

ВПЛИВ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ НА СТАН ПРАЦЕЗДАТНОСТІ РАДИКАЛЬНО ОПЕРОВАНИХ ХВОРИХ НА РАК ЛЕГЕНІВ

Шевченко А.І., д. мед. н., професор, зав. курсу онкології, *Шевченко О.І., студентка

*Запорізький державний медичний університет,
* Запорізький національний університет*

Стаття присвячена проблемі медичної реабілітації хворих на рак легень, прооперованих радикально. Медична реабілітація розглядається як важливий засіб відновлення працездатності. Розглянуті такі методи реабілітації: мінімальний травматизм підчас операції, профілактика розвитку плевральних зрощень, комплекс фізичних вправ і дихальна гімнастика.

Ключові слова: рак легень, торакотомія, медична реабілітація, функціональні можливості легень.

Шевченко А.И., *Шевченко А.И. ВЛИЯНИЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ НА СОСТОЯНИЕ РАБОТОСПОСОБНОСТИ РАДИКАЛЬНО ПРООПЕРИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЛЕГКИХ / Запорожский государственный медицинский университет, *Запорожский национальный университет, Украина.

Статья посвящена проблеме медицинской реабилитации больных раком легких, прооперированных радикально. Медицинская реабилитация рассматривается как важное средство восстановления трудоспособности. Рассмотрены следующие методы реабилитации: минимальный травматизм во время операции, профилактика развития плевральных сращений, комплекс физических упражнений и дыхательная гимнастика.

Ключевые слова: рак легких, торакотомия, медицинская реабилитация, функциональные возможности легких.

Shevchenko A.I., *Shevchenko A.I. INFLUENCE OF MEASURES OF REHABILITATIONS ON THE STATE OF CAPACITY RADICALLY PROOPERIROVANYKH OF PATIENTS BY CANCER OF LIGHTS / Zaporozhia state medical university, *Zaporozhia national university, Ukraine

The article is devoted the problem of medical rehabilitation of patients the cancer of lights, operated radically. A medical rehabilitation is examined as an important mean of renewal of ability to work. The followings methods of rehabilitation are considered: a minimum traumatism is operations, prophylaxis of development of unions of pleurae, complex of physical exercises and respiratory gymnastics in time.

Key words: cancer of lights, torakotomiya, medical rehabilitation, functional possibilities of lights.

Досягнення сучасної науки та розширення можливостей радикального лікування хворих на рак легень привели до збільшення контингенту людей працездатного віку, клінічно вилікованих від раку, тобто практично здорових, здатних займатися суспільно-корисною працею [5]. Саме в цьому віці люди досягають вершин професійної майстерності і тому повернення їх до повноцінного життя шляхом використання реабілітаційних заходів має велику перспективу і соціальну значимість. Ще в рекомендаціях IV Всесоюзного з'їзду онкологів (Ленінград, 1986) було рекомендовано вважати реабілітацію онкологічних хворих найважливішою і невід'ємною частиною організаційної і клінічної онкології. Загальновідомо, що реабілітацію онкологічних хворих поділяють на медичну, професійну та соціальну (хоч М.М. Кабанов (1989) вважає, що всі етапи реабілітації повинні нести і медичне, і психосоціальне «забарвлення», змінюється лише ступінь їх вираженості на різних етапах). При цьому медична реабілітація є домінуючою, адже від якості лікувальних та психологічних заходів залежить рівень відновлення фізичних і психологічних функцій необхідних для адаптації, реадaptaції і перекваліфікації хворого [9, 10, 11]. Тому розробку і впровадження в практику методів лікування, що дозволяють одержати найкращі безпосередні і віддалені анатомічні і функціональні результати, відносять до першочергових завдань медичної реабілітації [7]. Це особливо стосується проблеми

лікування хворих на рак легенів – одержання добрих функціональних результатів після операції визначає можливість повернення хворих до трудової діяльності [8].

Але проблема медичної реабілітації цього контингенту хворих, незважаючи на окремі роботи в цьому напрямку [1, 3, 4], ще не знайшла свого остаточного вирішення і не є складовою частиною комплексу терапевтичних заходів, тому що переважною більшістю лікарів захворювання на рак легенів пов'язується з нетривалим життям і хворих на цю хворобу вважали безперспективними з точки зору реабілітації [2, 6].

