

KARCINÓM PRSNÍKA A LIEČEBNÁ REHABILITÁCIA**BREST CANCER AND MEDICAL REHABILITATION**

PhDr. Anna Plačková, PhD.

Inštitút fyzioterapie, balneológie a liečebnej rehabilitácie Piešťany, UCM Trnava

Abstrakt:

Zdravotný stav obyvateľstva je rizikový, už aj v mladšom veku života. Spoločenský život prináša zaťaženie po psychickej, telesnej a spoločenskej stránke. Ľudia pri uspokojovaní svojich potrieb vynakladajú veľké zaťaženie a to všetko sa odráža na zdraví. Zdravie sa definuje nielen ako neprítomnosť ochorenia, ale človek môže pociťovať ťažkosti a zistiť, že vzniknuté opuchy a následné ochorenia môže spôsobiť málo oddychu, preťaženie a nedostatok informácií o danom probléme. Dôležitá je rehabilitácia, edukácia a zdravý spôsob života, správna životospráva a informácie. Dôležitá je preventívna prehliadka a starostlivosť o psychický život človeka.

Kľúčové slová: karcinóm, rehabilitácia, starostlivosť o zdravie, životospráva, opuchy, následky.

Summary:

Population health risk, already at a younger age life. Social life brings a load, psychological, physical and social spheres. People to meet their needs making significant burden and it all reflects on health. Health disorder is defined not merely the absence of disease, but a person can experience difficulties and find that the resulting swelling can cause a little rest, congestion and lack of information about the problem. What is important is education and healthy living, good nutrition and information that are part of this work. What is important is preventive examination and care of the mental life of man.

Key words: carcinome, rehabilitation, health care, health, food, consequences

ÚVOD

Rakovina prsníka je najčastejším zhubným nádorovým ochorením u žien. Svojimi dôsledkami zasahuje do všetkých oblastí života ženy i do života jej rodiny. Rakovina prsníka je ochorením, ktoré vzbudzuje hlboké city u ženy, aj v jej okolí. Prsia sú atribútom ženstva a ženskej krásy a symbolom plodnej sily. Nádor v prsníku je závažné ochorenie a hlboko zasiahne do psychiky každej jednej ženy.

Prsník a jeho anatómia

Prsník je párový orgán. Prsia prechádzajú počas života ženy rôznymi zmenami, ktoré sú podmienené hormonálnymi výkyvmi. V puberte majú najväčší vplyv na vývoj prsníka estrogény, ktorých primárnym účinkom je vývoj mliekovodov. Progesterón stimuluje v každom ovulačnom menštruačnom cykle rast a diferenciáciu lalokov a ich štruktúr. Ich počet každým cyklom narastá až do 30–35 roku života ženy. S vekom menia prsia svoj tvar, objem i hmotnosť (Dražan – Měšťák, 2006, s. 17). Prsia sa menia tehotným ženám, dojčiacim matkám a ženám po prechode. Mnohé ženy pociťujú zmeny v prsníkoch aj pred prichádzajúcou menštruáciou.

Základným fyziologickým úkonom prs je produkcia mlieka pri dojčení. Prsník je nato anatomicky prispôsobený. Skladá zo sekcií, tzv. lalokov, ktoré sú usporiadané podobne ako lístky papradia. V nich sa nachádzajú ešte menšie laloky, ktoré produkujú mlieko. Prepojené sú mliekovodmi, ktoré vyúsťujú do bradavky. (Abrahámová a kol., 2009, s. 16).

Prsník pri vývoji zasahuje od tretieho do šiesteho rebra, v horizontálnej rovine zasahuje od okraja hrudnej kosti do stredovej línie podpazušia. Pri väčšej veľkosti prsníka, môže presahovať aj cez uvedenú hranicu. Bradavka má mazové žľazy, v dvorci sa nachádzajú drobné hrbolčeky. V dvorci a v bradavke je hladká svalovina, ktorá reaguje na dotykové podráždenie zmrštením dvorca a zdvihnutím bradavky. Mliečna žľaza dvoma hornými tretinami dolieha na veľký prsný sval, dolnou tretinou až na brušné svaly. Mliečna žľaza má okrúhly tvar, a v jej hornom kvadrante je uložený mohutnejší výbežok smerujúci k podpazušiu. Skladá sa z 15 až 20 lalokov, ktoré sa ďalej vetvia. V dobe laktácie sa objavujú dutiny, v ktorých sa hromadí mlieko pred odchodom z bradavky (Měšťák, 2007, s. 16).

Mliečna žľaza má bohaté krvné zásobenie. Dôležité je aj zásobenie lymfatické. Tok lymfy medzi cievami je prerušovaný lymfatickými uzlinami, ktoré sú jej filtrom. Prvým uzlinovým spádom prsníka sú axilárne uzliny pod pazuchou a medzirebrové uzliny (Abrahámová a kol., 2009, s. 17). Lymfatické cievy prsníka vytvárajú pletence

pod dvorcom a pod kožou a zbierajú ďalšie siete zo žľazy a odtekajú do hlbokých lymfatických kmeňov a ďalej do uzlín. Viac než 75 % lymfatickej drenáže prsníka smeruje do axilárnych lymfatických uzlín. (Měšťák, 2007, s. 16).

