

Міністерство освіти і науки, молоді та спорту України
Національний університет фізичного виховання і спорту України

РОМАНЕНКО ЯНА МИКОЛАЇВНА

УДК: 796.8-056.24:616-007.43:617.55(043.3)

**ВІДНОВЛЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНИХ
ОПЕРАЦІЙ З ПРИВОДУ ГРИЖ ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ
ЗАСОБАМИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ**

24.00.03 – фізична реабілітація

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



Київ – 2013

Дисертацією є рукопис

Роботу виконано в Інституті фізичної культури Сумського державного педагогічного університету ім. А.С.Макаренка, Міністерство освіти і науки, молоді та спорту України

Науковий керівник кандидат педагогічних наук, професор **Лянной Юрій Олегович**, Сумський державний педагогічний університет ім. А.С.Макаренка, директор інституту фізичної культури, завідувач кафедри здоров'я людини та фізичної реабілітації

Офіційні опоненти:

доктор медичних наук, професор **Пархотик Іван Іванович**, Національний університет фізичного виховання і спорту України, професор кафедри фізичної реабілітації

кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент **Альошина Алла Іванівна**, Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки, професор кафедри фізичної реабілітації

Захист відбудеться «25» квітня 2013 р. о 12:30 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д. 26.829.02 Національного університету фізичного виховання і спорту України (03680, Київ-150, вул. Фізкультури, 1).

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Національного університету фізичного виховання і спорту України (03680, Київ-150, вул. Фізкультури, 1).

Автореферат розісланий «23» березня 2013 р.

Учений секретар
спеціалізованої вченої ради



Г. В. Коробейніков

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. Засоби фізичної реабілітації рекомендували з лікувальною та профілактичною метою ще з П.ст.н.е. особам із захворюваннями органів черевної порожнини, зокрема і з грижами передньої черевної стінки (ГПЧС) (В. М. Єгієв, 2003).

Щорічно ГПЧС діагностуються у 7% чоловіків та у 2,5% жінок, тобто цю патологію має приблизно 510–570 млн. людей (М. І. Лотоцький, М. П. Павловський, 2003; Р. А. Григорян, 2006). Грижа вважається окремим комплексним захворюванням, що супроводжується порушенням функцій дихальної системи, внутрішніх органів, м'язів, шкіри (Е. А. Галота, П. С. Нелюбін, О. Д. Тимошин, 2007). Герніотомія займає друге місце серед усіх хірургічних втручань на органах черевної порожнини після апендектомії. Щорічно в Україні здійснюється близько 90 000 герніотомій, з них понад 13 000 – з приводу защемленої грижі. Герніопластика є одним із найчастотніших хірургічних втручань, що становить 15–20% усіх планових операцій (В. В. Андрющенко, 2010).

Необхідність фізичної реабілітації пацієнтів із ГПЧС зумовлена стійкою тенденцією до збільшення кількості хворих з цією нозологією. Щорічно у світі виконується більше 20 млн. герніотомій (В. В. Паршиков, Р. В. Романов, А. О. Самсонов, 2008), що за даними експертів ВООЗ становить 10–12% усіх хірургічних втручань (G. M. Joynt, S. J. Ramsay, T. A. Buckley, 2001; J. J. Hong, 2002; I. L. Lichtenstein, A. C. Schuiman, 2005; P. K. Amid, 2007).

Наявність ГПЧС суттєво впливає на фізичний і психологічний стан пацієнтів, їх працездатність, емоційну реакцію, зумовлює зміну місця і ролі хворих у суспільному житті, часто призводить до втрати роботи, звужує коло спілкування. Достатньо поверхового огляду пацієнта із ГПЧС, щоб виявити фізичну та психоемоційну нестабільність грижonoсіїв (Ф. М. Ільченко, 2006).

Зміни й ускладнення, що виникають на післяопераційному етапі, а саме больовий синдром, порушення опорно-рухового апарату внаслідок тривалої дії анталгічної пози, зниження функціональних можливостей дихальної, серцево-судинної, травної систем, призводять до зниження якості життя пацієнтів. Потреба модернізації, розробка нових засобів і методик фізичної реабілітації осіб із ГПЧС зумовлена проблемами збільшення середньої тривалості життя населення, частоти виникнення рецидивів захворювання, адаптацією до активного соціального і побутового життя та підвищенням якості життя. Епізодичність самостійної реалізації відновлення функціональних можливостей пацієнтами після герніотомії визначає актуальність застосування засобів фізичної реабілітації для хворих цієї нозологічної групи (І. І. Пархотік, 2012, А. І. Альошина, 2012, 2013).

Фізична реабілітація пацієнтів із ГПЧС є комплексним, багатоетапним, цілеспрямованим і координованим процесом, який визначає методику застосування оздоровчо-реабілітаційних заходів. Необхідність проведення фізичної реабілітації пацієнтів із ГПЧС спричинена постійною загрозою защемлення грижі у передопераційному періоді, появою рецидивів у

післяопераційному періоді за умови функціональної неспроможності передньої черевної стінки (ПЧС). Фізреабілітаційні заходи повинні відповідати функціональним можливостям і побутовим потребам пацієнтів, що регламентується особливостями рухових режимів.

В умовах поступового переходу медичного обслуговування з державного фінансування на самоокупність застосування засобів фізичної реабілітації є економічно вигідним для обох сторін лікувально-реабілітаційного процесу.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційне дослідження виконано в рамках плану науково-дослідної роботи Інституту фізичної культури Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України на 2007–2011 рр. за темою «Теоретико-методологічні та організаційно-методичні проблеми здоров'я, фізичної реабілітації та корекційної педагогіки» (номер державної реєстрації 0107U002826) та за темою «Підвищення рівня здоров'я та фізичної підготовленості різних груп населення засобами фізичної культури» (номер державної реєстрації 01111U005736) на 2011–2015 рр.

Роль автора у виконанні даної теми полягає в теоретичному обґрунтуванні, розробці й апробації комплексної програми фізичної реабілітації хворих після хірургічного лікування ПЧС.

Мета дослідження – науково обґрунтувати, розробити комплексну програму фізичної реабілітації з відновлення якості життя та функціонального стану пацієнтів із грижами передньої черевної стінки після герніотомії.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати, узагальнити та систематизувати існуючі підходи і результати практичного досвіду з питань фізичної реабілітації хворих на грижі передньої черевної стінки.

2. Дослідити вихідні показники якості життя пацієнтів із грижами передньої черевної стінки й особливості порушення функціонування кардіо-респіраторної, нервової систем й опорно-рухового апарату.

3. Розробити та науково обґрунтувати програму фізичної реабілітації хворих із грижами передньої черевної стінки на перед- та післяопераційному етапах.

4. Оцінити ефективність впливу запропонованих засобів і методів фізичної реабілітації на якість життя та функціональний стан пацієнтів після герніотомії.

Об'єкт дослідження – фізична реабілітація пацієнтів із грижами передньої черевної стінки на перед- і післяопераційному етапах.

Предмет дослідження – вплив програми фізичної реабілітації на відновлення показників якості життя і функціонального стану пацієнтів після герніотомії.

Методи дослідження: аналіз та узагальнення даних науково-методичної літератури; аналіз документальних матеріалів та історій хвороб; викопіювання з медичних карт; соціологічні методи: анкетування за методикою «Самопочуття, активність, настрої»; педагогічні методи дослідження: педагогічне

спостереження, педагогічний експеримент; функціональні проби: дихальні проби Штанге та Генча; клініко-інструментальні методи: запитальник з визначення рівня якості життя MOS SF-36, візуально-аналогова шкала болю (ВАШ), індивідуальні картки реабілітаційного обстеження, тест на визначення адаптаційного потенціалу за Р. М. Баєвським, індексу маси тіла та життєвого індексу, ультразвукове дослідження (проводилося лікарем), спірометрія; антропометрія – визначення екскурсії грудної клітки за двома лініями, плечового індексу; методи математичної статистики.

Наукова новизна отриманих результатів полягає у тому, що:

– уперше визначено показники якості життя пацієнтів із ГПЧС та швидкість відновлення показників залежно від статі осіб та локалізації грижового випинання;

– уперше отримано дані про функціональний стан дихальної, серцево-судинної, нервової систем, опорно-рухового апарату, психоемоційного стану осіб із ГПЧС;

– уперше обґрунтовано необхідність впровадження передгоспітального та постгоспітального етапів фізичної реабілітації та реалізації принципу ранньої активізації хворих;

– доповнено дані про рівень кореляції шкал профілю якості життя до лікувально-профілактичних та фізреабілітаційних заходів;

– доповнено теоретико-методичні дані щодо профілактики рецидивів ГПЧС засобами фізичної реабілітації;

– подальший розвиток отримали сучасні погляди на організацію фізичної реабілітації хворих на ГПЧС.

