

## ФУНДАМЕНТАЛЬНА КОМПОНЕНТА КОНЦЕПЦІЇ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ЖІНОК ІЗ ПОСТМАСТЕКТОМІЧНИМ СИНДРОМОМ

Юрій БРИСКІН<sup>1</sup>, Тетяна ОДИНЕЦЬ<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Львівський державний університет фізичної культури, м. Львів, Україна,

<sup>2</sup>Запорізький національний університет, м. Запоріжжя, Україна,

e-mail: puchlik@mail.ru

**Анотація.** Найчастішим наслідком лікування раку молочної залози є постмастектомічний синдром, що поєднує в собі порушення фізичного, функціонального, психоемоційного стану та якості життя. Мета дослідження: визначити структуру та зміст фундаментальної компоненти концепції фізичної реабілітації жінок із постмастектомічним синдромом. У рамках фундаментальної компоненти було виявлено закономірності формування, розвитку та наслідків постмастектомічного синдрому, що зумовлюють необхідність надання реабілітаційної допомоги; базові та реалізаційні принципи, а також крос-методичні положення їх упровадження.

**Ключові слова:** постмастектомічний синдром, фундаментальна компонента, фізична реабілітація, жінки.

**ФУНДАМЕНТАЛЬНАЯ КОМПОНЕНТА  
КОНЦЕПЦИИ ФИЗИЧЕСКОЙ  
РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН  
С ПОСТМАСТЭКТОМИЧЕСКИМ  
СИНДРОМОМ**

**Юрий БРИСКИН<sup>1</sup>, Татьяна ОДИНЕЦ<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Львовский государственный университет  
физической культуры, г. Львов, Украина,

<sup>2</sup>Запорожский национальный университет,  
г. Запорожье, Украина, e-mail: puchlik@mail.ru

**Аннотация.** Частым следствием лечения рака молочной железы является постмастэктомический синдром, сочетающий в себе нарушение физического, функционального, психоэмоционального состояния и качества жизни. Цель исследования: определить структуру и содержание фундаментальной компоненты концепции физической реабилитации женщин с постмастэктомическим синдромом. В рамках фундаментальной компоненты были выявлены закономерности формирования, развития и последствия постмастэктомического синдрома, обуславливающие необходимость предоставления реабилитационной помощи; базовые и реализационные принципы, а также кросс-методические положения их внедрения.

**Ключевые слова:** постмастэктомический синдром, фундаментальная компонента, физическая реабилитация, женщины.

**Постановка проблеми.** За даними Національного канцер-реєстру України було встановлено, що захворюваність на рак молочної залози (РМЗ) зростає з віком. Так, серед жінок у віковій групі 50–54 роки вона становить 111,5; у 55–59 років – 142,5; у 60–64 роки – 168,2; у 65–69 років – 170,3 випадку на 100 тис. населення. На обліку в онкологічних закладах 2013 року зареєстровано 163256 хворих на РМЗ, зокрема за даними Запорізького обласного онкологічного диспансеру – 709 жінок [2].

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами.** Обраний напрям дослідження відповідає темі науково-дослідної роботи Запорізького національного університету «Розробка,

**A FUNDAMENTAL COMPONENT  
OF CONCEPT OF PHYSICAL  
REHABILITATION OF WOMEN  
WITH POSTMASTEKTOMY SYNDROME**

**Yuriy BRISKIN<sup>1</sup>, Tetiana ODYNETS<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Lviv State University of Physical Culture,  
Lviv, Ukraine,

<sup>2</sup>Zaporizhzhya National University,  
Zaporizhia, Ukraine, e-mail: puchlik@mail.ru

**Abstract.** The article deal with the most common consequence of breast cancer treatment is postmastectomy syndrome that combines physical impairments, functional, psycho-emotional state and quality of life. Objective: to determine the structure and content of the fundamental components of the concept of physical rehabilitation of women with postmastectomy syndrome. Within the framework of fundamental component conformities to law of forming, development and consequence of postmastectomy syndrome, the need to provide of rehabilitation help were exposed; base and realization principles, and also race-methodical positions of their introduction.