Prsníková žľaza (glandula mammaria) je najväčšia kožná žľaza, ktorá podmieňuje vznik prsníka (mammariae). Prsníkové žľazy sa zakladajú u oboch pohlaví ako epitelové pruhy v embryonálnom štádiu. Uložené sú v čiare tzv. mliečnej lište, prebiehajúcej od pazuchovej jamy po slabinu. V nej vznikajú skupiny apokrinných žliaz, z ktorých sa na určitých miestach vyvinú prsníkové žľazy (Binovský, 1998). Prsníková žľaza je párová apokrinná žľaza a je uložená v tukovom vankúši na prednej ploche hrudníkovej steny. Vlastná žľaza s tukovou poduškou vyklenuje a vytvára vyvýšeninu – prsník. Na hrote prsníka sa nachádza prsníkový dvorec (areola mammariae) (Kopecký, 2002). V strede dvorca je hlávka prsníka (papilla mammariae), ktorá býva mierne vyvýšená. Na hrote bradavky je 15 až 20 otvorčekov – riečicový dvorček bradavky (area cribriformis papillae), ktoré sú vývodmi prsníkovej žľazy – mliekovody (Binovský, 1998).

Prsník dospeléj ženy je párový orgán, ktorý sa pod 3. rebrom zhora vyklenuje nad niveau hrudníka. Medzi obidvoma prsníkmi je priehlbina (sinus mammarum). Prsníky sú povrchovým a hlbokým listom povrchovej prikrývky (fascia superficialis) pripevnené k m. pectoralis major čiastočne aj k prednému m. serratus lateralis a k dolnému okraju kľúčnej kosti. Medzi kožou a pokrývkou, sa nachádza tuková vrstva s krvnými a lymfatickými cievami. Tuková vrstva obaľuje celú žľazu, chýba len pod dvorcom. Prsníková žľaza tvorí tzv. telo prsníka (corpus mammariae). Váži 130 až 200g. koža prsníkov je mäkká a jemná (Binovský, 1998). Cievne zásobenie prsníka: do prsníka prichádza arteriálna krv z a. thoracica interna, a z a. thoracica lateralis a z interkostálnych tepien. Tepnové vetvy tvoria v prsníku hustú sieť, ktorá vyúsťuje do v. thoracica interna a v. thoracica lateralis. Z praktického hľadiska je dôležité vedieť, že cirkulačné oblasti v ktorých vyradenie ktorejkoľvek tepny vedie k rozpadu tkaniva. (Dylevský, 2006).

Prevenia rakoviny prsníka

Očakávané trendy vo vývoji liečby rakoviny prsníka sa snažia o zachytenie nádorov v prsníkoch vo veľmi skorých štádiách, ešte aj vo fáze predrakovinovej zmeny. Zvýšenie počtu včasne zachytených nádorov v ženskej populácii je jediným účinným prostriedkom, ako významne znížiť celkovú úmrtnosť na toto ochorenie (Žaloudík, 2008, s. 118). Vzhľadom k tomu, že primárna prevencia rakoviny prsníka nie je prakticky možná, je potrebné sa zamerať na sekundárnu prevenciu, ktorá prispeje k skorému zachyteniu a k detekcii nádoru (Vorlíček – Abrahámová – Vorlíčková a kol., 2012, s. 345).

Významnú úlohu v diagnostike rakoviny prsníkov zohráva tzv. mamografia. Ide vyšetrenie v rámci prevencie. Toto vyšetrenie je vhodné aj pre ženy, u ktorých nie sú žiadne známky prítomnosti nádorového ochorenia a mali by byť pravidelné s gynekologickým vyšetrením. Cieľom je zachytiť ranné štádiá rakoviny. Pri klinickom vyšetrení ešte nemusia byť prítomné žiadne známky nádoru, no mamografia ho môže odhaliť a tým predovšetkým znížiť úmrtnosť na toto závažné ochorenie (Vodička, 2014, s. 104). Avšak mamografia, hoci by mala byť ako preventívne vyšetrenie jednoduchá a lacná, je náročná na špeciálnu prístrojovú techniku a dokonca aj na obsluhu. Detekuje však 95 % všetkých nádorov, preto je zatiaľ stále považovaná za najefektívnejší spôsob pre skoré zistenie rakoviny prsníka u bezpríznakových žien (Vorlíček – Abrahámová – Vorlíčková a kol., 2012, s. 346). Skorá detekcia rakoviny prsníka je veľmi dôležitá, pretože aj napriek pokrokom v medicíne je stále najdôležitejším faktorom pri určovaní prognózy choroby veľkosť nádoru. Čím väčší nádor, tým väčšia šanca, že sa vytvoria metastázy. Z dlhodobých klinických štúdií vyplýva, že karcinóm o priemere 5 mm sprevádzajú metastázy v 10 % prípadov. Tumor o priemere 1 cm metastázuje v 30 % prípadov a nádor o priemere 2 cm až v 50 % prípadov. Prognóza dlhodobého prežitia je preto tým priaznivejšia, čím skôr sa problém diagnostikuje (Lehotská – Prikazská, 2006, s. 19).