Практичне значення дослідження полягає у розробці комплексної програми фізичної реабілітації пацієнтів із грижами передньої черевної стінки, що спрямована на відновлення якості життя та забезпечення високих її показників, покращання функціонування дихальної системи, корекцію постави, ліквідацію анталгічної пози, оптимізацію роботи серцево-судинної системи, розширення діапазону адаптаційних можливостей пацієнтів, корекцію вагоростових показників, скорочення показника ліжка-дня, попередження рецидиву захворювання, зниження негативного впливу загального знеболювання хворих під час оперативного втручання та запобігання розвитку абдомінального компартмент-синдрому.

Результати наукового дослідження впроваджено у практику Лікувально-діагностичного центру ДП «Сілмед» (м. Суми), Лікувально-діагностичного центру «Юрміно» (м. Саки), хірургічного відділення Сумської обласної клінічної лікарні, Сумської міської громадської молодіжно-спортивної організації «Люди спорту». Теоретико-методичні аспекти дисертаційного дослідження використано у навчальному процесі під час розробки спецкурсу «Якість життя» для студентів II та V курсів напряму підготовки «Здоров'я людини» і спеціальності «Фізична реабілітація», що засвідчено відповідними актами впровадження.

Особистий внесок автора в опубліковані у співавторстві наукові праці полягає у розробці та науковому обґрунтуванні основних ідей і положень дослідження, проведенні аналізу та інтерпретації отриманих результатів.

Апробація результатів дисертації. Результати дисертаційного дослідження було представлено й обговорено на III Міжнародній науково-методичній конференції «Сучасні проблеми та перспективи розвитку фізичного виховання, здоров'я і професійної підготовки майбутніх фахівців з фізичного виховання та спорту» (Київ, 2011); щорічній Всеукраїнській науково-практичній конференції молодих учених з міжнародною участю «Сучасні проблеми фізичного виховання і спорту школярів та студентів України» (Суми, 2011–2012); IV Міжнародній науковій конференції молодих вчених «Молодь та олімпізм» (Київ, 2011); VI Міжнародній науково-практичній конференції «Реалізація здорового способу життя – сучасні підходи» (Дрогобич, 2011); III Міжнародній науково-практичній конференції «Релігія, релігійність, філософія та гуманітаристика у сучасному інформаційному просторі: національний та інтернаціональний аспекти» (Рубіжне, 2011); XVI Міжнародній науковій конференції «Молода спортивна наука України» (Львів, 2012); VI Міжнародній науково-практичній конференції студентів і аспірантів «Молода наука Волині: пріоритети та перспективи досліджень» (Луцьк, 2012), науково-практичній конференції «Сучасні аспекти абдомінальної хірургії» (Ірпінь, 2012) та щорічній науковій конференції за підсумками науково-дослідної та науково-методичної роботи кафедри здоров'я людини та фізичної реабілітації СумДПУ ім. А. С. Макаренка (2010–2012 рр.).

Публікації. За результатами дисертаційного дослідження опубліковано 15 наукових праць, з них 7 – у спеціалізованих фахових виданнях України та один навчально-методичний посібник.

Структура та обсяг дисертації. Дисертаційна робота складається з переліку умовних скорочень, вступу, шести розділів, висновків, додатків, списку використаних джерел, актів упровадження. Робота написана українською мовою, загальний текст якої викладено на 215 сторінках, із них 167 сторінок – основний текст, що містить 43 таблиці, 10 рисунків; 7 додатків; у роботі використано 200 джерел наукової та спеціальної літератури.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ

У **вступі** обґрунтовано актуальність проблеми і зв'язок з науковими планами та темами, визначено мету, завдання, об'єкт, предмет і методи дослідження; розкрито наукову новизну, практичне значення роботи й особистий внесок здобувача; описано сферу впровадження й апробації результатів дослідження; вказано кількість публікацій.

У першому розділі дисертації «**Сучасні підходи до фізичної реабілітації пацієнтів після хірургічного лікування гриж передньої черевної стінки**» проведено аналіз даних літературних джерел з питання застосування засобів фізичної реабілітації перед та після герніотомії; описано патофізіологічні механізми формування гриж, клінічну картину та морфо-функціональні зміни

систем організму, що виникають за даних умов; визначено роль фізичної реабілітації у комплексному лікуванні гриж передньої черевної стінки, описано етапи реабілітації, клініко-фізіологічне обґрунтування механізмів лікувальної дії засобів фізичної реабілітації.

У результаті аналізу літератури визначено, що наявність грижі передньої черевної стінки спричиняє формування типових для даної нозології клінічних проявів захворювання, що зумовлюють патологічні зміни кардіореспіраторної системи, шлунково-кишкового тракту та опорно-рухового апарату (О. Б. Мілон, 1990; А. В. Кравченко, 1992; В. В. Грубнік, 2001; В. В. Жебровський, 2006). Грижа передньої черевної стінки впливає також на фізичну активність пацієнтів, знижує працездатність і рівень якості життя.

Вітчизняні та зарубіжні вчені доводять необхідність проведення передопераційної підготовки пацієнтів до герніотомії засобами фізичної реабілітації (М. В. Воскресенський, 1965; М. С. Дерюгіна, 1992; М. П. Черенько, 1992; С. В. Афанасьєв, 2005), застосування засобів фізичної реабілітації відповідно до принципів ранньої активізації пацієнтів у післяопераційному періоді (С. В. Афанасьєв, 2005). Важливим і малодослідженим залишається також питання дослідження показника якості життя як головного суб'єктивного критерію оцінювання пацієнтом впливу на нього хвороби, визначення ефективності проведеного комплексного лікування та програми фізичної реабілітації.

У другому розділі дисертації «**Методи та організація дослідження**» обґрунтовано й описано застосовані методи дослідження, що відповідають меті та завданням, об'єкту та предмету дослідження, представлено організацію дослідження та відображено загальні відомості про контингент обстежених.

Дослідження проводилось на базі Лікувально-діагностичного центру ДП «Сілмед», м. Суми. Нами було обстежено 83 пацієнта із ГПЧС віком від 32 до 76 років, загальний середній вік яких – $55,96 \pm 1,23$ роки ($\bar{x} \pm S$) ($p > 0,05$). Методом «конвертів» пацієнти були розподілені на основну групу (ОГ) та групу порівняння (ГП) по 42 та 41 особу відповідно. До ГП входили хворі з грижами передньої черевної стінки, які проходили хірургічне лікування та подальшу фізичну реабілітацію за загальноприйнятою методикою клініки. Пацієнтам ОГ було проведено оперативне лікування гриж передньої черевної стінки та запропоновано розроблену комплексну програму фізичної реабілітації. За статтю, віком і клінічними формами пацієнти ОГ та ГП не відрізнялися.

Дослідження проводилося у три етапи протягом 2009–2012 років.

На *першому етапі* (2009–2010 рр.) було проведено детальний аналіз сучасних науково-методичних, спеціальних досліджень вітчизняних і закордонних вчених з проблеми фізичної реабілітації хворих із ГПЧС. Вивчено науково-теоретичні і методичні аспекти фізичної реабілітації таких хворих, що дозволило визначити загальний стан проблеми, мету, об'єкт і предмет, завдання та методи дослідження, розробити індивідуальну картку реабілітаційного обстеження, узагальнити принципи побудови програми фізичної реабілітації.

На *другому етапі* (2010–2011 рр.) проведено констатувальний експеримент із метою створення бази даних. На основі отриманої інформації було створено групи для участі у формульованому експерименті, розроблено й теоретично обґрунтовано комплексну програму фізичної реабілітації хворих після хірургічного лікування гриж передньої черевної стінки.

Третій етап (2011–2012 рр.) полягав у проведенні формульованого експерименту, перевірці ефективності розробленої програми фізичної реабілітації хворих із ГПЧС: було здійснено математичну обробку та порівняння початкових, поточних і кінцевих результатів дослідження, їх аналіз та інтерпретацію.

У третьому розділі дисертації **«Характеристика клініко-інструментальних показників хворих за наявності грижі передньої черевної стінки (попереднє дослідження)»** подано результати аналізу вихідного клініко-функціонального стану пацієнтів із ГПЧС за даними первинного реабілітаційного обстеження у передопераційному періоді.

Дослідження підтвердило дані про зменшення прояву болю у процесі формування грижі. Пацієнти ОГ оцінили власні відчуття болю за 10-бальною шкалою методики ВАШ на $2,81 \pm 0,34$ бала за тривалості грижоносіння $55,89 \pm 13,22$ міс.; пацієнти ГП – на $3,12 \pm 0,31$ бала ($p > 0,05$) за тривалості грижоносіння $53,34 \pm 12,06$ міс. ($p > 0,05$). Жінки двох груп дали більш високу оцінку сили прояву болю, ніж чоловіки: жінки ОГ оцінили біль на $3,15 \pm 0,81$ бала, а чоловіки ОГ – $2,66 \pm 0,35$ бала; жінки ГП дали оцінку $4,0 \pm 0,57$ бала ($p > 0,05$), чоловіки ГП – $2,71 \pm 0,35$ бала ($p > 0,05$).

