

DYNAMICS OF QUALITY OF LIFE OF THE PATIENTS AFTER RADICAL TREATMENT OF LUNG CANCER UNDER THE INFLUENCE OF PHYSICAL REHABILITATION

Kateryna TYMRUK-SKOROPAD

L'viv state of physical culture

Abstract. The dynamics of quality of life of patients after radical treatment of lung cancer under the influence of physical rehabilitation has been studied in this article.

Comprehensive estimation of physical, functional and emotional conditions of a patient, which allow strict individualization of the process of physical rehabilitation of patients after radical treatment of lung cancer, with estimation of efficiency of the chosen means of rehabilitation, will be possible after estimation of quality of life with help of objective methods of investigation.

A positive effects on general index of quality of life and improvement of emotional conditions of the patients after radical treatment of lung cancer after application of physical rehabilitation has been determined.

Keywords: quality of life, physical rehabilitation, emotional condition, functional condition.

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ НА ПОСТГАСТРОРЕЗЕКЦІЙНИЙ СИНДРОМ З СУПУТНІМ ГІПОСЕКРЕТОРНИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Фелікс ФІЛАК

Ужгородський національний університет

Постановка проблеми. Функціональні ускладнення, які виникають після резекції шлунка і пов'язані з порушенням нейрогуморальної регуляції органів травно-кишкового тракту, їх компенсаторно-приспосувальна перебудова у зв'язку з видалення частини шлунка, часто зумовлюють патологічні зміни з боку підшлункової залози. Усі вони розглядаються як наслідок операції у зв'язку з новими функціональними змінами діяльності органів травлення [1].

Складна регуляторна система підшлункової залози та висока біологічна активність її структур – ацинарні клітини, острівці Лангерганса, каналцевий епітелій – зумовлюють значну уразливість цього органа і його широку участь у ряді патологічних станів. Прояви уражень підшлункової залози нерідко відзначаються своєю невизначеністю та однотипністю. Тому вони часто губляться з-поміж інших симптомів, які супроводжують ураження інших органів. Взавши до уваги складну структуру і функціональні особливості цього органа, можна припустити, що такі ураження справді непоодинокі. Тому діагностика і фізична реабілітація хворих з постгастрорезекційним панкреатитом, які перенесли резекцію шлунка, є актуальною.

Мета роботи – вивчення впливу засобів фізичної реабілітації на функціональний стан підшлункової залози у хворих на хронічний гіпосекреторний панкреатит, які

перенесли резекцію шлунка у зв'язку з виразковою хворобою шлунка дванадцятипалої кишки.

Організація досліджень. Ми обстежили 65 хворих (11 жінок і 54 чоловіків) з хронічний гіпосекреторний панкреатит, які перенесли резекцію шлунка у зв'язку з виразковою хворобою шлунка і дванадцятипалої кишки. Вік хворих складав 58,1 ± 1,95 років. Термін після оперативного втручання становив від 1 до 25 років (у 63,7% до 10 років). Причиною операції були: виразкова кровотеча у 19 чоловіків, перфоративна виразка – у 33, пілоростеноз – у 9 і малігнізація виразки – у 3 чоловіків.

Функціональний стан підшлункової залози вивчався за допомогою методики ФАЖ – фракційного дослідження амілази сечі за Желтваєм (1969). Натще збирають 2-годинну порцію сечі (наприклад, з 7 до 9 години ранку). Другу і третю порцію сечі збирають через 30 і 60 хвилин після вживання пацієнтом стандартного сніданку – 200 мл теплої солодкої чаю і 30 г білого хліба). Амілазу сечі визначають найпоширенішим способом Вольгемута. За нормальних обставин після ранкового вживання стандартного сніданку кількість амілази, яка надходить з клітин підшлункової залози у кров і виділяється з сечею, зростає у 1,5–2 рази порівняно з рівнем амілази натще.