**Keywords:** postmastectomy syndrome, a fundamental component, physical rehabilitation, women.

експериментальна апробація та втілення в практику системи заходів фізичної реабілітації для поліпшення стану здоров'я різних категорій населення» (номер держреєстрації 0114U002653).

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** На сьогодні найбільш перспективним методом лікування хворих на РМЗ вважається комплексний, який містить застосування оперативного втручання сумісно з іншими методами спеціального протипухлинного лікування. Водночас наявність побічних ефектів залишається на високому рівні. У хворих спостерігається набряк м'яких тканин на місці операції, обмеження амплітуди активних та пасивних рухів кінцівки в плечовому суглобі, зниження м'язової сили, порушення чутливості, вегетативно-трофічні розлади верхньої кінцівки тощо [1, 3, 5].

Усе це свідчить про необхідність диференційованого підходу в реабілітації жінок цієї нозологічної форми, з одного боку, а також складність вибору найдоцільніших методів фізичної реабілітації для повноцінного відновлення здоров'я пацієнтки – з другого. Однак питання розроблення методології фізичної реабілітації жінок із постмастектомічним синдромом є не вирішеним. Різноманіття клінічних проявів постмастектомічного синдрому потребує застосування значного арсеналу засобів відновлення з урахуванням індивідуальних реакцій жінки на окремі засоби і вплив загалом.

Таким чином, ефективність фізичної реабілітації жінок із постмастектомічним синдромом можна забезпечити шляхом розроблення комплексу взаємопов'язаних складових концепції, які визначають зміст і послідовність роботи, насамперед фундаментальної компоненти.

**Мета дослідження:** визначити структуру та зміст фундаментальної компоненти концепції фізичної реабілітації жінок із постмастектомічним синдромом.

**Методи дослідження:** теоретичний аналіз, узагальнення даних наукової і методичної літератури та всевітньої інформаційної мережі Інтернет; індукція, зіставлення та класифікація.

**Результати дослідження та їх обговорення.** На основі теоретичного аналізу, систематизації та узагальнення науково-методичних джерел щодо перебігу післяопераційного періоду, наявних програм фізичної реабілітації та їх впливу на фізичний, функціональний, психоемоційний стан і якість життя жінок, що пройшли комплексне чи комбіноване лікування раку молочної залози, а також результатів констатувального експерименту ми обґрунтували та розробили фундаментальну компоненту концепції фізичної реабілітації жінок із постмастектомічним синдромом.

У сучасний період розвитку онкології одним із пріоритетних завдань фізичної реабілітації жінок із постмастектомічним синдромом є поліпшення фізичного, функціонального та психоемоційного стану жінки, що надасть можливість підвищити її якість життя та повернути до соціально корисної праці. Пріоритетами успішного подолання постмастектомічних наслідків, на нашу думку, є особистісні орієнтації жінки, специфічність впливу різноманітних засобів фізичної реабілітації та організація надання реабілітаційної допомоги.

Згідно з нашою концепцією, метою фізичної реабілітації жінок із постмастектомічним синдромом є поліпшення якості їхнього життя, фізичного, функціонального та психоемоційного станів.

Фундаментальна компонента концепції передбачає виявлення закономірностей, містить формулювання принципів та крос-принципових методичних положень (рис. 1). Вивчення ефективних закономірностей формування, розвитку та наслідків постмастектомічного синдрому, що зумовлюють ефективність надання реабілітаційної допомоги, є необхідною умовою для визначення принципів, реалізація яких, своєю чергою, сприятиме досягненню поставленої мети. Ми виявили такі закономірності:

*1. Варіативність проявів постмастектомічного синдрому.* За сучасними уявленнями, клінічна картина постмастектомічного синдрому характеризується значним поліморфізмом симптомів, що містить набряк м'яких тканин на місці операції, обмеження амплітуди активних та пасивних рухів кінцівки в плечовому суглобі, зниження м'язової сили, порушення чутливості, роботи кардіореспіраторної системи, плексити, функціональні біомеханічні та вегетативно-трофічні розлади, психоемоційні, зниження якості життя [1, 4, 5]. У більшості жінок всі зазначені прояви постмастектомічного синдрому трапляються в комплексі, що потребує

мультидисциплінарного підходу в процесі фізичної реабілітації із залученням онкологів, реабілітологів, хірургів, кардіологів, соціологів, невропатологів, психо-, фізіо-, ерго- та мануальних терапевтів.

