

Порівняння показників амплітуди рухів у плечовому суглобі в пацієнтів, яким не проводили курс фізичної реабілітації з пацієнтами, яким його проводили показало певну тенденцію до збільшення рухливості у плечовому суглобі при застосуванні запропонованої програми фізичної реабілітації.

Література

- М. Рак легкого //Врач. – 2001. – № 9. – С. 11-16.
- Комплексные осложнения при хирургическом и комбинированном лечении рака легкого //Вестн. хирургии им. И.И.Грекова. – 1988. – Т. 140, № 1. – С. 13-17.
- Шенберг А.Х., Франк Г.А., Прибыш П.Г. Злокачественные опухоли легких у молодого возраста //Сов. Медицина. – 1990. – №11. – С. 73-77.
- З.П., Войкинарас О.Б., Гуселетова Н.В., Ліщишина О.М., Єршова Л. К. Стан новоутворення в Україні – динаміка, тенденції, прогноз //Довкілля та здоров'я. – 1997. – № 2. – С. 4-8.
- С.А., Федоренко З.П., Гулак Л.О. Структура захворюваності населення України злокачественними новообранованиями //Онкологія. – 2001. – №1-3. – С. 91-95.
- С.О. Сучасний стан онкологічної допомоги населенню України //Журн. практичного лікаря. – 1998. – № 1. – С. 20-24.

INFLUENCE OF PROGRAM OF PHYSICAL REHABILITATION ON THE INDICES OF HUMERAL JOINT RANGE ON THE OPERATED SIDE AFTER RADICAL TREATMENT OF LUNG CANCER

Kateryna TYMRUK-SCOROPAD

L'viv State Institute of Physical Culture

Abstract. The article is devoted to modern approaches of functional possibilities renewal of the operated side in patients after radical treatment of lung cancer. Comparison of motion's indices in a humeral joint of patients with whom physical rehabilitation has not been conducted and who undergo it showed an expressive tendency to increase of mobility in a humeral joint after application of author's program of physical rehabilitation.

ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОГРАМ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ У ХВОРИХ З ПЕРЕЛОМАМИ ДІАФІЗІВ ГОМІЛКИ

О. НІКАНОРОВ

Львівський університет фізичного виховання і спорту України

проблеми. Хворі працездатного віку з наслідками травм посідають певну частку в загальній структурі тимчасової та стійкої втрати працездатності. Одним з шляхів її вирішення є проблема підвищення ефективності фізичної реабілітації

для пацієнтів з переломами кісток гомілки внаслідок великої кількості ускладнених хворих на цю патологію.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. З позицій екстреної травматології застосовувані в широкій практиці способи лікування діафізарних переломів повинні полягати в мінімальному впливі на загальний статус пацієнта; у швидкій репозиції (у відкритих переломах включає первинну хірургічну обробку); у стабільній фіксації з використанням малоінвазивних методик і грамотно проведеної реабілітації. Як показав аналіз спеціальної літератури [1, 5, 6, 7] тривалість лікування такої категорії хворих обчислюється місяцями. Стає очевидним, що розробка програм фізичної реабілітації тематичних пацієнтів, після оперативного лікування переломів, є актуальною проблемою сучасної травматологічної науки і фізичної реабілітації. Проблема м'язового тонусу досить тривалий час, обговорюється в спеціальній літературі. На думку рехабілітаційних фахівців, під тонусом м'яза звичайно розуміють ступінь його міцності під тиском поперекового напрямку чи при розтягуванні. Причому показники тонусу відбивають механічні властивості м'язів, що залежать у першу чергу від стану центральної нервової системи людини. [2,3,4]. У роботах фахівців показано, що зміну міцності м'язів можна спостерігати при їхній нарузі чи розслабленні, а також під час тривалого впливу тренувального процесу. Крім того, зміни тонусу м'язів можуть виникати під дією різних патологічних подразнювачів. Але, зміни тонусу м'язів у літературі вивчені й описані не достатньо.

Зв'язок роботи з державними програмами чи практичними завданнями. Робота виконана відповідно до зведеного плану НДР з фізичного виховання і спорту на 2001–2005 роки, за напрямком 2.2.8 “Фізична реабілітація при захворюваннях внутрішніх органів, опорно-рухового апарату та зниженні працездатності”.

Мета роботи: Підвищити ефективність реабілітаційних заходів для хворих на діафізарними переломами кісток гомілки.