Внутрішньосекреторну функцію підшлункової залози оцінювали за кількістю цукру в крові та добовій сечі. Всім хворим проводили ультразвукове обстеження жовчного міхура і підшлункової залози. Моторну функцію жовчного міхура оцінювали за його реакцією на вживання стандартного сніданку (2 яєчні жовтки). При цьому вивчали площу міхура до і через 30 і 60 хвилин після сніданку. Рівень тривожності хворих визначали за шкалою Тейлора.

Хворі були поділені на дві групи. Основну (першу групу) складала 35 хворих, у яких в комплекс санаторно-курортної реабілітації додатково входили засоби фізичної реабілітації, а саме лікувальна гімнастика та реабілітаційний масаж. Комплекс засобів фізичної реабілітації хворих першої групи становили вправи, які спрямовані на адаптацію організму до нових умов існування, покращення моторно-евакуаторної функції пілородуоденального відділу, відновлення порушених механізмів нейрогуморальної регуляції функцій підшлункової залози, стимуляцію екзокринної функції підшлункової залози, нормалізацію відтоку жовчі та активізацію крово- і лімфообігу в органах черевної порожнини, а також зміцнення м'язів живота і тазового дна у поєднанні з вправами розслаблення. У комплексі лікувальної гімнастики, яка проводилась протягом 35–40 хвилин, поряд із загальноорозвиваючими вправами використовувались спеціальні вправи для м'язів живота з підвищенням внутрішньочеревного тиску в чергуванні з дихальними вправами і вправами на розслаблення, вправи для м'язів спини, повороти тулуба, які хворі виконують з різних вихідних положень. Реабілітаційний масаж призначали для покращення функцій ЦНС, стимуляції регенеративних процесів, секреторної і моторної діяльності шлунка, підшлункової залози, жовчного міхура. Крім класичних прийомів використовувалась сегментарно-рефлекторний масаж нижньогрудних і поперекових спинномозкових сегментів, проводили сполучнотканинний масаж спини, застосовували прийоми *подовженого, короткого і довгого штриха*, які спрямовані на активізацію обмінних процесів і нормалізацію тону м'язів даного сегменту. Тривалість масажу – 20 хвилин, на курс 10–12 процедур. Другу групу складала 30 хворих, у яких для порівняння комплекс лікувальної гімнастики входили загальнозміцнюючі вправи для всіх м'язів груп, спеціальні вправи для м'язів черевної порожнини, для відновлення функцій оперованого органу, з невеликими обтяженнями в поєднанні з дихальними вправами.

використовуються для всіх нозологічних груп, застосовували класичний масаж. Тривалість масажу 20 хвилин, на курс 10 – 12 процедур. Призначення лікувальної ходьби, теренкуру, кліматотерапії – це адаптація до психологічних і фізичних навантажень, відновлення працездатності пацієнта, а також покращання психоемоційного стану.

Результати дослідження та їх обговорення. За даними методики ФАЖ, рівень концентрації амілази в сечі хворих першої групи становив: натще $15,0 \pm 1,03$, через 30 хвилин – $13,8 \pm 0,95$ і через 60 хвилин – $14,7 \pm 1,12$ г/(год.-л). У 7 хворих (23,3%) виявлений підвищений цукор крові. Рівень глікемії натще склав $6,8 \pm 0,51$ ммоль/л, а глюкозурії – $2,43 \pm 0,22$ г/л. У хворих другої групи рівень концентрації амілази сечі становив: натще $14,0 \pm 1,07$, через 30 хвилин – $13,6 \pm 0,97$ і через 60 хвилин – $14,2 \pm 1,14$ г/ (год.-л). У 9 хворих (25,7%) виявлений підвищений цукор крові. Рівень глікемії натще склав $6,5 \pm 0,51$ ммоль/л, а глюкозурії – $2,62 \pm 0,21$ г/л. Дані засвідчують, що у хворих обох груп виявлено приблизно однакові зміни.