Таким чином, не тільки подальше удосконалення методів лікування, але й розробка і впровадження реабілітаційних заходів дозволить наблизити вирішення як медичного так і соціального аспектів проблеми раку легенів.

Мета роботи – розробити комплекс методів медичної реабілітації хворих на рак легенів після радикального лікування.

Перш ніж розпочати аналіз впливу реабілітаційних заходів на подальшу долю хворих, слід зробити наголос на тому, що реабілітацію правильно пов'язувати з розвитком, ніж з адаптацією. Поняття розвитку передбачає активність і зміну. Розвиток – це більш відкрита категорія, ніж адаптація і розвиток – це більше, ніж ріст. У цьому сенсі про реабілітацію можливо говорити як про тренінг розвитку. Коли ж ми ведемо мову про заходи, спрямовані на поліпшення функції зовнішнього дихання, серцево-судинної системи тощо, то передбачаємо при цьому досягнення таких критеріїв або показників, які б дозволили хворому адаптуватися до певних умов праці. Тим самим ми виконуємо цілі суспільства, медицини, спрямовані на збереження здоров'я і працездатності людей. Але при цьому за "деревами" проблем майже ніколи не помічається "ліс" – головна ціль – ціль того, хто реабілітується. Вона є головною тому, що інтеріоризована ціль діяльності як внутрішній образ керує процесом реабілітації. Тобто, зовнішні впливи, причини, подразники, реабілітаційні заходи можуть вплинути на людину тільки через внутрішні умови. Широко інтерпретуючи ці внутрішні умови, можливо сказати, що це є особистість і життєвий шлях людини. Ніякі заходи щодо реабілітації не можуть дати будь-якого постійного, незмінного результату. Вони завжди залежать від особистості кожної особи, що реабілітується. Активність самого суб'єкта – це ключ до всіх змін. Адже людина не тільки опановує своє і навколишнє середовище, не тільки адаптується до умов життя, але й сама створює своє середовище і процес реабілітації.

Отже, головною метою реабілітації було те, щоб вона починалася для хворого урочистим і добре знайомим словом «ХОЧУ». І лише після цього «ХОЧУ» повинно зіставлятися з «ТРЕБА» і «МОЖУ».

Об'єкт і методи дослідження.

Дослідження базується на результатах обстеження функції зовнішнього дихання і показників серцевої діяльності 250 хворих після радикальних резекцій легенів з приводу раку, яким проводилися заходи медичної реабілітації, та 215 хворих після аналогічних оперативних втручань, яким ці заходи не проводились.

До системи методів медичної реабілітації радикально оперованих хворих на рак легенів ввійшли: мінімальна травматизація під час операції найширшого м'язу спини, як одного з найголовніших м'язів, що забезпечують функцію зовнішнього дихання, заходи по профілактиці розвитку плевральних зрощень та комплекс фізичних і дихальних вправ суть яких полягала в тому, щоб якомога швидше відновити дихальну функцію легенів.

Функціональні можливості легенів та ЕКГ вивчали за допомогою "Поліаналізатора ПА5-02" ПО ім. С.П. Корольова (м. Київ).

Стан серцевої діяльності визначали також за зміною пульсу та АТ.

Працездатність після проведеної реабілітації вивчали шляхом опитування хворих та аналізу відомостей МСЕК.

Результати дослідження і їх обговорення

На першому етапі медичної реабілітації торакотомію виконували таким чином, що край найширшого м'язу спини не пересікався, а за допомогою додаткового ранорозширювача, перпендикулярного основному, відтіснявся до дорсального краю рани. Таким чином, під час торакотомії пересікались лише м'язи у 5-му міжребер'ї. Мінімальна травматизація м'язового каркасу під час операції сприяла швидкому відновленню його функції.

Враховуючи те, що на розвиток післяопераційної дихальної недостатності значний вплив здійснюють плевральні зрощення, нами було проведене вивчення можливості попередження їх розвитку за допомогою силіконової рідини – поліметилсилоксану-400 (ПМС-400).

