеми, проблеми в адаптацията, на работното място, в семейната среда и двойката. В края на десетдневния период при 100% от жените се отбелязва подобрене в обема на движение в раменна става, мускулна еластичност и разтегливост. При 98% се регистрира подобрене в обиколките на засегнатата от лимфостаза ръка, с подобрене на обема на движение в лакетна става. Без динамика по този показател са 2 жени, които попадат в стадий За на лимфостаза, с давност повече от пет години. Забелязана е корелация между давност на лимфостаза и степен на повлияване с методи на кинезитерапия и пресотерапия. При всички преминали пациентки е отчетена динамика в психологическия статус с тенденция към продължаване на амбулаторна работа с психолози и за по-дълъг период от време. При 80% е постигнат напредък по отношение на адаптивните способности и психоемоционалния статус, както и за признаване на болестта и желание да се говори за нея. В рамките на този едногодишен период 23 от жените са провели престой по програмата за втори път; при тях се отчита подобрене на показателите спрямо първия престой. През периода 2012-2013 г. през Програма *Виктория* са преминали 268 пациентки.

Със заповед РД-28-70/12.03.2013 на министъра на здравеопазването Д. Атанасова и с изменение на заповед РД-28-27/15.02.13 за утвърждаване на методика за субсидиране на лечебни заведения, Програма *Виктория* в нейната социална и психохорехабилитационна дейност се субсидира от Министерството на здравеопазването, а медицинските рехабилитационни дейности се финансират от здравното осигуряване по клинични пътеки 244 и 241. Програмата се изпълнява на територията на МБАЛ *Люлин* – София и специализирани болници

за рехабилитация – Национален комплекс АД с филиали в гр. Баня, Карловско и гр. Баня.

В заключение може да се обобщи, че резултатите не показват влошаване на обективни медицински показатели, общо състояние, кръвна картина, контролни ехографски изследвания и туморен маркер (критерий за активност на основната онкологична болест). Цели на рехабилитацията (медицински, психологически и социални) са изпълнени с успеваемост над 80%, кое то дава основание да се заключи, че работата върху оперирани пациенти в рамките на Програма *Виктория* е навременна, успешна, с принос за състоянието на здраве, психосоциален комфорт и равновесие и е абсолютно безрискова по отношение онкологичната болест.

Заключение

Провеждането на медицинска рехабилитация е необходимо на всеки етап от лечението на КГ, най-вече след хирургия на гърда. Рехабилитацията трябва да бъде безвредна, навременна и индивидуална, под контрол и проследяване от мултидисциплинарен екип.^{4,10,16, 20} Тя трябва да обхваща медицински, социални и психологически проблеми.^{3, 4, 7, 14} Необходимо изискване е да бъде достатъчно продължителна и да се повтаря във времето до преодоляване на медицинските и социалнопсихологическите аспекти на влошено здраве и за постигане на високо качество на живот.

ЛИТЕРАТУРА

1. Димитрова Н., М. Вуков, З. Валерианова. Заболеваемост от рак в България, 2010. Български национален раков регистър. Том XXI, София, 2012
2. Илиева Е., Владимирова-Китова Л. Възможности на физикалната и рехабилитационна медицина за модулация на кардиотоксичността, причинена

РЕХАБИЛИТАЦИЯ СЛЕД ХИРУРГИЯ НА ГЪРДА

- от цитостатично лечение. *Физикална медицина, рехабилитация, здраве* 2012; 10 (2): 6-15
3. Павлова К., Колева М., Георгиев А. Програма *Виктория* – модел за комплексна рехабилитация при оперирани от рак на гърда. Университетско издателство *Паисий Хилendarsки*, Пловдив, 2013. стр. 10-40
 4. Andrew R, et al. FACSM, The effect prior physical activity has on physiological and psychological outcomes in cancer survivors, 1. Rocky Mountain Cancer Rehabilitation Institute, University of Northern Colorado, Greeley, CO. 2. North Colorado Family Medicine, Greeley, CO
 5. Belgrado JP, et al. Pressure's variation during 24h at the interface skin-multilayered bandages in lymphedema, European Society of Lymphology [abstract]. *Eur J Lympholog Relat Probl* 2009; 19 (54): 6-11
 6. Benda K, Bendova M. Patients self-treatment – Why and how? [abstract] *Eur J Lympholog Relat Probl* 2008; 19 (54): 6-11
 7. Cardoso F, et al. Locally recurrent or metastatic breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol* 2012; 23 (Suppl. 7): vii11-19
 8. Cheville AL, et al. Cost considerations regarding the prospective surveillance model for breast cancer survivors. *Cancer* 2012; 118 (Suppl. 8): 2325-2330
 9. Forner-Cordero I, et al. Physical therapies in the treatment of lymphedema: Preliminary results of a phase III, multicenter, randomized, double-blind, controlled study [abstract]. *Eur J Lympholog Relat Probl* 2008; 19 (54): 6-11
 10. Galli T, Sudati R. Adequate post-surgery physiotherapy for women with breast cancer in evidence based medicine. Review [abstract]. *Eur J Lympholog Relat Probl* 2008; 19 (54): 6-11
 11. Hayes SC, et al. Upper-body morbidity following breast cancer: incidence and evidence for evaluation, prevention, and management within a prospective surveillance model of rehabilitation. *Cancer* 2012; 118 (Suppl. 8): 2237-2249
 12. Hydock DS, et al. Exercise preconditioning provides long-term protection against early chronic doxorubicin cardiotoxicity. *Integrative Cancer* 2011; 10: 47-57
 13. Jessica M, et al. Physiological and psychological responses to a longitudinal rehabilitation program, Rocky Mountain Cancer Rehabilitation Institute, University of Northern Colorado, Greeley, CO. 2 North Colorado Family Medicine, Greeley, CO
 14. Leduc A, et al. Physical treatment of edema: proposal for an European Consensus, European Society of Lymphology. *Eur J Lympholog Relat Probl* 2008; 19 (54): 6-11 (presented data – XXXIV congress of ESL, 2008)
 15. McNeely ML, et al. A prospective model of care for breast cancer rehabilitation: postoperative and postreconstructive issues. *Cancer* 2012; 118 (Suppl. 8): 2226-2236
 16. Belgrado GP, et al. Pneumatic compression in the treatment of lymphedema: peer review, European Society of Lymphology [abstract]. *Eur J Lympholog Relat Probl* 2008; 19 (54): 8
 17. Betcker C. Treatment of plexitis after radiotherapy. European Society of Lymphology [abstract]. *Eur J Lympholog Relat Probl* 2008; 19 (54): 11
 18. Michelini S, et al. Muscular and articular involvement in primary and secondary lymphedema, European Society of Lymphology [abstract]. *Eur J Lympholog Relat Probl* 2008; 19 (54): 8
 19. Schmitz BM, et al. American College of Sports Medicine Roundtable on Exercise Guidelines for Cancer Survivors. *Medicine & Science in Sports & Exercise* 2010; 42(7): 1409-1426
 20. Schneider CM, et al. In exercise physiology: from a cellular to an integrative approach. Eds. Philippe Connes, Olivier Hue, Stéphane Perrey. IOC Press, 2010
 21. Sprod LK, et al. Three vs. six months of exercise training in cancer survivors. *Breast Cancer Res Treat* 2010; 121: 412-419
 22. Stout NL, et al. Prospective surveillance model for rehabilitation for women with breast cancer. *Cancer* 2012; 118 (Suppl. 8): 2191-2200