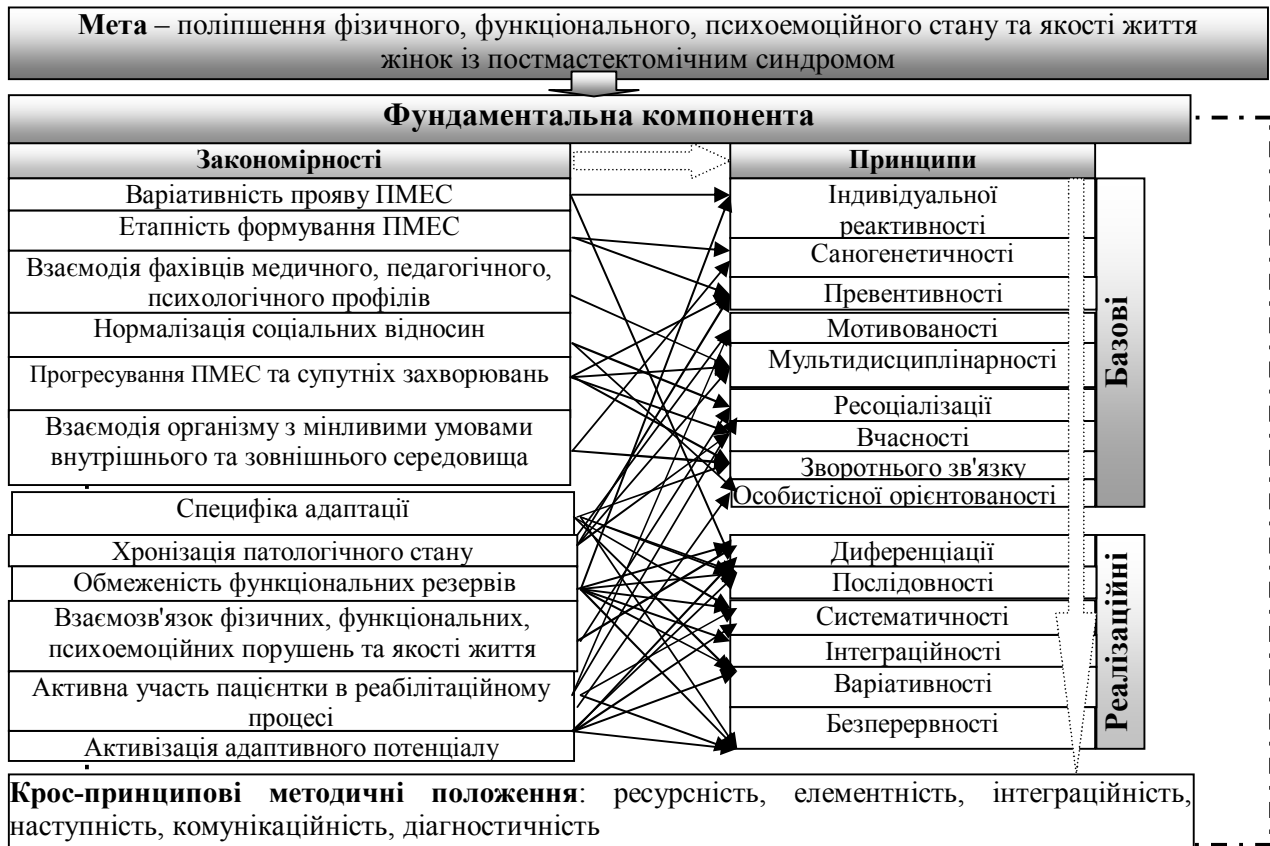


Рис. 1. Структура та зміст фундаментальної компоненти концепції фізичної реабілітації жінок із постмастектомічним синдромом

