

4 510.76
Т 93

0762.

ЛЬВІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ

Тимрук-Скоронад Катерина Анатоліївна

УДК: 796:615.825:616.694+616.24

**ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ЧОЛОВІКІВ ПІСЛЯ
ЛОБЕКТОМІЇ ТА ПУЛЬМОНЕКТОМІЇ У
ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ**

24.00.03 – *фізична реабілітація*

АВТОРЕФЕРАТ

дисертації на здобуття наукового ступеня кандидата наук
з фізичного виховання і спорту

Львів – 2007

Дисертацією є рукопис.

Роботу виконано на кафедрі фізичної реабілітації Львівського державного університету фізичної культури Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту.

Науковий керівник – кандидат медичних наук, доцент
Рябуха Ольга Іллівна,
Львівський державний університет фізичної культури, доцент кафедри фізичної реабілітації.

Офіційні опоненти: доктор медичних наук, професор
Фещич Тарас Григорович,
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, завідувачий кафедрою онкології та медичної радіології.

кандидат медичних наук, доцент
Коваленченко Володимир Федорович,
Національний університет фізичного виховання і спорту України, доцент кафедри фізичної реабілітації.

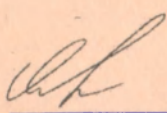
Провідна установа Міжнародний економіко-гуманітарний університет імені академіка Степана Дем'янчука, кафедра фізичної реабілітації, Міністерство освіти і науки України, м. Рівне.

Захист відбудеться **22 травня 2007 року** о 15 годині 00 хвилин під час засідання спеціалізованої вченої ради К 35.829.01 Львівського державного університету фізичної культури за адресою: м. Львів, вул. Костюшка, 11.

З дисертацією можна ознайомитися у бібліотеці Львівського державного університету фізичної культури (79000, м. Львів, вул. Костюшка, 11).

Автореферат розіслано 21 квітня 2007 року.

Учений секретар
спеціалізованої вченої ради


О. М. Вацеба



ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність. В Україні, як і у більшості країн світу, спостерігається негативна тенденція до щорічного зростання захворюваності на різноманітну онкологічну патологію (Варивочник Д. В., 2005). У структурі статевої онкологічної захворюваності чоловічого населення України перше місце належить раку легень (22,3-25,3%); кількість хворих з цією патологією щорічно збільшується (Федоренко З. П. зі співавт., 1998; Шалімов С. А. зі співавт., 1999; Варивочник Д. В., 2005). Основним методом лікування раку легень залишаються радикальні хірургічні операції, зокрема лобектомія та пуньмонектомія (Перельман М., 2001; Соколов О. Д., 2001; Радіонов Б. зі співавт., 2004; Фецич Т. Г., 2006), відтак кількість пацієнтів, прооперованих з приводу раку легень, постійно зростає.

З огляду на те, що фізична реабілітація є потужним засобом позитивного впливу на організм, зокрема на функціональний стан апарату вентиляції легень (Dean E., Frownfelter D., 1996; Шевченко А. І., 2001; Drake D. et al., 2004; Коваленченко В. Ф., 2003, 2005), її застосування має велике значення у комплексній підготовці до торакальних операцій та у період післяопераційного відновлення. Доведено, що застосування фізичної реабілітації у післяопераційному періоді зменшує ймовірність виникнення ускладнень, сприяє утворенню тимчасових і постійних компенсацій та підготовці до фізичних навантажень побутового і професійного характеру, що підвищує рівень якості життя в цілому (Win T. et al., 2005). Переважна більшість досліджень щодо застосування засобів фізичної реабілітації в торакальній хірургії стосується таких легеневих захворювань, як туберкульоз, бронхоектатична хвороба, кисти, абсцес тощо (Кузин М. І., 1984; Іванова Т. І., 2002; Коваленченко В. Ф., 2003, 2005, 2006). Водночас, попри подібність механізмів проведення таких втручань, як лобектомія і пуньмонектомія, при неонкологічних та онкологічних патологіях легень, методика їх виконання у хворих на рак має суттєві відмінності. Переважно вони зумовлені необхідністю дотримання принципу радикальності, який передбачає часткове видалення навколишніх тканин, що визначає наявність певних особливостей перебігу післяопераційного періоду у цього контингенту хворих.

Останнім часом вітчизняні дослідники приділяють значну увагу заходам фізичної реабілітації при різноманітних порушеннях та захворюваннях (Василенко М. М., 1999; Лазарева Є. Б., 1999; Макарова Е. В., 2002; Гусев Т. П., 2003; Івасик Н. О., 2005; Жарова І. О., 2005; Соколова Н. І., 2005; Бісмак О. В., 2006). Разом з тим, питання фізичної реабілітації пацієнтів, прооперованих з приводу раку легень, висвітлені недостатньо. Це підтверджує необхідність розробки таких програм фізичної реабілітації хворих на рак легень, які, ґрунтуючись на досягнутому та узагальнюючи прогресивний досвід, враховували б сучасні принципи застосування реабілітаційних впливів, нові схеми лікування основного захворювання (Фецич Т. Г., 2007). Таким чином, вивчення впливу фізичної реабілітації на об'єктивні показники фізичного та функціонального стану хворих на рак легень і різні аспекти якості їхнього життя є актуальним.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертацію виконано відповідно до теми 4.1.2 "Фізична реабілітація неповносправних осіб з

326/2

руховими дисфункціями” Зведеного плану науково-дослідної роботи у сфері фізичного виховання та спорту на 2006-2010 рр. Міністерства України у справах сім’ї, молоді та спорту (номер державної реєстрації 0106 U 012608).

Об’єкт дослідження – фізична реабілітація після торакальних хірургічних втручань.

Предмет дослідження – вплив засобів фізичної реабілітації на чоловіків після лобектомії та пульмонектомії.

Мета дослідження – розробка та апробація програми фізичної реабілітації чоловіків після лобектомії та пульмонектомії з приводу раку легень у післяопераційному періоді.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати та узагальнити дані літературних джерел з проблеми фізичної реабілітації пацієнтів, прооперованих з приводу раку легень.
2. Визначити функціональний стан системи зовнішнього дихання, фізичний стан та основні аспекти якості життя чоловіків, хворих на рак легень до хірургічного втручання.
3. Розробити програму фізичної реабілітації та методичні підходи до її індивідуалізації у чоловіків після лобектомії та пульмонектомії з приводу раку легень у післяопераційному періоді.
4. Вивчити вплив розробленої програми фізичної реабілітації на функціональний стан системи зовнішнього дихання, загальний фізичний стан та рівень основних аспектів якості життя чоловіків, яким було виконано лобектомію та пульмонектомію з приводу раку легень.

Методи дослідження: аналіз і узагальнення даних спеціальної науково-методичної літератури з проблеми фізичної реабілітації хворих на рак легень; соціологічні методи дослідження; медико-біологічні методи дослідження (інструментальні, фізіометричні, антропометрія); методи математичної статистики.

Наукова новизна отриманих результатів. Уперше розроблено алгоритми процесу фізичної реабілітації чоловіків, хворих на рак легень, що передбачає підбір адекватних методів обстеження, встановлення наявних порушень функціонального стану пацієнта, визначення завдань та засобів фізичної реабілітації. Запропоновано методичні підходи до індивідуалізації реабілітаційного процесу, адекватні характеру захворювання та загальному стану пацієнта.

Обґрунтовано програму фізичної реабілітації чоловіків після лобектомії та пульмонектомії на етапах реабілітаційно-відновного процесу, яка базується на сучасних принципах фізичної реабілітації хворих на рак легень.

Встановлено позитивний вплив запропонованої програми фізичної реабілітації на ступінь і терміни відновлення показників функціонального стану дихальної та – серцево-судинної систем, рухливість плечового суглоба з оперованого боку та загальний фізичний стан обраного контингенту досліджуваних, що в кінцевому результаті сприяє зменшенню кількості стаціонарних ліжко-днів після виконаних хірургічних втручань.

Доведено позитивний вплив розробленої програми фізичної реабілітації на рівень основних компонентів якості життя у чоловіків, яким було виконано лобектомію та пульмонектомію з приводу раку легень.

