

STRESZCZENIE

Zróznicowany wpływ programów fizjoterapeutycznych na sprawność układu oddechowego pacjentek po mastektomii

Tomasz Pieńkowski

Rak piersi należy do najczęściej występujących na świecie nowotworów u kobiet. Jest najczęstszą przyczyną zgonów. W Polsce rozpoznaje się każdego roku około 16,5 tys. nowych zachorowań, na świecie natomiast około 1,7 miliona. Mimo zmniejszającego się w ostatnich latach wskaźnika umieralności z powodu tej choroby, zauważa się wyraźny wzrost zachorowań, szczególnie wśród młodych kobiet.

Leczenie raka sutka składa się z leczenia chirurgicznego, systemowego (hormonoterapia i chemioterapia) oraz radioterapii. Z punktu widzenia leczenia chirurgicznego są to operacje polegające na pozostawieniu piersi lub jej amputacji. Farmakologiczne leczenie systemowe jest metodą uzupełniającą zabieg operacyjny. Należą do niej chemioterapia, hormonoterapia i terapia anty-HER2 (ludzki nabłonkowy czynnik wzrostu). Radioterapia stosowana jest w celu niszczenia komórek nowotworowych tworzących guz lub rozsianych, np. w węzłach chłonnych. Wykorzystuje się w niej działanie promieniowania jonizującego. Leczenie takie prowadzi do wielu niekorzystnych powikłań zdrowotnych. Należą do nich między innymi upośledzenie czynności kończyny górnej po stronie operowanej, niekorzystne zmiany w postawie ciała operowanych kobiet, możliwość wystąpienia obrzęku limfatycznego kończyny górnej oraz zespół sieci lub sznura (AWS) w obrębie dołu pachowego. U kobiet leczonych z powodu raka piersi mogą wystąpić zaburzenia czynności układu oddechowego, które można podzielić na występujące bezpośrednio po zabiegu i zaburzenia powstające w późniejszym okresie. Są one spowodowane niekorzystnym wpływem promieniowania jonizującego na tkankę płucną pacjentek poddanych radioterapii. Inną przyczyną tych zaburzeń są mechaniczne, pooperacyjne oraz popromienne uszkodzenia tkanek miękkich okolicy klatki piersiowej i dołu pachowego.

Rehabilitacja, w tym także fizjoterapia, jest integralną częścią postępowania leczniczego u chorych na raka piersi. Pozwala na przywrócenie sprawności fizycznej oraz zmniejszenie ubocznych skutków leczenia.

Celem pracy było określenie efektywności zróżnicowanego postępowania fizjoterapeutycznego, standardowego i poszerzonego o terapię tkanek miękkich u pacjentek po mastektomii w kontekście jego wpływu na sprawność układu oddechowego, co oceniono przez badanie spirometryczne i ruchomości klatki piersiowej.

Badanie obejmowało 49 kobiet z rozpoznaniem rakiem piersi, które zostały poddane leczeniu operacyjnemu, chemioterapii oraz radioterapii. Miało charakter losowy. Wydzielono dwie grupy – pierwsza licząca 25 pacjentek i druga w liczbie 24. **Grupa I** prowadzona była standardowym programem fizjoterapeutycznym, powszechnie stosowanym w usprawnianiu kobiet po zabiegu mastektomii. W **grupie II**, poza postępowaniem standardowym, zastosowano dodatkowy program terapeutyczny obejmujący określone techniki terapii tkanek miękkich.

Problemy badawcze ujęto w formie pytań w celu uzyskania odpowiedzi:

1. Jak zmienia się obraz spirometrii i ruchomości klatki piersiowej bezpośrednio po zabiegu operacyjnym u pacjentek po mastektomii?

2. Jak zmienia się obraz spirometrii, ruchomości klatki piersiowej oraz odczucia bólu w zależności od długości czasu trwania fizjoterapii u pacjentek po mastektomii?
3. Czy występują różnice w obrazie spirometrii i ruchomości klatki piersiowej u pacjentek po mastektomii w zależności od zastosowanego postępowania fizjoterapeutycznego?