Дослідження за функціональними пробами показало зниження часу затримки дихання. Так, в ОГ середні показники за пробою Штанге становили $48,62 \pm 3,45$ с, у ГП – $40,05$ с ($p > 0,05$), що відповідає нижній межі норми. Показники за пробою Генча характеризуються як задовільні та становили $27,5 \pm 1,96$ с в ОГ і $26,29 \pm 1,59$ с у ГП ($p > 0,05$).

Під час УЗД було встановлено наявність вирішального фактора грижоутворення – потоншення м'язово-апоневротичного шару (МАШ) передньої черевної стінки. Як відомо, у пацієнтів із брахіоморфною формою тілобудови середні показники товщини МАШ у стані спокою повинні становити $0,95 \pm 0,25$ см; у пацієнтів із нормостенічною формою тілобудови – $1,2 \pm 0,4$ см. До герніотомії середні показники МАШ у стані спокою у пацієнтів ОГ становили $0,8 \pm 0,12$ см, у ГП – $0,74 \pm 0,15$ см ($p > 0,05$); товщина МАШ під час напруження у ОГ становила $1,0 \pm 0,26$ см; у ГП – $1,08 \pm 0,27$ см ($p > 0,05$).

Під час проведення дослідження було виявлено негативний вплив ГПЧС на психо-емоційний стан. Перед герніотомією показники за методикою «САН» були нижче норми: за шкалою «самопочуття» у пацієнтів ОГ було $2,29 \pm 0,12$ бала, у ГП – $2,54 \pm 0,15$ бала ($p > 0,05$); за шкалою «активність» у ОГ було $3,33 \pm 0,13$ бала та $3,53 \pm 0,16$ бала у ГП ($p > 0,05$); за шкалою «настрій» у пацієнтів ОГ – $2,42 \pm 0,12$ бала, у пацієнтів ГП – $2,42 \pm 0,16$ бала ($p < 0,05$).

Аналіз вагорових показників виявив наявність провокуючого фактора до появи грижі – надлишкової маси. Середні показники індексу маси тіла (ІМТ)

у ОГ становили $27,68 \pm 0,92 \text{ кг} \cdot \text{м}^{-2}$, що характеризується наявністю надлишкової ваги у пацієнтів; у ГП – $30,5 \pm 0,89 \text{ кг} \cdot \text{м}^{-2}$, що відповідає наявності ожиріння першого ступеня ($p > 0,05$).

Біль через наявність ГПЧС у повсякденному житті змушує пацієнтів перебувати у анталгічній позі, яка визначається у зменшенні показників плечового індексу (ПІ). Так, у ОГ показник ПІ становив $89,64 \pm 0,71\%$, що засвідчує наявності сколіотичної постави; у ГП – $90,68 \pm 0,62\%$ ($p > 0,05$), що є нижньою межею норми.

Морфо-функціональні зміни тканин передньої черевної стінки та зміни дихальної системи, опорно-рухового апарату та психоемоційної сфери призводять до порушення діяльності серцево-судинної та нервової систем. Дослідження адаптаційного потенціалу за методикою Р. М. Баєвського показало, що у пацієнтів ОГ показник адаптаційного потенціалу становив $3,05 \pm 0,07 \text{ ум.од}$; у пацієнтів ГП – $3,22 \pm 0,07 \text{ ум.од}$ ($p > 0,05$).

Про порушення діяльності кардіореспіраторної системи при ГПЧС свідчить різке зниження показників життєвого індексу (ЖІ). У чоловіків ОГ цей показник становив $57,29 \pm 2,87 \text{ мл/кг}$, у чоловіків ГП – $51,3 \pm 1,91 \text{ мл/кг}$ ($p > 0,05$). У жінок ОГ показник ЖІ становив $38,55 \pm 3,37 \text{ мл/кг}$, у жінок ГП – $33,23 \pm 2,28 \text{ мл/кг}$ ($p > 0,05$).

Дослідження якості життя за допомогою запитальника MOS SF-36 визначило, що на передгоспітальному етапі за шкалою «Фізичне функціонування» у пацієнтів ОГ показник становив $60,6 \pm 5,22$ бала, у ГП – $66,46 \pm 4,86$ бала ($p > 0,05$); за шкалою «Рольове функціонування, зумовлене фізичним станом» – $57,74 \pm 6,57$ бала та $56,71 \pm 7,31$ бала відповідно ($p > 0,05$); за шкалою «Інтенсивність болю» – $52,72 \pm 4,78$ бала та $52,88 \pm 4,19$ бала ($p > 0,05$); за шкалою «Загальний стан здоров'я» – $48,69 \pm 2,86$ бала та $47,73 \pm 3,16$ бала ($p > 0,05$); за шкалою «Життєва активність» – $60,24 \pm 3,73$ бала та $59,15 \pm 3,33$ бала ($p > 0,05$); за шкалою «Соціальне функціонування» – $47,57 \pm 1,43$ бала та $47,15 \pm 1,78$ бала ($p > 0,05$); за шкалою «Рольове функціонування, зумовлене емоційним станом» – $74,67 \pm 6,2$ бала та $67,59 \pm 6,63$ бала ($p > 0,05$); за шкалою «Психічне здоров'я» – $59,52 \pm 3,92$ бала та $61,85 \pm 3,28$ бала відповідно ($p > 0,05$). У пацієнтів ОГ показник «Компонент фізичного здоров'я» становив $219,74 \pm 17,79$ бала та $226,22 \pm 17,81$ бала у ГП ($p > 0,05$), за шкалою «Компонент психічного здоров'я» середній показник становив $237,36 \pm 12,39$ бала в ОГ та $235,73 \pm 12,5$ бала в ГП ($p > 0,05$). Дослідження якості життя виявило різницю у показниках чоловіків та жінок. Жінки ОГ відмітили показники якості життя на рівні $153,19 \pm 16,34$ бала, чоловіки – $262,32 \pm 11,38$ бала ($p < 0,001$). У ГП жінки також зазначили нижчий рівень якості життя, ніж чоловіки – $151,77 \pm 5,95$ бала та $267,75 \pm 11,29$ бала відповідно ($p < 0,001$). Найвищі показники у двох групах були зафіксовані у пацієнтів із грижами білої лінії живота; найнижчі – у пацієнтів із пупковими грижами.

Констатувальний експеримент виявив наявність грижового випинання, що спричиняє стійкий біль, зменшення товщини м'язово-апоневротичного шару у стані спокою та відпочинку, а також зниження показників якості життя.

Отримані результати засвідчили необхідність застосування для пацієнтів із ГПЧС комплексної програми фізичної реабілітації.

Четвертий розділ дисертації **«Програма фізичної реабілітації під час хірургічного лікування пацієнтів із грижами передньої черевної стінки»** присвячений особливостям розробленої комплексної програми фізичної реабілітації для зазначеного контингенту хворих і містить опис використаних засобів і методів фізичної реабілітації на передгоспітальному, госпітальному та постгоспітальному етапах. Добір засобів фізичної реабілітації здійснено з урахуванням етапу, локалізації та розміру грижового випинання; віку та статі пацієнтів; толерантності до фізичних навантажень, ступеня прояву порушень кардіореспіраторної системи, опорно-рухового апарату, психо-емоційного стану, ступеня впливу захворювання на якість життя хворих.

Розроблена програма фізичної реабілітації спрямована на протидію тим чинникам, що виникли через грижове випинання та після хірургічної ліквідації грижі: попередження ранніх та пізніх післяопераційних ускладнень; покращання регенеративних та репаративних процесів у ділянці післяопераційної рани; покращання діяльності кардіореспіраторної систем; протидія анталгічній позі; підвищення тону м'язів передньої черевної стінки, дихальних м'язів; оптимізація діяльності нервової системи; підвищення психо-емоційного фону; стимуляція діяльності вестибулярного апарату та відновлення якості життя.

Розроблена комплексна програма фізичної реабілітації хворих із ГПЧС включала такі складові: 1) фізична реабілітація амбулаторно (зал ЛФК) та домашніх умовах з метою проведення передопераційної підготовки пацієнтів до герніотомії (передгоспітальний етап); 2) фізична реабілітація в умовах хірургічного відділення (госпітальний етап); 3) фізична реабілітація у домашніх та амбулаторних умовах (постгоспітальний етап); 4) навчання пацієнтів навичок самообслуговування, контролю за повсякденним фізичним навантаженням, методично правильного застосування запропонованих засобів фізичної реабілітації (передгоспітальний, госпітальний і постгоспітальний етапи фізичної реабілітації).

Програма базується на застосуванні фізичних вправ (спеціальні лікувальні, гімнастичні, спортивно-прикладні, дихальні), масажу (лікувальний, класичний, сегментарно-рефлекторний, самомасаж), фізіотерапії (гідротерапія, дарсонвалізація, УФО, кріотерапія, магнітолазер) та засобів пасивної корекції (лікування положенням, мішечки з сіллю, бандаж), що реалізуються та дозуються відповідно до етапів лікувально-реабілітаційного процесу, потреб та функціональних можливостей організму. Пацієнтам ГП на передгоспітальному етапі проводили підготовку до герніотомії та корекцію супутніх захворювань лише медикаментозними препаратами; на госпітальному етапі – лікування положенням, лікувальну гімнастику, лікувальну ходьбу, кріотерапію, УФО, бандажування; на постгоспітальному етапі – самомасаж, лікувальна ходьбу, УФО, бандажування, дієтотерапію (табл. 1).