Практичне значення одержаних результатів полягає у розробці програми фізичної реабілітації чоловіків, хворих на рак легень, яка ґрунтується на комплексному застосуванні широкого спектру реабілітаційних засобів (дихальні та фізичні вправи, масаж, інгаляції ефірними оліями). Запропонована програма дозволяє враховувати індивідуальні особливості пацієнта, що оптимізує передопераційну підготовку, прискорює післяопераційне відновлення функціонального стану обстежених систем організму та покращує рівень основних аспектів якості життя.

Розроблено анкету для вивчення основних аспектів якості життя чоловіків, хворих на рак легень, яка адаптована до віку, соціального статусу й умов стаціонарного лікування пацієнтів. Це дозволяє оцінити суб'єктивне самопочуття чоловіків, хворих на рак легень, їхній психоемоційний фон, соціально-трудоий статус та функціональний стан в умовах стаціонару.

Основні положення дисертації представлено у методичному посібнику «Фізична реабілітація хворих при радикальному лікуванні раку легень в умовах стаціонару» (2005), а також використані для доповнення змісту навчальної дисципліни «Фізична реабілітація» для студентів факультету фізичної реабілітації Львівського державного університету фізичної культури.

Розроблено практичні рекомендації для фахівців фізичної реабілітації щодо роботи з чоловіками, яким було виконано лобектомію та пульмонектомію з приводу раку легень, а також для пацієнтів після лобектомії та пульмонектомії, які проходять курс фізичної реабілітації.

Матеріали досліджень можуть використовуватися: а) в умовах лікувальних та реабілітаційних закладів під час фізичної реабілітації чоловіків після лобектомії та пульмонектомії; б) для підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації фахівців фізичної реабілітації в навчальних закладах.

Розроблена програма фізичної реабілітації чоловіків після лобектомії та пульмонектомії знайшла практичне застосування у лікувально-відновній роботі торакального відділення Львівського державного онкологічного регіонального лікувально-діагностичного центру, що підтверджено актами впровадження.

Особистий внесок здобувача полягає у самостійному визначенні напрямку, мети, завдань дослідження, проведенні анкетування, створенні та обґрунтуванні програми фізичної реабілітації, нагромадженні теоретичного та експериментального матеріалу, аналізі й опрацюванні отриманих даних та в безпосередньому виконанні основного обсягу дисертаційної роботи, узагальненні та аналізі отриманого матеріалу.

У роботах, які виконані у співавторстві, дисертантові належать результати досліджень, що стосуються фізичної реабілітації чоловіків після лобектомії та пульмонектомії з приводу раку легень.

Апробація результатів дисертації. Основні ідеї та результати дисертаційного дослідження були представлені на міжнародних наукових конференціях «Фізична культура, спорт і здоров'я» (Харків, 2004), «Молода спортивна наука України» (Львів, 2004, 2005, 2006), науково-практичній конференції «Актуальні проблеми фізичного виховання та спорту на сучасному етапі» (Чернігів, 2006), на семінарах Львівської обласної асоціації фахівців фізичної реабілітації, на засіданнях кафедри

фізичної реабілітації та наукового гуртка аспірантів Львівського державного університету фізичної культури.

Публікації. Результати дисертаційної роботи відображено у 12 публікаціях (з них 2 виконано у співавторстві), серед яких один методичний посібник для фахівців фізичної реабілітації та 11 статей і тез доповідей на наукових конференціях різних рівнів. Шість статей опубліковано в наукових фахових виданнях ВАК України.

Структура й обсяг дисертації. Дисертація складається з переліку умовних скорочень, вступу, шести розділів, висновків, практичних рекомендацій, списку літературних джерел, додатків. Загальний обсяг: 188 сторінок друкованого тексту, з них 154 сторінки основного тексту. Список використаної літератури складається з 201 джерела, серед яких 57 – іноземних авторів. Робота містить 27 таблиць, 16 рисунків і 9 додатків.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

У **вступі** обґрунтовано актуальність проблеми, визначено мету і завдання дослідження, охарактеризовано наукову новизну та практичне значення роботи, описано особистий внесок здобувача, подано структуру й обсяг дисертаційного дослідження.

У **першому розділі** «Фізична реабілітація при хірургічному лікуванні хворих на рак легень» проаналізовано та узагальнено наукову та методичну літературу з питань сучасного стану реабілітаційної допомоги онкологічним хворим в Україні, особливостей хірургічного лікування та перебігу післяопераційного періоду у хворих на рак легень, фізичної реабілітації пацієнтів після лобектомії та пульмонектомії.

Актуальність наукових досліджень зумовлена зростанням рівня захворюваності на рак легень серед населення України і необхідністю вдосконалення медичної, соціальної та реабілітаційної допомоги онкологічним хворим відповідно до сучасних стандартів лікування. Проте реабілітаційна допомога зазначеному контингенту хворих в Україні обмежується переважно її медичним та психологічним аспектами, а застосування засобів фізичної реабілітації в лікувально-відновному процесі таких пацієнтів здійснюється епізодично, без системного підходу та стосується невеликої кількості локалізацій (зокрема раку молочної залози).

Встановлено, що більшість вітчизняних методик фізичної реабілітації при радикальному лікуванні раку легень були розроблені в останній чверті минулого століття (Мельніков Р. А., 1980; Герасименко В. Н. зі співавт., 1980, 1982, 1987; Городилова В. В. зі співавт., 1982; Грачев А. Д., Андреева Л. А., 1986). Відомі іноземні реабілітаційні розробки (Frownfelter D., Dean E., 1996; Courneya K. S. et al., 1999; Mary A. W., Anna S. J., 2000; Brown J., et al., 2001; Schneider C. M. et al., 2002) не адаптовані до вітчизняних соціально-економічних умов, вимог та особливостей лікувально-відновного процесу. У доступній нам літературі практично не виявлено систематизованих даних щодо особливостей застосування засобів фізичної реабілітації у чоловіків, яким було виконано лобектомію або пульмонектомію з приводу раку легень. Відсутні сучасні програми фізичної реабілітації цього контингенту хворих та характеристика їхнього впливу на функціональний, фізичний

та психоемоційний стан пацієнтів, чіткі методичні вказівки щодо їхнього реабілітаційного обстеження та підбору адекватних реабілітаційних засобів, що дозволило б індивідуалізувати процес фізичної реабілітації на всіх етапах лікувально-відновного процесу.

Другий розділ «Методи та організація дослідження» містить перелік і характеристику методів дисертаційного дослідження, опис етапів дослідження.

Вирішення поставлених у дисертаційній роботі завдань передбачало проведення дослідження трьома етапами.

Перший етап (жовтень 2003 р. – січень 2004 р.) було присвячено вивченню і теоретичному осмисленню проблеми. Аналіз літературних джерел дозволив сформулювати робочу гіпотезу, обґрунтувати мету, визначити основні завдання дослідження та шляхи їх вирішення, розробити методологічний апарат і схему дослідження. Були визначені та освоєні методи дослідження, які використовувалися у дисертаційній роботі. Рівень основних аспектів якості життя визначався шляхом анкетування; функціональний стан системи зовнішнього дихання досліджувався комп'ютерною спірографією та спірометрією з визначенням життєвої ємності легень, об'єму форсованого видиху за першу секунду, індексу Тіффно, пікової об'ємної швидкості видиху, максимальної об'ємної швидкості видиху, середньої об'ємної швидкості видиху; загальний фізичний стан досліджували за допомогою пульсометрії, тонометрії, функціональних проб Штанге та Генчі, визначення антропометричних та аналізу розрахункових показників; для вимірювання амплітуди рухів у плечовому суглобі застосовували гоніометрію. Під час вибору основних методів дисертаційного дослідження ми керувалися вимогами щодо їх відповідності поставленим завданням та можливістю об'єктивної оцінки функціонального стану систем організму обраного контингенту пацієнтів.

На другому етапі (лютий 2004 р. – березень 2006 р.) проводилися практичні дослідження на базі торакального відділення Львівського державного онкологічного регіонального лікувально-діагностичного центру. У дослідженні взяли участь 56 пацієнтів-чоловіків, хворих на рак легень. Середній вік обстежуваних становив $59,21 \pm 8,35$ років. За типом операції методом випадкової вибірки було сформовано основну та порівняльну групи по 28 осіб у кожній. До основної групи увійшли 10 осіб, яким планувалося виконання лобектомії (ОГл, підгрупа а), та 18 осіб, яким планувалося виконання пульмонектомії (ОГп, підгрупа б). Порівняльна група за кількістю чоловіків і типом операцій була ідентична основній групі та складалася з 10 осіб, яким планувалося виконання лобектомії (ПГл, підгрупа а), та 18 осіб, яким планувалося виконання пульмонектомії (ПГп, підгрупа б).