Mamografia môže byť u rizikových pacientiek dopĺňaná aj sonografiou prsníkov. Toto vyšetrenie je veľmi citlivé a je dopĺňujúce vyšetrenie. Uprednostňuje sa u mladých žien do 30 rokov a u gravidných žien (Šlampa – Petera a kol., 2007, s. 206). Dopĺňujúcim vyšetrením je aj magnetická rezonancia. Je schopná rozlíšiť už veľmi malé nádory, ktoré sú na mamografii ešte neviditeľné. Využíva sa ako preventívne vyšetrenie pre ženy, u ktorých je zvýšené riziko vzniku nádorového ochorenia (Jurga a kol., 2012, s. 1138).

Najjednoduchšou metódou ako zachytiť rakovinu prsníka je palpácia a zmena vlastného prsníka. Vyšetrenie by s mali robiť všetky ženy staršie ako 20 rokov, a to pravidelne. Najdôležitejší prínos je pre ženu spoznať, aký je jej prsník za normálnych okolností na pohmat. Táto skúsenosť je veľmi dôležitá, ak sa vyskytnú na prsníku nejaké zmeny, pri ktorých sa vytvárajú hrčky a nádory väčších rozmerov, ktoré sa už dajú nahmatať. Je potrebné si všimnúť akékoľvek zmeny na prsníkoch, nečakanú asymetriu prsníkov, sčervenanie, zmeny na bradavkách, bolesť pri dotyku, opuch, výtok z bradaviek a zväčšenie lymfatických uzlín. Vážne sú aj symptómy ako je únava, depresia a pocity beznádeje. (Kaušitz– Altaner, 2003, s. 413).

Vyšetrenie si robí žena sama, pravidelne každý mesiac. Najlepším obdobím je druhý alebo tretí deň po skončení menštruácie. Štatistika dokazuje, že ženy, ktoré si pravidelne

vyšetrujú prsníky, prichádzajú k lekárovi s menšími nádormi. Samovyšetrenie však neovplyvňuje dĺžku prežitia ani úmrtnosť na rakovinu prsníka, ale nemôže nahradiť mamografiu (Vorlíček – Abrahámová – Vorlíčková a kol., 2012, s. 346).

Rakovina prsníka ako diagnóza

Rakovina prsníka vo svojej podstate nie je jednotným ochorením. Existujú varianty nádorov, ktoré metastázujú rýchlo od samotného počiatku. Sú však aj také, ktoré vytvárajú metastázy až po dlhšej dobe. Niektoré sa šíria pomalšie lymfatickými cestami, iné rýchlejšou cestou prenikajú priamo do kapilár krvného obehu. Niektoré typy rakoviny prsníka metastázujú aj do kostnej drene, iné viac do pľúc alebo pečene. Sú aj také, ktoré sa už od počiatku plošne šíria v podkožných tkanivách v hrudníku. Okrem toho, nádor môže byť obklopený zmeneným tkanivom v okolí, v zdanlivo zdravom tkanive prsníka, alebo môže vytvárať niekoľko ložísk v rôznych častiach prsníka (Žaloudík, 2008, s. 116).

Možnosti liečby rakoviny prsníka

O nádore je potrebné mať podrobnú anamnézu ešte pred stanovením liečebného postupu, preto je dôležitá predoperačná biopsia, kde sa uvažuje s následným chirurgickým odstránením nádoru. V niektorých prípadoch väčších nádorov sa odporúča liečbu zahájiť niekoľkými cyklami chemoterapie a operovať až nádor, ktorý je už čiastočne zmenšený (Žaloudík, 2008, s. 118).

Popri operácii patrí už viac ako 80 rokov k najčastejším metódam liečby rakoviny prsníka rádioterapia. Nové moderné ožarovacie prístroje umožňujú ešte účinnejšie a šetrnejšie ožarovanie. Účinok rádioterapie spočíva v tom, že ožiarovaním sa ničia rakovinové bunky, ktoré sa neodstránili pri operácii. Poškodená nádorová bunka odumrie, zdravá sa z účinkov žiarenia zotaví. Táto liečba výrazne znižuje počet opakovaných návratov ochorenia (Kuzma, 2011, s. 24 – 25).

Rakovinové bunky potrebujú hormóny. Väčšina nádorov ženského prsníka totiž potrebuje estrogén. Znamená to, že reguláciu rastu hormónov môžeme ovplyvniť hormónmi a antihormónmi. Dnes poznáme viacero spôsobov hormonálnej liečby rakoviny prsníka. Môže to byť vyradenie vaječníkov z činnosti alebo liečba antiestrogénmi, čím sa preruší podpora rastu nádorových buniek. Medikamentózna liečba podporuje zníženie tvorby estrogénu a gestagény, ktoré tlmia funkciu estrogénových receptorov. O výbere hormonálnej liečby u každej pacientky rozhoduje lekár. Závisí to totiž od mnohých faktorov (Kuzma, 2011, s. 29 – 30).