Таблиця 1

Застосування засобів фізичної реабілітації при хірургічному лікуванні гриж передньої черевної стінки

Основна група	Група порівняння
Передгоспітальний етап (12±3 дні)	
Щадний руховий режим	
Лікувальна гімнастика (15–20 хв щоденно); масаж (5 хв щоденно); гідротерапія (21–22°C); дарсонвалізація (3 хв через день); Мішечки з сіллю (3–4 кг); бандажування.	Бандажування; корекція супутніх захворювань медикаментозними препаратами; бинтування нижніх кінцівок.
Щадно-тренувальний руховий режим	
Лікувальна гімнастика (20–25 хв щоденно); масаж (4–5 хв щоденно); гідротерапія (21–22°C); дарсонвалізація (3 хв через день); мішечки з сіллю (4–5 кг); бандажування; бинтування нижніх кінцівок.	—
Госпітальний етап	
Ліжковий руховий режим	
Лікувальна гімнастика (3–8 хв щоденно); масаж (2–3 хв); лікування положенням (Фовлеровське, по 30–40 хв.); кріотерапія (1 год через кожну год у першу добу); лікувальна ходьба (20–30 хв щодня); бандажування.	Лікувальна гімнастика (3–5 хв щоденно); лікування положенням (Фовлеровське, по 30–40 хв.); Кріотерапія (1 год через кожну год у першу добу); лікувальна ходьба (20–30 хв щодня); бандажування.
Палатний руховий режим	
Лікувальна гімнастика (8–15 хв щоденно); дарсонвалізація (2–3 хв); магнітолазер (7–8 сеансів, 20мВТ, 1500Hz); лікувальна ходьба (30–60 хв щодня); бандажування.	Лікувальна гімнастика (5–8 хв щоденно); Лікувальна ходьба (30–60 хв щоденно); УФО; бандажування.
Постгоспітальний етап (3 міс)	
Щадний руховий режим	
Лікувальна гімнастика (15–20 хв щоденно); масаж (15–20 хв); гідротерапія (10–15 хв за t води 20–21°C); лікувальна ходьба (не менше 1500 м/день); УФО (3–5 сеансів через день); дарсонвалізація (2–3 хв); бандажування; дієтотерапія.	Самомасаж; лікувальна ходьба (не менше 1000 м/день); УФО (за потреби); бандажування; дієтотерапія.
Щадно-тренувальний руховий режим	
Лікувальна гімнастика (20–30 хв щоденно); масаж (10–15 хв); гідротерапія (15–20 хв при t води 20–21°C); магнітолазер (7–8 сеансів, 20мВТ, 1500Hz); лікувальна ходьба (2000–2500 м/день); бандажування; дієтотерапія.	Самомасаж; лікувальна ходьба (1000–1500 м/день); бандажування; дієтотерапія.
Тренувальний руховий режим	
Лікувальна гімнастика (30–40 хв щоденно); масаж (8–10 хв); гідротерапія (20–30 хв за t води 20–21°C); лікувальна ходьба (2500–3000 м/день); активний відпочинок (плавання, теренкур, похід вихідного дня, велосипедний туризм, працетерапія); дієтотерапія.	Лікувальна ходьба (1500–2500 м/день).

Головною принциповою відмінністю розробленої комплексної програми фізичної реабілітації осіб із ГПЧС є цілеспрямована передопераційна підготовка до герніотомії засобами фізичної реабілітації, що забезпечує реалізацію принципу ранньої активізації пацієнтів у післяопераційному періоді. Фізична реабілітація на постгоспітальному етапі охоплює широкий спектр видів фізичної активності (плавання, теренкур, похід вихідного дня, велосипедний туризм, працетерапія).

Розроблені методичні рекомендації з щоденного фізичного навантаження дозволяють запобігати появі рецидивів захворювання та раціонально розподіляти фізичне навантаження на органи і системи.

Фізична реабілітація на **передгоспітальному етапі** є комплексом взаємопов'язаних систематичних заходів, спрямованих на підготовку організму до впливу хірургічного лікування, знеболювальних засобів, підвищеного внутрішньочеревного тиску.

Середня тривалість передопераційної підготовки становила 12 ± 3 днів, що проводилась амбулаторно у залі ЛФК та вдома. Загальна реабілітаційна підготовка хворих передбачала ознайомлення хворих із засобами, методичними рекомендаціями щодо їх використання та повсякденного рухового режиму. Хворі засвоювали навички самообслуговування, догляду за післяопераційним рубцем, техніки пересування в ліжку та у приміщенні, різних типів дихання, приділяючи особливу увагу діафрагмальному, прийоми безболісного відкашлювання та фізичні вправи, що використовуватимуться у ранньому післяопераційному періоді.

Спеціальна передопераційна підготовка засобами фізичної реабілітації включала профілактику значного підвищення внутрішньочеревного тиску в ранньому післяопераційному періоді; адаптацію серцево-судинної та дихальної систем до підвищеного внутрішньочеревного тиску; профілактику ускладнень післяопераційної рани; засвоєння нових рухових навичок, що будуть необхідні в післяопераційному періоді при перевертанні на бік, підніманні пацієнтів із ліжка, присіданні тощо.

На **госпітальному етапі** фізична реабілітація була спрямована на вирішення таких завдань: прискорення виведення медикаментозних речовини з організму; стимуляція вентиляції легень і кровообігу; запобігання розвитку застійної пневмонії; прискорення розсмоктування післяопераційної інфільтрації тканин, стимуляція відтоку пасоки через дренаж; попередження запаморочення та блювоти; стимуляція процесів регенерації тканин; активізація периферійного кровообігу; поліпшення моторної, секреторної функцій системи травлення, нормалізація сечовиділення.

На **постгоспітальному етапі** фізична реабілітація забезпечувала реалізацію таких завдань: формування міцного післяопераційного рубця; відновлення рухливості у післяопераційній ділянці; запобігання розвитку спайок; відновлення постави, координації рухів; поліпшення функції систем життєзабезпечення; нормалізація психоемоційного стану пацієнта; відновлення

або компенсація функції передньої черевної стінки; профілактика появи рецидивів гриж.

У п'ятому розділі дисертації **«Ефективність упровадженої програми фізичної реабілітації хворих після оперативного втручання гриж передньої черевної стінки»** подано результати формувального експерименту. Обстеження пацієнтів з метою визначення динаміки отриманих показників проводились поетапно. Попереднє реабілітаційне обстеження пацієнтів здійснювалося під час первинного звернення за медичними послугами. Поточні обстеження проводились у день виписування хворого зі стаціонарного відділення та через місяць після того, а підсумкове реабілітаційне обстеження проводилось через три місяці після оперативного втручання.

У результаті впровадження комплексної програми фізичної реабілітації тривалість перебування у стаціонарному відділенні хворих ОГ склала $1,9 \pm 0,1$ дня, хворих ГП – $4,05 \pm 0,26$ дня ($p < 0,001$). Практичний ефект від впровадження розробленої програми виявився у скороченні терміну перебування на лікарняному листку: пацієнти ОГ повернулися до професійної діяльності через 15 ± 4 днів після герніотомії, пацієнти ГП повернулися до роботи через $21,0 \pm 2,0$ день ($p < 0,01$).

Показники інтенсивності болю за ВАШ довели значну анальгезуючу дію розробленої комплексної програми фізичної реабілітації на організм пацієнтів: в останній день перебування у стаціонарному відділенні пацієнти ОГ оцінили прояв болю на $2,26 \pm 0,17$ бала, пацієнти ГП – на $3,1 \pm 0,29$ бала ($p < 0,01$). Через місяць після герніотомії показники становили $0,69 \pm 0,13$ бала та $2,64 \pm 0,22$ бала відповідно ($p < 0,01$). Через три місяці пацієнти ОГ оцінили прояв болю на $0,07 \pm 0,04$ бала, пацієнти ГП – на $1,71 \pm 0,18$ бала ($p < 0,001$).

Показники дихальних проб засвідчують вплив розробленої комплексної програми фізичної реабілітації на підвищення толерантності до кисневого голодування, що дозволило розширити резервні й адаптаційні можливості організму пацієнтів ОГ. Середні показники за пробою Штанге в останній день перебування у стаціонарі пацієнтів ОГ становили $49,26 \pm 3,45$ с, пацієнтів ГП – $31,41 \pm 2,68$ с ($p < 0,001$); через місяць – $53,69 \pm 3,31$ с та $35,12 \pm 2,47$ с ($p < 0,001$); через три місяці після герніотомії – $60,33 \pm 3,14$ с та $39,07 \pm 2,57$ с відповідно ($p < 0,001$). Середні показники проби Генча у останній день перебування у стаціонарі в ОГ становили $28,31 \pm 2,13$ с, у ГП – $21,41 \pm 1,42$ с ($p < 0,01$); через місяць – $30,36 \pm 1,8$ с та $25,27 \pm 1,43$ с ($p < 0,05$); через три місяці після герніотомії – $33,55 \pm 1,71$ с та $28,49$ с відповідно ($p < 0,05$).