Початкові дослідження полягали у зборі інформації щодо загального фізичного стану пацієнтів, визначенні функціонального стану дихальної системи та рівня основних аспектів якості життя чоловіків, яким планувалося виконання лобектомії та пульмонектомії. На основі отриманих даних індивідуалізували підхід до практичного використання засобів фізичної реабілітації, зокрема створювали програми фізичної реабілітації. Це передбачало проведення реабілітаційного обстеження, постановку завдань, підбір адекватних реабілітаційних засобів та проведення поточного контролю за результатами їхнього впливу. Кінцеві

дослідження здійснювали перед випискою пацієнтів зі стаціонару (в середньому на 10-ий день після операції).

Третій етап (грудень 2005 р. – вересень 2006 р.) було присвячено визначенню ефективності розробленої програми фізичної реабілітації шляхом математичної обробки та порівняння результатів початкового і кінцевого дослідження, їх аналізу та інтерпретації.

На підставі отриманих даних було здійснено апробацію основних положень дисертації на конференціях, оформлено дисертаційну роботу, розроблено рекомендації щодо впровадження отриманих результатів у практику.

У третьому розділі «Особливості передопераційного функціонального стану дихальної системи, фізичного стану та рівня основних аспектів якості життя чоловіків, хворих на рак легень» подано характеристику початкових показників функціонального стану системи зовнішнього дихання, загального фізичного стану та рівня основних аспектів якості життя чоловіків, яким було заплановане виконання лобектомії або нульмонектомії.

За результатами аналізу початкового дослідження обстежуваних основної та порівняльної підгруп, яким було заплановано лобектомію, встановлено, що більшість показників функціонального стану системи зовнішнього дихання, загального фізичного стану та рівня основних аспектів якості життя були зниженими; рідше вони перебували у межах норми чи умовної норми. Зокрема, середні показники ЖЄЛ в обстежуваних становили $3,04 \pm 0,27$ л у ОГл та $3,57 \pm 0,29$ л у ПГл, що становило відповідно $81,58 \pm 5,61\%$ та $82,67\%$ від належного рівня для обраного контингенту обстежуваних. Показники індексу Тіффно (ОФВ₁/ЖЄЛ), середньої об'ємної швидкості середини видиху (СОШ₂₅₋₇₅), дихального об'єму та вентиляційного індексу в обстежуваних обох підгруп перебували у межах норми, водночас виявлено зниження показників максимальної об'ємної швидкості середини видиху (МОШ₇₅), середньої об'ємної швидкості кінця видиху (СОШ₇₅₋₈₅) та відсотка використання ЖЄЛ.

Показники хвилинного об'єму дихання (ХОД) в обстежуваних обох підгруп були вищими за значення умовної норми і в середньому становили відповідно $164,33$ та $181,7\%$ від належного рівня, що зумовлено компенсаторним збільшенням частоти дихання.

Середні значення показника систолічного артеріального тиску в обстежуваних обох обговорюваних підгруп, були у межах норми, однак у 40% обстежуваних ОГл та у 30% обстежуваних ПГл вони були дещо вищими за норму. У 40% обстежуваних ОГл та у 60% обстежуваних ПГл показники частоти серцевих скорочень були збільшеними щодо нормального значення. Показники частота дихання (ЧД) у 50% обстежуваних ОГл та 40% обстежуваних ПГл були більші за норму; середній показник ЧД в обох підгрупах перебував у межах умовної норми.

Показники проб Штанге та Генчі в обстежуваних обох підгруп були нижчі за норму. Значення індексу Скібінської в обстежуваних обох підгруп перебували на задовільному рівні. Значення коефіцієнту витривалості у пацієнтів ОГл та ПГл дорівнювали відповідно $11,06 \pm 0,78$ та $10,17 \pm 0,56$ ум. од. ($p=0,37$).

Екскурсія грудної клітки становила $5,1 \pm 0,43$ та $5,15 \pm 0,8$ см в обстежуваних ОГл та ПГл відповідно ($p > 0,05$). Показники амплітуди рухів у плечовому суглобі (згинання, розгинання, відведення) у пацієнтів обох підгруп перебували у межах норми.

Таким чином, функціональний стан системи зовнішнього дихання у пацієнтів обох підгруп, яким було заплановано лобектомію, мав незначні або помірні порушення за обструктивним або змішаним типом. Зменшення пікової об'ємної швидкості видиху та показників максимальної об'ємної швидкості видиху вказувало на звуження просвіту бронхів, що є наслідком наявності пухлини, бронхіального спазму та запальних змін у бронхах. Зменшення параметрів дихального об'єму та дещо менше за норму використання ЖЄЛ, компенсувалися тахіпноє.

За результатами аналізу початкових показників функції зовнішнього дихання в обстежуваних обох підгруп, яким була запланована пульмонектомія, статистично достовірної різниці між жодними середніми значеннями досліджуваних параметрів не виявлено. Середні значення ЖЄЛ у відсотках до належних величин в обстежуваних ОГп та ПГп були дещо зменшені. Показники ЖЄЛ були в межах норми та умовної норми у 42,1% обстежуваних ОГп та 47,4% обстежуваних ПГп. Різке та значне зниження ЖЄЛ було виявлено у 10,5% обстежуваних ОГп та ПГп.

У більшості обстежуваних обох підгруп, яким було заплановано пульмонектомію, спостерігалось незначне зменшення середнього значення об'єму форсованого видиху за першу секунду (ОФВ₁); значне зменшення цього показника встановлено у 15,8% обстежуваних в обох вказаних підгрупах.

Значне зниження значення пікової об'ємної швидкості видиху (ПОШ) було виявлено у 15,3% обстежених ОГп, у 10,5% цей показник був різко зменшеним; у пацієнтів ПГп аналогічний розподіл становив відповідно 26,3 та 5,3%.

Значення показників максимальної об'ємної швидкості видиху в обстежуваних обох підгруп були незначно зменшені. Аналіз показників СОШ₂₅₋₇₅ виявив наявність їх значного зменшення у 26,3% обстежуваних ОГп та у 10,5% обстежуваних ПГп.

Показник ХОД у пацієнтів обох підгруп був значно вищим за умовну норму і в середньому становив 178,2 та 189,0% від належного ХОД в обстежуваних ОГл та ПГл відповідно.

Початкові показники артеріального тиску, частоти серцевих скорочень та частоти дихання у пацієнтів ОГп та ПГп, перебували у межах умовної норми. У 52,6% обстежуваних ОГп та ПГп показника систолічного артеріального тиску були дещо вищими за норму.

Середні показники функціональних проб Штанге та Генчі у пацієнтів обох підгруп були значно нижчі за норму, середні значення індексу Скібінської були задовільними, значення коефіцієнту витривалості дорівнювали $11,21 \pm 0,48$ та $10,28 \pm 0,63$ ум. од. у пацієнтів ОГп та ПГп відповідно ($p = 0,25$).

Екскурсія грудної клітки була зменшена і становила $3,9 \pm 0,27$ та $4,0 \pm 0,24$ см в обстежуваних ОГп та ПГп відповідно.

Як показав аналіз рівня якості життя, жоден з респондентів основної та порівняльної груп не набрав максимальної загальної кількості балів анкети (табл. 1).

Середні значення вихідних показників розділів «Самопочуття», «Психоемоційний фон» та «Соціально-трудова статус» у обстежуваних ОГл були зниженими поряд з практично максимальною кількістю набраних балів за розділ «Функціональний стан».