Точні патогенетичні механізми постгастрорезекційних хронічних панкреатитів ще не зовсім з'ясовані й потребують подальшого вивчення. Внаслідок порушення гормональної регуляції підвищується в'язкість панкреатичного соку, який осідає в каналцях і спричиняє застої соку з наступною активізацією ензимних систем. Різні етапи його діяльності відображаються на гідростатичному тиску в каналцевій системі підшлункової залози і секретії покривного епітелію та ацинарних клітин. Під час застою і при підвищеному тиску в каналцях спостерігаються різні ступені порушення зовнішньої секретії підшлункової залози, і в тому числі відхилення гематів в русло крові. М. А. Самсонов, Т. І. Лоранська, А. П. Нестерова (1984) виявили, що у значній кількості обстежених хворих, які перенесли резекцію шлунка, активність ферментів підшлункової залози у сироватці крові була підвищеною або мала тенденцію до підвищення [3].

За даними ультразвукового обстеження, у 56 хворих (86,1%) на постгастрорезекційний панкреатит виявлені ознаки хронічного холециститу, із них у 9 хворих (13,8%) – камені у жовчному міхурі. Гіпокінетичний тип дискінезії жовчного міхура спостерігався у 41 чол. (63,0%). Таким чином, можна стверджувати, що хронічні панкреатити і холецистити, які виникають у хворих після резекції шлунка, ведуть до розвитку гіпокінетичної дискінезії жовчного міхура. В. Я. Шварц і співавт. (1981) спостерігали в оперованих через виразкову хворобу хворих функціонально-морфологічні порушення гепатобіліарної системи, які свідчать про латентний перебіг холециститу, розлади моторної функції жовчного міхура, підвищення активності жовчі та утворення каменів [5]. За даними Т.В.Майкової (2004), функціональні порушення підшлункової залози розвиваються на тлі зниження активності її адаптаційних реакцій [2]. Все це свідчить про порушення механізмів, які регулюють діяльність жовчного міхура і підшлункової залози.

За даними шкали Тейлор, рівень тривоги у хворих був підвищений і складав $26,3 \pm 1,5$ бала. Надмірний емоційний стрес може служити допоміжним фактором, який впливає на клінічний характер та еволюцію основного захворювання. Стрес розбалансирує гуморальні кореляції, пригнічує загальний і місцевий імунний захист, блокує функцію сфінктера Одді керує ряд гуморальних факторів – холецистокінін, секретин, ацетилхолін, секретин тощо, активність яких здебільшого опосередкована нервовою системою. У зв'язку з цим, на перебіг основного захворювання впливає також тривалість надмірного емоційного стресу.

Усі хворі на курорті "Поляна" пройшли курс реабілітації, який направлений на усунення болю, диспептичних явищ, нормалізацію секреторної, моторно-евакуаторної функції органів травлення, стабілізацію нервової системи. У комплекс лікування входили: п'ятиразове харчування (дієта № 5П), внутрішній прийом середньомінералізованої вуглекислої гідрокарбонатно-натрієвої мінеральної води Поляна Купіль температури 42°C за 45 хвилин до прийому їжі по 200 мл. 3 рази в день вуглекислі мінеральні ванни, фітотерапія, психотерапія, лікувальна фізкультура, масаж. З метою нормалізації обмінно-окисних та стимуляції імунних процесів використовувалась синглетно-киснева терапія. За даними ряду авторів, санаторно-курортна реабілітація, під дією сукупних різноманітних природних і преформованих лікувальних факторів, спричиняє певні зрушення в фізіологічних системах організму і, передусім, у центральній нервовій системі. Одним із основних лікувальних факторів є внутрішній прийом мінеральних вод. Специфічна дія вуглекислих гідрокарбонатних мінеральних вод на функціональний стан шлунка, жовчовидільної системи, підшлункової залози зумовлена наявністю у їх складі біологічно-активних іонних та газових компонентів. Під дією мінеральної води Поляна Купіль нормалізуються фізико-біохімічні властивості жовчі, вміст бікарбонатів, при цьому нормалізується активність амілази і трипсину як у базальному, так і в стимульованому панкреатичному соці. Позитивна дія мінеральної води на функціональний стан підшлункової залози також пояснюється їх впливом на продукцію інтестинальних гормонів та нормалізацією рН у верхніх відділах шлунково-кишкового тракту.