2. *Етапність формування постмастектомічного синдрому.* Ознаки постмастектомічного синдрому з'являються в різні часові інтервали. Ранні ознаки виникають одразу після хірургічного лікування раку молочної залози і мають посттравматичний характер, до них належать такі: серома, кровотеча, інфікування рани, постпроменеві епідерміти і виразки, тривала лихоманка, фантомні болі, астеничний стан, погіршення тканинної регенерації, розходження швів, краєвий некроз шкірних клаптів, гематоми, зтяжна лімфорейя з подальшим розвитком раннього постмастектомічного набряку, бешихоподібне запалення, брахіоплексопатія, обмеження рухів у плечовому суглобі, формування патологічного рухового стереотипу, порушення чутливості, тривожні та депресивні стани [1, 4]. Прояви пізніх ознак, таких як лімфостаз, фіброз м'яких тканин, контрактури плечового суглоба тощо, можуть виникнути від одного місяця до 1,5 року [1]. Саме тому першочергового значення набуває саме ліквідація ранніх ознак чи вживання превентивних заходів щодо запобігання їх подальшому прогресуванню, визначенню факторів ризику розвитку пізніх ускладнень.

3. *Прогресування постмастектомічного синдрому та супутніх захворювань.* Формування та розвиток постмастектомічного синдрому включає в патологічний процес різні функціональні системи організму, а динаміка його антропометричних, клінічних, функціональних та психоемоційних параметрів свідчить про його ускладнення в міру подовження післяопераційного періоду. З часом ранні ознаки постмастектомічного синдрому мають схильність до прогресування та переходу в хронічний стан, що потребують раннього втручання для найшвидшої їх ліквідації чи зменшення прояву і поліпшення якості життя. Наявність супутніх захворювань може значно впливати та ускладнювати процес подолання постмастектомічного синд-

рому, тому під час розроблення програми фізичної реабілітації потрібно враховувати їх, добирати засоби для формування компенсацій та намагатися мінімізувати їхній негативний вплив.

4. *Соціальна дезінтеграція.* Для більшості жінок рак молочної залози та проведене лікування руйнує звичну модель життєдіяльності, призводить до порушення встановлених раніше соціальних зв'язків і відносин, що потребує від жінки не тільки адаптації до нових умов життя, а й необхідності відновлення втрачених соціальних позицій.

5. *Взаємодія фахівців медичного, педагогічного та психологічного профілів.* Ліквідація постмастектомічних наслідків у жінок, що пройшли чи проходять лікування раку молочної залози, повинна відбуватися за умови активної співпраці фахівців різного профілю як під час перебування пацієнток на стаціонарному, так і на диспансерному етапах реабілітації, що надасть можливість оптимізувати процес діагностики, лікування та реабілітації та поліпшити їхній функціональний, фізичний і психоемоційний стан. Тільки тісна взаємодія фахівців онкологів-хірургів, хіміотерапевтів, радіологів, пластичних хірургів, психологів, реабілітологів та ін. дасть змогу індивідуалізувати процес відновлення та досягти позитивного результату лікування і реабілітації. Провідну роль у забезпеченні якісного мультидисциплінарного підходу повинен відігравати саме реабілітолог, адже він формує комплексну реабілітаційну програму на основі систематизації отриманих даних від фахівців різного профілю.

6. *Активна участь пацієнтки в реабілітаційному процесі.* Фахівець з фізичної реабілітації повинен заохочувати пацієнтів до реабілітаційних заходів, формувати та спрямовувати їхні спонукання відповідно до завдань реабілітації, підтримувати їх, допомагати перебороти страх, апатію та втому.

7. *Специфіка адаптації.* Для активізації компенсаторних механізмів потрібно добирати фізичне навантаження, що відповідає функціональним можливостям пацієнтки та супроводжується адекватними змінами в організмі, адже застосування як надмірного, так і недостатнього навантаження буде неприйнятним. Під час розроблення та реалізації програми фізичної реабілітації потрібно досягти оптимального стану жінок при мінімальних енергетичних затратах та створити умови для реалізації наявного адаптивного потенціалу.