Таблиця 1

Оцінка основних аспектів якості життя чоловіків, яким планувалася лобектомія або пульмонектомія

Група	Аспекти якості життя (максимально можлива кількість балів)				
	Самопочуття	Психоемоційний фон	Соціально-трудова статус	Функціональний стан	Загальна кількість балів
	(20 балів)	(22 бала)	(17 балів)	(14 балів)	(73 бала)
ОГл, M±m	15,8±0,84	14,8±0,51	12,8±0,57	13,1±0,35	56,5±0,97
ПГл, M±m	15,7±0,37	15,2±0,53	12,3±0,76	13,7±0,15	56,9±1,26
p	0,91	0,59	0,61	0,13	0,8
ОГп, M±m	15,22±0,38	15,11±0,43	13,61±0,51	13,44±0,18	57,38±0,88
ПГп, M±m	15,0±0,64	15,5±0,4	12,6±0,36	13,11±0,27	56,22±0,85
p	0,77	0,51	0,12	0,31	0,35

Аналіз відповідей на питання розділу «Самопочуття» обстежуваних ОГл та ПГл виявив, що основними скаргами стосовно самопочуття були наявність періодичного або частого кашлю, на який скаржилися відповідно 60,0 та 80% обстежуваних. Труднощі з відкашлюванням або наявність сухого кашлю відзначали 40,0 та 30,0% обстежуваних ОГл та ПГл відповідно, загальну слабкість – 40,0 та 60,0%, порушення серцевої діяльності у вигляді сильного серцебиття – 50,0% респондентів обох підгруп. Наявність задишки, утруднення дихання та запаморочення спостерігалися у незначній кількості обстежуваних обговорюваних підгруп. Аналіз відповідей на питання розділу «Психоемоційний фон» показав, що більшість пацієнтів відчували тривогу та періодичне погіршення настрою. Загальний бал анкети якості життя обстежуваних ОГл та ПГл був у середньому на 16,5 та 16,1 бала нижчим за максимально можливу кількість балів цієї анкети. Детальний аналіз відповідей на питання анкети пацієнтів основної та порівняльної підгруп, яким планувалася пульмонектомія, вказав на ті ж особливості сприйняття ними свого стану, що й у обстежуваними ОГл та ПГл. Загальний бал анкети якості життя обстежуваних ОГп та ПГп був у середньому на 15,62 та 16,78 бала нижчим за максимально можливу кількість балів цієї анкети.

У четвертому розділі «Програма фізичної реабілітації чоловіків після лобектомії та пульмонектомії з приводу раку легень» викладено розроблену програму фізичної реабілітації чоловіків при хірургічному лікуванні раку легень.

Практичне застосування розробленої програми фізичної реабілітації було адекватним щодо кожного з чотирьох періодів лікувально-відновного процесу та відповідало основним принципам фізичної реабілітації: ранній початок застосування заходів фізичної реабілітації; індивідуалізація реабілітаційних заходів; безперервність та систематичність; послідовність та поступовість; комплексний характер фізичної реабілітації.

Розроблено алгоритми процесу фізичної реабілітації відповідно до лікувально-відновного періоду, які передбачають реабілітаційне обстеження, встановлення основних порушень функціонального стану, визначення реабілітаційних завдань та індивідуальних засобів фізичної реабілітації. Разом з ґрунтовним описом основних напрямків впливу обраних реабілітаційних засобів це дає змогу чітко та структуровано, крок за кроком зрозуміти весь процес фізичної реабілітації. Основними засобами фізичної реабілітації були дихальні (статичні, динамічні) та фізичні (активні, пасивні, загальнозміцнювальні) вправи, інгаляції спеціально підібраними ефірними оліями, лікувальний масаж. Відповідно до періоду лікувально-відновного процесу для інгаляцій були підбрані ефірні олії полину лимонного, м'яти, піхти, лаванди, шавлії та евкаліпту. Фармакологічні якості та широкий спектр фізіологічної дії ефірних олій в інгаляціях проявляється у їх антимікробному, антибактеріальному, протівірусному, протизапальному впливі, що сприяє швидшому розсмоктуванню запальної інфільтрації в бронхах, відновленню захисних функцій організму та скороченню терміну загоєння ран (Пилипчук В. Н., 1988; Meyers P. G. et al., 1996; Сюрин С. А., 1998). Залежно від виду ефірної олії, яка застосовується для інгаляції, спостерігають тонізуючу, кардіостимулюючу, спазмолітичну, анальгезуючу, гіпотензивну або відхаркуючу дію. Лікувальний масаж застосовувався на певних ділянках тіла у відповідності з періодом лікувально-відновного процесу. Зокрема, у ранньому післяопераційному періоді проводили масаж нижніх і верхніх кінцівок та живота. У пізньому післяопераційному періоді основний акцент у масажі приділявся ділянкам нижніх кінцівок, грудної клітки та сегментарно-рефлекторному масажу комірцевої зони. У віддаленому післяопераційному періоді масаж паравертебральних ділянок спинномозкових сегментів на рівнях L₅-L₁, D₁₂-D₁, C₇-C₃ поєднували з масажем грудної клітки. Для покращення функціонального стану вегетативної нервової системи та підвищення тону симпатичної та парасимпатичної систем застосовували сегментарно-рефлекторний масаж ділянок D₁₀-D₁₂ L₁.

Основні особливості розробленої програми фізичної реабілітації такі:

1. Зміст і структура програми дають змогу підбирати необхідні засоби реабілітації в оптимальному дозуванні, що сприяє відновленню порушеного функціонального стану систем організму та корекції виявлених змін, зменшує ризик перевантаження організму пацієнтів недоцільним застосуванням надмірної кількості засобів фізичної реабілітації.

2. Застосування розроблених алгоритмів фізичної реабілітації дає можливість індивідуалізувати процес фізичної реабілітації відповідно до наявних у пацієнта скарг та відхилень у його функціональному стані, підбирати найбільш доцільні реабілітаційні засоби, проводити контроль за ефективністю фізичної реабілітації.

3. Застосування заходів фізичної реабілітації у передопераційному періоді дозволяє не тільки навчити пацієнтів прийомам малоболючого відкашлювання та довільного керування власним диханням, але й покращити функціональний стан системи зовнішнього дихання, підготувати пацієнта до запланованого хірургічного втручання.

4. Інгаляції ефірними оліями підвищують ефективність подальшого застосування основних реабілітаційних засобів (зокрема дихальних вправ),

сприяють профілактиці запальних процесів дихальних шляхів, нормалізують діяльність серцево-судинної і нервової систем.

5. Застосування засобів фізичної реабілітації різної спрямованості впливу сприяє нормалізації роботи основних функціональних систем організму, відновленню функціональних можливостей верхньої кінцівки на оперованому боці. Пояснення пацієнтам мети та завдань фізичної реабілітації сприяє залученню їх до співпраці з реабілітологом та активної участі у реабілітаційному процесі (контроль за частотою серцевих скорочень та дихання, підрахунок кількості повторення вправ та підходів, аналіз самопочуття з акцентом на його позитивних змінах тощо), що закономірно сприяє покращенню основних аспектів якості життя.

6. Вибір засобів фізичної реабілітації здійснюється відповідно до наявних у кожного пацієнта скарг, функціональних порушень та поставлених реабілітаційних завдань, які логічно випливають з попередніх і є підґрунтям для наступного етапу фізичної реабілітації.

У п'ятому розділі «Вплив розробленої програми фізичної реабілітації на функціональний стан дихальної системи, загальний фізичний стан та основні аспекти якості життя чоловіків, яким було виконано лобектомію або пульмонектомію з приводу раку легень» обґрунтовано ефективність розробленої програми фізичної реабілітації чоловіків після лобектомії або пульмонектомії з приводу раку легень.

Обстеження функціонального стану системи зовнішнього дихання перед випискою зі стаціонару виявило, що після проведеної лобектомії майже всі досліджувані показники у пацієнтів обох підгруп були різко зменшені відносно належних параметрів, що є наслідком хірургічного втручання (Рис. 1).