УЗД м'яких тканин дозволило зафіксувати морфо-функціональні зміни м'язів передньої черевної стінки під впливом комплексної програми фізичної реабілітації. Так, через три місяці товщина МАШ у стані спокою у пацієнтів ОГ становила $1,0 \pm 0,18$ см, а у пацієнтів ГП – $0,8 \pm 0,29$ см ($p > 0,05$); під час напруження м'язів – $1,4 \pm 0,2$ см та $1,47 \pm 0,36$ см відповідно ($p > 0,05$).

Дослідження психоемоційного стану за методикою «САН» засвідчило підвищення психоемоційного фону пацієнтів: на момент останнього дня перебування у стаціонарному відділенні за шкалою «Самопочуття» пацієнти

ОГ встановили позначку на рівні $3,5 \pm 0,13$ бала, пацієнти ГП – $2,81 \pm 0,19$ бала ($p < 0,01$); за шкалою «Активність» – $4,04 \pm 0,11$ бала та $3,6 \pm 0,16$ бала ($p < 0,05$); за шкалою «Настрій» – $4,34 \pm 0,15$ бала та $3,21 \pm 0,19$ бала відповідно ($p < 0,001$). Через місяць після герніотомії за шкалою «Самопочуття» пацієнти ОГ встановили позначку на рівні $5,57 \pm 0,08$ бала, пацієнтів ГП – $4,14 \pm 0,17$ бала ($p < 0,001$); за шкалою «Активність» – $5,3 \pm 0,09$ бала та $4,53 \pm 0,13$ ($p < 0,001$); за шкалою «Настрій» – $6,04 \pm 0,08$ бала та $4,41 \pm 0,19$ бала відповідно ($p < 0,001$). Підсумкове обстеження виявило показники за шкалою «Самопочуття» у пацієнтів ОГ на рівні $6,58 \pm 0,1$ бала, пацієнти ГП – $5,52 \pm 0,1$ бала ($p < 0,001$); за шкалою «Активність» – $6,19 \pm 0,1$ бала та $5,48 \pm 0,08$ бала відповідно ($p < 0,001$); за шкалою «Настрій» – $6,71 \pm 0,07$ бала та $5,59 \pm 0,12$ бала відповідно ($p < 0,001$).

Упровадження комплексної програми фізичної реабілітації сформувало стереотип правильної постави: на момент виписування зі стаціонарного відділення в ОГ показник ПІ становив $89,51 \pm 0,52\%$, у пацієнтів ГП – $88,09 \pm 0,69\%$ ($p > 0,05$); через місяць – $91,06 \pm 0,42\%$ у ОГ та $89,34 \pm 0,58\%$ у ГП ($p < 0,05$); через три місяці – $92,2 \pm 0,36\%$ та $90,6 \pm 0,5\%$ відповідно ($p < 0,05$).

Під впливом розробленої комплексної програми фізичної реабілітації відбулося підвищення резервних можливостей дихальної системи (табл. 2). Збільшення показників спірографії, особливо форсованого експіративного дихання засвідчує покращання функціонального стану м'язів передньої черевної стінки, оскільки останні беруть безпосередню участь у акті дихання.

У післяопераційному періоді комплексна програма фізичної реабілітації мала на меті протидію провокуючим до грижоутворення факторам – зниження маси тіла. Так, на момент виписування зі стаціонарного відділення у пацієнтів ОГ показник ІМТ становив $27,62 \pm 0,93 \text{ кг} \cdot \text{м}^{-2}$, у ГП – $29,94 \pm 0,79 \text{ кг} \cdot \text{м}^{-2}$ ($p > 0,05$). Через місяць після герніотомії цей показник становив $27,46 \pm 0,93 \text{ кг} \cdot \text{м}^{-2}$ та $30,06 \pm 0,78 \text{ кг} \cdot \text{м}^{-2}$ відповідно ($p < 0,05$). Через три місяці ІМТ становив $26,97 \pm 0,9 \text{ кг} \cdot \text{м}^{-2}$ в ОГ та $30,59 \pm 0,76 \text{ кг} \cdot \text{м}^{-2}$ ($p < 0,01$).

Упровадження комплексної програми фізичної реабілітації розширило адаптаційні можливості серцево-судинної системи: на момент виписування зі стаціонару напруження адаптаційних механізмів пацієнтів ОГ було оцінено на $2,94 \pm 0,07$ ум.од., у пацієнтів ГП – на $3,29 \pm 0,07$ ум.од ($p < 0,001$). Через місяць після герніотомії в ОГ показник адаптаційного потенціалу становив $2,59 \pm 0,07$ ум.од., у ГП – $3,11 \pm 0,07$ ум.од. ($p < 0,001$). Через три місяці дані показники становили $2,25 \pm 0,06$ ум.од. та $2,91 \pm 0,07$ ум.од. відповідно ($p < 0,001$).

У процесі фізичної реабілітації покращилося постачання киснем тканин організму. В останній день стаціонарного лікування у жінок ОГ життєвий індекс становив $37,52 \pm 3,59$ мл/кг, у жінок ГП – $30,23 \pm 1,9$ мл/кг ($p > 0,05$), у чоловіків ОГ – $54,89 \pm 2,99$ мл/кг, у чоловіків ГП – $46,08 \pm 2,13$ мл/кг ($p < 0,05$). Через місяць після герніотомії у жінок ОГ показник ЖІ становив $42,78 \pm 3,94$ мл/кг, у жінок ГП – $33,27 \pm 2,11$ мл/кг ($p < 0,05$), у чоловіків ОГ – $59,11 \pm 2,82$ мл/кг, у чоловіків ГП – $48,79 \pm 1,9$ мл/кг ($p < 0,01$). Через три місяці показники життєвого індексу становили у жінок ОГ $49,47 \pm 4,24$ мл/кг, у жінок ГП – $34,15 \pm 2,03$ мл/кг ($p < 0,01$), у чоловіків ОГ – $66,43 \pm 2,88$ мл/кг, у чоловіків ГП – $49,5 \pm 1,78$ мл/кг ($p < 0,001$).

Спірографічні показники пацієнтів після герніотомії

Показники спірографії	Значення показника															
	ОГ (n=42)								ГП (n=41)							
	до реабілітації				після реабілітації				до реабілітації				після реабілітації			
	чоловіки (n=29)		жінки (n=13)		чоловіки (n=29)		жінки (n=13)		чоловіки (n=28)		жінки (n=13)		чоловіки (n=28)		жінки (n=13)	
	\bar{x}	S	\bar{x}	S	\bar{x}	S	\bar{x}	S	\bar{x}	S	\bar{x}	S	\bar{x}	S	\bar{x}	S
ЖЄЛ, л	4,43	0,2	2,9	0,13	4,97	0,19	3,62***	0,11	4,46	0,14	2,99	0,16	4,37	0,13	3,05	0,13
ФЖЄЛ, л	4,28	0,17	2,55	0,14	4,51	0,16	2,9	0,11	4,04	0,14	2,76	0,22	4,03	0,14	2,87	0,16
ЧД, р/хв	15,24	1,05	17,62	1,27	12,41*	0,62	13,0***	0,62	15,75	0,96	16,15	1,67	14,57	0,72	14,84	0,95
ХОД, л/хв	10,29	0,79	10,84	1,05	16,75***	1,28	15,79**	1,06	12,96	1,05	10,98	1,45	14,1	1,07	11,92	1,33
ДО, л	0,4	0,14	0,18	0,06	0,97**	0,16	0,61***	0,09	0,35	0,08	0,35	0,15	0,54	0,09	0,55	0,17
РО _{вд} , л	1,67	0,19	1,17	0,2	2,11	0,15	1,76*	0,18	1,45	0,77	1,04	0,15	1,68	0,15	1,29	0,13
РО _{вид} , л	2,35	0,24	1,54	0,22	2,91	0,2	1,85	0,22	2,77	0,21	1,59	0,24	2,44	0,18	1,44	0,24
МВЛ, л	101,7	6,14	61,47	5,94	123,0*	6,36	71,65	4,44	120,8	7,13	73,08	6,34	117,14	7,17	72,82	4,93
ЧД _{мвл} , р/хв	47,1	2,97	40,83	3,55	58,01*	3,34	43,23	3,79	53,95	4,05	43,6	4,6	58,65	4,2	54,39	3,52
ДО _{мвл} , л	2,2	0,12	1,54	0,11	2,53	0,1	1,83	0,11	2,46	0,15	1,79	0,16	2,54	0,14	1,75	0,14
ОФВ ₁ , л/с	3,2	0,17	2,22	0,1	3,65*	0,12	2,45	0,09	3,5	0,14	2,27	0,18	3,28	0,13	2,25	0,13
ПОШ, л/с	7,05	0,32	5,12	0,4	7,78	0,32	5,49	0,37	8,18	0,38	4,98	0,52	8,15	0,35	5,41	0,34
ЧПОШ, с	0,45	0,05	0,23	0,05	0,16***	0,02	0,1*	0,01	0,23	0,04	0,3	0,06	0,15	0,02	0,18	0,05

Примітки: ЖЄЛ – життєва ємкість легень; ФЖЄЛ – об'єм форсованого видиху; ЧД – частота дихання; ХОД – хвилинний об'єм дихання; ДО – дихальний об'єм; РО_{вд} – резервний об'єм вдиху; РО_{вид} – резервний об'єм видиху; МВЛ – максимальна вентиляція легень; ЧД_{мвл} – частота дихання при максимальній вентиляції легень; ДО_{мвл} – дихальний об'єм при максимальній вентиляції легень; ОФВ₁ – об'єм форсованого видиху за першу секунду; ПОШ – пікова об'ємна швидкість; ЧПОШ – час досягнення пікової об'ємної швидкості; * – відмінність між показниками порівняно з первинним обстеженням статистично достовірна при $p < 0,05$; ** – відмінність між показниками порівняно з первинним обстеженням статистично достовірна при $p < 0,01$; *** – відмінність між показниками порівняно з первинним обстеженням статистично достовірна при $p < 0,001$.