Методи й організація досліджень. Методологія виконаної роботи ґрунтується на об'єктивній оцінці за допомогою методу міотонометрії. Матеріали роботи отримані під час проведення досліджень на базі відділення травматології й ортопедії Міської клінічної лікарні № 7 м. Києва, у динаміці протягом трьох років. Досліджувався контингент – 57 хворих, з діафізарними переломами кісток гомілки.

Результати дослідження. При надходженні в стаціонар хворих з переломами діафізів гомілки велику частину становили чоловіки 44 випадки (77,2%), жінок травмувалися рідше 13 (22,8%) надходжень. Найбільше число потерпілих приходило з працездатний вік від 20 до 59 років (55 потерпілих з 57), серед яких найбільшу частину склали вікові групи 30-39 років (17 випадків), 40-49 – 17 випадків (у сукупності 59,6%).

Побутові травми зареєстровані у 21% потерпілих, виробничі – у 28%, дорожні й транспортні травми – у 38,6% (Табл. 1.1). 52% потерпілих госпіталізовані у задовільному стані, 34% – у важкому, 14% – у дуже важкому стані. У 13 хворих (22,8%) мали відкриті переломи, у 44 (77,2%) – закриті. Осколкові переломи реєструвалися у 13 випадках, переломи діафізів обох кісток гомілки у 37 (64,9%). Найбільший відсоток переломів діафізів гомілки відзначався у верхній третині (45,6%).

Нами було застосовано комплексну програму фізичної реабілітації хворих на діафізарними переломами кісток гомілки що включала: лікувальну гімнастику, забезпечує використання ізокінетичного методу фізичного впливу на м'язи, дихальні вправи за системою йоги, східний нетрадиційний масаж.

Таблиця 1.1

Вік хворих з переломами діафізів кісток гомілки (n=57)

Будь-яка травма	Вік (років)					Усього
	20-29	30-39	40-49	50-59	= 60	
Діафізна травма	-	7	2	3	-	12
Транспортна травма	7	4	7	2	2	22
Сугревна травма	4	4	6	2	-	16
Сугревна травма	-	-	1	2	-	3
Сугревна травма	1	1	-	-	-	2
Травма з висоти	-	1	1	-	-	2
Всього	12	17	17	9	2	57

Усіх хворих було розподілено на 2 групи:

1 гр. – хворі, що займаються за запропонованою нами програмою реабілітації (30 чол.).

2 гр. – контрольна (27 чол.).

Результати проведених досліджень показали, що у хворих з діафізарними переломами кісток гомілки однією із серйозних проблем є атрофія м'язів травмованої кінцівки.

У цих дослідженнях для реєстрації показників, що характеризують міцність м'язів використовувався механічний пружинний міотонометр Сірмаі. Принцип дії його ґрунтується на глибині занурення металевого стрижня в м'язову тканину: чим м'якше м'яз, тим більше глибина занурення. Що знаходить висвітлення на шкалі приладу. Використання цього приладу дозволяє одержати термінову інформацію про стан досліджуваних м'язів.

Найбільший інтерес представляють дані, що характеризують співвідношення показників тонусу напруженого і розслабленого м'яза, тому що ці показники характеризують скорочувальну здатність м'яза. Чим більше інтервал між показниками тонусу м'яза, що знаходиться в стані напруги, і показниками тонусу м'яза в стані розслаблення, тим більше її здатність до розслаблення і напруги й у зв'язку з цим м'яз більш скорочувальна здатність. У ході дослідження визначалися також коефіцієнти "динамічного і сумарного розслаблення" м'язів.

Нами проводилися дослідження зміни міцності чотириглавого та литкового м'язів хворих з переломами діафізів гомілки під впливом комплексної програми реабілітації.

У результаті досліджень було визначено (табл. 1.2), що міцність м'язів травмованої кінцівки істотно вища, за норму і перевищує показники здорової кінцівки.

У результаті досліджень було визначено (табл. 1.2), що міцність м'язів травмованої кінцівки істотно вища, за норму і перевищує показники здорової кінцівки.

Отримані результати можна пояснити наявністю гострого больового синдрому і едематозного набряку.

Аналіз показників міотонометрії при проведенні попередніх досліджень показав розходжень між групами не показав ($P > 0,05$).

Необхідно відзначити, що показники, які характеризують скорочувальну здатність досліджуваних м'язів дуже індивідуальні.

