

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ ДВНЗ «ПРИКАРПАТСЬКИЙ
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ВАСИЛЯ СТЕФАНІКА»

Факультет фізичного виховання і спорту

Кафедра фізичної терапії, ерготерапії

СИЛАБУС НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ

«Фізична терапія в хірургії та онкології»

Освітня програма «Фізична терапія, ерготерапія»

Другий (магістерський) рівень

Спеціальність 227 Фізична терапія, ерготерапія

Галузь знань 22 Охорона здоров'я

Затверджено на засіданні кафедри фізичної терапії, ерготерапії

Протокол № 1 від “ ” серпня 2019 р.

Івано-Франківськ - 2019

ЗМІСТ

1. Загальна інформація
2. Анотація до курсу
3. Мета та цілі курсу
4. Результати навчання (компетентності)
5. Організація навчання курсу
6. Система оцінювання курсу
7. Політика курсу
8. Рекомендована література

1. Загальна інформація	
Назва дисципліни	Фізична терапія в хірургії

Викладач (-і)	Герич Р.П
Контактний телефон викладача	0505862912
E-mail викладача	
Формат дисципліни	Лекційні, семінарські заняття
Обсяг дисципліни	3 кредити ЄКТС
Посилання на сайт дистанційного навчання	WWW. d-learn. pnu.edu.ua
Консул ьтації	понеділок 13.30

2. Анотація до курсу

Предметом вивчення є організаційні засади, принципи та методи фізичної терапії в осіб до і після хірургічних втручань при різних хірургічних та онкологічних захворюваннях. Метою викладання є формування комплексу знань та професійних умінь з фізичної терапії у студентів при хірургічних та онкологічних захворюваннях в доопераційний період і в тих, що перенесли хірургічне втручання з причини хірургічної та онкологічної патології у відповідності з ОКХ та вимог ОПП. Досягнення мети передбачає виконання завдань, сутність яких зводиться до використання знань про особливості перебігу хірургічної патології для вибору засобів і методів фізичної терапії для складання програм фізичної реабілітації осіб, що перенесли хірургічне втручання, та ефективної їх реалізації при здійсненні професійних обов'язків.

3. Мета та цілі курсу

Метою вивчення дисципліни «Фізична терапія в хірургії та онкології» передбачається сформувати знання у студентів щодо основних хірургічних та онкологічних захворювань, лікування яких передбачає хірургічне втручання, особливостей доопераційного, післяопераційного та післялікарняного періодів, післяопераційних ускладнень, особливостей фізичної терапії пацієнтів після хірургічних операцій, методик застосування засобів фізичної реабілітації в торакальній та абдомінальній хірургії, після ампутацій. Навчити майбутніх спеціалістів вивчати загальний стан хворого, оцінювати динамічні зміни в його стані, забезпечувати гнучку тактику застосування засобів фізичної терапії на всіх етапах процесу реабілітації.

Кінцеві цілі дисципліни:

- отримати фундаментальні теоретичні знання, набути практичних навичок володіння методиками відновлення та збереження здоров'я хворих із хірургічною та онкологічною патологією:

- набути професійних знань щодо роботи з хворими з різними нозологічними хірургічними та онкологічними патологіями та оволодіння новітніми реабілітаційними технологіями;

- вміння інтерпретувати закономірності впливу засобів фізичної терапії на організм людини з хірургічною та онкологічною патологією для формування науково-практичних уявлень про збереження й зміцнення здоров'я хворих;
- вміння розробити програму фізичної терапії та методики застосування фізичних вправ і психологічних методів добору засобів і форм відновного лікування з метою функціонального відновлення психофізичної дієздатності хворих із хірургічною та онкологічною патологією.

4. Результати навчання (компетентності)

Інтегральна компетентність

- здатність вирішувати складні спеціалізовані задачі та практичні проблеми, пов'язані з фізичною терапією та ерготерапією, що характеризуються комплексністю та невизначеністю умов, із застосуванням положень, теорій та методів медико-біологічних, соціальних, психолого-педагогічних наук.

Загальні компетентності

- знання та розуміння предметної області та розуміння професійної діяльності.
- здатність діяти на основі етичних міркувань (мотивів);
- навички міжособистісної взаємодії.
- здатність працювати в команді.
- здатність мотивувати людей та рухатися до спільної мети;
- здатність спілкуватися державною мовою як усно, так і письмово;
- здатність спілкуватися іноземною мовою;
- здатність планувати та управляти часом;
- навички використання інформаційних і комунікаційних технологій;
- здатність до пошуку, оброблення та аналізу інформації з різних джерел;
- здатність вчитися і оволодівати сучасними знаннями;
- здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях;
- здатність діяти соціально відповідально та свідомо;
- здатність реалізувати свої права і обов'язки як члена суспільства, усвідомлювати цінності громадянського (вільного демократичного) суспільства та необхідність його сталого розвитку, верховенства права, прав і свобод людини і громадянина в Україні;
- здатність зберігати та примножувати моральні, культурні, наукові цінності і досягнення суспільства на основі розуміння історії та закономірностей розвитку предметної області, її місця у загальній системі знань про природу і суспільство та у розвитку суспільства, техніки і технологій, використовувати різні види та форми рухової активності для активного

відпочинку та ведення здорового способу життя.

- **Спеціальні (фахові, предметні) компетентності**

- здатність пояснити пацієнтам, клієнтам, родинам, членам міждисциплінарної команди, іншим медичним працівникам потребу у заходах фізичної терапії, ерготерапії, принципи їх використання і зв'язок з охороною здоров'я;
- здатність аналізувати будову, нормальний та індивідуальний розвиток людського організму та його рухові функції;
- здатність трактувати патологічні процеси та порушення і застосовувати для їх корекції придатні засоби фізичної терапії, ерготерапії;
- здатність враховувати медичні, психолого-педагогічні, соціальні аспекти у практиці фізичної терапії, ерготерапії;
- здатність провадити безпечну для пацієнта/клієнта та практикуючого фахівця практичну діяльність з фізичної терапії, ерготерапії у травматології та ортопедії, неврології та нейрохірургії, кардіології та пульмонології, а також інших областях медицини.
- здатність виконувати базові компоненти обстеження у фізичній терапії та/або ерготерапії: спостереження, опитування, вимірювання та тестування, документувати їх результати;
- здатність допомогти пацієнту/клієнту зрозуміти власні потреби, обговорювати та пояснювати зміст і необхідність виконання програми фізичної терапії та ерготерапії.
- здатність ефективно реалізовувати програму фізичної терапії та/або ерготерапії.
- здатність забезпечувати відповідність заходів фізичної терапії та/або ерготерапії функціональним можливостям та потребам пацієнта/клієнта.
- здатність проводити оперативний, поточний та етапний контроль стану пацієнта/клієнта відповідними засобами й методами та документувати отримані результати. –
- здатність адаптовувати свою поточну практичну діяльність до змінних умов.
- здатність надавати долікарську допомогу під час виникнення невідкладних станів.
- здатність навчати пацієнта/опікунів самообслуговуванню/догляду, профілактиці захворювань, травм, ускладнень та неповносправності, здоровому способу життя.
- здатність знаходити шляхи постійного покращення якості послуг фізичної терапії та ерготерапії.

5. Організація навчання курсу

Обсяг курсу

Вид заняття	Загальна кількість годин
Лекційні заняття	12
Семінарські заняття	18
Самостійна робота	60

Ознаки курсу

Семестр	Спеціальність	Курс (рік)	Нормативний/вибірковий
---------	---------------	------------	------------------------

		навчання)		
1-11	227 Фізична терапія, ерготерапія	6	В	
Тематика курсу				
Тема, план	Форма заняття	Завдання, год.	Вага оцінок	Термін виконання
Змістовий модуль 1. Основи загальної хірургії	Лекції Семінарські заняття Самостійна робота	4 6 30	5 балів	Вересень -січень
Тема 1.Основи загальної хірургії. Види, періоди і етапи реабілітації хірургічних хворих. Хірургічні операції, їх класифікація.		Поняття про хірургію, організація та принципи роботи хірургічних відділень. Види хірургічних операцій (криваві та безкровні операції, лікувальні та діагностичні операції, екстрені, термінові та планові операції, радикальні та паліативні операції). Основні небезпеки при операціях. Визначення показань до операції.		
Тема 2.Загальні питання, термінологія та періоди хірургічного лікування. Передопераційний період. Інтраопераційний період. Післяопераційний період		Поняття про передопераційний період. Передопераційна підготовка хворих при планових та екстрених операціях. Післяопераційний період. Післяопераційні ускладнення, їх профілактика та лікування із застосуванням ЛФК, масажу та апаратної фізіотерапії.		

<p>Тема 3. Організація роботи й оснащення хірургічного кабінету поліклініки. Порядок госпіталізації хворих для планових, невідкладних і екстрених операцій. Диспансеризація хірургічних хворих. Документація в поліклініці.</p>		<p>Вид хірургічної допомоги за своєю суттю є <i>кваліфікованою</i> хірургічною допомогою і включає:</p> <ul style="list-style-type: none"> - надання невідкладної допомоги і лікування хворих із травмами та захворюваннями, при яких не потрібна госпіталізація; - обстеження, встановлення попереднього діагнозу та вирішення організаційно-тактичних питань (куди направити хворого, яким видом транспорту перевозити, яке лікування проводити в період транспортування і т.п.) при захворюваннях та ушкодженнях, що вимагають стаціонарного лікування; - диспансерне спостереження та обстеження певної категорії хворих; - проведення санітарно-просвітньої роботи, спрямованої на профілактику, раннє виявлення і лікування хірургічних захворювань. <p>Стаціонарна допомога</p> <p>1. Стаціонарна хірургічна допомога підрозділяється на загальнохірургічну і спеціалізовану.</p> <p>А) Загальнохірургічна кваліфікована допомога надається хворим у хірургічних відділеннях районних, міських та обласних лікарень:</p> <ul style="list-style-type: none"> - при гострих хірургічних захворюваннях органів черевної порожнини (гострий апендицит, гострий холецистит, перфоративна виразка шлунка і дванадцятипалої кишки, кишкова непрохідність і т. п.); - при найпоширеніших хронічних хірургічних захворюваннях (грижі, хронічний 		
---	--	---	--	--

калькульозний холецистит, доброякісні пухлини і т. п.);
-при травмах м'яких тканин, черевної та грудної порожнини;
-при гострих і хронічних гнійних процесах і таке інше.