Дослідження ефективності розробленої комплексної програми фізичної реабілітації для пацієнтів з ГПЧС дало змогу встановити, що за відсутності керованих і цілеспрямованих реабілітаційно-профілактичних заходів у віддаленому післяопераційному періоді показники якості життя стрімко зменшуються та стають нижчими за показники цих пацієнтів, зафіксованих під час першого обстеження перед хірургічним лікуванням (рис. 1). Дослідження показників якості життя чоловіків та жінок дало змогу визначити різний степінь впливу захворювання, хірургічного лікування та фізичної реабілітації на осіб різної статі. Через три місяці жінки ОГ відзначили підвищення показників якості життя до позначки $325,58 \pm 6,89$ бала ($p < 0,001$), жінки ГП – до $189,46 \pm 46$ бала ($p > 0,05$). У чоловіків ОГ показники якості життя становили $336,79 \pm 5,73$ бала ($p < 0,001$), у чоловіків ГП відбулося зниження показників до $179,34 \pm 11,09$ бала ($p < 0,001$). У пацієнтів ОГ із різною локалізацією гриж була зафіксована позитивна динаміка у всіх пацієнтів. У ГП збільшення показників якості життя було лише у пацієнтів із вентральними грижами.

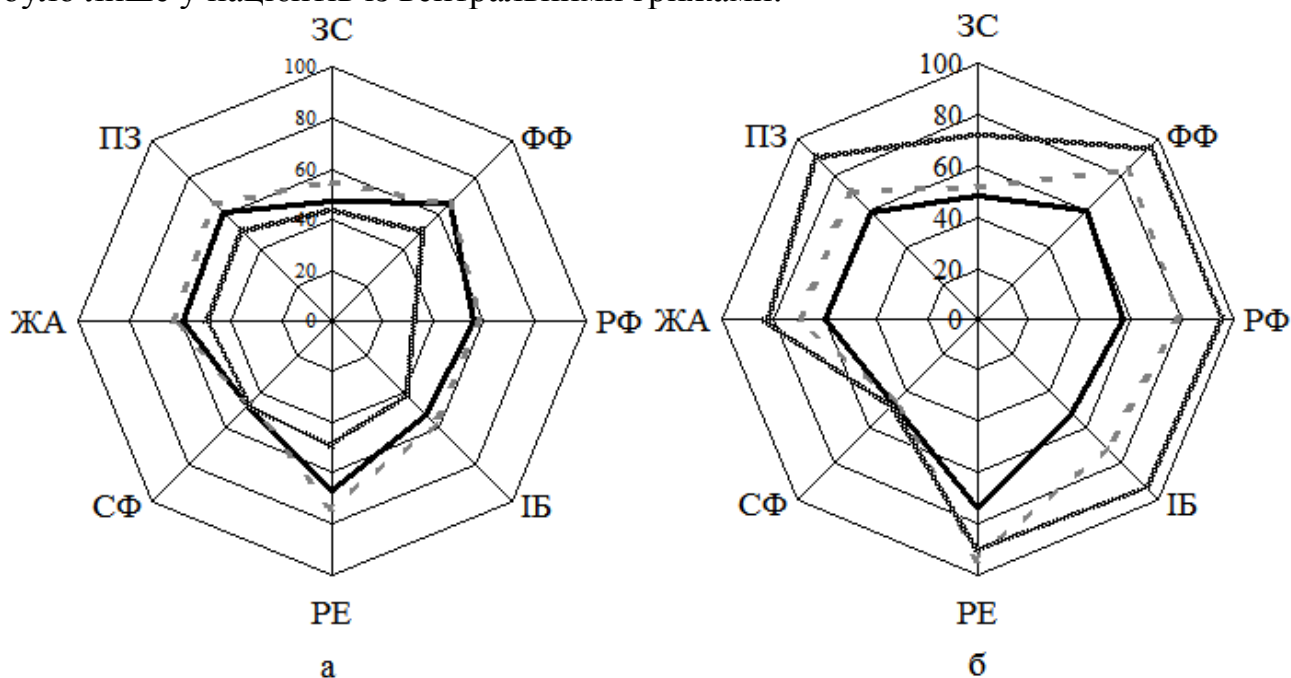


Рис. 1. Зміни показників якості життя:

а – група порівняння; б – основна група; ЗС – загальний стан здоров'я; ФФ – фізичне функціонування; РФ – рольове функціонування, обумовлене фізичним станом; ІБ – інтенсивність болю; РЕ – рольове функціонування, обумовлене емоційним станом; СФ – соціальне функціонування; ЖА – життєва активність; ПЗ – психічне здоров'я; — – до герніотомії; - - - - - через місяць після герніотомії; – через три місяці після герніотомії.

У шостому розділі дисертації «Аналіз та узагальнення результатів дослідження» представлено три групи результатів: результати, які підтверджують існуючі розробки, що доповнюють їх, та нові відомості за результатами досліджуваної теми.

Підтверджено важливість проблеми фізичної реабілітації пацієнтів із ГПЧС на перед- та післяопераційному етапах (С. В. Афанасьєв, 2004;

В. В. Бойко, 2008; А. І. Альошина, 2012; І. І. Пархотік, 2012) і актуальність впровадження заходів із відновлення якості життя (О. Г. Юшковська, 2003; В. М. Лехан, 2006; А. А. Новик, Т. І. Іонова, 2007).

Доповнено відомості про функціональний стан і якість життя пацієнтів із грижами передньої черевної стінки (Ю. Х. Абдурахманов, 2012; В. І. Белоконєв, 2001; В. В. Жебровського, 2006), особливості фізичної реабілітації хворих після герніотомії (Я. П. Фелештинський, 1999; Ю. Х. Абдурахманов, С. Р. Добровольський, 2010), та впливу хірургічного лікування гриж передньої черевної стінки на якість життя пацієнтів (С. Б. Травкін, 2009).

Вперше встановлено й охарактеризовано рівень якості життя пацієнтів із грижами передньої черевної стінки. З'ясовано, що локалізація грижі та стать пацієнтів впливає на показники якості життя та їх динаміку. Вперше розроблено й апробовано комплексну програму фізичної реабілітації пацієнтів із ГПЧС, спрямовану на відновлення їх якості життя. У програмі подано й обґрунтовано її складові, методологія та послідовність їх застосування. Результати дослідження визначили, що за умови впровадження комплексної програми фізичної реабілітації чоловіки відзначають більш високий рівень якості життя, ніж жінки. Проте при самостійному відновленні фізичної активності у чоловіків ГП показники якості життя знижуються швидше, ніж показники якості життя жінок цієї ж групи.

ВИСНОВКИ

1. У процесі аналізу спеціальної науково-методичної літератури встановлено, що фізична реабілітація є необхідною складовою комплексного лікування пацієнтів із грижами передньої черевної стінки. Виявлено, що існуючі програми для цього контингенту хворих мають переважно загальний характер, засоби фізичної реабілітації застосовуються не у повному обсязі, методичні рекомендації використовуються на практиці вкрай рідко, відзначається також несистематичне застосування засобів фізичної реабілітації. Питання якості життя та функціонального стану пацієнтів після герніотомії залишається не вирішеним, тому розробка та впровадження у клінічну практику комплексної програми фізичної реабілітації пацієнтів із грижами передньої черевної стінки, спрямовану на відновлення якості життя та функціонального стану, є актуальною.