Під впливом реабілітаційних заходів найкращі показники виявлені у хворих першої групи. Екзокринна функція підшлункової залози підвищилась у 29 хворих (82,8%) з хронічним гіпосекреторним панкреатитом, які перенесли резекцію шлунка. Наприкінці лікування рівень уроамілази натще складав $18,9 \pm 0,93$ ($P < 0,01$), через 30 хвилин після стандартного сніданку – $17,1 \pm 1,04$ ($P < 0,05$) і через 60 хвилин – $16,7 \pm 1,09$ ($P \pm 0,05$) г/год-л. Включення в комплекс відновного лікування засобів фізичної реабілітації також сприяє покращенню й ендокринної функції підшлункової залози – рівень глікемії натще у даній групі хворих достовірно знизився до $5,4 \pm 0,42$ ммоль/л ($P < 0,01$), а глюкозурії – до $0,98 \pm 0,12$ ($P < 0,001$) г/л. У хворих другої групи теж спостерігалась ефективність відновного лікування, але показники були дещо нижчими. Екзокринна функція підшлункової залози підвищилась у 21 хворих (70,0%). Наприкінці лікування рівень уроамілази натще складав $17,9 \pm 0,95$ ($P < 0,05$), через 30 хвилин після стандартного сніданку – $16,4 \pm 1,04$ ($P < 0,05$) і через 60 хвилин – $16,1 \pm 1,09$ ($P < 0,05$) г/год-л. Санаторне лікування сприяло також покращенню й ендокринної функції підшлункової залози – рівень глікемії натще у цих хворих знизився до $5,5 \pm 0,42$ ммоль/л ($P < 0,05$), а глюкозурії – до $0,97 \pm 0,12$ ($P < 0,001$) г/л. Рівень тривоги за даними шкали Тейлора достовірно знизився і становив відповідно $19,7 \pm 0,94$ і $22,8 \pm 0,98$ для хворих обох груп.

Висновки

1. З-поміж причин, які сприяють розвитку хронічних гіпосекреторних панкреатитів у хворих на виразкову хворобу, які перенесли резекцію шлунка, важливу роль відіграють розлади діяльності сфінктера Одді з наступним підвищенням гідростатичного тиску в каналцевій системі підшлункової залози і жовчних шляхах, що супроводжується застоєм соку в каналцях підшлункової залози з наступною активацією ензимних систем.

2. У хворих на постгастрорезекційний хронічний гіпосекреторний панкреатит частіше спостерігається гіпокінетична дискінезія жовчного міхура.
3. Стан тривалої підвищеної тривоги у хворих, які перенесли резекцію шлунка у зв'язку з виразковою хворобою, призводить до недостатності сфінктера Одді, появи гіпотонії дванадцятипалої кишки і жовчного міхура, а також до зниження екзокринної функції підшлункової залози внаслідок виснаження її секреторного апарату.
4. Застосування засобів фізичної реабілітації значно підвищує ефективність відновного лікування хворих на хронічний гіпосекреторний панкреатит, які перенесли резекцію шлунка.
5. Комплексне відновне лікування покращує екзокринну та ендокринну функцію підшлункової залози у хворих на хронічний гіпосекреторний панкреатит, які перенесли резекцію шлунка у зв'язку з виразковою хворобою. Найкращі показники виявлені у хворих першої групи.