Б) Спеціалізована хірургічна допомога.

Швидкий розвиток хірургічної науки і практики за останні 50-60 років привів до того, що в організмі людини практично не залишилося органів і систем, які були б недоступні скальпелю хірурга. Це зробило неможливим оволодіння однією людиною всім арсеналом сучасних методів діагностики та оперативного лікування хірургічних захворювань і зумовило необхідність диференційованого розподілу (*спеціалізації*) хірургії на окремі дисципліни та розділи. В окремі дисципліни виділилися:
-*тора кальна хірургія* (хірургія легенів, бронхів,стравоходу);
-*кардіохірургія* (лікування вроджених і набутих захворювань серця, це в першу відноситься д патології клапанного апарату серця та отворів порожнини серця, стентування і шунтування коронарних судин);
-*нейрохірургія* (лікування захворювань і травм головного та спинного мозку);
-*судинна хірургія* (лікування захворювань артерій і вен);
-*хірургічна ендокринологія* (лікування патології щитоподібної, прищитоподібних і надниркових залоз, виличкової залози тощо);
-*комбустіологія* (лікування опіків та їх наслідків);
-*проктологія* (лікування захворювань ободової і прямої кишок тощо).

В усіх обласних та великих міських лікарнях є спеціалізовані хірургічні відділення по всіх основних розділах хірургії:

		<p>торакальне, нейрохірургічне, проктологічне, судинне, опікове, гнійно-септичної хірургії, щелепно-лицьової хірургії тощо.</p> <p>В останні 25-30 років у великих містах і промислових центрах України створено спеціалізовані лікарні невідкладної хірургічної допомоги, у структурі яких є хірургічні відділення з основних напрямків невідкладної хірургії: нейрохірургічне, судинне, відділення гастродуоденальних кровотеч, політравми. Завдяки створенню таких лікарень і концентрації в них висококваліфікованих хірургів різного напрямку істотно покращилась допомога хворим на гостру хірургічну патологію.</p> <p>Процес диференціації хірургії триває і зараз, виділяються в окремі види хірургічної допомоги <i>герніологія</i> (лікування гриж), <i>хірургічна геронтологія</i> (лікування хворих літнього і старечого віку), <i>відеоендоскопічна хірургія</i>, <i>ендоваскулярна хірургія</i>.</p> <p>Значну роль у розвитку спеціалізованої хірургічної допомоги відіграють хірургічні клініки медичних університетів і академій України, науково-дослідні інститути хірургічного профілю, республіканські науково-практичні центри, в яких розробляються сучасні методи діагностики, лікування та профілактики захворювань і травм певних органів і систем:</p> <ul style="list-style-type: none">-Інститут хірургії і трансплантології АМН України (м.Київ);-Інститут нейрохірургії ім. А.П.Ромоданова АМН України (м.Київ);-Київський науково-дослідний інститут серцево-судинної хірургії ім. М.М. Амосова АМН України;-Харківський інститут загальної та невідкладної хірургії АМН України;		
--	--	---	--	--

<p>Змістовий модуль 2. Тема 4. Фізична терапія після операцій на черевній порожнині і її органах. Завдання, методи та застосування фізичної терапії у хворих до- і після операцій на органах черевної порожнини (при гострому апендициті, при виразковій хворобі шлунку і 12-палої кишки, гострого і хронічного холецистити, гострого та хронічного панкреатиту, травматичних ушкоджень органів живота, з метою профілактики післяопераційних тромбоемболій вен таза).</p>	<p>Лекції Семінарські заняття Самостійна робота</p>	<p>-Інститут гастроентерології АМН України (м. Дніпропетровськ); -Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України та інші.</p> <p>4 6</p> <p>30</p> <p>Операції на органах черевної порожнини проводять у випадках їх ушкоджень або захворювань, що продовжують прогресувати, не зважаючи на тривале консервативне лікування. При травмах внутрішніх органів і при деяких гостро виникаючих захворюваннях проводяться екстренні (невідкладні) операції. При хронічних захворюваннях хірургічне втручання виконують у плановому (нетерміновому) порядку. Процес лікування хірургічних хворих поділяється на передопераційний і післяопераційний періоди. Останній у свою чергу поділяється на: ранній післяопераційний (від моменту після операції до піднімання хворого з ліжка); пізній післяопераційний (з моменту піднімання до виписки хворого зі стаціонару); віддалений післяопераційний (від виписки до повного відновлення працездатності). Фізичну реабілітацію застосовують в усіх періодах лікування. Внутрішньочеревні операції проводять при запаленні червоподібного відростка (апендицит) сліпої кишки, жовчного міхура (холецистит), виразці шлунка і</p>	
--	---	--	--

<p>Тема 5. Фізична терапія у хворих після операцій на грудній клітці і її органах. Завдання, методи</p>		<p>дванадцятипалої кишки, з приводу різних гриж (випинання тканин або внутрішніх органів через слабкі місця черевної стінки в ділянці пахових, стегнових каналів, пупка, білої лінії живота та ін). Перебіг запального процесу може бути гострим і хронічним. У першому варіанті необхідна невідкладна операція, під час якої вирізають запальний відросток (апендектомія), жовчний міхур (холецистектомія), проводять зашивання проривних виразок чи резекцію частини шлунка або дванадцятипалої кишки. Екстрена операція необхідна при защемленій грижі, під час якої зашивають грижеві ворота. Залежно від об'єму гінекологічні операції розділяють на радикальні, або органозберігаючи (надпівхова ампутація і екстирпація матки, пангістеректомія, видалення придатків, матки і ін.), і реконструктивнопластичні (щадні), або органозберігаючи (консервативна міомектомія, видалення очагів генітального ендометріозу, резекція яєчників (тотальна або субтотальна оваріектомія), пластика маткових труб і т.п.), що дозволяють видалити тільки патологічно змінену частину органу і відновити порушені анатомічні взаємини. Засоби фізичної реабілітації при плано вих операціях використовують у передопераційний, ранній та пізній післяопераційні періоди.</p> <p>Хірургічне лікування проводять на органах грудної порожнини. Внутрішньогрудні операції проводять у разі важких захворювань і ушкоджень життєво важливих органів грудної порожнини. Хірургічне втручання по казане при хронічних процесах нагноєння у</p>	
---	--	---	--

<p>та застосування фізичної реабілітації у хворих до- і після операцій на грудній клітці і її органах (абсцесу легень, пневмотораксі, гемотораксі, пухлинах легень).. Лікувальна фізична культура в післяопераційном у періоді.</p>		<p>легенях, тяжких формах туберкульозу, зляжисних пухлинах і зводяться до видалення уражених тканин, сегмента, долі або всієї легені. Оперативно лікують уроджені і набуті пороки серця, ішемічну хворобу серця та ін. Суть хірургічного втручання на серці: розширення клапанних отворів, зашивання дефектів у перегородках, штучне протезування клапанів і судин.</p> <p>Лікувальну фізичну культуру проводять відповідно до призначеного напівпостільного або вільного режиму. Завдання ЛФК: підвищення загального тонуусу організму, покращання психічного настрою хворого і створення в нього впевненості в успішності операції; зміцнення фізичних сил, розкриття резервних можливостей хворого, стимуляція функцій його серцево-судинної, дихальної, травної систем; навчання і тренування грудного типу дихання, прийомів малоболючого відкашлювання; засвоєння вправ і прикладних рухових навичок раннього післяопераційного періоду. ЛФК застосовують у формі лікувальної гімнастики, що проводиться індивідуально чи в малих групах, самостійних занять 3—4 рази на день, ранкової гігієнічної гімнастики, лікувальної ходьби. Лікувальні й масаж використовують з метою підвищення загального тонуусу організму, заспокійливого впливу на хворого.</p> <p>Використовують, переважно, класичний масаж. Фізіотерапія націлена на покращання функціонального стану нервової та інших систем організму, запобігання післяопераційних ускладнень. Для профілактики пневмоній, бронхітів призначають мікрохвильову тера</p>		
---	--	---	--	--

<p>Тема 6. Особливості ФТ при онкологічних</p>		<p>пію на ділянку легенів, аероіонізацію обличчя і дихальних шляхів, загальне УФО, а для попередження парезу кишок та їх здуття опромінюють ділянку жи вота, роблять інколи підводнокишкові промивання. Показані душ дощовий температурою 34—35°С, електросон, УВЧ-терапія області шийних симпатичних вузлів та дарсонвалізація бокових поверхонь шиї для зменшення ймовірності виникнення післяопераційної ікавки. У післяопераційний період застосовують ЛФК, лікувальний масаж, фізіотерапію. Л і к у в а л ь н у ф і з и ч н у культуру використовують з перших годин після операції і проводять відповідно до призначеного рухового режиму. П р о т и п о к а з а н н я для застосування ЛФК, окрім загальних, такі: різкий біль в операційній рані; небезпека відновлення кровотечі; наявність недренованих абсцесів у черевній порожнині; порушення ритму серцевої діяльності, коронарного чи мозкового кровообігу. Суворо постільний режим призначають після важких операцій та особам з наявністю серйозних супутніх захворювань. Завдання ЛФК: підвищення психоемоційного тону хворого і підтримання впевненості у сприятливому наслідку операції; зменшення застійних явищ і покращання загального і місцевого крово- і лімфообігу; відновлення порушеного механізму дихання; попередження післяопераційних ускладнень (пневмонія, ателектази, тромбоемболія).</p> <p>Особливістю реабілітації в онкологічних хворих є постійна небезпека виникнення рецидиву чи метастазів пухлини. Тому реабілітаційні заходи повинні</p>		
---	--	--	--	--