8. *Активізація адаптивного потенціалу.* Пріоритетною метою фізичної реабілітації жінок із постмастектомічним синдромом є саме вдосконалити компенсаторно-приспосувальні можливості організму за рахунок розширення їх функціонального резерву. Водночас під час розширення функціонального резерву потрібно, щоб застосовані засоби фізичної реабілітації не сприяли морфологічним змінам у системах, що виходять за рамки раціональної адаптації, а також переходу організму в стадію дезадаптації. Таким чином, для успішної реалізації адаптивного потенціалу потрібно щоб характер і обсяг навантаження відповідав фізіологічним можливостям жінки та неодмінно супроводжувався дотриманням всіх реалізаційних принципів.

При значних навантаженнях, що перевищують можливості структурно-функціональних резервів, спостерігається їх поступове виснаження, що призводить до неможливості продовжувати діяльність у заданому режимі та до зриву адаптації. Саме тому великого значення набуває постійний моніторинг за функціональними змінами в організмі шляхом реалізації принципу зворотного зв'язку.

9. *Обмеженість функціональних резервів.* Стан жінки з постмастектомічним синдромом на основі систематизації даних первинного обстеження свідчить про значну обмеженість використання функціональних резервів і потребує чіткого та своєчасного контролю за змінами в організмі, що відбуваються внаслідок фізичного навантаження, а також диференційованого добору засобів для уникнення перенапруження й забезпечення адекватної тривалої адаптації.

10. *Взаємозв'язок фізичних, функціональних, психоемоційних порушень та якості життя.* Проведений кореляційний аналіз вихідних фізичних, функціональних, психоемоційних показників та якості життя свідчить про наявність взаємозв'язку між ними, що потребує пильної уваги з боку реабілітолога під час розроблення програм з фізичної реабілітації, адже потрібно застосовувати *інтеграційний* вплив на всі виявлені порушення для отримання позитивного ефекту від занять.

*11. Корекція реабілітаційного процесу.* Для забезпечення якісної реалізації програми фізичної реабілітації потрібно систематично оцінити ефективність та адекватність застосованих засобів шляхом виконання оперативного, поточного та етапного контролю, що дасть змогу враховувати індивідуальну реакцію на фізичне навантаження як одразу після його виконання, так і для визначення сумарного відтермінованого ефекту та вносити (за необхідністю) корективи в розроблену програму. Такий своєчасний моніторинг дасть змогу забезпечувати контроль адекватності навантажень, визначати його оптимальний рівень і змінювати тактику подальшого проведення реабілітаційних заходів.

Теоретичне узагальнення зазначених закономірностей дало змогу сформулювати базові та реалізаційні принципи. До базових принципів належали такі: індивідуальна реактивність, саногенетичність, превентивність, мотивованість, мультидисциплінарність, ресоціалізація, вчасність, зворотний зв'язок, особистісна орієнтованість; до реалізаційних – диференціація, послідовність, систематичність, етапність, інтеграційність, варіативність, безперервність.

*Індивідуальна реактивність* враховує особливості реакції організму жінки змінами своєї життєдіяльності на вплив навколишнього середовища, яким є саме виконання комбінованого чи комплексного лікування раку молочної залози, а ті зміни – індивідуальні прояви постмастектомічного синдрому.

*Саногенетичність* обґрунтовується необхідністю розпочати процес реабілітації одразу після проведеного хірургічного лікування, адже розгортання саногенетичних механізмів починається вже на стадії реалізації патогенезу постмастектомічних ускладнень і від їх ефективності залежатиме успішність подолання негативних наслідків лікування.

*Превентивність* полягає в тому, щоб застосовані реабілітаційні заходи мали випереджувальний характер, запобігали проявам пізніх ускладнень та забезпечували сприятливі умови для розвитку компенсаторних процесів.

*Мотивованість* передбачає формування в жінки свідомого й активного ставлення та зацікавленості щодо участі в реабілітаційному процесі та необхідності подальшого застосування заходів фізичної реабілітації для зменшення чи профілактики загострення проявів постмастектомічного синдрому. Для формування мотивації в жінки до активної співпраці потрібно насамперед визначити її особистісні мотиви, а потім застосовувати дії з їх активації. Пацієнтка також повинна отримати від реабілітолога переконливі твердження, які враховують її інтереси.