Література

1. *Выгоднер Е.Б. Физические факторы в гастроэнтерологии.* – М.: Медицина, 1987. – 304 с.
2. *Мілікова Т.В. Характеристика функціональної здатності печінки і підшлункової залози у хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки, поєднаної з хронічним безкам'яним холециститом та хронічним панкреатитом // Сучасна гастроентерологія.* – 2004. – № 5 (19). – С. 26–31.
3. *Самсонов М.А., Лоранская Т.И., Нестерова А.П. Постгастрорезекционные синдромы (патогенез, клиника, лечение).* – М.: Медицина, 1984. – 192 с.
4. *Філак Ф.Г., Філак Я.Ф. Рання реабілітація хворих після операції на шлунку і 12-типній кишці на курорті "Поляна".// Мат. V наук.-практ. конф. з міжнародн. участю: "Рання медична реабілітація: здобутки, проблеми, перспективи". – Ужгород – санаторій "Карпати", 2004. – С. 234–235.*
5. *Шварц В.Я. и др. Влияние бальнеогрязелечения на состояние гепатобилиарной системы у больных язвенной болезнью после операции на желудке // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры.* – М., 1988. – №2. – С. 11–14.

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ НА ПОСТГАСТРОРЕЗЕКЦІЙНИЙ СИНДРОМ З СУПУТНИМ ГІПОСЕКРЕТОРНИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Фелікс ФІЛАК

Ужгородський національний університет

Мета дослідження. Обстежено 65 хворих на хронічний гіпосекреторний панкреатит, які перенесли резекцію шлунка в зв'язку з виразковою хворобою. Виявлено, що у хворих на хронічний гіпосекреторний панкреатит частіше спостерігалась гіпокінетична дискінезія жовчного міхура і зниження екзокринної функції підшлункової залози. Комплексне відновне лікування покращує екзокринну й ендокринну функції підшлункової залози у хворих, а також ефективність фізичної реабілітації жовчного міхура.

Ключові слова: гіпосекреторний панкреатит, гіпокінетична дискінезія жовчного міхура, виразкова хвороба, резекція шлунка.

ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСТГАСТРОРЕЗЕКЦИОННЫМ СИНДРОМОМ С СОПУТСТВУЮЩИМ ГИПОСЕКРЕТОРНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Феликс ФИЛАК

Ужгородский национальный университет

Аннотация. Обследовано 65 больных хроническим гипосекреторным панкреатитом, перенесших резекцию желудка в связи с язвенной болезнью. Выявлено, что у больных хроническим панкреатитом чаще наблюдалась гипокINETическая дискинезия желчного пузыря и снижение экзокринной функции поджелудочной железы. Комплексное санаторное лечение улучшает экзокринную и эндокринную функцию поджелудочной железы у больных, стимулирует моторику желчного пузыря.

Ключевые слова: гипосекреторный панкреатит, гипосекреторная дискинезия желчного пузыря, резекция желудка.

PHYSICAL REHABILITATION PATIENTS WITH POSTHASTRO- RESECTIONAL SYNDROM AND HYPOSECRETORY PANCREATITIS

Felix FILAK

Abstract. Sixty five patients, who suffered from chronic pancreatitis and were operated on stomach ulcer disease were examined. It was shown that the patients with chronic pancreatitis oftener suffered from hypokinetic diskinesia of gall and reducing of exocrine function of pancreas gland. Complex spa treatment improves exocrine and endocrine function of pancreas gland of the patients, stimulate motor of the gall bladder.

Key words: hyposecretory pancreatitis, hypokinetic diskinesia of gall, resection of stomach.

КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ ДИСКОПАТІЇ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

Любов ЦІЖ

Львівський державний інститут фізичної культури

Постановка проблеми. Однією з найпоширеніших форм патології людини є дегенеративно-деструктивні ураження хребта, зокрема, найбільш важка їх форма – дископатія. Проблема дископатії набуває з кожним роком все більшого соціального значення у зв'язку зі зростанням кількості хворих. Найчастіше ця хвороба прогресує у осіб 40–60 років [1,3,5].

Щороку за медичною допомогою з приводу дегенеративних захворювань хребта звертаються близько одного мільйона пацієнтів, а більше 16 тисяч з них стають інвалідами [1].

При дископатії виникають глибокі зміни в міолігаментарному апараті хребтового сегмента (ХРС), які спричиняють нестабільність ХРС, функціональні зміни