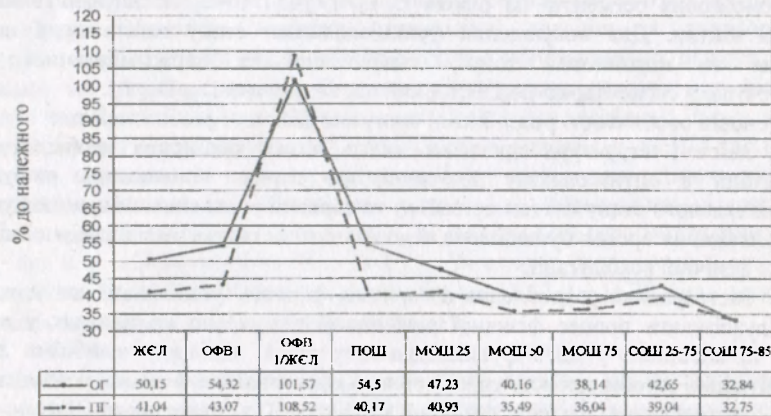


Рис. 1. Результати кінцевого дослідження показників функціонального стану системи зовнішнього дихання чоловіків, яким було виконано лобектомію з приводу раку легень

Примітки до рис. 1 та рис. 2: ЖЄЛ – життєва ємність легень; ОФВ₁ – об'єм форсованого видиху за першу секунду; ОФВ₁/ЖЄЛ – індекс Тіффно; ПОШ – пікова об'ємна швидкість видиху; МОШ₂₅, МОШ₅₀, МОШ₇₅ – максимальна об'ємна швидкість видиху початку, середини і кінця ЖЄЛ; СОШ₂₅₋₇₅, СОШ₇₅₋₈₅ – середня об'ємна швидкість видиху середини і кінця ЖЄЛ.

Водночас, перед- і післяопераційне застосування заходів фізичної реабілітації за нашою програмою в обстежуваних основної групи (ОГл) сприяло швидшій нормалізації функціонального стану системи зовнішнього дихання та оптимізації дихання у післяопераційному періоді. Про це свідчать більші, ніж у підгрупі порівняння, значення ЖЄЛ, нормалізація показників дихального об'єму, ХОД і частоти дихання ($p < 0,05$).

В обстежуваних підгрупі порівняння (ПГл) спостерігалось вкрай різке зниження показників ЖЄЛ, зменшення дихального об'єму, збільшення частоти дихання та показників вентиляційного індексу (порівняно з обстежуваними основної групи). Окрім того, достовірне збільшення вентиляційного індексу в пацієнтів групи порівняння вказує на невідповідність ХОД фактичному значенню ЖЄЛ і свідчить про значні порушення функції зовнішнього дихання та наявність явищ гіпервентиляції.

З досліджуваних параметрів загального фізичного стану (артеріальний тиск, частота серцевих скорочень та дихання, функціональні проби на затримку дихання, індекси функціонального стану вегетативної нервової, серцево-судинної та кардіореспіраторної систем) в обстежуваних ОГл статистично достовірним було зменшення лише параметрів проби Штанге ($p = 0,04$), тоді як в обстежуваних ПГл було встановлено достовірне збільшення частоти дихання ($23,3 \pm 1,0$ вд./хв проти початкових $16,5 \pm 0,96$ вд./хв) та зменшення значень функціональних проб Штанге та Генчі (відповідно на 23,68 та 12,75 с порівняно з початковим обстеженням). Порівняння кінцевих значень показників частоти дихання дозволило встановити, що у пацієнтів групи ОГл частота дихання була достовірно меншою ($20,4 \pm 0,81$ проти $23,3 \pm 1,0$ вд./хв, $p < 0,04$), а час виконання проби Генчі – більшим ($21,76 \pm 1,46$ проти $17,35 \pm 1,31$ с, $p < 0,04$), ніж у пацієнтів порівняльної групи. Це, поряд з чіткою тенденцією до збільшення часу затримки дихання на вдиху, свідчить про швидшу нормалізацію та поглиблення дихання з його економізацією і покращенням газообміну в легеневій тканині.

Застосування пацієнтам основної групи засобів фізичної реабілітації за розробленою програмою сприяло нормалізації та відновленню практично до вихідного передопераційного рівня таких показників загального фізичного стану, як артеріальний тиск, частота серцевих скорочень та дихання, час затримки дихання на видиху та коефіцієнт витривалості. Разом з тим в обстежуваних групі порівняння (ПГл) аналогічні показники на 10-й день після операції все ще залишалися достовірно гіршими порівняно з результатами передопераційного обстеження ($p < 0,05$).

В обстежуваних, які проходили курс розробленої програми фізичної реабілітації (ОГл), показник індексу Скібінської був на 3,46 бала більшим, ніж в обстежуваних ПГл (зі статистичною достовірністю $p = 0,02$), що свідчить про швидше післяопераційне відновлення функціонального стану кардіореспіраторної системи.

Стан вегетативної нервової системи в обстежуваних обох груп за даними індексів Кердо та Хільдебрандта вказував, що у післяопераційному періоді переважав симпатичного відділ. Разом з тим, індекс Кердо в обстежуваних ОГл мав

тенденцію до зміни його значень у бік динамічної рівноваги симпатичного та парасимпатичного відділів вегетативної нервової системи ($10,1 \pm 4,7$ проти $15,45 \pm 7,14$ ум.од. у пацієнтів ПГл).

У післяопераційному періоді екскурсія грудної клітки у обстежуваних обох груп зменшилася. Це зумовлено значною травматичністю торакальних операцій, під час яких відбувається пошкодження м'язів грудної клітки, ребер, кровоносних судин, нервів, плеври, наявні больовий синдром та щадне обмеження великоамплітудних рухів. Зокрема, екскурсія грудної клітки в обстежуваних основної групи порівняно з вихідним рівнем зменшилася в середньому на $0,75$ см ($p=0,15$), у той час як в обстежуваних ПГл цей параметр зменшився в середньому на $1,8$ см ($p=0,05$). Цифрові значення показників згинання, розгинання та відведення у плечовому суглобі після операції були достовірно більшими в обстежуваних ОГл (порівняно з аналогічними даними обстежуваних ПГл на $21,5$, $31,3$ та $20,9\%$ відповідно).

Порівняння досліджуваних показників якості життя в пацієнтів ОГл та ПГл виявило достовірне підвищення рівня якості життя в обстежуваних, яким проводили курс фізичної реабілітації за розробленою програмою. Кінцевий показник загальної кількості балів анкети якості життя у обстежених ОГл був на $5,6$ бала більший за аналогічний показник в опитуваних ПГл ($p=0,02$). Зокрема, оцінки за розділи «Самопочуття», «Психоемоційний фон» та «Функціональний показник» в обстежених ОГл були вищими відповідно на $2,4$ ($p=0,06$), $2,1$ ($p=0,01$) та $1,7$ бала ($p=0,02$).

Показники функціонального стану системи зовнішнього дихання в обстежуваних основної та порівняльної груп після виконання пульмонектомії відображали тенденції, подібні до змін, встановлених у пацієнтів групи ОГл і ПГл. Зокрема, в обстежуваних основної групи середнє значення ЖЄЛ після операції відновилося до рівня значного зниження, тоді як в обстежуваних порівняльної групи (ПГп) отримані показники можна кваліфікувати як украй низькі ($46,0 \pm 2,06\%$ у пацієнтів основної групи проти $38,46 \pm 1,65\%$ у пацієнтів групи порівняння, $p=0,01$) (Рис. 2).

Вищенаведене поряд із більш наближеними до норми значеннями показників $ОФV_1$ та $ОФV_1/ЖЄЛ$ вказує на менші прояви дихальної недостатності, кращий стан дихальної прохідності й скорочення термінів відновлення функціонального стану системи зовнішнього дихання в обстежуваних основної групи, фізична реабілітація яким здійснювалася за розробленою програмою.

Свідченням більших порушень функції зовнішнього дихання та гіпервентиляції легень в обстежуваних ПГп були достовірно більші параметри вентиляційного індексу ($3,8 \pm 0,25$ ум. од. у пацієнтів ОГп проти $3,16 \pm 0,16$ ум. од. у пацієнтів ПГп, $p=0,03$). Це вказує на значну невідповідність ХОД фактичній ЖЄЛ. Окрім того, більші значення показника ХОД у хворих порівняльної групи є свідченням компенсаторного тахіпноє, зумовленого післяопераційною функціональною недостатністю респіраторної системи.

Рухливість грудної клітки після здійснення пульмонектомії у пацієнтів основної групи зменшилася порівняно з вихідним рівнем у середньому на $0,19$ см, тоді як в обстежуваних порівняльної групи цей показник зменшився на $0,87$ см

($p=0,01$). Цифрові значення згинання, розгинання та відведення у плечовому суглобі на оперованому боці були достовірно більшими в обстежуваних основної групи: порівняно з аналогічними результатами пацієнтів порівняльної групи (ПГп) вони були більшими на 33,4, 25,1 та 34,2% відповідно ($p<0,05$).