захворюваннях.		<p>тісно переплітатися з методами комплексного лікування. Практично реабілітаційні заходи в онкологічних хворих важко відділити від компонентів комплексного лікування: вони починаються зразу після видалення первинної пухлини.</p> <p>Реабілітація онкологічних хворих складається з медичних (медична реабілітація), психологічних, педагогічних і трудових заходів, тому - це складна система державних, соціально-економічних, медичних, психологічних та інших заходів, спрямованих на запобігання розвитку патологічних процесів, які призводять до стійкої втрати працездатності. В період перебування в стаціонарі хворого програма реабілітації повинна включати перш за все заходи, націлені на профілактику ускладнень після хірургічного втручання та повинна здійснюватися групою фахівців: хірургом, радіологом, хіміотерапевтом, психологом, фізичним реабілітологом.. сумісність з лікувальним етапом, комплексність та індивідуальність підходу.</p> <p>Можливості реабілітації конкретного хворого розглядається індивідуально з урахуванням комплексу прогностичних факторів: локалізація і стадія пухлини, її морфологічну будову, характер проведеного лікування, ступінь анатомофункціональних порушень, а також біологічних і соціальні характеристики: вік, стать, професія, становище в суспільстві, сім'ї та т. д. Очевидно, що всі ймовірні варіанти клінічного перебігу злоякісного захворювання можливо об'єднати в три групи. Група зі сприятливим прогнозом включає в себе спостереження з 1-2 стадією пухлини, які, як</p>		
----------------	--	--	--	--

		<p>відомо, мають реальний шанс лікування від захворювання I при символах T1-2NoMo 5-ти річна виживаність цієї групи хворих сягає від 60 до 90%. Більшості пацієнтів при цьому можливе проведення функціонально щадного і органозберігаючого лікування із застосуванням методик хірургічної резекції ураженого органу зі збереженням функціональної частини, нерідко з одномоментною реконструкцією.</p> <p>Прогноз захворювання набуває більш серйозний характер в групі пацієнтів з III стадією пухлини. Можливість проведення функціонально щадного лікування при подібній поширеності процесу дуже звужена. Найчастіше для адекватного видалення пухлини і лімфовузлів потрібне виконання важкої операції в комбінації з променевою терапією і хіміотерапією, тим самим завдаючи виражений анатомофункціональний дефект. Наприклад, гастректомія, пневноектомія, мастектомія. У ряді випадків призводить до повної втрати функції органу і супроводжуючись вираженою інвалідизацією як наприклад, ларінгектомія з трахеостомією, ампутація кінцівки, резекція стравоходу з езофаго і гастростоми, обструктивна резекція товстої кишки з колостоמוю. І, нарешті, група несприятливого прогнозу з прогресуванням пухлинного процесу після неефективного лікування II-III стадії та з вперше виявленої IV стадією захворювання. Завданням лікування даних хворих полягає в уповільненні по можливості прогресування захворювання шляхом застосування променевої і хіміотерапії, а також корекції виниклих порушень функції органів, наприклад Трахеостомія</p>	
--	--	--	--

		<p>при стенозі гортані і трахеї, гастростомія при пухлинній дисфагії і т. д. А також купірування хронічного больового синдрому. Відповідно до груповим прогнозом визначають мету реабілітації. 1. Відновлювальна, яка має повне або часткове відновлення працездатності, як правило, для хворих зі сприятливим прогнозом. 2. Підтримуюча, пов'язана з втратою працездатності, інвалідизацією. Спрямована на адаптацію пацієнта до нового психофізичного стану, положення в родині та суспільстві. Стосується групи хворих з Пб-III стадією захворювання. 3. Паліативна, спрямована на створення комфортних умов існування в умовах прогресування та генералізації злоякісної пухлини, що зумовлює несприятливість прогнозу життя. Слід зазначити, що не існує чітких меж у визначенні цілей реабілітації в кожному конкретному випадку, оскільки очевидно, що особливості перебігу пухлинного процесу мають індивідуальні особливості. Наприклад, прогресування пухлини після радикального лікування змінює мета реабілітації з відновлювальної на паліативну. Для досягнення цілей реабілітації онкологічного хворого застосовуються спеціальні методи або компоненти реабілітації. Слід підкреслити, що в сучасній клінічній онкології поняття лікування та реабілітація нерозривні, забезпечуючи наступність і послідовність етапів загального лікування. Лікувальний компонент є основоположним, що визначає як результат лікування так і реабілітації. Пріоритетним напрямком сучасної клінічної онкології є функціонально щадне і органозберігаюче лікування</p>	
--	--	--	--

		<p>злоякісних пухлин основних локалізацій. Одним з основних принципів функціонально-щадного лікування є поєднання етапів хірургічного видалення пухлини та хірургічної реабілітації. Цей принцип в даний час застосований для хворих I-II ст. і більшої частини III ст. завдяки впровадженню в онкологію реконструктивно-пластичної компонента відновлення враженого органу. Наприклад радикальна резекція молочної залози з реконструкцією, резекція і пластика стравоходу, гортані, трахеї і т. д. Реконструктивно-пластичний компонент хірургічної реабілітації онкологічних хворих включає в себе комплекс методів сучасної реконструктивно-пластичної хірургії, що дозволяють в найкоротші терміни і з максимальною ефективністю відновити функцію і зовнішній вигляд органа, його естетичні параметри, що особливо важливо для особи, молочних залоз, кінцівок. Ортопедичний компонент реабілітації застосовують у тих випадках, коли є протипоказання до проведення реконструктивно-пластичної лікування у зв'язку з віком, супутньою патологією або прогнозом пухлини. Також у випадках, коли пластика дефекту представляється складно розв'язати завданням. Ортопедичний метод реабілітації онкологічних хворих нині має ряд методичних особливостей якими є максимально ранній початок і двоетапність у вигляді тимчасового тренувального протезування і постійного. Для зготування протезів використовуються найсучасніші розробки в синтетичним матеріалах для найкращої адаптації на стику протез-тканина і в області біомеханіки</p>	
--	--	--	--

		<p>для відтворення окремих функцій протезованих органів. Найбільшого поширення набули протезування органів щелепно-лицьової зони для відновлення функції жування, ковтання, звукоутворення, також протезування молочної залози і кінцівок. Отже, індивідуальний підхід і всебічна оцінка особистості хворого дозволяє без шкоди для здоров'я і відповідно до його бажань встановлювати рівні інвалідності та працездатності.</p> <p>Процес реабілітації повинен носити безперервний характер. Тільки так можна добитися успіху у відновленні участі онкологічного хворого в активного життя. Для побудови якісної реабілітаційної програми потрібно виокремити її основні складові : – реабілітаційне обстеження для визначення основних проблем; – прогнозування результатів реабілітаційного втручання; – планування реабілітаційного втручання; – виконання реабілітаційного втручання; – оцінювання результатів реабілітаційного втручання та порівняння їх з прогнозованими показниками. Кожна складова програми фізичної реабілітації визначає зміст наступної складової. Чітка послідовність виконання дій дозволяє забезпечити якість реабілітаційного втручання і, як наслідок, досягнути позитивного результату. З метою стандартизації та полегшення розробки індивідуальних програм фізичної реабілітації багато авторів розробили поетапний алгоритм фізичної реабілітації. Перший етап – знайомство з пацієнтом, збір загального анамнезу та анкетування. Другим етапом є проведення реабілітаційного обстеження для визначення</p>	
--	--	---	--

		<p>вихідного фізичного, функціонального та психоемоційного стану. На основі отриманих даних шляхом чіткого планування визначається реабілітаційний прогноз та реабілітаційні завдання, що ми вважаємо третім етапом реалізації програми. На четвертому етапі визначаються шляхи та засоби реалізації поставлених завдань, а на п'ятому проводиться реалізація індивідуальної реабілітаційної програми. Після впровадження у практику розробленої програми (шостий етап) проводиться повторне реабілітаційне обстеження та, при потребі, вносяться корективи до запропонованої програми фізичної реабілітації. Даний алгоритм може слугувати основою для розробки реабілітаційних програм, як в межах стаціонару, так і при проведенні занять у реабілітаційних центрах. Для диференціації та поступовості впливу на організм, процес фізичної реабілітації після операції умовно поділяється на 3-и періоди.</p> <ul style="list-style-type: none">• ранній післяопераційний (1-3 доба);• відтермінований післяопераційний (4-7 доба);• та відновний (з 8 доби). <p>Тривалість періодів може змінюватись залежно від індивідуальних особливостей перебігу лікувально-відновного процесу. Відповідно до кожного з періодів підбираються завдання, засоби та методи фізичної реабілітації. Повноцінне реабілітаційне обстеження повинно включати збір суб'єктивної та об'єктивної інформації щодо стану пацієнтки. Суб'єктивне оцінювання стану пацієнтки визначається на основі інформації зібраної зі слів самої пацієнтки, опікунів та родичів. Об'єктивне оцінювання</p>	
--	--	--	--

		<p>здійснюється на основі результатів обстежень проведених фахівцем з фізичної реабілітації. При розробці індивідуальної реабілітаційної програми, потрібно враховувати загальний стан, вік, стадію захворювання, локалізацію пухлини, методи лікування, наявність метастазів, можливий прогноз розвитку пухлинного процесу, фізичний і психологічний стан, прогноз можливих ускладнень, на основі чого формувались обсяг, частота та інтенсивність проведення реабілітаційних занять. Основною метою фізичної реабілітації є допомога особі з фізичним порушенням досягти максимального рівня фізичної незалежності, сприяти відновленню функціональних порушень, фізичної активності та підготувати до виписки зі стаціонару. Основними складовими реабілітаційного втручання є виокремлення скарг та проблем на основі реабілітаційного обстеження, визначення завдань як довго-, так і короткотермінових, підбір методів і засобів фізичної реабілітації та визначення графіку і форми проведення занять. На основі виявлених скарг, проблем та порушень сформулюються завдання фізичної реабілітації, які повинні бути індивідуальними, чіткими, досяжними та визначеними у часі. Невід'ємною складовою процесу фізичної реабілітації є вміння фахівцем з фізичної реабілітації правильно спланувати його. Планування реабілітаційного втручання – це формування науково-обґрунтованої і зорієнтованої на результат стратегії роботи, підбір адекватних методів і засобів, визначення спільно з пацієнткою завдань втручання [213]. З метою ефективного планування</p>	
--	--	---	--