Ženy, ktoré sa dostavia k lekárovi už s pokročilým ochorením a vzdialenými metastázami v organizme, sa spravidla neoperujú, liečba sa sústreďuje na kombináciu chemoterapie, hormonálnej terapie a bioterapie. Samotný pokročilý nádor v prsníku, ak nie je vhodný pre operáciu, sa lieči konzervatívne ožiarení. Biopsia je v tomto prípade nutná, aby bol presne zadaný typ nádoru, jeho vybavenie a receptory či citlivosť na hormonálnu terapiu. Kombinácia chemoterapie, bioterapie a hormonálnej terapie sa ordinuje podľa aktuálnych odpovedí organizmu na liečbu. Cieľom je stabilizovať ochorenie na najdlhšiu dobu (Žaloudík, 2008, s. 118).

Karcinóm prsníka – je jednou z možných komplikácií pri liečbe onkologických ochorení, vzniká štatisticky u 10-35% pacientov na Slovensku. Lymfedémom trpí v súčasnosti okolo **250 miliónov** ľudí na svete. Rakovina prsníka je najčastejším zhubným nádorovým ochorením žien. Svojimi dôsledkami totiž zasahuje do všetkých oblastí života ženy, zmeny psychiky i do jej rodiny. Rakovina prsníka je ochorením, ktoré vzbudzuje hlboké city ako u ženy, tak aj v jej okolí. Prsia sú totiž atribútom ženstva a ženskej krásy a symbolom plodnej sily. Nádor v prsníku preto hlboko zasiahne do vnútra každej jednej ženy.

Rakovina prsníka ako diagnóza

Väčšina zhubných nádorových ochorení sa zaraďuje medzi civilizačné choroby, avšak karcinóm prsníka nie je ochorením modernej doby, ale ide o ochorenie s dávnou históriou, ktoré sprevádza ľudstvo od počiatku. Prvá zmienka o tejto chorobe pochádza z doby 3000 rokov pred našim letopočtom. Novšia história je poznamenaná poznávaním charakteru ochorenia a snahou o účinnú liečbu sa vzťahuje na začiatok 19. storočia. Súčasne prichádzali snahy o včasné rozpoznanie choroby, zníženie úmrtnosti a zlepšenie kvality života (Abrahámová a kol., 2009, s. 11). Rakovina prsníka patrí v súčasnosti medzi najrozšírenejšie zhubné nádory u žien. Malá časť žien má bohužiaľ karcinóm prsníka geneticky podmienený. U väčšiny chorých žien sa pri jeho vzniku uplatňujú hormonálne vplyvy a medzi nimi má zásadný význam karcinogénne pôsobenie ženských pohlavných hormónov estrogénov (Machová – Kubátová a kol., 2016, s. 222). Odborníci sa snažia charakterizovať viaceré rizikové faktory, no aj napriek tomu, nedokážu s definovať, čo rakovinu prsníka spôsobuje. Výskyt tohto ochorenia stúpa vekom. Vznik rakoviny prsníka pred 20. rokom života je síce vzácny, ale nie vylúčený. Najväčší nárast sa zaznamenal u žien po 50. roku života. Súvisí to aj s menopauzou, ktorá je pre telo veľkou hormonálnou záťažou. Existujú však aj iné rizikové faktory. Je to napr. skorý nástup menštruácie pred 12. rokom života a naopak neskorú menopauzu

po 55. roku života. Aj vyšší vek prvej gravidity môže mať negatívny vplyv. Za riziko sa považuje aj prvé tehotenstvo po 35. roku života. Nesprávny životný štýl môže zvýšiť riziko. Medzi rizikové faktory patrí obezita, zvýšený príjem tuku v potrave, nedostatok fyzickej aktivity, konzumácia alkoholu a fajčenie (Kaušitz– Altaner, 2003, s. 412).

Zhubný nádor môžeme charakterizovať ako: „*nekontrolovateľný rast buniek vlastného tela, ktoré sa vymanili zo zákonitostí a kontrolných mechanizmov organizmu. Zhubný nádor sa šíri priamym prerastaním do okolia alebo metastázami.*“ (Kuzma, 2011, s. 10). Všeobecným pomenovaním všetkých druhov zhubných nádorov bez ohľadu na ich pôvod a mikroskopické zloženie je rakovina. Avšak, podľa toho, z akých tela tkanív zhubné nádory vznikajú, sa delia na štyri skupiny. V prsníkoch sa nachádzajú tzv. karcinómy, čo sú zhubné nádory vznikajúce z výstelky dutých orgánov, z kože a z tkanív žľazových orgánov (Kuzma, 2011, s. 10 – 11). V klinickej praxi sa okrem toho ešte používa tzv. TNM klasifikácia a delenie závažnosti rakoviny na 4 štádiá. Karcinómy sa podľa TNM klasifikácie rozdeľujú na tri stupne. Prvým stupňom je presne ohraničený nádor, čiže tumor. Nasleduje postihnutie regionálnych lymfatických uzlín, ktoré označujeme v danej klasifikácii ako nodus. Posledným stupňom sú vzdialené metastázy (Repková a kol., 2006, s. 84).

Nádorové ochorenia prsníka

Zhubné nádory môžeme definovať ako skupinu ochorení, ktorým spoločným znakom je neobmedzený rast tkaninových buniek. Majú inú skladbu ako tkanivo na ktorom rastú. Vznikajú proliferáciou epitelových buniek lobulov alebo duktov prsníka. Podľa vzhľadu, štruktúry, spôsobu rastu a vplyvu na organizmus rozdeľujeme nádory na: benígne (nezhubné) a malígne (zhubné) (Adam, 2006). Svetová zdravotnícka organizácia (v roku 1981) rozdelila epitelové malígne nádory prsníka do dvoch skupín ako neinvazívne karcinómy a invazívne karcinómy prsníka (Kaušitz, 2003).