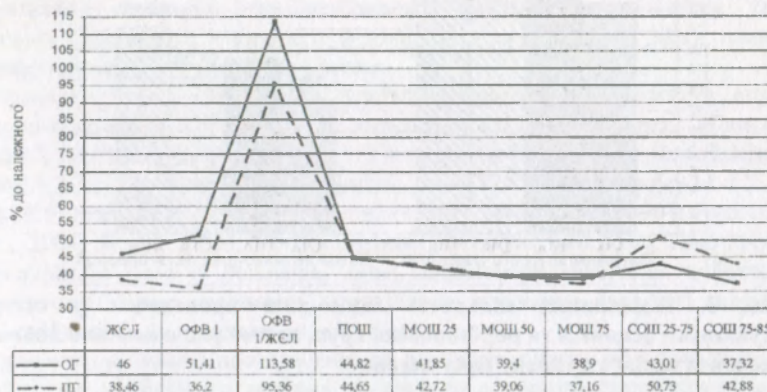


Рис. 2. Результати кінцевого дослідження показників функціонального стану системи зовнішнього дихання обстежуваних основної та порівняльної груп, яким було виконано пульмонектомію з приводу раку легень

Порівняння показників якості життя обстежуваних ОГп та ПГп виявило достовірне підвищення рівня якості життя у пацієнтів основної групи. Зокрема, кінцева загальна кількість балів анкети якості життя у них була на 7,12 бала більшою за аналогічний показник в опитуваних порівняльної групи ($p=0,0001$), оцінки за розділи «Самопочуття», «Психоемоційний фон» та «Функціональний показник» були вищими на 2,83 ($p=0,0004$), 1,11 ($p=0,05$) та 1,89 бала ($p=0,0002$) відповідно.

Порівняння загальної кількості ліжко-днів та кількості ліжко-днів після проведених операцій як важливих показників ефективності лікування та фізичної реабілітації свідчить про наявність чітких тенденцій до зменшення цих показників в обстежуваних основної групи (рис. 3).

Загальна кількість ліжко-днів перебування у стаціонарі обстежуваних основної групи після лобектомії, була в середньому на 4,1 дня меншою, ніж обстежуваних ПГл, що зумовлено переважним скороченням перебування у стаціонарі після хірургічного втручання. Зокрема, тривалість післяопераційного перебування у стаціонарі після виконання лобектомії в обстежуваних ОГл була в середньому на 4,1 дня меншою, ніж у пацієнтів групи порівняння ($p=0,1$). Порівняння кількості ліжко-днів перебування у стаціонарі обстежуваних після здійсненої пульмонектомії виявило у обстежуваних основної групи чітку тенденцію до скорочення загальної кількості ліжко-днів ($p=0,2$) із достовірно меншим терміном перебування у стаціонарі після виконання хірургічного втручання ($p=0,01$).

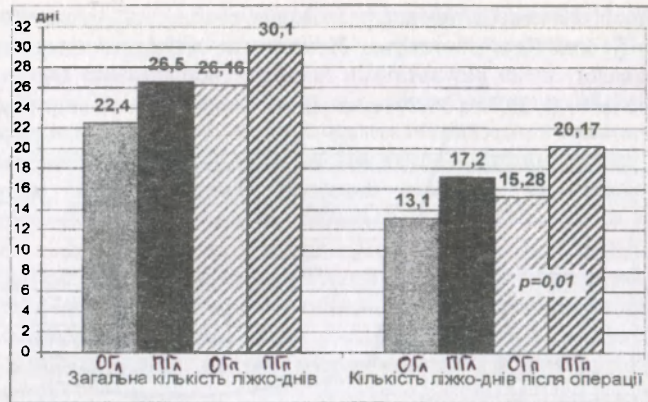


Рис. 3. Порівняння кількості ліжко-днів проведених у стаціонарі обстежуваними основної та порівняльної груп, яким було виконано лобектомію та пульмонектомію з приводу раку легень

Загальна кількість ліжко-днів та кількість ліжко-днів перебування у стаціонарі після виконання пульмонектомії у пацієнтів основної групи була в середньому на 3,9 та 4,9 дні меншою, ніж в обстежуваних ПГп ($p=0,01$).

У розділі «Аналіз і узагальнення результатів дослідження» наведено підсумок аналізу науково-методичної літератури з досліджуваного питання, подано характеристику основних положень розробленої програми фізичної реабілітації, порівняння та аналіз результатів дослідження. Визначено три групи результатів, отриманих у ході дисертаційного дослідження.

Результати дослідження *підтверджують* висновки, наведені у працях низки авторів, що стосуються позитивного впливу заходів фізичної реабілітації на функціональний стан системи зовнішнього дихання, серцево-судинну систему та загальний фізичний стан хворих після торакальних хірургічних втручань (Герасименко В. Н. зі співавт., 1982; Ефимова Л. К., 1988; Клячкин Л. М., 1994; Сосин І. Н., Кариев М. Х., 1994; Courneya K. S. et al., 1999; Fialka-Moser V., 1999; Иванова Т. И. зі співавт., 2002; Костюк І. П., 2005).

Підтверджено, що успішність застосування заходів фізичної реабілітації залежить від термінів застосування її засобів та їх підбору (Goodgold J., 1988; Язловецький В. С. зі співавт., 2004). Зокрема, застосування фізичної реабілітації якомога раніше після операції (2 год після хірургічного втручання) та індивідуальний підбір адекватних реабілітаційних засобів сприяє швидкій адаптації організму пацієнта до умов післяопераційного періоду, скорішому відновленню функціонального стану респіраторної та серцево-судинної систем, покращує загальний фізичний стан і скорочує терміни перебування пацієнтів у стаціонарі.

Підтверджено психокорегувальний вплив процесу опитування для визначення рівня якості життя (Купrienko Н. В., 2004). Увага фахівця з фізичної реабілітації не тільки до змісту проведених обстежень, вибору засобів реабілітації, але й до особливостей самопочуття, психоемоційного та функціонального стану

обстежуваних сприяють зростанню оптимізму і впевненості пацієнтів у сприятливому завершенні лікування. Цей ефект можна розглядати як початковий етап психотерапевтичного впливу, який забезпечує позитивний психоемоційний фон на всіх лікувально-відновних етапах.

Доповнено відомості про особливості функціонального стану системи зовнішнього дихання та загального фізичного стану чоловіків, яким планується хірургічне лікування з приводу раку легень.

Доповнено знання про зміни основних аспектів якості життя впродовж лікувально-відновного процесу у пацієнтів, хворих на рак (Ганул В. Л., Смоланка І. І., 1988; Давидов М. І., Полоцкий Б. Е., 1990; Ruckdeschel J. C., Piantadosi S., 1994; Ferrell B. R., Hassey Dow K., 1997; Cooley M. E., 1998; Gregory H. F. et al., 1998; Montazeri A. et al., 1998; Соколов О. Д., 2001; Радіонов Б. зі співавт., 2004; Win T. et al., 2005). Зокрема, виявлено зниження самопочуття та психоемоційного фону у чоловіків, яким заплановане виконання лобектомії та пульмонектомії. Після виконання хірургічного втручання виявлено покращення психоемоційного фону практично у всіх обстежуваних.

Доповнено відомості про особливості післяопераційних змін функціонального стану системи зовнішнього дихання, загального фізичного стану чоловіків, яким було виконано лобектомію або пульмонектомію з приводу раку легень (Артемкіна Н. І., 1989; Демін Є. В., 1990; Pelletier C., 1990; Nugent A. M. et al., 1999; Зільбер Е. К., 2005).

Уперше розроблено алгоритми процесу фізичної реабілітації чоловіків, хворих на рак легень у перед- та післяопераційному періоді. Вони передбачають підбір адекватних методів обстеження, встановлення наявних порушень функціонального стану пацієнта, визначення завдань та засобів фізичної реабілітації, що забезпечує індивідуалізацію реабілітаційного процесу, адекватну характеру захворювання та загальному стану пацієнта.

Розроблено програму фізичної реабілітації чоловіків після лобектомії та пульмонектомії на етапах реабілітаційно-відновного процесу, яка базується на ґрунтовному аналізі сучасних реабілітаційних методик та підходів до фізичної реабілітації хворих на рак легень.