Wszystkie pacjentki z grupy pierwszej i drugiej poddane zostały badaniu spirometrycznemu, ocenie ruchomości klatki piersiowej oraz ocenie natężenia bólu w skali dziesięciostopniowej. Badania przeprowadzono w sześciu terminach:

- w dniu przyjęcia na oddział,
- w czwartej dobie po zabiegu,
- po miesiącu, po trzech, sześciu oraz dwunastu po zabiegu operacyjnym.

Do parametrów układu oddechowego, poddanych analizie w badaniu spirometrycznym zalicza się: VC, FVC, FEV₁, FEV₁/FVC, MEF₅₀, PEF, MVV.

U wszystkich badanych wykonano zmodyfikowaną amputację piersi metodą Pateya. Zabieg ten, zarówno w grupie I jak i II, spowodował statystycznie istotne zmiany niektórych wskaźników spirometrycznych ruchomości klatki piersiowej oraz poziomu odczuwania bólu. Przeprowadzone badania pozwalają na stwierdzenie, że wystąpiło istotne obniżenie wartości natężonej pojemności życiowej FVC, pojemności życiowej VC, natężonej objętości wydechowej pierwszosekundowej FEV₁, maksymalnej wentylacji dowolnej oraz ruchomości klatki piersiowej w badaniu drugim, czyli w czwartej dobie po zabiegu. W badaniu trzecim natomiast odnotowano wzrost wartości tych parametrów do wielkości zbliżonych według uzyskanych w badaniu przedoperacyjnym. W przypadku oceny wskaźnika Tiffeneau, a także poziomu odczuwania bólu, stwierdzono wzrost uzyskanych wartości parametrów w czwartej dobie po zabiegu oraz ich obniżenie w badaniu trzecim, czyli miesiąc po zabiegu operacyjnym. Analiza obserwowanych parametrów wykazała zbliżony charakter zmian w obydwu badanych grupach. Nie wykazano natomiast istotnych różnic między grupami.

Między trzecim a szóstym terminem badania pacjentki poddano zróżnicowanemu postępowaniu fizjoterapeutycznemu. W toku analizy natężonej pojemności życiowej, natężonej objętości wydechowej pierwszosekundowej, maksymalnej wentylacji dowolnej oraz ruchomości klatki piersiowej, stwierdzono stopniowe zmniejszanie się uzyskanych wartości wymienionych parametrów w grupie I z najniższymi wartościami w badaniu szóstym, tj. 12 miesięcy po dokonanym zabiegu. Z kolei w grupie II odnotowano wzrost ich wartości. Najwyższe wartości badanych zmiennych, pacjentki z grupy II osiągnęły w badaniu szóstym, czyli 12 miesięcy po zabiegu. Analiza stopnia natężenia bólu wykazała stopniowe obniżenie poziomu odczuwania bólu w obydwu grupach. W poszczególnych terminach badań osiągnęła najniższe wartości w badaniu szóstym, czyli 12 miesięcy po zabiegu.

Otrzymane rezultaty badania upoważniają do stwierdzenia, że zabieg operacyjny, w obu badanych grupach, przyczynił się do ograniczenia ruchomości klatki piersiowej i w konsekwencji do pogorszenia sprawności układu oddechowego. Zmiany te częściowo ustępowały po miesiącu od wykonania zabiegu. Poszerzenie standardowego programu rehabilitacyjnego o dodatkowe elementy terapeutyczne, opartego na technikach mięśniowo-powięziowego uwalniania oraz poizometrycznej relaksacji, przyniosły korzystne efekty dotyczące sprawności układu oddechowego.

Należy w tym miejscu uwypuklić, że terapia tkankowa nie miała wpływu na odczucie bólu wśród badanych pacjentek.

Poznań, 30 maja 2018r.

Tomaz Reichowski