*Мультидисциплінарність* передбачає залучення спеціалістів для отримання найкращого результату під час ліквідації постмастектомічних ускладнень.

Дотримання принципу *ресоціалізації* сприяє подоланню ізоляції жінок, розширенню їхніх контактів, поверненню соціально-побутової діяльності та відновленню соціального статусу жінок, тобто можливості виконувати свої функції в суспільстві в рамках наявного захворювання.

Ресоціалізація, на наш погляд, повинна відбуватися шляхом проведення тематичних зустрічей, семінарів, тренінгів за умов активної участі, з одного боку, громадських організацій, установ соціально-психологічної підтримки, а з другого – жінок, що вже пройшли лікування та реабілітацію і на власному прикладі здатні продемонструвати отримані результати.

*Вчасність* передбачає своєчасне застосування засобів реабілітації як для ліквідації основного патологічного стану, так і супутніх захворювань для забезпечення більш потужної мобілізації саногенетичних механізмів, що забезпечують швидше подолання постмастектомічного синдрому та повернення до соціально корисної праці.

*Зворотний зв'язок* передбачає обов'язкове врахування індивідуальної реакції організму на застосовані засоби фізичної реабілітації, щоб надалі вносити корективи (у разі потреби) у реабілітаційну програму.

*Особистісна орієнтація* передбачає врахування власних побажань та заохочень щодо вибору занять за певною програмою фізичної реабілітації.

*Диференціація реабілітаційного процесу* повинна відбуватися залежно від типу оперативного втручання, загального стану жінки, віку, терміну після операції, післяопераційних ускладнень і наслідків, рівня фізичного стану, побажань пацієнток, взаємозв'язку психоемо-

ційних та фізичних і функціональних порушень кардіореспіраторної, вегетативної системи, опорно-рухового апарату емоційної сфери на всіх етапах відновного процесу.

*Послідовність* передбачає поступове збільшення обсягу та інтенсивності фізичного навантаження відповідно до рівня фізичного стану жінки та етапу реабілітації.

*Систематичність* застосування адекватних засобів фізичної реабілітації для подолання ранніх і пізніх проявів постмастектомічного синдрому обґрунтовується тим, що для формування тривалих адаптаційних зрушень в організмі жінки потрібно, щоб величина фізичного навантаження перевищувала пороговий рівень, який є індивідуальним для кожної пацієнтки. Окрім того, для ефективної реалізації цього принципу потрібно дотримуватися оптимальної частоти занять для забезпечення та підтримання адаптаційних зрушень в організмі.

*Етапність* полягає у застосуванні реабілітаційних заходів відповідно до терміну, що пройшов після оперативного втручання. Реалізація цього принципу передбачає поступове та послідовне вирішення окремих цілей і завдання з розширенням рухового режиму для забезпечення адекватних адаптаційних механізмів. Окрім того, перехід на інший етап фізичної реабілітації повинен відбуватися лише за умови стійкої адаптації жінки до навантажень попереднього етапу з урахуванням рівня фізичного стану.

*Принцип інтеграційності* передбачає раціональне поєднання найбільш доцільних засобів фізичної реабілітації для поліпшення фізичного, функціонального, психоемоційного стану та якості життя жінок із постмастектомічним синдромом з урахуванням їх механізму дії.

*Варіативність* застосовуваних засобів необхідна для розширення адаптаційних можливостей жінки та нормалізації психоемоційного стану. Потрібно обов'язково враховувати зворотний зв'язок, залежно від індивідуальної реактивності організму на вплив різних засобів реабілітації.

*Безперервність* обґрунтовується необхідністю застосування на всіх етапах відновлювального періоду адекватних засобів фізичної реабілітації з поступовим вирішенням окремих завдань. Цей принцип передбачає постійне застосування заходів фізичної реабілітації, починаючи зі стаціонарного етапу та продовжуючи їх на диспансерному. Така схема дозволить поступову стимуляцію та розширення адаптаційних механізмів для підвищення функціонального стану організму жінок та подолання постмастектомічних наслідків.