2. Первинне обстеження пацієнтів із грижами передньої черевної стінки встановило, що дане захворювання характеризується симптомокомплексом, що знижує показники якості життя. Найвищі показники до герніотомії були зафіксовані за шкалою «Рольове функціонування, зумовлене емоційним станом» у пацієнтів ОГ – $74,67 \pm 6,2$ бала, у пацієнтів ГП – $67,59 \pm 6,63$ бала ($p > 0,05$); найнижчі – за шкалою «Соціальне функціонування» - $47,57 \pm 1,43$ бала та $47,15 \pm 1,78$ бала відповідно ($p > 0,05$) (при максимальній позначці 100 балів). Інші показники досліджуваних аспектів якості життя є дещо вищими за середні. «Компонент фізичного здоров'я» пацієнти ОГ оцінили на $219,74 \pm 17,79$ бала, у ГП – на $226,22 \pm 17,81$ бала; «Компонент психічного здоров'я» був оцінений у

237,36±12,39 бала та 235,73±12,5 бала відповідно (при максимальній позначці 400 балів). Досліджуючи вплив наявності грижового випинання на якість життя залежно від статі, було встановлено, що чоловіки відмітили більш високі показники якості життя, ніж жінки. Дослідження показало, що локалізація грижі також впливає на показники якості життя. Так, найвищі показники до герніотомії було зафіксовано у пацієнтів з грижею білої лінії живота, найнижчі – у пацієнтів із пупковими грижами.

3. Хронічний біль, викликаний наявністю грижового випинання, мав різну силу прояву у жінок і чоловіків. Дослідження показало, що жінки дали більш високу оцінку болю (в ОГ – 3,15±0,81 бала, у ГП – 4,0±0,57 бала), ніж чоловіки (в ОГ – 2,66±0,35 бала, у ГП – 2,71±0,35 бала). Наявність анталгічної пози зафіксували показники плечового індексу. У пацієнтів ОГ даний показник становив 89,64±0,71%, що відповідає наявності сколіотичної постави; у пацієнтів ГП показник плечового індексу знаходився на нижній межі норми – 90,68±0,62% ($p > 0,05$). У пацієнтів із грижами передньої черевної стінки УЗД виявило потоншення м'язово-апоневротичного шару у стані спокою та під час напруження, зайву вагу, зниження адаптаційних можливостей, що безпосередньо обмежувало фізичну активність, знижувало психоемоційний фон, що призводило до обмеження функціональних можливостей пацієнтів і відповідно, зниження якості їх життя.

4. На основі проведених досліджень було розроблено та науково обґрунтовано комплексну програму фізичної реабілітації пацієнтів із грижами передньої черевної стінки. Програма передбачала застосування з лікувально-реабілітаційною метою фізичних вправ, масажу, фізіотерапії та засобів пасивної корекції. Розроблена комплексна програма фізичної реабілітації відрізняється від існуючих програм тим, що включає різні етапи фізичної реабілітації, зокрема і передопераційну підготовку пацієнтів засобами фізичної реабілітації до хірургічного лікування, що дозволяє реалізувати принцип ранньої активізації хворих у післяопераційному періоді та продовження застосування засобів фізичної реабілітації на постгоспітальному етапі у віддаленому післяопераційному періоді.

5. Упровадження комплексної програми фізичної реабілітації забезпечило зменшення показника ліжко-дня на 53,09%, що є економічно вигідним для лікувально-профілактичних закладів і пацієнтів із грижами передньої черевної стінки. У процесі дослідження було зафіксовано значну протибольову дію впровадженої програми фізичної реабілітації, що проявилось зменшенням сили болю у пацієнтів ОГ на 97,51% та на 45,19% у пацієнтів ГП. Вищезазначені зміни стали передумовою для збільшення показників якості життя у пацієнтів ОГ за шкалою «Загальне здоров'я» на 52,08%, за шкалою «Фізичне функціонування» – на 58,33%; за шкалою «Рольове функціонування, обумовлене емоційним станом» – на 68,42%; за шкалою «Інтенсивність болю» – на 78,85%; за шкалою «Рольове функціонування, обумовлене фізичним станом» – на 21,62%; за шкалою «Соціальне функціонування» – на 4,25%; за шкалою «Життєва активність» – на 38,33%; за шкалою «Психічне здоров'я» –

на 50,85%. У пацієнтів ГП підсумкове реабілітаційне обстеження засвідчило зниження показників за всіма шкалами: за шкалою «Загальне здоров'я» – на 6,38%, за шкалою «Фізичне функціонування» на 24,24 %; за шкалою «Рольове функціонування, обумовлене емоційним станом» – на 42,86 %; за шкалою «Інтенсивність болю» – на 21,15%; за шкалою «Рольове функціонування, обумовлене фізичним станом» – на 26,87%; за шкалою «Соціальне функціонування» – на 2,13%; за шкалою «Життєва активність» – на 15,25%; за шкалою «Психічне здоров'я» – на 18,03%.

6. Під впливом розробленої комплексної програми фізичної реабілітації показники за пробою Штанге у пацієнтів ОГ збільшилися на 19,41%, за пробою Генча – на 18,03%. У пацієнтів ГП через три місяці після герніотомії середній показник за пробою Штанге зменшився на 2,44%, за пробою Генча відбулося збільшення на 7,69%. Показник адаптаційного потенціалу в ОГ у процесі фізичної реабілітації покращився на 26,23%; у пацієнтів ГП – на 9,63%. Застосування фізичних вправ дало змогу у пацієнтів ОГ збільшити товщину м'язово-апоневротичного шару тканин передньої черевної стінки на 25% ($p < 0,05$) у стані спокою та на 40% – під час напруження ($p < 0,01$). У пацієнтів ГП було зафіксовано збільшення на 8,11% ($p > 0,05$) та 14,84% ($p < 0,05$).

7. Порівняльний аналіз результатів і показників ОГ та ГП засвідчив переваги розробленої комплексної програми фізичної реабілітації пацієнтів із грижами передньої черевної стінки. Це дозволило підвищити якість життя пацієнтів, скоротити частоту рецидивів захворювання та зменшити ризик післяопераційних морфо-функціональних ускладнень. Розроблена комплексна програма фізичної реабілітації хворих із грижами передньої черевної стінки може бути використана для даних хворих на перед- та післягоспітальному етапах лікування у хірургічних відділеннях; окремі елементи програми можуть бути використані під час фізичної реабілітації пацієнтів у абдомінальній хірургії.

Перспективи подальших досліджень вбачаємо у визначенні ефективності розробленої комплексної програми фізичної реабілітації під час застосування різних хірургічних тактик і способів пластики передньої черевної стінки при проведенні герніотомії.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації

1. Романенко Я. М. Якість життя як сучасна проблема реабілітології / Я. М. Романенко, Ю. О. Лянной // Слобожанський науково-спортивний вісник. – 2010. – № 4. – С. 91–95. *Особистий внесок здобувача полягає у визначенні проблеми та актуальності дослідження.*

2. Романенко Я. Біомеханічні особливості виникнення гриж передньої черевної стінки та профілактично-реабілітаційні заходи / Яна Романенко, Юрій Лянной // Молода спортивна наука України. – 2011. – Т. 3 (15). – С. 246–252. *Особистий внесок здобувача полягає у виявленні проблеми та актуальності дослідження.*

3. Романенко Я. М. Методологія дослідження якості життя хірургічних хворих у процесі фізичної реабілітації / Я. М. Романенко, Ю. О. Лянной // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту : наук. журн. – Х. : ХОВНОКУ-ХДАДМ, 2011. – № 4. – С. 134–137. *Особистий внесок здобувача полягає у виявленні проблеми та актуальності дослідження.*

4. Романенко Я. М. Спірографічні показники та шляхи корекції функції зовнішнього дихання засобами фізичної реабілітації у хірургічних хворих / Я. М. Романенко // Науковий часопис Національного педагогічного університету ім. М. П. Драгоманова : зб. наук. праць / [за ред. Г. М. Арзютова]. – К. : Вид-во НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2011. – Вип. 13. – С. 523–527.

5. Романенко Я. М. Передопераційна підготовка хворих до герніотомії засобами фізичної реабілітації / Я. М. Романенко // Молода спортивна наука України. – 2012. – Т. 3. – С. 171–176.

6. Романенко Я. М. Лікування положенням як засіб фізичної реабілітації хворих із грижами передньої черевної стінки / Я. М. Романенко // Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві. – 2012. – Т. 1. – С. 105–108.

7. Романенко Я. М. Особливості впливу комплексної програми фізичної реабілітації на якість життя пацієнтів після герніотомії / Я. М. Романенко // Слобожанський науково-спортивний вісник. – 2012. – № 4. – С. 118–122.

Опубліковані роботи апробаційного характеру

8. Романенко Я. М. Якість життя : навч.-метод. посіб. / Я. М. Романенко, Ю. О. Лянной. – Суми : Вид-во СумДПУ ім. А. С. Макаренка, 2011. – 116 с. *Особистий внесок здобувача полягає у виявленні проблеми, актуальності дослідження, формуванні особливостей дослідження якості життя у різних галузях медицини, організації та проведення досліджень якості життя.*

9. Діагностика супутньої патології у хірургічних хворих / В. В. Андрющенко, Р. М. Ніколаєнко, Я. М. Романенко [та ін.] // Актуальні питання клінічної медицини : матеріали наук.-практ. конф. студ., молодих вчен., лікарів та викл., (Суми, 20–22 квіт. 2011 р.). – Суми, 2011. – Ч. 2. – С. 14–15. *Особистий внесок здобувача полягає у проведенні досліджень, статистичній обробці даних та їх детальному аналізі.*

10. Попередження розвитку абдомінального компартмент-синдрому при герніопластичі післяопераційних вентральних гриж / Р. М. Ніколаєнко, Я. М. Романенко, О. В. Язиков [та ін.] // Клінічна хірургія. – 2012. – № 10 (836). – С. 37.