Плевральні листки у хворих досліджуваної групи обробляли силіконовою рідиною безпосередньо під час операції. На першу обробку плеври використовували 50 мл ПМС-400. Частина його витікала по дренажах разом з ексудатом, частина залишалась у порожнині плеври. Тому другу частину силіконової рідини, теж у кількості 50 мл, вводили на другий день після операції перед видаленням дренажів. З метою контролю ефективності попередження плевральних зрощень застосовували штучний пневмоторакс на 8-10 доби після операції. Для цього під час хірургічного втручання в плевральну порожнину поряд з основними дренажами вводили поліхлорвінілову трубку малого діаметру (1,6-2 мм), яка залишалась там на вказаний термін. Всього штучний пневмоторакс виконано 48 хворим. Рентгенологічне дослідження в умовах штучного пневмотораксу показало, що ефективність поліметилсилоксану у різних хворих була неоднаковою. Так, повний ефект, тобто відсутність плевральних зрощень, досягнутий у 23% пацієнтів, частковий - у 48%. ПМС-400 не попередив формування зрощень у 29% хворих.

Ще однією складовою медичної реабілітації був комплекс фізичних і дихальних вправ, який проводився за рекомендаціями С.Н. Попова [3].

Так, у ранньому післяопераційному періоді застосовують постільний (1-3 доби) і палатний (4-7 діб) рухові режими, зміна яких залежить від обсягу оперативного втручання і стану хворого. Лікувальну гімнастику призначають через 2-4 години після операції. У цілях санування бронхіального дерева хворого спонукають до відкашлювання харкотиння. Щоб зробити відкашлювання менш болісним, методист фіксує руками область післяопераційного шва. У заняття лікувальною гімнастикою включають статичні і динамічні дихальні вправи (переважно в перші дні - діафрагмальний тип дихання).

Для поліпшення вентиляційної функції оперованої легені хворим рекомендують 4-5 разів на день лягати на здоровий бік, надувати гумові іграшки, балони. Дуже ефективний масаж спини і грудної клітки (легке погладження, вібрація, биття), що сприяє відхожденню харкотиння, підвищенню тону м'язової мускулатури. Легке биття і вібрацію проводять на вдиху і у момент покашлювання. Із 2-3 дня пацієнтові дозволяють повертатися на хвору сторону для активізації дихання в здоровій легені, підтягати ноги до живота (по черзі)одтягивать ноги до жевотуздоровом легкомся на хворого сторонуезіновие іграшки, балони.), «ходити» в ліжку.

За відсутності ускладнень на 4-5 день хворий виконує вправи, сидячи на стільці, а на 6-7 добу встає і ходить по палаті, коридору. Тривалість занять залежно від часу після операції від 5 до 20 хвилин. Заняття індивідуальні або малогрупові.

У пізній післяопераційний період крім вправ раннього післяопераційного періоду в заняття включають вправи на координацію, грудний тип дихання; загальнорозвиваючі вправи без і з гімнастичними предметами, біля гімнастичної стінки. Хворому можна пересуватися у межах відділення, спускатися і підніматися сходами, гуляти по території лікарні.

Заняття проводять в гімнастичному залі малогруповим і груповим методом напрутязі 20 хвилин.

У віддалений післяопераційний період в заняттях лікувальною гімнастикою збільшують час, кількість і складність вправ. Застосовується дозована ходьба, терренкур, біг підтюпцем, морські купання (температура води не нижче 20 С₀). Рекомендують рухливі і спортивні ігри за спрощеними правилами (волейбол, настільний теніс, бадмінтон).

Порушені функції зазвичай відновлюються через 6-8 місяців.