Neinvazívne karcinómy s výskytom asi 10 – 15% všetkých:

Intraduktálne karcinómy:

duktálny karcinóm in situ – (DCIS),

komedo a non komedo karcinóm,

pagetov karcinóm bradavky – ako forma intraduktálneho karcinómu prsníka (Kaušitz, 2003)

lobulárny karcinóm (LCIS).

Invazívne karcinómy s výskytom 80 – 85% nálezov:

invazívny duktálny karcinóm s výskytom 60 – 70%,

invazívny intaduktálny karcinóm,

tubulárny, mucinózny, medulárny,

apokrinný, pláncelulárny a adenoidne cystický,

invazívny lobulárny karcinóm (Kaušitz, 2003)

Diagnostika karcinómu prsníka

Včasné štádiá karcinómu prsníka nevyvolávajú žiadne klinické ťažkosti. Až nádory väčších rozmerov sa prejavujú klinicky, najčastejšie vo forme hmatných útvarov v prsníku, ktoré bývajú prevažne nebolestivé a nezriedka si ich vyhmatá samotná pacientka (Kaušitz, 2003)

Výšetrenie za účelom diagnostiky sa vykonáva u žien:

- asymptomatických (bez príznakov ochorenia) – vykonáva sa v prípade prevencie a skríningu – sekundárna prevencia,
- symptomatických (s rizikovými príznakmi karcinómu prsníka),
- follow – up (ako ďalšie sledovanie) (Bella, 2005).

Skríning – cieľom sríningu je zistiť ochorenie vo včasnóm štádiu, adekvátne liečiť, znížiť mortalitu ochorenia a zaistiť efektívne ekonomické náklady.

Samovyšetrenie – vyšetrenie prsníkov by mali vykonávať všetky ženy vo veku nad 20 rokov.

Diagnostika symptomatických žien pozostáva z:

- klinického vyšetrenia,
- zobrazovacích diagnostických vyšetrení prsníkov,
- z cystologického alebo histologického vyšetrenia (Bella, 2005)

Zobrazovacie diagnostické vyšetrenia:

Natívna mamografia (klasická, digitálna, laserová) (Bella, 2005) – mamografia má význam ako metóda skrínigová, diagnostická, je základom aj pri sledovaní pacienta počas a po liečbe (Kaušitz, 2003).

Ultrasonografia – USG ako doplnkové vyšetrenie. Má význam predovšetkým pri vyšetrení mladých žien, môže byť indikovaná ako primárne vyšetrenie. Pod ultrasonografickou kontrolou sa dajú robiť cieleňé bioptické odbery (Kaušitz, 2003).

Počítačová tomografia (CT) pomáha pri diagnostike karcinómu prsníkovej žľazy

a vykonáva sa iba v prípade semifixácie až fixácie karcinómu prsníkovej žľazy na hrudnú stenu. CT vyšetrením sa zisťuje vzťah karcinómu prsníka k hrudnej stene a tým možnosť operability (Bella, 2005).

Magnetická rezonancia (MRI) v posledných rokoch sa vykonáva vyšetrenie čoraz častejšie, hlavne u rizikových mladých žien (Bella, 2005).

Pozitronová emisná tomografia (PET) sa využíva v diagnostike na detekciu primárneho karcinómu s metastázami do axily (Bella, 2005).

Scintigrafia (gamagrafia) skeletu je vhodná pre včasnú detekciu kostných metastáz (Kaušitz, 2003).

Cytologické vyšetrenie – punkčná aspiračná biopsia (PAB), kde je nevyhnutné pred liečbou pre definitívne potvrdenie diagnózy karcinómu prsníka. Pre presnejšie stanovenie diagnózy je vhodnejšia biopsia („core-cut“ biopsy) s odberom materiálu na histologické vyšetrenie.

Rizikové príznaky

Asymetria prsníkov, novozistená rezistencia v prsníku, vtiahnutie kože, erytém, edém kože, kožné tumorózne zmeny kože prsníka (Bella, 2005).

Mastodýnia (ako prvý príznak karcinómu prsníka) (Bella, 2005).

Faktory životného štýlu – fajčenie, alkohol, stravovacie návyky, obezita, fyzická aktivita (Svobodník, 2003).

Faktory osobnej anamnézy – rasa, geografická oblasť, vek (po 50. rokoch života zvýšené riziko), telesná výška (Svobodník, 2003).

Faktory hormonálne a gynekologické – menarché (pred 12. rokom života), nemopauza (vo vyššom veku väčšie riziko ochorenia), vek pri prvom pôrode (po 30. roku života), počet pôrodov, kojenie, gynekologické operácie (ovarektomie), hormonálna liečba (v klimakteriu a antikoncepcia) (Svobodník, 2003).

Genetické faktory – výskyt malígneho ochorenia v rodine (posudzovanie troch generácií predispozičných génov (Svobodník, 2003).