11. Особливості супутньої патології при грижах передньої черевної стінки / Я. М. Романенко, Р. М. Ніколаєнко, О. М., Гримайло [та ін.] // Здобутки і перспективи сучасної хірургії : зб. матеріалів I Всеукр. форуму молодих учених, (Дніпропетровськ, 13–15 квіт. 2011 р.) / [під ред. О. Б. Кутового] – Дніпропетровськ : ДДМА, 2011. – Т. 1. – С. 36–38. *Особистий внесок здобувача полягає у проведенні досліджень, статистичній обробці даних та їх детальному аналізі.*

12. Романенко Я. М. Фізична реабілітація хворих після герніотомії / Я. М. Романенко // Молода наука Волині: пріоритети та перспективи досліджень : матеріали VI Міжнар. наук.-практ. конф. студ. та асп. – Луцьк : Волин. нац. ун-т ім. Лесі Українки, 2012. – Т. 1. – С. 188–189.

Опубліковані праці, які додатково відображають наукові результати дисертації

13. Романенко Я. М. Досвід застосування методу спірографії для хірургічних хворих / Я. М. Романенко // Сучасні проблеми фізичного виховання і спорту школярів та студентів України : матеріали XI Всеукр. наук.-практ. конф. молодих вчених з міжнар. участю, (Суми, 28–29 квіт. 2011 р.) : у 2 т. / [відп. ред. М. О. Лянной ; наук. ред. Т. О. Лоза]. – Суми : СумДПУ ім. А. С. Макаренка, 2011. – Т. 1. – С. 352–358.

14. Романенко Я. М. Вплив лікувально-реабілітаційного процесу на показники функціонального стану хворих із грижами передньої черевної стінки / Я. М. Романенко // Релігія, релігійність, філософія та гуманітаристика у сучасному інформаційному просторі : національний та інтернаціональний аспекти : матеріали III Міжнар. наук.-практ. конф., (Рубіжне, 27–29 груд. 2011 р.) : зб.наук. праць / [за заг. ред. М. А. Журби]. – Луганськ : вид-во СНУ ім. В. Даля, 2011. – Ч. III. – С. 73–77.

15. Романенко Я. М. Індивідуальна картка реабілітаційного обстеження та оцінки фізичного стану хворих на грижі передньої черевної стінки / Я. М. Романенко // Сучасні проблеми фізичного виховання і спорту школярів та студентів України : матеріали XII Всеукр. наук.-практ. конф. молодих вчених з міжнар. участю, (Суми, 19–20 квіт. 2012 р.) : у 2 т. / [відп. ред. М. О. Лянной ; наук. ред. Т. О. Лоза]. – Суми : СумДПУ ім. А. С. Макаренка, 2011. – Т. 1. – С. 386–390.

АНОТАЦІЇ

Романенко Я.М. Відновлення якості життя пацієнтів після хірургічного лікування гриж передньої черевної стінки засобами фізичної реабілітації. – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата наук з фізичного виховання і спорту за спеціальністю 24.00.03 – фізична реабілітація. – Національний університет фізичного виховання і спорту України, Київ, 2013.

Дисертація присвячена питанню розробки програми фізичної реабілітації у комплексному лікуванні гриж передньої черевної стінки.

У роботі розроблено, теоретично обґрунтовано комплексну програму фізичної реабілітації хворих із грижами передньої черевної стінки, спрямовану на попередження появи післяопераційних ускладнень та рецидивів захворювання, відновлення якості життя пацієнтів. Особливостями програми є передопераційна підготовка пацієнтів до герніотомії засобами фізичної реабілітації, рання активізація пацієнтів у післяопераційному періоді та індивідуалізація застосування засобів фізичної реабілітації.

Розроблена програма фізичної реабілітації пацієнтів з грижами передньої черевної стінки спрямована на покращання функціонування дихальної системи, корекцію постави, ліквідацію анталгічної пози, оптимізацію роботи серцево-судинної системи, розширення діапазону адаптаційних можливостей пацієнтів, скорочення показника ліжко-дня, попередження рецидиву захворювання, запобігання розвитку абдомінального компартмент-синдрому та відновлення якості життя.

Ключові слова: грижі передньої черевної стінки, фізична реабілітація, якість життя.

Романенко Я. Н. Восстановление качества жизни пациентов после хирургического лечения грыж передней брюшной стенки средствами физической реабилитации. – Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата наук по физическому воспитанию и спорту по специальности 24.00.03 – физическая реабилитация. – Национальный университет физического воспитания и спорта Украины, Киев, 2013.

Диссертация посвящена вопросу разработки программы физической реабилитации в комплексном лечении грыж передней брюшной стенки.

В ходе исследования было установлено, что клиническая картина у пациентов с грыжами характеризуется наличием боли. Так, пациенты ОГ оценили по шкале ВАШ силу боли на $2,81 \pm 0,34$ бала, пациенты ГС – на $3,12 \pm 0,31$ бала.

Результаты изучения качества жизни пациентов показали, что самые низкие показатели в двух группах были по шкале «Социальное функционирование». Самые высокие показатели зафиксированы по шкале «Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием».

Исследование внешней функции дыхания определило, что 61,91% показателей дыхательной пробы Штанге в ОГ и 48,78% показателей пациентов ГС были зафиксированы в пределах нормы. Норме пробы Генча соответствует 47,62% показателей пациентов ОГ и 46,34% показателей пациентов ГС. Отклонение от нормы показателя жизненного индекса у ОГ зафиксировано у 78,57%, в ГС – у 92,68% показателей пациентов.

Было выявлено, что грыжи передней брюшной стенки негативно влияют на психоэмоциональное состояние пациентов.

Разработана комплексная программа физической реабилитации больных с грыжами передней брюшной стенки, включающая этапы: 1) физическую реабилитацию амбулаторно (зал ЛФК) и дома с целью проведения предоперационной подготовки пациентов к герниотомии; 2) физическую реабилитацию в условиях хирургического отделения; 3) физическую реабилитацию в домашних и амбулаторных условиях; 4) обучение пациентов навыкам самообслуживания, контроля за повседневной физической нагрузкой, методично правильному применению предложенных средств физической

реабилитации (на всех этапах). Программа базируется на применении физических упражнений, массажа, физиотерапии и средств пассивной коррекции (лечение положением, мешочки с солью, бандаж), реализуемых и дозируемых соответственно периодам лечебно-реабилитационного процесса, потребностям и функциональным возможностям организма.

Главным принципиальным отличием разработанной комплексной программы физической реабилитации больных ГПЧС является целенаправленная предоперационная подготовка к герниотомии средствами физической реабилитации, что создает базис для реализации принципа ранней активизации пациентов в послеоперационном периоде.

Ключевые слова: грыжи передней брюшной стенки, физическая реабилитация, качество жизни.

Romanenko J. M. The Renewal of the Patients' Quality of Life after Front Abdominal Hernias Surgical Treatment by Means of Physical Rehabilitation. – Manuscript.

The dissertation of scientific degree of candidate of sciences physical education and sport specialty 24.00.03 – Physical Rehabilitation. – National University of Physical Education and Sport of Ukraine, Kyiv, 2013.

The dissertation is devoted to the question of development of the program of physical rehabilitation in the complex treatment of front abdominal hernias.

The complex program of physical rehabilitation of patients with front abdominal hernias concerning prevention of pre-surgical complexetions and relapses of the disease is created and theoretical grounded in the dissertation. The main features of the program is pre-surgical patients' preparation to herniotomy by the physical rehabilitation methods, early patients' activity in the post-operative period and individualization of the usage of physical rehabilitation methods.

The physical rehabilitation program for patients with abdominal hernia is aimed to the functions of the respiratory system improvement, correction of deportment, analgesic posture elimination, optimization of cardiovascular system, patients' adaptive abilities range expansion, bed-day reduction, relapsing of the disease and development of abdominal compartment-syndrome prevention.

Key words: front abdominal hernias, physical rehabilitation, quality of life.

Свідоцтво про державну реєстрацію друкованого засобу
масової інформації
КВ № 15795 – 4267Р від 27.10.2009 р.

Підписано до друку 01.03.2013. Формат 60x90/16. Гарн. New Times.
Друк ризогр. Папір офсет. Умовн. друк. арк. 0,9.
Тираж 100 прим.

Надруковано у редакційно-видавничому відділі
СумДПУ імені А. С. Макаренка з оригіналів автора

40002, м. Суми, вул. Роменська, 87
e-mail: rector@sspu.sumy.ua
тел.: (0542) 22-14-95