До операції в 465 хворих на рак легенів досліджуваної і контрольної груп частота пульсу, артеріальний тиск та інші показники в основному були у межах норми. За допомогою електрокардіографії до оперативного втручання нормальний синусовий ритм був зареєстрований у 418 (89,9±1,5%) хворих, синусова тахікардія – у 22 (4,7±1,1%), брадікардія – у 24 (5,2±1,1%). Нормальне положення електричної осі було у 88,3±1,8% обстежених, відхилення її ліворуч – у 5,7±1,2%, праворуч – у 6,0±1,2%; порушення внутрішньошлуночкової провідності – у 3,4±1,0%, порушення здібності міокарду до скорочення – у 4,1±1,1%, ознаки гіпертрофії правого шлуночка – у 32,6±2,6%, лівого – у 4,1±1,1%, хронічна коронарна недостатність – у 36,3±2,7%.

Електрокардіографічно через три місяці після операції нормальний ритм серцевої діяльності констатований у 79,4±2,3% (P>0,05) хворих, нормальне положення електричної осі – у 76,5±2,4% (P<0,05), уповільнення внутрішньошлуночкової провідності - у 4,1±1,1% (P>0,05), зниження скоротливої здібності міокарду - у 3,1±0,9% (P>0,05), ознаки гіпертрофії правого шлуночка – у 29,0±2,5% (P>0,05), хронічна коронарна недостатність - у 34,2±2,6% (P>0,05). Спостерігалось збільшення вольтажу зубців R та T, а також нормалізація систолічного показника, що свідчило про поліпшення скоротливої здібності міокарду. Зменшувались ознаки перевантаження правого шлуночка, а також хронічної коронарної недостатності. Тобто, у більшості хворих обох груп вже через три місяці після операції електрокардіографічні показники не відрізнялися суттєво від доопераційних.

У той же час показники зовнішнього дихання після лоб- і білобектомій досягають нижньої межі норми тільки через рік після операції.

За рік після операції у досліджуваній групі померли 74 хворих (29,6%), у контрольній – 59(27,4%).

Для з'ясування впливу фізичної реабілітації на функцію зовнішнього дихання у 176 хворих у післяопераційному періоді після лоб- та білобектомій спірографічне дослідження проводилося через 12 місяців після операції. Одержані дані порівнювалися з аналогічними показниками спірографії у контрольній групі, яку склали 156 хворих після аналогічних операцій але без застосування фізичної реабілітації в післяопераційному періоді. Спірографічні показники через рік після операції наведені у Таб. 1.

Як видно з наведених даних, більшість показників спірографії при застосуванні фізичної реабілітації достовірно перевищували аналогічні дані у хворих контрольної групи. Крім числових показників зовнішнього дихання, аналізувався також тип кривої "потік-об'єм" у цих групах.

Показники легеневої вентиляції і бронхіальної прохідності у хворих на рак легенів через рік після лоб- та білобектомій залежно від застосування фізичної реабілітації.

Спірографічні показники	Групи оперованих хворих та їх кількість		
	без застосування фізичної реабілітації (156 чол.)	із застосуванням фізичної реабілітації (176 чол.)	P
ЧД на хв.	20,3±0,9	17,6±0,5	<0,05
ДО, мл	437,0±30,5	596,4±23,4	<0,05
ХОД, мл	8869,0±852,0	10350,3±270,5	>0,05
МВЛ, л	47,3±5,4	60,2±2,5	<0,05
ЖЄЛ, мл	2205,6±147,3	2386,5±102,0	>0,05
ЖЄЛ/НЖЄЛ, %	81,6±2,6	84,3±3,2	>0,05
ФЖЄЛ мл	1510,0±108,0	1843,7±119,2	<0,05
ФЖЄЛ/ЖЄЛ, %	68,5±1,4	74,3±2,2	<0,05

Якщо у контрольній групі, де фізичні вправи не застосовувалися, крива форсованого видиху свідчила про наявність порушень прохідності бронхів середнього і мілкового калібру, то в групі хворих із застосуванням фізичної реабілітації порушень прохідності бронхів малого калібру було значно менше і крива видиху за своєю формою була близькою до норми. Ці позитивні зміни з боку показників зовнішнього дихання ми пояснюємо в першу чергу тим, що у хворих з післяопераційним адгезивним плевритом фіброзні зрощення не тільки фіксують легеню до парієтальної плеври, але й у вигляді сполучнотканинних відгалужень ідуть у паренхіму легені. Такі порушення менше виражені у хворих яким проводилася фізична реабілітація. Відсутність цупких зрощень приводить до більш повноцінної екскурсії легені в плевральній порожнині і включенню її резервних можливостей.