Встановлено позитивний вплив запропонованої програми фізичної реабілітації на ступінь і терміни відновлення показників функціонального стану дихальної та серцево-судинної систем, рухливість плечового суглоба з оперованого боку, загальний фізичний стан та післяопераційну адаптацію обраного контингенту досліджуваних, що в кінцевому результаті сприяє зменшенню кількості стаціонарних ліжко-днів після виконаних хірургічних втручань.

Доведено позитивний вплив розробленої програми фізичної реабілітації на загальний рівень якості життя та основні його компоненти у чоловіків, яким було виконано лобектомію та пульмонектомію з приводу раку легень. Виявлено, що, незважаючи на різний ступінь порушення функції зовнішнього дихання та їхні різноманітні клінічні прояви, зумовлені хірургічним втручанням з приводу раку легень, психоемоційний фон у пацієнтів основної групи порівняно з передопераційним періодом має чітку тенденцію до покращення.

Проведене дослідження не претендує на вичерпне вивчення всіх аспектів фізичної реабілітації чоловіків після лобектомії та пульмонектомії у післяопераційному періоді. Подальшого з'ясування та вдосконалення потребують питання:

- удосконалення схем реабілітаційного обстеження чоловіків, хворих на рак легень;
- удосконалення методичних підходів до індивідуалізації процесу фізичної реабілітації чоловіків після лобектомії або пульмонектомії з приводу раку легень;
- вивчення особливостей впливу заходів фізичної реабілітації на функціональний стан організму чоловіків різних вікових груп після лобектомії або пульмонектомії;
- з'ясування особливостей впливу реабілітаційних заходів на розвиток компенсації та відновлення функціонального стану систем організму чоловіків, яким виконано лобектомію або пульмонектомію у післялікарняному періоді.

ВИСНОВКИ

1. Аналіз опрацьованої наукової та науково-методичної літератури вказав на наявність в Україні складної епідемічної ситуації, пов'язаної з ростом первинної захворюваності на рак легень та зумовленого цим збільшення інвалідизації населення. Водночас протягом останніх десятиліть вітчизняні вчені приділяли недостатньо уваги питанням фізичної реабілітації після хірургічного втручання з приводу цієї патології. Розробки зарубіжних учених з фізичної реабілітації цього контингенту пацієнтів не можна повною мірою застосовувати в умовах вітчизняного стаціонару через відмінності у схемах і методиках лікування основного захворювання та соціально-економічні умови. Загалом вплив засобів фізичної реабілітації на функціональний стан систем організму та рівень якості життя пацієнтів хворих на рак легень висвітлено недостатньо.

2. Передопераційні показники функціонального стану системи зовнішнього дихання пацієнтів, хворих на рак легень, були нижчі за норму або перебували на її нижніх межах; з досліджуваних показників загального фізичного стану зниженими були параметри функціональних проб Штанге і Генчі. З досліджених аспектів якості життя пацієнтів зниженими були самопочуття та психоемоційний фон.

3. Розроблена програма фізичної реабілітації містить алгоритми реабілітаційного процесу, методичні особливості та вказівки щодо проведення занять, дихальні та загальнозміцнювальні вправи, рекомендовані для використання в індивідуальних програмах фізичної реабілітації. Індивідуалізацію процесу фізичної реабілітації забезпечує використання алгоритмів з послідовним здійсненням таких кроків: реабілітаційне обстеження, визначення наявних функціональних порушень, постановка реабілітаційних завдань, вибір найбільш доцільних засобів фізичної реабілітації. Комплексне застосування індивідуально підібраних (відповідно до визначених реабілітаційних завдань) дихальних та загальнозміцнювальних вправ, інгаляцій ефірними оліями, лікувального масажу дає змогу цілеспрямовано впливати на виявлені функціональні порушення систем організму.

4. Післяопераційне обстеження дозволило встановити, що такі показники функціонального стану системи зовнішнього дихання, як ЖСЛ, ОФВ₁, ПОШ, в

обстежуваних основної групи були достовірно більшими, ніж у пацієнтів порівняльної групи. Максимальна та середня об'ємні швидкості різних фаз видиху у пацієнтів основної групи мали тенденцію до швидшого зростання; у пацієнтів групи порівняння таких змін не виявлено. Позитивні тенденції до відновлення та швидшої компенсації післяопераційних функціональних змін системи зовнішнього дихання у пацієнтів основної групи підтверджувала нормалізація параметрів дихального об'єму, хвилинного об'єму дихання, частоти дихання.

5. Застосування запропонованої програми фізичної реабілітації сприяло нормалізації таких показників, як частота дихання, час затримки дихання на видиху, артеріальний тиск і частота серцевих скорочень, збільшенню часу затримки дихання на вдиху та зменшенню значення показника вентиляційного індексу. Рівень післяопераційної рухливості грудної клітки у чоловіків, яким було виконано лобектомію та пульмонектомію, під впливом розробленої програми відновився до передопераційного. Водночас в обстежуваних групи порівняння аналогічні показники були гіршими. Амплітуда рухів у плечовому суглобі (згинання, розгинання, відведення) на боці операції під впливом розробленої програми фізичної реабілітації нормалізувалася; у пацієнтів групи порівняння зберігався післяопераційний дефіцит руху.

6. Нормалізація функцій відкашлювання, зменшення скарг на відчуття задишки і труднощі під час дихання, суттєве збільшення можливостей самообслуговування істотно покращили рівень основних аспектів якості життя пацієнтів, які проходили курс фізичної реабілітації за розробленою програмою, що підтвердилося достовірно більшим, ніж у пацієнтів групи порівняння, кінцевим показником загальної кількості балів анкети якості життя.

7. Застосування розробленої програми фізичної реабілітації сприяло зменшенню загальної кількості ліжко-днів (після лобектомії на 4,2 дня, після пульмонектомії – 3,5 дня) та кількості ліжко-днів після виконання хірургічного втручання (після лобектомії на 3,5 дня, після пульмонектомії – 4,9 дня) порівняно з пацієнтами, яким фізичну реабілітацію проводили за загальноприйнятною методикою.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Тимрук-Скоропад К. А. Фізична реабілітація хворих при радикальному лікуванні раку легень в умовах стаціонару: Метод. посіб. для реабілітологів / За ред. О. І. Рябухи. – Л.: Українські технології, 2005. – 48 с.

2. Тимрук-Скоропад К. А. Особливості фізичної реабілітації хворих на рак легень в передопераційному періоді // Молода спортивна наука України: Зб. наук. пр. з галузі фіз. культури та спорту. – Л., 2004. – Вип. 8. – Т. 2. – С. 354-358.

3. Тимрук-Скоропад К. А. До питання знання пацієнтів онкологічного профілю значення фізичної реабілітації у відновному процесі // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту: Зб. наук. пр. / За ред. С. С. Єрмакова. – Х., 2004. – № 15. – С. 148-151.

4. Тимрук-Скоропад К. А. Фізична реабілітація в онкології: сучасні підходи до обстеження хворих при радикальному лікуванні раку легень // Спортивний вісник Придніпров'я. – 2004. – № 6. – С. 117-118.

БІБЛІОТЕКА
Львівського державного
університету фізичної
культури

5. Тимрук-Скоропад К. А. Програма фізичної реабілітації для відновлення амплітуди рухів у плечовому суглобі після видалення пухлини легень // Молода спортивна наука України: Зб. наук. пр. з галузі фіз. культури та спорту. – Л., 2005. – Вип. 9. – Т. 2. – С. 11-15.

6. Тимрук-Скоропад К. А. Динаміка якості життя хворих, оперованих з приводу раку легень, при застосуванні фізичної реабілітації // Молода спортивна наука України: Зб. наук. пр. з галузі фіз. культури та спорту. – Л., 2006. – Вип. 10. – Т. 4. – С. 116-123.

7. Тимрук-Скоропад К. А. Алгоритмізація передопераційного етапу фізичної реабілітації хворих на рак легень // Спортивна наука України: [Електрон. вид.]. – 2006. – № 4(5). – С. 26-33. – Режим доступу: <http://www.nbuv.gov.ua>.

8. Тимрук-Скоропад К. А. Особливості фізичної реабілітації легень в ранньому післяопераційному періоді // Проблеми активізації рекреаційно-оздоровчої діяльності населення: Матеріали IV Всеукр. наук.-практ. конф. – Л., 2004. – С. 237-239.