		<p>реабілітаційного процесу до вибору пріоритетних завдань варто залучати самих пацієнтів, що сприяє виявленню найважливіших проблем та правильній послідовності завдань для їх реалізації. Наступним етапом реалізації реабілітаційного процесу є підбір методів і засобів фізичної реабілітації та, у подальшому, формування цілісної програми фізичної реабілітації. Він зумовлюється завданнями встановленими на основі реабілітаційного обстеження, періодом проведення та руховою активністю пацієнта. Упродовж усіх занять повинен проводитись контроль за станом пацієнта. Так, потрібно здійснювати оперативний, поточний та етапний види контролю. З метою контролю за загальним станом пацієнтів та за реакцією організму на фізичні навантаження перед початком, під час та після заняття потрібно здійснювати оперативний вид контролю, за результатами якого вносяться корективи до програми кожного конкретного заняття фізичною реабілітацією. До уваги беруться такі показники, як ЧСС, АТ, ЧД та зовнішні ознаки. Поточний контроль здійснюється з метою виявлення рівня досягнення завдань не рідше, ніж раз на 5-10 днів, тут рекомендовано застосовувати клінічні методи дослідження, функціональні проби, інструментальні методи та антропометрію. Етапний контроль проводиться з метою оцінювання ефективності реабілітаційного курсу. Перед початком всіх занять проводилось ретельне обстеження пацієнток і після закінчення програми необхідно проводити повторне обстеження. Для здійснення даного виду контролю визначаються</p>	
--	--	--	--

		<p>показники, які вносимо до картки реабілітаційного обстеження. З метою ефективної реалізації програми фізичної реабілітації потрібно індивідуально визначати критерії проведення занять, які повинні бути взаємозалежними та взаємодоповнюваними. Умовами визначення даних критеріїв є вік, стать, загальний стан здоров'я пацієнта та результати початкового реабілітаційного обстеження, а також індивідуальна реакція на фізичні навантаження, яка визначається за допомогою показників (ЧСС, ЧД, АТ, зовнішні ознаки). На нашу думку, їх можна виокремити наступним чином: А. Тривалість заняття. Б. Інтенсивність заняття. В. Частота заняття. Тривалість заняття залежить від загального стану, реакції на фізичне навантаження та періоду реабілітації. По мірі одужання тривалість занять збільшується. Інтенсивність заняття корегується за загальними показниками. Рекомендовано визначати допустиме ЧСС для кожного пацієнта індивідуально. Чим важчий стан пацієнта, тим меншою буде інтенсивність заняття. Частота занять залежить від періоду та завдань реабілітації, умов їх проведення та індивідуальних можливостей кожного пацієнта зокрема. Критерії можуть змінюватись та корегуватись на кожному занятті. Також потрібно враховувати обмежуючі фактори, а саме: 1.Покази, протипокази та застереження. 2.Період лікування та реабілітації. 3.Рівень рухової активності. 4.Комплексність лікування (наявність додаткових процедур). 5.Внутрішній лікарняний режим. 6.Обмеження спричинені обладнанням (дренажі, крапельниці, бинти тощо). 7.Узгодженість з</p>	
--	--	---	--

<p>Змістовий модуль 3. ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ ОНКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ, ЇХ ДІАГНОСТИКА ТА СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ ЛІКУВАННЯ</p> <p>Тема 7. Визначення понять «пухлина», «злаякісна пухлина», «метастаз». Особливості виникнення та поширення пухлинного процесу</p>	<p>Лекції Семінарські заняття Самостійна робота</p>	<p>термінами перев'язки. 8.Самопочуття пацієнтки перед початком заняття. 9.Небезпеку виникнення рецидиву чи метастазів пухлини. Відповідно до періоду після операції та залежно від проблем, що були виявлені в результаті реабілітаційного обстеження, визначаються індивідуальні завдання фізичної реабілітації. Залежно від обставин завдання можуть модифікуватись або корегуватись, проте вони завжди повинні бути відповідними до змісту та напрямку фізичної реабілітації.</p> <p>4 6 20</p> <p><i>Етіопатогенез новоутворень, класифікація, клінічна характеристика та диференційна діагностика доброякісних та злоякісних пухлин</i> Пухлини, або новоутворення – це патологічні розростання тканин організму, виникаючі внаслідок розмноження клітинних елементів під впливом екзогенних і ендогенних чинників. Головні особливості пухлин – атипичність будови їх клітин і тканин і необмежений ріст, що триває навіть після усунення причин, що зумовили їх появу. Ці особливості властиві усім різновидам пухлин. Питання про причини виникнення новоутворень є найскладнішим в сучасній онкології. Ось чому було запропоновано так багато різних теорій щодо етіології пухлинної хвороби. Багатьма авторами розроблені декілька</p>		
---	---	---	--	--

		<p>різних теорій бластомогенезу. Необхідно відмітити наступні з них:</p> <ul style="list-style-type: none">- Найбільш розповсюдженою теорією вважають теорію роздратування Вірхова. Причиною багатьох пухлин є хронічна дія на тканину фізикохімічних дратівників – різного виду травм, дія іонізуючої радіації та сонячної енергії, хімічних речовин біологічного, органічного та неорганічного походження (вуглеводороди, алкалоїди)- Згідно теорії Конгейма (теорія ембріональних зачатків) одні клітини ембріонального організму підлягають діленню і перетворюються у нормальні тканини і органи, інші групи клітин у зародкових зачатках залишаються у стані спокою – дрімаючий стан. Коли зародок досягає свого повного розвитку відчепившись, ембріональні зачатки можуть залишатися латентними і себе не проявляти, але вони у собі зберігають в потенційному виді усю невикористану енергію росту, яка може проявитися у будь-який момент, під впливом будь якої причини. Клітини тоді розмножуються і виробляють молоді, ембріональні, менш диференційні (ніж тканини нормальної тканини), кліткові елементи, сума яких і є пухлиною.- Згідно вірусної теорії (теорія Зільбера) пухлини викликаються вірусами, при створенні умов для їх дії. Основним положенням вірусно-генетичної теорії малегнізації є єдність двох початків вірусу, як чужорідного агенту, здібного реплікуватися клітиною, і власно генома клітини, який визначає її спадкові якості.- Згідно поліетиологічної теорії будь-які фактори – фізичні, хімічні, біологічні та інші, впливаючи на	
--	--	---	--

		<p>генетичний апарат клітини викликають мутацію – перетворення нормальних клітин у пухлинні.</p> <p>- Паразитарна теорія бластомогенезу, заснована на факторах співпадіння виникнення пухлини з наявністю в тканинах тварин паразитів при опісторхозі у собак. Оцінка розповсюдженості пухлинного процесу за системою TNM</p> <p>Провідним фактором, що визначає прогноз пухлини, є поширеність її до моменту діагностики. У міру збільшення розмірів злоякісної пухлини підвищується вірогідність метастазування, і при визначенні прогнозу перебігу пухлинного процесу, виборі раціональної терапії, а також для однакового обліку і оцінки віддалених результатів лікування, окрім ідентифікації гістологічного типу, міри диференціювання або злоякісності пухлини, необхідно враховувати стадію новоутворення. Така система поширеності процесу розроблена Міжнародним протираковим союзом. Основні характеристики пухлини згідно класифікації TNM визначаються глибиною інвазії первинного пухлинного вузла в орган або навколишні тканини і прояв метастатичного процесу. У класифікації TNM розглядаються категорії: Т (tumor – пухлина) – визначається місцеве поширення або міра інвазії первинного вузла в органі і навколишніх тканинах; N (nodes – лімфатичний вузол) – означає прояв регіонарного метастазування; М (metastases) – характеризує наявність віддалених метастазів. Т0 – первинна пухлина не визначається; Т1 – інвазія в товщу слизової оболонки; Т2, 3 – інвазія через м'язові шари; Т4 – проростання через стінку органу; N 0 – метастази в регіонарні</p>		
--	--	--	--	--

		<p>лімфатичні вузли відсутні; N 1,2,3 – виявлено 2-3 лімфогенні метастази; M0 – віддалені метастази відсутні; M1 – є віддалені метастази; G – гістологічне диференціювання пухли: G1 – висока міра диференціювання; G2 – середня міра диференціювання; G3 – низька міра диференціювання; G4 – недиференційовані пухлини. Також розроблена уніфікована система оцінки стадії пухлинного процесу на матеріалі, видаленому під час радикальної операції. Стадійність розвитку пухлинного процесу наведена у схемі 1. Схеми 1. Стадійність розвитку пухлинного процесу</p> <p>Клінічні форми прояву пухлин За перебігом процесу і прогнозу пухлини розділяються на доброякісні та злоякісні. До категорії доброякісних відносять новоутворення, що мають сприятливий прогноз. Для них характерний повільний ріст, відсутність Стадія T N M Стадія I T1 N 0 M0 Стадія II a T 0-2 N 0,1 M0 Стадія II б T 2-3 N 0,1 M0 Стадія III a T 0-3 N 1,2 M0 Стадія III б T4 Будь яка N M0 Будь яка T N 2,3 M0 Стадія IV Будь яка T Будь яка N M1 здатності до метастазування, інфільтруючого росту, рецидування. Нерідко вони взагалі можуть припинити свій ріст, зазнаючи інволюційні зміни. Для злоякісних новоутворень характерні відносно швидкий ріст, здатність до метастазування і дисемінації, інвазія пухлинних клітин в прилеглі органи. У фіналі свого розвитку пухлина може руйнувати життєво важливі органи і цілі системи організму.</p>		
--	--	--	--	--