Показник скорочувальної здатності чотириглавого м'яза стегна поступово зростає протягом місяця після операції і до 30 дня складає $8,8 \pm 4,1$ у.о. у

Показники характеризуючи скорочувальну здатність м'язів нижніх кінцівок у хворих з переломами діафізів гомілки під впливом комплексної програми реабілітації

	(I)			K ₁	K ₂	K ₃	(II)			K1	K2	K3	(III)			K1	K2	K3
	A1	B1	C1	(B-A)1	(C/A)1	(C/B)1	A2	B2	C2	(B-A)2	(C/A)2	(C/B)2	A3	B3	C3	(B-A)3	(C/A) ₃	(C/B)3
Чотириглавий м'яз стегна																		
1гр X	58,1	64,6	56,0	6,6	0,963	0,877	50,0	58,7	48,6	8,8	0,972	0,838	47,5	58,4	46,8	10,3	0,972	0,799
±σ	3,6	4,8	3,9	4,5			4,3	5,8	4,4	4,1			4,5	4,8	4,4	3,8		
2гр X	56,7	63,4	55,0	6,7	0,970	0,867	48,2	63,0	45,3	14,9	0,940	0,719	49,5	66,0	48,1	16,5	0,976	0,729
±σ	3,36	2,85	3,04	2,28			2,73	2,99	3,23	2,45			5,51	3,82	5,53	4,58		
кріт. Ст'юд. t	1,50	1,10	1,05	0,07			1,87	3,45	3,15	6,54			1,52	6,48	0,93	5,44		
Літковий м'яз гомілки																		
1гр X	84,1	88,0	81,5	4,1	0,971	0,927	66,3	72,1	64,1	6,0	0,970	0,888	68,6	79,7	66,4	11,5	0,971	0,832
±σ	3,1	3,4	2,9	2,3			5,0	4,9	4,3	4,3			5,6	2,9	5,9	5,2		
2гр X	82,6	87,0	79,8	4,4	0,966	0,917	71,2	81,9	69,1	10,7	0,971	0,845	71,6	86,6	69,0	15,0	0,964	0,797
±σ	4,05	3,89	4,78	2,59			4,74	4,29	4,81	4,06			2,40	2,50	3,02	2,77		
кріт. Ст'юд. t	1,60	0,99	1,67	0,38			3,77	7,84	4,12	4,09			2,52	9,58	2,01	3,12		

*Де K₁- коефіцієнт скорочувальної здатності м'яза, K₂- коефіцієнт “додаткового розслаблення”, K₃- коефіцієнт “сумарного розслаблення м'яза”.
 А, показник міцності м'яза в спокої, В - показник міцності м'яза в стані напруги С - показник міцності м'яза в стані максимального розслаблення.
 (I)— 5 день після операційного втручання; (II)— 30 після операційного втручання; (III)— 3-4 місяць після операційного втручання.

контрольній групі випробуваних і $14,9 \pm 2,45$ в експериментальній групі ($P < 0,05$). До третього місяця з дня операції показники досягають значень $10,3 \pm 3,8$ у 1 групі і $15,4 \pm 5,8$ у 2 групі ($P < 0,05$).

Коефіцієнт "додаткового розслаблення" досліджуваного м'яза, у 1 групі склав $0,972$ у 2 групі $0,940$ до 30 дня після операції, $0,972$ і $0,976$ до кінця курсу реабілітації у 1 і 2 групі відповідно.

Аналізуючи показник сумарного розслаблення, слід зазначити, що здатність до повного розслаблення м'яза до кінця курсу реабілітації у пацієнтів 1 групи $0,799$ значно більша ніж у 2 групі $0,729$.

Динаміка зміни скорочувальної здатності литкового м'яза за середнім значенням експериментальній групі, значно перевищують показники у хворих контрольної групи, що особливо актуально з огляду на рівень травми. Так на п'ятий день після операції скорочувальна здатність литкового м'яза склала $4,1 \pm 2,3$ у 1 групі, $4,4 \pm 2,59$ у 2 групі випробуваних, а до третього місяця після операції $11,5 \pm 5,2$ і $15,0 \pm 2,77$ відповідно ($P < 0,05$).

Аналізуючи значення показника додаткового розслаблення литкового м'яза слід зазначити, що в 1 і 2 групі спостерігалися незначні відмінності. Максимальні значення коефіцієнта приходяться на 30 день після операції і складають $0,970$ і $0,971$.