9. Тимрук-Скоропад К. А., Рябуха О. І. Фізична реабілітація як складова способу життя онкологічних хворих // Здоровий спосіб життя: Зб. наук. статей IV Міжрегіон. (II міської) наук.-практ. конф. – Л., 2004. – С. 97-99.

10. Тимрук-Скоропад К. А. Обізнаність осіб, хворих на рак легень, щодо значення фізичної реабілітації та їх бажання проходити курс реабілітації // Вісник Чернігівського державного педагогічного університету імені Т. Г. Шевченка. Випуск 35. Серія: педагогічні науки. – Чернігів: ЧДПУ, 2006. – №35. – С. 503-507.

11. Тимрук-Скоропад К., Рябуха О. Фізична реабілітація в онкології: динаміка деяких показників якості життя після лобектомії з приводу раку легень // Проблеми активізації рекреаційно-оздоровчої діяльності населення: Матеріали V Всеукр. наук.-практ. конф. – Л., 2006. – С. 146-148.

12. Тимрук-Скоропад К. А. Динаміка некоторых показателей общего физического состояния и качества жизни больных после оперативного лечения рака легких под влиянием физической реабилитации // Perspective moderne e impactului societatii contemporane supra educatiei fizice si sportului: Materialele Conferintei Stiintifice Internationale, editia a VII.- Chisinau: I.N.E.F.S., 2006.-P. 365-368.

АНОТАЦІЇ

Тимрук-Скоропад Катерина Анатоліївна. Фізична реабілітація чоловіків після лобектомії та пульмонектомії у післяопераційному періоді. – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата наук з фізичного виховання і спорту за спеціальністю 24.00.03 – фізична реабілітація. – Львівський державний університет фізичної культури, Львів, 2007.

Дисертація присвячена проблемі фізичної реабілітації чоловіків після лобектомії та пульмонектомії у післяопераційному періоді. Розроблено програму фізичної реабілітації та методичні підходи до її індивідуалізації у чоловіків після лобектомії та пульмонектомії у післяопераційному періоді. Досліджено вплив розробленої програми фізичної реабілітації на функціональний стан системи зовнішнього дихання, загальний фізичний стан та рівень основних аспектів якості

життя чоловіків, яким було виконано лобектомію та пульмонектомію з приводу раку легень, у післяопераційному періоді.

Об'єкт дослідження – фізична реабілітація після торакальних хірургічних втручань.

Мета дослідження – розробка та апробація програми фізичної реабілітації чоловіків після лобектомії та пульмонектомії з приводу раку легень у післяопераційному періоді.

Методи дослідження: аналіз і узагальнення даних спеціальної науково-методичної літератури з проблеми фізичної реабілітації хворих на рак легень; соціологічні методи дослідження; група медико-біологічних методів досліджень (інструментальні, фізіометричні, антропометрія); методи математичної статистики.

Ключові слова: фізична реабілітація, хірургічні втручання, лобектомія, пульмонектомія, рак легень, післяопераційний період, алгоритм, програма.

Тырук-Скоропад Катерина Анатольевна. Физическая реабилитация мужчин после лобэктомии и пульмонэктомии в послеоперационном периоде. – Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата наук по физическому воспитанию и спорту по специальности 24.00.03 – физическая реабилитация. – Львовский государственный университет физической культуры, Львов, 2007.

Объект исследования – физическая реабилитация после торакальных хирургических вмешательств.

Цель исследования – разработка и клиническая апробация программы физической реабилитации мужчин после лобэктомии и пульмонэктомии по поводу рака легких в послеоперационном периоде.

Научная новизна полученных результатов: впервые разработаны алгоритмы процесса физической реабилитации мужчин, больных раком легких, что предусматривает подбор адекватных методов обследования, выявление существующих нарушений функционального состояния пациента, задач и средств физической реабилитации. Предложены методические подходы к индивидуализации реабилитационного процесса, адекватные характеру заболевания и общему состоянию пациента. Обосновано программу физической реабилитации мужчин после лобэктомии и пульмонектомии на этапах реабилитационно-восстановительного процесса, которая базируется на современных принципах физической реабилитации больных раком легких. Установлено положительное влияние предложенной программы физической реабилитации на степень и сроки восстановления показателей функционального состояния дыхательной и сердечно-сосудистой систем, амплитуду движения в плечевом суставе с оперированной стороны, общее физическое состояние и послеоперационную адаптацию избранного контингента обследуемых. Это в конечном итоге способствует уменьшению количества стационарных койко-дней после выполненных хирургических вмешательств. Доказано положительное влияние разработанной программы физической реабилитации на уровень основных компонентов качества жизни у мужчин, которым была выполнена лобэктомия и пульмонэктомия по поводу рака легких.

В первом разделе «Физическая реабилитация в процессе лечения больных раком легких» проанализирована и обобщена научно-методическая литература по проблемам современного состояния реабилитационной помощи онкобольным в Украине, особенностям хирургического лечения и течения послеоперационного периода у больных раком легких, физической реабилитации пациентов после лобэктомии и пульмонэктомии.

Второй раздел «Методы и организация исследования» содержит перечень и характеристику методов диссертационного исследования, описание этапов исследования.

На основании полученных данных был индивидуализирован подход к практическому применению средств физической реабилитации, в частности создавались индивидуальные программы физической реабилитации, которые предусматривали проведение реабилитационного обследования, постановку реабилитационных задач, подбор адекватных реабилитационных средств и проведение текущего контроля за результатами их влияния. Конечные исследования осуществляли перед выпиской пациентов из стационара (в среднем на 10-й день после операции).

В третьем разделе «Особенности функционального состояния дыхательной системы, физического состояния и уровня качества жизни мужчин, которым было запланировано выполнение лобэктомии или пульмонэктомии» дана характеристика исходных показателей функционального состояния системы внешнего дыхания, общего физического состояния и уровня качества жизни избранного контингента больных.

В четвертом разделе «Программа физической реабилитации мужчин после лобэктомии и пульмонэктомии по поводу рака легких» изложена разработанная программа физической реабилитации мужчин при хирургическом лечении рака легких.

В пятом разделе «Влияние разработанной программы физической реабилитации на функциональное состояние дыхательной системы, общее физическое состояние и уровень качества жизни мужчин, которым была выполнена лобэктомия или пульмонэктомия» обосновывается эффективность разработанной программы физической реабилитации.

В шестом разделе «Анализ и обобщение результатов исследования» дана характеристика результатов подтверждающих и дополняющих существующие исследования, а также данных научной новизны.

Ключевые слова: физическая реабилитация, хирургические вмешательства, лобэктомия, пульмонэктомия, рак легких, послеоперационный период, алгоритм, программа.

Туррук-Скоропад К. А. Men's physical rehabilitation after lobectomy and pulmonectomy in post-operative period. – Manuscript.

Thesis for the candidate of sciences from the Physical Education and Sport in speciality 24.00.03 – Physical rehabilitation. Lviv State University of Physical Culture. Lviv 2007.

The thesis is devoted to the problem of men's physical rehabilitation after lobectomy and pneumonectomy in post-operative period. The program of physical rehabilitation and mechanical approach of its individualization in men's post-operative period are developed. The influence of the developed program of physical rehabilitation on functional state of the system, external influence and the level of the main aspects of men's quality of living, who were made lobectomy and pneumonectomy because of cancer of lungs in post-operative period are extended.

Object of investigation: physical rehabilitation after surgical operations.

Aim of investigation: approbation and development of the program of men's physical rehabilitation after lobectomy and pneumonectomy in case of cancer of lungs.

Methods of research: analysis and calculation of specialized scientific-methodological data in literature on the problems of physical rehabilitation of those with cancer of lungs; sociological methods of investigation; the group of medical-biological methods of investigation (instrumental, physiometrical, anthropometrical); method of mathematic statistics.

Key words: physical rehabilitation, surgical operations, lobectomy, pneumonectomy, lung cancer, post-operative period, algorithm, program.

Підписано до друку 18.04.2007 р. Формат 60х90/16
Папір офсетний, Гарнітура Тип Таймс.
Цифровий друк. Умовн.-друк. арк. 0,9
Обл.-вид. арк. 0,9. Наклад 100 прим. Зам. № 17/2007

Друк ТОВ "Ліра-Прес"