Ostatné faktory – vzdelanie, bydlisko (fyzická aktivita, expozícia karcinogénov), životné prostredie (kontaminácia) (Svobodník, 2003).

Psychologické aspekty (depresívne stavy a psychosomatické ochorenia) (Svobodník, 2003).

Ženy sa odstráneniu celého prsníka boja. V prípadoch, keď je nutné odstrániť celý prsník, je možné stratu prsníka vyriešiť plastickou rekonštrukciou (Žaloudík, 2008, s. 116).

Chirurgická liečba

Základným cieľom chirurgickej liečby je radikálne odstránenie zhubného nádoru prsníka a spádovej lymfatickej drenáže. V zásade rozoznávame dva druhy chirurgických operácií:

Radikálne, kuratívne operácie – riešia lokoregionálnu rakovinu (malignitu) radikálnym kompletným odstránením zhubného nádoru prsníka (alebo s prsníkom spolu s lymfatickou drenážou), široko v zdravom tkanive, so zachovaním zdravých resekcčných okrajov (Bella, 2005).

Paliatívne operácie – neumožňujú radikálne odstránenie v zdravom tkanive pre pokročilý lokoregionálny stav ochorenia, ale riešia nález zvyčajne kozmeticky, hygienicky, preexulcerácia alebo ulcurácia zhubného nádoru. (Bella, 2005).

Rádioterapia

Rádioterapia spolu s chirurgickou liečbou sú hlavnými lokoregionálne pôsobiacimi modalitami onkologickej liečby a základom liečby včasných lokalizovaných štádií ochorenia. Podľa liečebného cieľa rozlišujeme rádioterapiu na kuratívnu, ktorej zámerom je úplná eradikácia nádoru a paliatívnu, ktorej cieľom je zmierniť symptómy pokročilého ochorenia (krvácanie, bolesť), zlepšiť kvalitu života a predĺžiť dobu prežívania. Rádioterapia prináša aj riziko nežiaducich účinkov, preto i v prípade paliatívneho ožarovania sa snažíme, aby nežiaduce účinky nelimitovali pacienta viac ako prejavy samotného ochorenia. Zámerom rádioterapie je aplikovať nádorovú dávku do presne určeného cieľového objemu pri maximálnej ochrane okolitých zdravých tkanív a kritických orgánov (Bella, 2005).

Systémová liečba

Rýchly rozvoj cytostatickej liečby v druhej polovici minulého storočia ukázal, že niektoré typy nádorovej choroby sú vysoko citlivé voči chemoterapii (Bella, 2005). Karcinóm prsníka patrí medzi ochorenia vysoko senzitivne na chemoterapiu. Viac ako 40 cytostatik je efektívnych pri tejto chorobe.

Fyzioterapia

Rehabilitácia je neoddeliteľnou súčasťou komplexnej liečby po operácii prsníka. Zlepšuje kvalitu života, zmiernuje bolesť, zlepšuje funkciu organizmu alebo postihnutých orgánov. Motivuje nielen po psychickej stránke ale aj fyzicky. Po operáciách prsníka je dôležitá včasná rehabilitácia. Cieľom je prevencia skorých pooperačných komplikácií (tromboembolická choroba, pooperačná pneumónia, pooperačná atelektáza pľúc), zväčšenie rozsahu pohybu v ramennom kĺbe na operovanej strane, symetrické používanie oboch horných končatín, prevencia stázy a edému, ovplyvnenie svalovej

dysbalancie v oblasti ramenného pletenca. Cieľom je aj zabránenie fixácie nesprávnych pohybových stereotypov. Liečebná rehabilitácia je individuálna. Závisí od klinického stavu, veku pacienta, rozsahu operačného výkonu a základného ochorenia. Rozlišujeme predoperačný a pooperačný rehabilitačný proces. Významné miesto zastáva edukácia a správne zaradenie a dôležitosť cvikov pred a po operácii (Husarovičová, 2005)

Predoperačná rehabilitácia

Cieľom liečebnej telesnej výchovy pred operačným výkonom je naučiť pacienta cvičebnú jednotku. Zameriavame sa na zvýšenie pľúcnej ventilácie a rozvinutie pohyblivosti hrudníka. Využívame prvky statickej, dynamickej a cievnej gymnastiky hornej končatiny (Husarovičová, 2005).

Pooperačná rehabilitácia

Nadväzuje na cvičenia v predoperačnej príprave. Výsledkom rehabilitácie po operácii prsníka je dosiahnutie čo najväčšieho rozsahu pohybu v ramene, prevencia svalovej dysbalancie, obnovenie pohyblivosti hrudníka, nácvik správnych pohybových stereotypov, prevencia a terapia lymfedému, zlepšenie kvality života (Husarovičová, 2005).

Kozmetická rehabilitácia

Náhrady prsníka silikónovými epitézami alebo chirurgickými rekonštrukciami zvýšia sebavedomie žien, ich komfort a nemalou mierou podporia ich plnohodnotné zaradenie sa do spoločnosti (Husarovičová, 2005).

Fyzikálna terapia

pri predchádzaní chorôb – prevencii,
v diagnostike,
v liečbe – rehabilitácii.