**Тема 8. РІЗНОВИДИ
ТА КЛАСИФІКАЦІЇ
ДОБРОЯКІСНИХ
ПУХЛИН**

У теперішній час існує більш 60 класифікацій пухлин, але найбільш вдалою, зручною для наукових та практичних цілей являється класифікація, запропонована Т. П. Віноградової, яка висвітлена нижче у схемі 2. Схema 2. Класифікація пухлин

Доброякісні Злоякісні Сполучно-тканні

1.Фіброма 2.Міксома 3.Хондрома 4.Остеома 5.Ангіома 6.Ліпома

I. Саркоми:

1.Фібросаркома 2.Міксосаркома 3. Хондросаркома 4. Остеосаркома 5. Ангіосаркома 6. Ліпосаркома

Епітеліальні

1.Папілома 2.Аденома 1.Плоскоклітинний рак 2.Залозистий рак (аденокарцинома) 1.Лейоміома 2.Рабдоміома

Міогенні

1.Злоякісна лейоміома 2. Злоякісна рабдоміома

1.Астроцитома 2.Невринома 3.Меланома

Неврогенні

1.Злоякісна гліома 2.Невробластома 3.Злоякісна невринома 4.Злоякісна меланома

Зміст. Будова та особливості виникнення доброякісних пухлин

2. Класифікації доброякісних пухлин та особливості їх прояву

Доброякісні новоутворення (tumor benignus) за клітинною структурою майже не відрізняються від тканини, з якої виникли; ростуть, як правило, повільно (впродовж декількох років, досягаючи інколи значних розмірів), експансивно, тобто не врастають у суміжні тканини та органи, а лише відтісняють їх, мають капсулу різної товщини. Вони не впливають на загальний стан організму. Доброякісні новоутворення можуть порушувати функції органів чи систем організму, навіть бути загрозою для життя (здавлення органів середостіння, головного мозку тощо). Поверхнево

		<p>розміщені доброякісні новоутворення здебільшого мають округлу форму, чіткі контури, вони безболісні, рухомі, оскільки не зв'язані з оточуючими тканинами; регіонарні лімфовузли не збільшені, метастазів не буває. Кожна пухлина, не залежно від походження складається 1. Власної тканини (паренхіми) 2. Строми (підтримуючої тканини, судин, нервів, сполучної тканини). Дуже часто при лікуванні доброякісних пухлин застосовують гормональні препарати, однак часто ці препарати не допомагають, а навпаки сприяють переродження доброякісної пухлини в злоякісну. Класифікація Епітеліальні – Папілома, Аденома, Дермоїдна киста Сполучнотканинні - Фіброма, Ліпома, Хондрома, Остеома Судинні – Ангіома (гемангіома, лімфангіома) М'язові - Міома (рабдоміома, лейоміома) Нервові – Невринома, Гліома Мішані пухлини - Тератома</p> <p>Однак не залежно від класифікації для фахівця фізичної терапії, який здійснює різноманітні маніпуляційні втручання, першочергове значення мають новоутворення зовнішні, які можна механічно пошкодити чи травмувати, що в майбутньому може спровокувати переродження доброякісної пухлини у злоякісну або рецидив. Папілома (від лат. papilla — сосочок) являє собою доброякісний шкірний нарост, який утворився в результаті швидкого розростання та розмноження епітеліальних клітин. Подібні новоутворення можуть з'являтися практично на будь-якій ділянці тіла, включаючи шкіру обличчя, шиї, тулуба і паху. Такі новоутворення можуть досить швидко збільшуватися в</p>	
--	--	--	--

		<p>розмірах. Макроскопічно папілома має вигляд вузла з сосочковою поверхнею, Консистенція вузла може бути щільною або м'якою. Віруси папіломи викликають доброякісні епітеліальні новоутворення в шкірі та слизових оболонках, включаючи звичайні бородавки, гострокінцеві кондиломи і рецидивуючі папіломи гортані (папіломатоз гортані). Існує папіломатозна хвороба, яка класифікується на три різновиди в залежності від особливостей впливу на організм людини: Неонкогенного типу. Не викликають злякисних пухлин і відносно нешкідливі для носія, за винятком косметичних незручностей; Онкогенні низького ризику. З невеликою ймовірністю такі форми ВПЛ можуть з часом викликати утворення злякисних утворень на поверхні шкіри. Мутація відбувається у випадках канцерогенного впливу на організм; Онкогенні високого ризику. Дані форми вірусу практично завжди провокують розвиток ракових клітин, а також виникнення неоплазми.</p> <p>Родимки або невуси - це доброякісні новоутворення на шкірі, основна відмінність яких полягає в кольорі, який варіюється від рожевого до коричневого. З'являються родимки приблизно до сорока років. У рідкісних випадках, дані новоутворення можуть перероджуватися в злякисні.</p> <p>Невус - скупчення пігментованих клітин на поверхні шкірного епітелію. Буває в дорослому віці. Легко переходить в активну злякисну пухлину, яка проявляє себе досить агресивно.</p> <p>Епітеліома. Розвивається з плоского і циліндричного епітелію. Утворюється на шкірі і слизових оболонках. Клінічні</p>	
--	--	---	--

		<p>форми різноманітні: } епітеліома Малєбра (виникає з клітин сальних залоз у дитячому віці) у вигляді одиничного щільного та рухомого вузлика на обличчі, шиї, плечовому поясі або волосистої частини голови; } аденоїдна кістозна епітеліома (множинні безболісні пухлини блакитного, жовтуватого або білуватого відтінку; найчастіше вражають обличчя і вушні раковини. Кератома - це доброякісна пухлина шкіри, утворюється з рогового шару, що складається з відмерлих клітин, які називаються кератиноцитами. Небезпека кератоми в тому, що травмування, вплив сонця, радіації, неадекватна терапія та інші фактори можуть призводити до переродження новоутворення в злоякісну пухлину. Кератома з'являється переважно у осіб після 40 років. Пік захворюваності припадає на вік 50-65 років, з однаковою частотою у людей обох статей. Класифікують кератоми за зовнішніми проявами, відчуттям або характером росту. Стареча (синильна) кератома. Характеризується плямами жовтуватого або коричневого відтінку. З часом починають лущитися і поступово відпадають. Себорейна кератома. Характеризується уповільненим ростом, з'являється пляма світло-жовтого відтінку, стає щільнішою, покривається кірочками.. З часом набуває темний відтінок, коричневий. При пошкодженні кровоточить і болить. Шкірний ріг представляє собою появу сірих і коричневих плям, які з часом роговіють. Фолікулярні кератоми Утворюються у вигляді вузла рожевих відтінків, діаметр більше 1 см. Характерна шорстка поверхня, яка підноситься на шкірі. Сонячні кератоми. З'являються бляшки, що</p>	
--	--	--	--

		<p>лушаться, але з часом твердіють. Локалізуються на обличчі і спині, руках, гомілках, обличчі, шиї і передпліччях.</p> <p>Анжіокератоми. Характеризується специфічними вузлами синього або червоного кольору, розміром не більше 1 см. Такі новоутворення виникають у новонароджених дітей.</p> <p>Локалізація живіт; спина; кінцівки; статеві органи. Ангіома доброякісна пухлина, яка розвивається з кровоносних судин. Проявляється сильно розширеними звивистими судинами, що мають плоску припухлість. Утворюються вони під шкірою, але видно на поверхні покривів.</p> <p>Збірний термін, під який потрапляють пухлини судин лімфатичної та кровоносної систем організму людини.</p> <p>Характеризуються як поверхневою, так і внутрішньою локалізацією. Вражає шкірні покриви, слизову, тканини м'язів, серце, печінку, легені. Головна ознака наявності патології - систематичні кровотечі різного ступеня інтенсивності. Під впливом зовнішніх факторів (ультрафіолет, пошкодження) захворювання може переродитися в злоякісну пухлину. Гемангіома — зріла, доброякісна пухлина з кровоносних судин. Частина цих пухлин відноситься до вад розвитку судинної системи пухлиноподібного характеру, частина — до істинних бластом.</p> <p>Розрізняють наступні види гемангіом: Капілярна гемангіома — форма пухлини побудована з дрібних судин капілярного типу. Локалізується найчастіше у зовнішніх шкірних покривах у верхній частині тіла, слизових оболонках шлунково-кишкового тракту. Венозна гемангіома — мікроскопічно представлена здебільшеними судинами</p>	
--	--	--	--

		<p>венозного типу, поряд з якими зустрічаються судини капілярного і артеріального типу. Розташовується в глибині м'яких тканин, між м'язами. Якщо переважає артеріальний компонент, ураження має виражене червоне забарвлення. При патологічному розвитку судин венозного типу пухлина набуває синюшного відтінку.</p> <p>Артеріальні або венозні гемангіоми можуть бути досить обширними по площі і залягати глибоко в тканинах. Кавернозна гемангіома. Цей рідкісний тип пухлини побудований з безлічі тонкостінних судин з широким просвітом, що утворюють порожнини (каверни), в яких можна виявити наявність тромбів. Кавернозна гемангіома локалізується в шкірі, а також в органах шлунково-кишкового тракту. Зовні проявляється як горбиста ділянку шкіри червонувато-синюшного відтінку. Найчастіше в повсякденному житті люди стикаються з поверхневими гемангіомами. Дуже часто подібна гемангіома є вродженою чи з'являється у новонароджених на самому ранньому етапі життя. Характерними ознаками є її зменшення при стисненні з набуттям блідого відтінку. Після зняття навантаження гемангіома приймає колишню форму і знову наливається кров'ю, стаючи на час навіть більш інтенсивно забарвленою. До 5-7 річного віку більшість подібних пухлин регресують, практично не залишаючи слідів. Лімфангіома доброякісна пухлина, яка росте з судин лімфатичної системи. Вона утворюється в період ембріонального розвитку і продовжує рости в ранньому дитинстві. В ізольованій формі буває обмеженою, кавернозною або прогресуючою. Обмежена форма зустрічається у дітей,</p>	
--	--	---	--