Кожен із реалізаційних принципів є узагальненням більшості встановлених закономірностей, що потрібно враховувати під час процесної частини реабілітації. Дотримання названих принципів дасть змогу успішно реалізувати мету та завдання фізичної реабілітації жінок із постмастектомічним синдромом.

Сформульовані базові та реалізаційні принципи відображено в крос-принципових методичних положеннях концепції, таких як ресурсність, елементність, інтеграційність, еволюційність, комунікаційність, діагностичність.

Ресурсність передбачає систематизацію засобів, методів і форм фізичної реабілітації, що дають можливість реалізувати мету та завдання відповідно до кожного етапу реабілітації.

Елементність передбачає визначення пріоритетних чинників, що визначають спрямованість таких програм фізичної реабілітації: вік, термін після операції, рівень фізичного стану, післяопераційні ускладнення й наслідки, особливості функціональних порушень кардіореспіраторної, вегетативної системи та психоемоційної сфери, опорно-рухового апарату на всіх етапах реабілітації.

Інтеграційність характеризує об'єднання найдоцільніших засобів і методів фізичної реабілітації на кожному з етапів відновного процесу (стаціонарного та диспансерного), а також зумовлює необхідність їх логічного переходу та взаємозв'язку.

Наступність (спадкоємність) заснована на поступовому розширенні рухового режиму жінок з постмастектомічним синдромом, збільшенні кількості та складності застосованих вправ від стаціонарного до диспансерного етапів реабілітації.

Комунікаційність передбачає виявлення взаємозв'язку хворих з навколишнім середовищем та його адаптацію до нових умов життя, здатність до виконання соціальних функцій та професійної діяльності.

Діагностичність заснована на визначенні ефективності засобів реабілітації щодо подолання постмастектомічного синдрому на стаціонарному та диспансерному етапах відновлення за допомогою різних видів контролю (оперативного, поточного й етапного) та визначення перспектив поліпшення функцій.

**Висновок.** Таким чином, ураховуючи своєрідність перебігу постмастектомічного синдрому та особливості проведеного лікування, обґрунтовано змістове наповнення та функціональне призначення фундаментальної компоненти концепції фізичної реабілітації жінок з постмастектомічним синдромом. Фундаментальна компонента передбачала виявлення закономірностей формування, розвитку та наслідків постмастектомічного синдрому, що зумовлюють ефективність надання реабілітаційної допомоги, базові та реалізаційні принципи, а також методичні положення їх впровадження.

### Список літератури

1. Ковальчук А. П. Ранні та пізні післяопераційні ускладнення при лікуванні раку молочної залози (огляд літератури) / А. П. Ковальчук, І. Ф. Хурані // Вісник морфології. – 2009. – Т. 15 (2). – С. 484–486.
2. Рак в Україні 2012–2013 / З. П. Федоренко, А. В. Гайсенко, Л. О. Гулак [та ін.] // Бюлетень національного канцер-реєстру України. – 2014. – № 15. – С. 127.
3. Сучасні аспекти реабілітації онкологічних хворих / Дюбанов С. М., Войтенко О. Н., Вербицька О. А., Лисак В. Д. [та ін.] // Український медичний альманах. – 2013. – Т. 16. – № 5. – С. 96–101.
4. Predictors of functional shoulder recovery at 1 and 12 months after breast cancer surgery / E. W Levy, L. A. Pfalzer, J. Danoff [et al.] // Breast Cancer Res Treat. – 2012. – Vol. 134 (1). – P. 315–324.
5. The postmastectomy pain syndrome: an epidemiological study on the prevalence of chronic pain after surgery for breast cancer / O. J. Vilholm, S. Cold, L. Rasmussen // Br J Cancer. – 2008. – Vol. 99 (4). – P. 604–610.

*Стаття надійшла до редколегії 3.04.2015*

*Прийнята до друку 26.05.2015*

*Підписана до друку 30.04.2015*