Cieľ fyzikálnej terapie je správne dávkovaným podnetom alebo sériou podnetov vyvolať v tele reakciu, ktorá:

podporuje uzdravovací proces,
zlepšuje a upravuje funkciu tkaniva alebo orgánov,
zvyšuje odolnosť tela proti infekciám a negatívnym vplyvom prostredia,
proti fyzickej a psychickej únave,
pomáha diagnostikovať niektoré choroby a ich štádiá.

Rozdelenie terapie podľa liečebne používaných podnetov:

Liečba pohybom – kinezioterapia

Lymfodrenážna masáž – oblasti indikácie sú lymfedémy vzniknuté na podklade

komplikácií onkologickej liečby. Potrebná je znalosť zdravotného stavu pacienta, stupeň choroby, stupeň lymfedému a dané kontraindikácie (Poláková, 2010).

V mieste nádoru alebo metastatického rozsevu je možná len aplikácia transkutálnej elektrickej neurostimulácie (TENS s analgetickým prúdom)

Mimo miesta nádoru je možná aplikácia analgetických nízkofrekvenčných, strednofrekvenčných prúdov a jednosmernej elektroterapie

Pri svalovom aparáte sa z elektroterapie aplikuje elektrostimulácia oslabených alebo denervovaných svalov (Hradil, 2010).

Fototerapia – ide o časť fyzikálnej terapie, ktorá využíva energiu fotónu na prevenciu a terapiu. Má protibolestivý účinok a pomáha k ústupu lokálnych edémov a zápalových procesov v organizme (Poláková, 2010).

Hydroterapia:

Vírivý kúpeľ – je indikovaný pri onkologických ochoreniach

Šťapacie kúpele – sú pri onkologických ochoreniach indikované

Liečebné plávanie – je najideálnejším využitím na liečbu funkčných porúch vzniknutých ako komplikácia pri onkologickej liečbe a na podpornú terapiu. Teplota vody by mala byť 29 – 30°C (Poláková, 2010).

Klimatoterapia – je liečba pobytom na takom mieste, ktoré má mimoriadne priaznivé alebo liečebné vlastnosti podnebia. Je ideálnou súčasťou liečby onkologického pacienta v remisii (Poláková, 2010).

Komplikácie po operácii karcinómu prsníka :

Deficit pohybu v ramennom kĺbe

Paréza plexus brachialis

Neuropatie, polyneuropatie, myopatie

Lymfedém a iné.

Lymfedém je vysokoproteínový opuch zapríčinený zmenšenou lymfatickou transportnou a proteolytickou kapacitou. Sekundárne lymfedémy, napr. u postmastektomických opuchov sú výsledkom uzlinovej extirpace a deštrukcie lymfatických ciev po chirurgickom zákroku, alebo neschopnosť makrofágov odsunúť abnormálne akumulované proteíny v intersticiu. Je to dlhodobé ochorenie, ktoré mení kvalitu života postihnutého a odráža sa aj na jeho psychike. Dôležitá je stabilizácia lymfedému.

Deficit pohybu v ramennom kĺbe – rádioterapia a chirurgický výkon môžu viesť

k postihnutiu mäkkých tkanív, skráteniu pridružených štruktúr a obmedzeniu pohyblivosti v ramennom kĺbe. Bolesť sa objavujú hlavne v ramennom kĺbe, v oblasti hrudnej steny, v oblasti axily po exentrácii, lymfedém (Husarovičová, 2005).

Cielom je:

- fyzioterapiu indikovať čo najskôr po operácii,
- snažiť sa o dosiahnutie nebolestivého, funkčného ramenného kĺbu,
- prevenciu svalovej dysbalancie v oblasti ramenného pletenca,
- obnovenie voľnej pohyblivosti hrudníka a správny stereotyp dýchania,
- zamedzenie fixácie nesprávnych pohybových stereotypov,
- prevencia a terapia lymfedému (Husarovičová, 2005).

Záver

Po diagnostike rakoviny prsníka je najdôležitejšie počúvať rady lekára a spolupracovať s ním. Rakovina prsníka patrí v rámci rakovinových ochorení k nádorom s dobrou prognózou liečby, ale len vtedy, ak sa dodržiava predpísaný liečebný postup. Ten sa väčšinou skladá z viacerých liečebných na seba nadväzujúcich postupov – chirurgická liečba, rádioterapia, chemoterapia, hormonálna liečba. Pri liečbe sú tiež nutné pravidelné lekárske kontroly. Bez liečby rakovina prsníka sama neustúpi, iba sa zhorší, často až do ťažko liečiteľného štádia.

Ženy, ktoré už prekonali rakovinu prsníka sa cítia stále ohrozené a preto aj oni potrebujú pomoc. Najviac pomôže rodina, ale ženy potrebujú aj odbornejšiu starostlivosť. Môžu preto kontaktovať napríklad rôzne inštitúcie, ktoré sa zameriavajú na pomoc ženám s rakovinou prsníka. Snažia sa o zlepšenie kvality života, ponúkajú poradenské služby i informačnú podporu. Jednou z organizácií je aj Liga proti rakovine. Bola založená pred viac ako 25 rokmi. Je občianskym združením s cieľom: „*Pomáhať onkologickým pacientom, ich rodinám a blízkym.*“

Dôležitá je sociálna rehabilitácia. Poslaním sociálnej rehabilitácie je u chorých predovšetkým

pomoc pri pracovnom uplatnení, zaistenie potrebných úprav na pracovisku, bývania, realizácia dopravy a pomoc pri úplnej pracovnej neschopnosti.