		<p>розвивається в шкірі кінцівок (стегно, сідниці). Кавернозна зустрічається як вроджений дефект. Прогресуюча лімфангіома характерна для дорослих, частіше у чоловіків, і являє собою повільно зростаючу розувату пухлину на кінцівках, рідше - на тулубі. Наступною групою доброякісних пухлин, як повинні бути пересторогою для фахівця ФТ та ЕТ, є пухлини ОРА та жирової тканини. Такого виду пухлини створюють пацієнту не тільки косметичний дефект, а іноді і функціональні чи рухові зміни. Вони можуть проявлятися обмеженням рухливості у суглобах, вимушеним знерухомленням сегментів, явними та скритими контрактурами, які при тестуванні кінцевим відчуттям, можуть створити великі проблеми (порожнє кінцеве відчуття), або можуть потребувати оперативного втручання.</p> <p>Хондрома — зріла доброякісна пухлина, яка складається з хрящової тканини (копіює за морфологією зрілий гіаліновий хрящ) і має вигляд твердих горбків. Частіше локалізується у фалангах пальців кисті, кістках зап'ястка, але може зустрічатися також у великих трубчастих кістках (стегно, плече, великогомілкова кістка) і в легенях. Причиною розвитку доброякісного ураження є травма або пошкодження тканини. Хондрома може з'являтися як в одиничному екземплярі, так і в множині вражаючи переважно кінцівки. Остеома — зріла доброякісна кісткова пухлина. Вона має чіткі межі і рідко переростає в злоякісну пухлину. Новоутвір, локалізуються в твердій кістковій тканині обличчя, черепної коробки, кінцівок, стегон. Рідко зустрічається остеома в трубчастих кістках. Частіше вона</p>	
--	--	--	--

<p>Тема 9. ОСНОВНІ ЗАСОБИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ УСКЛАДНЕННЯХ В НАСЛІДОК ОНКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ТА ЇХ ЛІКУВАННЯ</p>		<p>виявляється в дитячому віці.</p> <p>Класифікація основних засобів фізичної терапії, які застосовують при онкологічних захворюваннях та при типових ускладненнях від проведеного лікування. Принципи використання фізичних вправ. Характеристика та філософія мануального лімфодренажу за Воддером та мануального самолімфодренажу. Кінезотейпування та бандажування, методичні особливості застосування.</p> <p>Зміст 1. Особливості використання фізичних вправ 2. Особливості використання дихальних вправ 3. Особливості використання мануального лімфодренажу з методикою Воддера</p> <p>З раневими ускладненнями після операції фахівцю фізичної терапії доводиться стикатися щодня, оскільки частота їх (серед усіх інших) найбільш висока. Ризик їх виникнення зростає при наявності ускладнених обставин: гіповолемія, обмінні порушення, висока оперативна травматичність, гнійнозапальні процеси, неякісний шовний матеріал. Для зменшення частоти їх виникнення, профілактики, чи полегшення перебігу потрібно застосовувати адекватні засоби фізичної терапії. ФІЗИЧНІ ВПРАВИ. Це основний та специфічний засіб ФТ, особливий вид рухової діяльності, за допомогою якого здійснюється спрямована дія на того, хто займається. Основними скаргами у пацієнтів онкологічного профілю після усіх видів лікування є наявність болю, зменшення сили м'язів та амплітуди руху та загальне погіршення можливості самообслуговування через усі ці рухові порушення. Часто виникає супутня патологія – лімфостаз,</p>		
--	--	---	--	--

		<p>який в майбутньому може призвести до знерухомлення кінцівки та інвалідизації. На початку занять рекомендовані активно-пасивні вправи та вправи з допомогою. Для зменшення болю після операції та профілактики контрактур чи малорухливості рекомендовано активні фізичні вправи за методикою Джеймса Сіріакса по першому та другому ступенях наявної амплітуди руху суглобів кінцівки з вихідних положень лежачи, сидячи або стоячи. Одиначні коливальні рухи виконують у першому ступені наявної амплітуди руху (2-3 рухи/с) протягом 10 с у 2-3 підходи з відпочинком 15-30 с. Великоамплітудні рухи (другий ступінь амплітуди), виконують з такою ж частотою (2-3 рухи/с) до середини наявної амплітуди у 2-3 підходи по 20-30 с з перервою 30 с. Великоамплітудні рухи та малоамплітудні маніпуляції, які виконуються з такою ж частотою (2-3 рухи/с) за половину наявної амплітуди (4-5 підходів по 30-60 с з перервою 30-60 с) відповідають третьому та четвертому ступеню амплітуди є найбільш ефективними для збільшення амплітуди руху у суглобі та проводяться починаючи з відтермінованого післяопераційного періоду, коли немає протипоказань до виконання вправ різної спрямованості та повністю сформований рубець.</p> <p>З метою максимального зменшення болю перед виконанням коливальних рухів виконують дихальні вправи та вправи на розслаблення. Для зменшення болю у грудній клітці (черевній порожнині) та у зоні операційного рубця, рекомендовані дихальні вправи різної спрямованості (з подовженим видихом, з чергуванням типів дихання</p>	
--	--	---	--

тощо). При виникненні болю, який неможливо зменшити фізичними та дихальними вправами, можна застосовувати післяопераційному періодах. Постізометричну релаксацію (ПІР) у відтермінованому та відновному післяопераційному періодах. Постізометрична релаксація (ПІР) є різновидом мануальної терапії. Вона застосовується для викликання релаксації і аналгезії м'язів. Сутність методики полягає в поєднанні короткочасної 5-7 с ізометричної роботи (протидії) мінімальної інтенсивності і пасивного розтягнення м'яза в наступні 5-10 с. до безболісної точки амплітуди на видиху. Повторення таких поєднань проводиться 3-6 разів у 1-2 підходи. У результаті в м'язі виникає стійка гіпотонія і зникає вихідна болочість. При виконанні протидії повинна бути обов'язкова фіксація рани та сила опору не повинна перевищувати 30-50 % від максимального зусилля. Постізометрична релаксація застосовується для зменшення м'язовофасціального болю, який викликаний м'язовим ущільненням, спазмом чи контрактурою... З метою поліпшення можливості до самообслуговування та збільшення амплітуди рухів у суглобі, починаючи з відтермінованого післяопераційного періоду, на кожному занятті рекомендовано використовувати вправи «побутового» спрямування, вправи на покращення самообслуговування тощо.

Враховуючи обсяг оперативного втручання, одним із ускладнень є зменшення сили м'язів кінцівки оперованої сторони та сили м'язів спини. Для підвищення сили м'язів застосовують фізичні вправи

		<p>(активні, активнопасивні, вправи з ізометричним напруженням, вправи з утримуванням, уступаючі вправи з допомогою, вправи з опором та обтяженням, вправи на розслаблення) та ППР. Ізометричні напруження м'язів кінцівки полягають у тому, що максимальні зусилля повинні утримуватись 5 с. з 3-5 разовими повторами. Для покращення впливу ізометричні напруження виконують з різних вихідних положень шляхом розміщення кінцівки під різними кутами нахилу. Вправи з утриманням кінцівки у кінці наявної амплітуди руху (5-10 с. з подальшим збільшенням часу утримування до 15 с.) застосовують, починаючи з 3-4 дня після операції. У ранньому післяопераційному періоді вправу повторюють 5-10 разів, збільшуючи кількість повторів до 10-15 разів у наступних періодах реабілітації. Уступаючі вправи з допомогою полягали у тому, що пацієнти піднімають кінцівку, при потребі рух супроводжується рукою реабілітолога, з вказівкою напружити м'язи та контрольовано повертати кінцівку у вихідне положення. Контрольоване опускання кінцівки здійснюється під рахунок, на початковому етапі до рахунку 5 - 6 та поступово доводячи до 10-15, що потребує додаткового зусилля від пацієнтів для подолання сили тяжіння. Вправи з подоланням опору фахівця фізичної терапії дають змогу регулювати навантаження, збільшуючи його або зменшуючи. Для збільшення сили м'язів, починають вправами з обтяженням масою власного тіла, потім з подоланням опору та з використанням зовнішнього обтяження (тягарці, джгути, гантелі тощо). На початку кожну вправу на подолання опору (не</p>	
--	--	--	--

більше ваги сегмента), пацієнти виконують по 3-4 повтори в одному підході з відпочинком 3-5 хв, а по мірі збільшення сили м'язів кінцівок ураженої сторони виконують кожну вправу у 2 підходи по 8-10 повторень.