Висновком, за даними міотонометрії зміни, що відбулися під впливом фізичної реабілітації, у групі, що займаються за запропонованою нами методикою були вище і більш стійкий ефект у порівнянні з групами що займаються за загальноприйнятими методиками.

Висновок: Використання комплексної програми фізичної реабілітації з використанням методів нетрадиційної медицини дозволить більш економно і ефективно підійти до вирішення проблеми реабілітації хворих з діафізарними переломами кісток гомілки.

Перспективи подальших розробок у цьому напрямку. Планується подальша реалізація програм залежно від різних видів переломів діафізів гомілки.

Література

1. Левський Л.Н., Левський В.Т. Принципы стабильно-функционального остеосинтеза, 1982.
2. Савельев В.А., Синиговец В.И. Влияние воздействий физических упражнений различного характера на биомеханические свойства мышц детей, больных переломами костей. I-я Всероссийская конф. Ярмарка: "Биомеханика на защите жизни и здоровья человека". – Нижний Новгород, с.125.
3. Угрюмов В.И., Сарвазян А.П. Исследование вязкоупругих свойств мышцы в покое и в процессе сокращения. – М., 1972. – С.220-229.
4. Яковлев А.Н. Дидактическая биомеханика: проблемы и решения //Наука в Олимпийском спорте. – №2 (3). – 1995. – С. 42–51.
5. Угрюмов В.И., Гусев П.Е. Реабилитация больных после стабильно-функционального остеосинтеза при переломах длинных трубчатых костей. Методические рекомендации – К.: Олимпийская литература, 1998 г.
6. Шендеров К. И., Савельев Л. Н., Эпштейн Г. Г., Ненашев Д. В., Каземирский В. Б., Мисюков В. П., МIRONЧЕНКО Э. В. Основные причины первичной инвалидности опорно-двигательной системы у лиц молодого возраста / Ортопед. травматол. – 1993. – №4. – С.87-89.

7. Duwelius PJ. Rangitsch MR. Colville MR. Woll TS. Treatment of tibial plateau fracture by limited internal fixation/. *Clinical Orthopaedics & Related Research*. – 1997. Vol. 339. – P.47-57.
8. Goldstein B. Hammond M. *Physical medicine and rehabilitation/JAMA*. - 1997 N277(23). – P 1891-1892.

INCREASE THE EFFICIENCY OF THE PHYSICAL REHABILITATION PROGRAM OF THE PATIENTS WITH SHIN INJURY

NIKANOROVA.

National University of Physical Education and Sport of Ukraine

Abstract. Clause is devoted to dynamics of elastic - viscous properties of skeletal muscles of patients with shin injury with the count of action of rehabilitation program.

Key words: non-traditional means of rehabilitation, elastic - viscous properties of skeletal muscles

РЕАБІЛІТАЦІЙНІ ЗАХОДИ ПРИ УСКЛАДНЕННЯХ ПІСЛЯ МАСТЕКТОМІЇ

Ольга БАС, Андрій ВОВКАНИЧ

Львівський державний інститут фізичної культури

Актуальність. Рак молочної залози займає 1-ше місце у загальній структурі злоякісних пухлин у жінок [6]. Кількість захворювань коливається від 50 - 60 випадків на 100 тис. жіночого населення (Англія, Данія, Нідерланди, США, Канада, Україна) 2 - 5 (Японія, Мексика). Імовірність виникнення раку збільшується з віком пропорційно, причому, пік захворюваності припадає на 55 років, коли жінка є повністю працездатною і тому для ефективності післяопераційного процесу необхідно направляти більше зусиль на відновлення та розвиток професійних нахилів, створення умов для повноцінного життя в суспільстві. При цьому необхідно враховувати, що для жінок, що перенесли, радикальну мастектомію, придатні лише професії, які не пов'язані з великими фізичними навантаженнями, з тривалими і важкими рухами руки. Повернення хворих після закінчення лікування до роботи, яка буде відповідати їх можливостям, основне в реабілітації [1,2,6].

В Україні кількість хворих сягає 70 тисяч і щороку виявляється понад 15 тисяч нових захворювань. За даними Львівського державного онкологічного регіонального лікувально-діагностичного центру, на Львівщині щороку стають жертвами цієї хвороби близько 900 жінок [5,6].

Метою нашого дослідження є характеристика післяопераційних ускладнень пацієнтів з мастектомією та визначення шляхів їх профілактики і лікування за допомогою засобів фізичної реабілітації.

Методи дослідження: узагальнення літературних джерел, теоретичний аналіз