LITERATÚRA:

- DRAŽAN, L.– MĚŠTÁK, J.: Rekonstrukce prsu po mastektomii. Praha : Grada Publishing, 2006. 166 s. ISBN 978-80-247-1123-2.
- ABRAHÁMOVÁ, J. a kol.: Co byste měli vědět o rakovině prsu. Praha : Grada Publishing, 2009. 143 s. ISBN 978-80-247-3063-9.
- MĚŠTÁK, J.: Prsa očima plastického chirurga. Praha : Grada Publishing, 2007. 92 s. ISBN 978-80-247-1834-7.
- BINOVSÝ, A. a kol. 1998, Anatomia II. Bratislava: Univerzita Komenského. 1998. 191 s. ISBN 80-223-1134-0.
- PLAČKOVÁ, A.– BAVALOVÁ, S (Závěrečná práce BC 2018)
- KOPECKÝ, Š. a kol. 2002. Základy anatomie člověka. Trnava: SAP-Slovak Academie Press, spol. s.r.o. 2002, 179 s. ISBN 80-85665-61-1.
- DYLEVSKÝ, I. 2006. Lymfa a míza. Poznáni, 1. máje 29, Olomouc, 106 s. ISBN 80-86606-42-2.
- VORLÍČEK, J. – ABRAHÁMOVÁ, J. – VORLÍČKOVÁ, H. a kol.: Klinická onkologie pro sestry. Praha : Grada Publishing, 2012. 448 s. ISBN 978-80-247-3742-3.
- VODIČKA, J.: Speciální chirurgie. Praha : Karolinum Press, 2014. 318 s. ISBN 978-80-246-2512-6.
- LEHOTSKÁ, V. – PRÍKAZSKÁ, M.: Mamografia – jej význam, možnosti, technické trendy, súčasný stav a perspektíva. In Onkológia. Roč. 1, 2006, č. 1. ISSN 1336-8176. s. 19 – 21.
- ŠLAMPA, P. – PETERA, J. a kol.: Radiační onkologie. Praha : Karolinum, 2007. 457 s. ISBN 978-80-246-1443-4.
- JURGA, L. a kol. 2010. Klinická a radiačná onkológia II. diel. Martin : Osveta, 2012. s. 782-1658. ISBN 978-80-8063-302-8.
- KAUŠITZ, J.– ALTANER, Č. a kol.: Onkológia. Bratislava : Slovenská akadémia vied, 2003. 712 s. ISBN 80-224-0711-9.
- KUZMA, I.: Rakovina prsníka. 12. vyd. Bratislava : Liga proti rakovine SR, 2011. 57 s. ISBN 978-80-89201-32-7.
- REPKOVÁ, A. a kol.: Gynekologické ošetrovatel'stvo. Martin : Osveta, 2006. 138 s. ISBN 80-8063-236-7.
- ADAM, Z. 2006. Epidemiologie, etiologie a patologie nádorů. In VORLÍČEK, J. a kol. 2006. Klinická onkologie pro sestry. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 15-39 s. ISBN 80-247-1716-6.

- BELLA, V. 2005. Karcinóm prsníka. Banská Bystrica: Advert, 2005. 15-20 s. ISBN 80-223-1134-0.
- SVOBODNÍK, A. 2003. Rizikové faktory vzniku karcinomu prsu. In ABRAHÁMOVÁ, J. a kol. 2003. Možnosti včasného záchytu rakoviny prsu. Praha: Grada Publishing a.s., 2003. 41-52s. ISBN 80-247-0499-4.
- ŽALOUDEK, J.: Vyhněte se rakovině. Praha : Grada Publishing, 2008. 192 s. ISBN 978-80-247-6285-2.
- HUSAROVICHOVÁ, E. 2005. Rehabilitácia po operácii karcinómu prsníka. In BELLA, V. a kol., 2005. Karcinóm prsníka. Banská Bystrica: Advert, 2005. 128-136 s. ISBN 80-968297-2-6.
- POLÁKOVÁ, M. a kol. 2010. Využitie balneoterapie a klimatoterapie v liečbe onkologických pacientov. In Ošetrovateľský obzor. ISSN 1336-5606, 2010, Roč. 7, č.6, s. 144-146.
- PLAČKOVÁ, A. – RAJCSÁNYI, M. (Záverečná práca BC 2016).
- HRADIL, V. 2009. Lečebná rehabilitace v onkologii. In KOLÁŘ, P. a kol. 2009. Rehabilitace v klinické praxi. Praha: Galén, 2009. 609-622 s. ISBN 978-80-7262-657-1.

Kontaktné údaje:

PhDr. Anna Plačková, PhD.

Univerzita sv. Cyrila a Metoda v Trnave

Inštitút fyzioterapie, balneológie a liečebnej rehabilitácie

Rázusova 14

921 01 Piešťany

E-mail: anna.plackova@ucm.sk

Tel.: +421 337 301 334

Recenzované: 22.10.2018

Prijaté do tlače: 15.11.2018