ДИХАЛЬНІ ВПРАВИ застосовують для активізації функції зовнішнього дихання та кровообігу, профілактики застійної пневмонії, що є вкрай важливим при перебуванні у стаціонарі та малорухливому способі життя у період лікування. Дихальні вправи входять до програми фізичної терапії та до програми самостійних занять, яка розробляється для кожного пацієнта індивідуально. Дихальні вправи сприяють:

- нормалізації вентиляції легенів;
- нормалізують дихання через ніс;
- налагоджують газообмін між альвеолами і кров'ю;
- налаштовують роботу серця;
- очищають кров і лімфу від мікробної флори;
- зупиняють простудні та легеневі захворювання (нежить, гайморит, бронхіт, тощо). Існують чотири основних типи дихання:

- Діафрагмальне дихання («черевне» або діафрагмальне).
- Нижньогрудне (середнє, реберне, грудне) дихання.
- Верхньогрудне дихання (ключичне).
- Повний тип дихання. «Ключичне» дихання здійснюється у положенні сидячи чи стоячи після видиху виконується повільний вдих через ніс з підніманням вгору плечей, ключиць і рухом лише верхніх ребер. При видиху плечі опускаються. Цей тип дихання сприяє покращенню функціонування лімфатичних вузлів та кращому дренажу лімфи. Дихальні вправи використовують з метою: 1. Профілактики можливих ускладнень після операції або

		<p>основного захворювання (пневмонії, емболії, пухлини тощо). 2. Профілактики утворення спайок. 3. Активації можливостей здорової частини легень та збільшення її об'єму. 4. Профілактики порушень рухливості плечового суглобу (при грудному диханні) та кульшових суглобів (при черевному типі дихання). 5. Нормалізації функціонування серцево-судинної системи. При оперативних втручаннях на грудній клітці, а особливо при пухлинах легень дихальні вправи спрямовані на: нормалізацію біомеханіки дихання за рахунок зменшення больового синдрому і активізації вентиляції не зачеплених операцією ділянок легеневої тканини; евакуацію і розсмоктування трансудату із порожнин; стимуляцію заживлення післяопераційної рани; профілактику грубого спайкоутворення; підвищення ефективності кашлю і поліпшення дренажу уражених ділянок бронхіальної прохідності; підвищення ефективності роботи дихальної мускулатури і, таким чином, зниження активності інфекційного запалення в легенях. Статичні дихальні вправи застосовують для тренування типів дихання, навчання правильно поєднувати їх з повним диханням та динамічно змінювати фази дихального циклу. Змішаний тип або чергування типів дихання застосовують для того, щоб навчити пацієнтів виконувати повноцінний акт дихання. Після оволодіння зазначеними вище прийомами вивчається техніка «повного» дихання, яке об'єднує переваги усіх способів. Такі дихальні вправи полегшують роботу серцево-судинної системи. Правильне повне дихання утворює «грудо-черевну</p>	
--	--	--	--

		<p>помпу”, механізм якої полягає у збільшенні черевного тиску при вдиху, коли діафрагма опускається, і грудного тиску на видиху, коли діафрагма припіднімається. Це сприяє кращому відтоку лімфи та покращенню кровообігу. Диференційований підхід у призначенні керованого дихання проводиться за методикою чергування вдиху та видиху, затримки на видиху у певному часовому регламенті. Спеціальні динамічні дихальні вправи застосовують з метою тренування м’язів, що беруть участь у акті вдиху та видиху, відновлення та покращення рухливості грудної клітки, а також для запобігання чи ліквідації застійних явищ у легенях. Динамічні дихальні вправи з максимально можливою кількістю форсованих вдихів, без видихів між ними, застосовують для тренування дихальних м’язів та покращення функції зовнішнього дихання. Величину навантаження при виконанні дихальних вправ регулюють поступовим збільшенням тривалості вдиху і видиху, збільшенням кількості повторів заданих режимів дихання та тривалості пауз на вдиху і видиху. Важливою умовою ефективності програми фізичної терапії є навчання правильному диханню при виконанні динамічних вправ. Дихання повинно бути безперервним, а його оптимальна глибина повинна становити 40-60 % від максимально можливого. Процес навчання розпочинається з формування навичок черевного, а згодом і повного дихання. Дихальні вправи виконують впродовж всього заняття фізичної терапії. Дихальні вправи рекомендовано застосовувати у перші години після операції, при задовільному</p>	
--	--	---	--

		<p>стані хворого. Розпочинають заняття дихальною гімнастикою з відкашлювання, яке не повинно подразнювати слизову дихальних шляхів і має звільнити їхню прохідність. Пацієнт навчається керованому безболісному відкашлюванню, виконанню нижнього (діафрагмального) дихання. Паралельно з навчанням правильному диханню, при виконанні фізичних вправ, у пацієнтів потрібно тренувати вміння керувати своїм емоційним станом і процесами відновлення. Техніка мобілізуючого дихання передбачає подовжений вдих, пропорційну йому за тривалістю паузу та короткий швидкий видих. Заспокійливе дихання характеризується поступовим подовженням видиху до тих пір, доки він не стане вдвічі довшим за вдих. Застосування напруженого, переривчастого і подовженого видиху через «підтиснуті» губи («попихкування»), що виконується серіями по 2-3 рази одразу ж після фізичних вправ, сприяє зменшенню нервово-м'язового напруження і пришвидшенню ліквідації кисневого голодування.</p> <p>МАНУАЛЬНИЙ</p> <p>ЛІМФОДРЕНАЖ - спеціальний вид масажу, який призначений для посилення природного току лімфи і сприяє видаленню надлишків тканинної рідини із сегментів кінцівки, уражених лімфедемою. Лікувальний ефект лімфодренажного масажу реалізується через збережені зв'язки між лімфатичними судинами і венами в сегменті кінцівки, тому можливим є усунення лімфатичного набряку навіть при видаленні регіонарних лімфовузлів. Основний сенс лімфодренажного масажу полягає в поступовому переміщенні тканинної рідини із</p>		
--	--	--	--	--

		<p>сегментів з поганим лімфовідтоком в сегменти з нормальним відтоком, де вона всмоктується і йде в кровоносне русло. Ручний лімфодренаж не тільки зменшує обсяг кінцівки, але і стимулює утворення нових лімфатичних судин і прискорює лімфовідтік за наявними. Після курсу масажу використовується спеціальний компресійний трикотаж. Техніка ручного лімфодренажного масажу має кілька способів: поверхневий (стимулює обмінні процеси тіла і в шарах шкіри і розблокування капіляр) глибокий (вплив на судини, які забезпечують відтік лімфатичної рідини від внутрішніх органів безпосередньо) внутрішній (вплив на лімфовузли). Ручний лімфодренаж складається з ніжного, ритмічного масування шкіри, підшкірної клітковини та глибокого масажу лімфатичних вузлів. Спочатку звільняються проксимальні відділи кінцівки, потім дистальні. Тривалість сеансу 40 - 60 хвилин. Проводяться обережні масажні рухи, при виконанні яких тиск на тканині не повинно перевищувати 40 мм рт. ст. Загальними протипоказами до проведення мануального лімфодренажу є: гостре запалення, обумовлене патологічними збудниками (бактерії, віруси); кардіальні набряки (декомпенсація при серцевій недостатності); грибкові захворювання (не лише шкірні, які мають бути проліковані до початку проведення процедур мануального лімфодренажу, але і інші грибкові інфекції, наприклад дисбактеріоз кишечника, вагінальні та грибкові інфекції); злоякісні процеси (відносно протипоказання); локально-регіональний рецидив пухлини</p>	
--	--	---	--

		(абсолютний протипоказ для проведення мануального лімфодренажу в цій зоні, хоча є наукові докази, що мануальний лімфодренаж не призводить до поширення метастазів, проте, при проведенні процедури лімфодренажу слід дотримуватися даного правила); Регіональні протипокази: 1. Для ділянки шиї: порушення серцевого ритму, вік пацієнтів (обох статей старше 60 років), підвищена функція щитовидної залози (гіпертериоз, Базедовахвороба), гіперчутливість синокаротидного вузла (Sinus coroticus). 2. Для ділянки живота: Вагітність, менструація, епілепсія, стан після завороту кишок, дивертикульоз, аневризма черевної частини аорти, артеріальний склероз, запальні захворювання кишківника, стан після тромбозу вен малого тазу, та стан після радіотерапії в ділянці живота та черевної порожнини. 3. Локальні: гострий тромбоз тромбофлебіт (проведення мануального лимфодренажа можливо через 6 тижнів після завершення тромбофлебіту, після додаткової лікарської консультації).		
Контрольна робота	Практичні заняття Семінарські заняття	Запитання до тем 1-9	5 балів	грудень

6. Система оцінювання курсу

Загальна система оцінювання курсу	<p>Система оцінювання знань студентів з кожної навчальної дисципліни включає поточний, модульний та семестровий контроль знань. Поточний контроль здійснюється під час проведення лекційних, практичних, індивідуальних занять і має на меті перевірку знань студентів з окремих тем навчальної дисципліни та рівня їх підготовленості до виконання конкретної роботи. Оцінки у національній шкалі («відмінно» — 5, «добре» — 4, «задовільно» — 3, «незадовільно» — 2), отримані студентами, виставляються в академічних журналах.</p> <p>Модульний контроль проводиться (виставляється) на підставі оцінювання результатів знань студентів після вивчення матеріалу з логічно завершеної частини дисципліни — змістового модуля. Завданням модульного контролю є перевірка розуміння та засвоєння</p>
-----------------------------------	--

	<p>певного матеріалу (теми), вироблення навичок проведення розрахункових робіт, вміння вирішувати конкретні ситуативні задачі, здатності осмислювати зміст даної частини дисципліни, уміння публічно чи письмово подати певний матеріал. Форми модульного контролю та система оцінювання рівня знань та вмінь студентів визначаються кафедрою та відображаються у робочій навчальній програмі дисципліни. Кількість балів за кожний модуль (оцінка контролю у балах) визначаються кафедрою.</p> <p>Семестровий (підсумковий) контроль проводиться у формі екзамену. Екзамен — форма підсумкового контролю, яка передбачає перевірку розуміння студентом теоретичного та практичного програмного матеріалу з усієї дисципліни, здатності творчо використовувати здобуті знання та вміння, формувати власне ставлення до певної проблеми тощо. Форма проведення екзамену може бути письмова, письмово-усна, у формі тестових екзаменаційних завдань. Зміст екзаменаційних завдань та критерії оцінювання встановлюються кафедрою.</p>
<p>Вимоги до письмової роботи</p>	<p>При виставленні балів за модульний контроль оцінюються: рівень теоретичних знань та практичні навички з тем, включених до змістових модулів, самостійне опрацювання тем, проведення розрахунків, лабораторних робіт, написання рефератів, опрацювання завдань робочих зошитів, підготовка конспектів навчальних чи наукових текстів, тощо.</p> <p>Якщо студент не складав змістовий модуль з поважних причин, які підтверджені документально, то він має право на його складання з дозволу зав. кафедри (за заявою).</p>
<p>Практичні заняття</p>	<p>Відповідь студента на практичному занятті оцінюється за 4-бальною системою:</p> <p>5 балів - Студент вільно володіє навчальним матеріалом; висловлює свої думки; творчо виконує індивідуальні та колективні завдання; самостійно знаходить додаткову інформацію та використовує її для реалізації поставлених перед ним завдань; вільно використовує нові інформаційні технології для поповнення власних знань; комунікативні уміння та навички сформовані на високому рівні; може аргументовано обрати раціональний спосіб виконання завдання і оцінити результати власної практичної діяльності; виконує завдання, не передбачені навчальною програмою; вільно використовує знання для розв'язання поставлених перед ним завдань.</p> <p>4 бали - Студент вільно володіє навчальним матеріалом, застосовує знання на практиці; узагальнює і систематизує навчальну інформацію, але допускає незначні граматичні помилки у порівняннях, формулюванні висновків, застосуванні теоретичних знань на практиці; за зразком самостійно виконує практичні завдання, передбачені програмою; має стійкі навички виконання завдань.</p> <p>3 бали - Студент володіє навчальним матеріалом поверхово, фрагментарно; на рівні запам'ятовування відтворює певну частину навчального матеріалу з елементами логічних зв'язків; знайомий з основними поняттями навчального матеріалу; комунікативні уміння та навички сформовані частково; під час відповіді допускаються суттєві граматичні помилки; має елементарні нестійкі навички виконання завдань; планує та виконує частину завдань за допомогою викладача,</p> <p>2 бали - У студента не сформовані комунікативні уміння та</p>

	навички; студент допускає велику кількість граматичних помилок, що ускладнює розуміння; студент не володіє навчальним матеріалом; виконує лише елементарні завдання, потребує постійної допомоги викладача.
Умови допуску до підсумкового контролю	Допуск до іспиту становить мінімум 25 балів, максимум підсумкового контролю 50 балів; бал за складання іспиту (підсумковий контроль) становить максимум 50 балів.

7. Політика курсу

Студент повинен вчасно приходити на заняття. Викладач може не допустити студента до заняття, якщо він/вона спізнився без поважної причини.

- У випадку пропуску 5 чи більше практичних занять без поважної причини, студент може бути не допущений до підсумкового контролю (екзамену), або його/її підсумкова оцінка буде знижена;
- Студент повинен добросовісно готуватися до усіх видів поточного, модульного та підсумкового контролю;
- Студент має брати активну участь на практичних заняттях;
- Студент повинен бути толерантним у спілкуванні з викладачем та іншими студентами, зокрема під час обговорення дискусійних питань на заняттях;
- Студент на свій вибір має зробити переклад 5 різножанрових текстів, що виносяться на індивідуальну роботу;
- Студент може відпрацювати будь-яке пропущене заняття чи вид контролю;
- Заборонено користування мобільним телефоном, планшетом чи іншими мобільними пристроями під час опитування та виконання письмових завдань.
- У випадку порушення норм академічної доброчесності під час виконання завдань поточного, модульного чи підсумкового контролю, студент отримає «0» балів.
- Якщо студент має претензії до викладача через оцінювання, якість надання послуг тощо, спершу треба повідомити про це самого викладача; якщо проблему не вдалося вирішити, студент має право звернутися до завідувача кафедри чи керівництва факультету;
- Студент повинен неухильно дотримуватися правил внутрішнього розпорядку навчального закладу; інших видів політики, передбаченої нормативними документами, що регулюють навчальний процес у ЗВО.

8. Рекомендована література

1. Боголюбов В.М., Медична реабілітація, Том 3. - М.: 2007. – С. - 305-325.
2. Боголюбов В.М., Медична реабілітація, Том 1. - М.: 2007. – С. - 507-530.
3. Боголюбов В.М. Курортология и физиотерапия, Том 1. – М.: Медицина, 1985. – 640 с.
4. Воробьев А.И. Полный справочник практикующего врача. – М.: ОНИКС, 2010. – 880 с.
5. Готовцев П.И., Суботін А.Д., Селиванов В.П. Лікувальна фізична культура і масаж. - М.: Медицина, 1987. – С. – 98-104.
6. Генш Н.А. Справочник по реабилитации. - Ростов на Дону.: Фенікс, 2008 – С. – 61-72.
7. Дмитрієв А.Е., Маринченко А.Л. Лікувальна фізкультура при операціях на органах травлення. - М., 1990. – С. – 108-126.
8. Добровольский В.К. Лікувальна фізична культура в хірургії. - М, 1976. – 132 с.
9. Дубровский В.И. Спортивная Медицина – М.: Владос, 2005. – С. – 159-170.
10. Дубровський В.И. Лікувальний масаж – М.: Владос, 2005 – С. 140-145.

11. Елизаветина Г.А. Проведення відбудовного лікування хворих із захворюваннями органів травлення. - М.: 1981.
12. Епіфанов В.А. Лікувальна фізкультура і Спортивна медицина – М.: Медицина, 1999 – С. - 184-187.
13. Заликіна Л. С. Загальний догляд за хворими. – М.: Медицина, 1984р. – 222 с.
14. Кост Е. А. Справочник по клиническим лабораторным методам исследования. - М.: Медицина - 1979. – С. - 96-97.
15. Кошкалда С.А. Основы физиотерапии для медицинских училищ. - Ростов на Дону.: Фенікс, 2008 – С. - 33-34.
16. Кузин М.И. Хирургические болезни. – М.: Медицина, 2002 – 780 с.
17. Клячкин Л.М., Виноградова М.Н.,. Физиотерапия. – М.: Медицина, 1995. – С 120 -125.
18. Лейзерман В.Г., Бугрова О.В., Красикова С.И. Восстановительная медицина. - Ростов на Дону.: Фенікс, 2008 – С. - 88-121.
19. Мартынов А.И., Мухин Н.А., Моисеева В.С. Внутренние болезни. – М.: ГЭОТАР Медицина, - 2002. С – 128-140.
20. Макарова Г.А. Спортивная медицина. - М.: Советский спорт, 2003. - 480 с
21. Матеріал Інтернет сайта - [http// www. Mymassage.ru](http://www.Mymassage.ru)
22. Матеріал Інтернет сайта - [http// www.hardgainer.ru](http://www.hardgainer.ru)
23. Матеріал Інтернет сайта - [http// www. Rus-medserver.ru](http://www.Rus-medserver.ru)
24. Матеріал Інтернет сайта - [http// www. Det-dieta.ru](http://www.Det-dieta.ru)
25. Наказ МОЗ СРСР від 15.10.79 р., № 1175 вид 21.11.79 р. «Про уніфікацію клінічних лабораторних методів у клініці». М.: Медицина, 1987р.
26. Островерхов Г.Є., Лубоцькій Д. Н., Бомаш Ю.М. Курс оперативної хірургії та топографічної анатомії - М.: Медицина, 1974 – С. - 539, 577-582.
27. Пономаренко Г.Н. Физические методы лечения: Справочник. – СПб.: 2002г.
28. Попов С. Н. Фізична реабілітація. - Ростов на Дону.: Фенікс, 2008 – С.- 378-388.
29. Пархотік І. І. Фізична реабілітація при захворюваннях органів черевної порожнини – К.: Олімпійська література – 2003. – С. - 136-139, 163-169
30. Русанов А.А. Апендецит. – Л.: Медицина, 1979. – 176 с.
31. Скрипніченко Д.Ф., Невідкладна хірургія черевної порожнини. – К.: Здоров'я, 1986. – С – 22-52, 82-135.
32. Мурза В.П. Фізична реабілітація. Навчальний посібник. - Київ: „Олан”,. 2004. - 559 с.
33. Хромов Б. М., Шейко В.З. Хирургическая помощь в поликлиниках и амбулаториях. – Л.: Медицина, 1980. – 520 с.
34. Томашевський М.І. Наскрізна програма та методичні рекомендації для виконання навчальної науково-дослідної роботи студентами з першого по п'ятий курсів - Горлівка 2007. – С - 7-18.
35. Ясногородський В.Т. Довідник по фізіотерапії. – М.: Медицина, 2003.
36. Білінський Б. Т. Онкологія : [підручник] / Б. Т. Білінський, Н. А. Володько, А. І. Гнатишак.

– К. : Здоров'я, 2004. – 528 с.

37. Медсестринство в онкології: підручник / Л.М. Ковальчук, О.М. Парійчук, І.І. Романишин та ін.; за ред. Л.М. Ковальчука. — К.: ВСВ “Медицина”, 2013. – 512 с.

38. Мика К. Реабилитация после удаления молочной железы / пер. с польск. К. Мика. – М. : Мед. литература, 2008. – 144 с.

39. Реабилитация онкологических больных // Под ред. В.Н. Герасименко. – М.: Медицина, 1988. – 272 с.

40. Макарова В.С., Комплексная физическая противоопухолевая терапия в лечении лимфом. Медицинская технология / Макарова В.С., Выренков Ю.Е., - М.: АНО «Лимфа», 2014. – 120 с.

41. Медицинская реабилитация : руководство для врачей / под ред. В. А. Епифанова. –2-е изд., испр. и доп. – М. : МЕДпресс-информ, 2008. – 352 с.

42. Дрижак В. І. Рак молочної залози : [навч. посіб.] / В. І. Дрижак, М. І. Домбрович. – Т. : Укрмедкнига, 2005. – 152 с.

43. Грушина Т. И. Лечебная физкультура при постмастэктомическом отеке / Грушина Т. И. // Советская медицина. – 1991. – № 4. – С. 93–94.

Інтернет ресурс.

- 1. www.sankurort.ua**
- 2. www.rehabilitations.ru**
- 3. www.eurolab.ua**
- 4. www.medbook.net.ru**
- 5. www.medio.kiev.ua**