Для закріплення і подальшого розвитку позитивних досягнень з боку функціональних можливостей апарату зовнішнього дихання, отриманих за допомогою застосування фізичної реабілітації, хворим перед випискою видавалися методичні рекомендації по проведенню дихальних вправ. Необтяжливий комплекс лікувальної гімнастики з 10 вправ хворим пропонувалося виконувати щоденно протягом року після операції.

До роботи в досліджуваній групі повернулися в термін до 1-го року 81 (46,0±3,8%) хворих, а в контрольній – 35 (22,4±3,0%) (P<0,001).

Спостерігалось також і зменшення інвалідизації хворих в досліджуваній групі. Так, інвалідами в досліджуваній групі МСЕК визнано 93 (52,8±3,3%) хворих, а в контрольній – 106 (67,9±2,7%) (P<0,001).

Обмеження працездатності у хворих з I групою інвалідності було обумовлено наявністю значно виражених клінічних проявів порушення функції дихання (ДН III ступеня, декомпенсоване легеневе серце, недостатність кровообігу III стадії), інструментальних ознак порушень функції дихання і кровообігу (рентгенологічні дані про масивні плевральні нашарування, парез куполу діафрагми, різке зміщення середостіння в бік оперованої легені; відповідні дані спірографічного дослідження і аналізу кривих потік-об'єм; електрокардіографічні дані про наявність різкого зниження скоротливої здібності міокарду, порушень серцевого ритму, гіпоксії міокарду).

У хворих з II групою інвалідності обмеження працездатності було обумовлено наявністю виражених клінічних проявів порушення функції дихання (ДН II ступеня, хронічне легеневе серце, компенсоване або субкомпенсоване; недостатність кровообігу

I-II стадії); виражених клініко-інструментальних ознак порушень функції дихання (значні порушення функції зовнішнього дихання при спірографічному обстеженні, значні рентгенологічні зміни – грубі плевральні зрощення, обмеження рухомості діафрагми); електрокардіографічні дані які свідчать про зниження скоротливої здібності міокарду, порушення коронарного кровотоку.

Хворі з III групою інвалідності мали помірні клінічні прояви та інструментальні ознаки порушень функції зовнішнього дихання – ДН 0-I ступеня, відсутність ознак легеневого серця, рентгенологічно визначались невеликі плевральні нашарування. При електрокардіографічному обстеженні виявлялись зміни, притаманні віку хворих.

Висновки. Запропонований комплекс методів медичної реабілітації хворих на рак легенів не потребує великих матеріальних витрат, є доступним для використання в кожному онкологічному диспансері і дозволяє підвищити кількість пацієнтів, які можуть повернутись до суспільно-корисної праці.

ЛІТЕРАТУРА

1. Вагнер Р.И., Голубев А.Н. Результаты социально-трудовой реабилитации больных раком легкого после хирургического лечения // Всесоюз. симпоз. "Совершенствование методов реабилитации онкологических больных": Тез. докл. – Л., 1978. – С.25-26.
2. Возможности повышения эффективности внедрения методов диагностики и лечения злокачественных опухолей в практику здравоохранения / Н.В. Гуселетова, Л.Ф. Арендаревский А.П. Зацарная, А.И. Селюченко // Научно-практ. конференция "Рак в Україні: епідеміологічні та організаційні аспекти проблеми": Тези доп. - К., 1997. - С.65-69.
3. Физическая реабилитация / Учебник для студентов высших учебных заведений / Под ред. проф. С.Н. Попова. – Ростов-на-Дону, 2005. - С. 377-378.
4. Герасименко В.Н., Артющенко Ю.В., Протченко Н.В. Вопросы реабилитации больных раком легкого // Респ. совещ. "Современные методы диагностики и лечения злокачественных новообразований грудной полости": Тез. докл. - К.; Запорожье, 1989. - С.52-53.
5. Грачев А.Д., Андреева Л.А. Критерии трудоспособности больных после радикальных операций по поводу рака легкого // Грудная хирургия. - 1986. - N5. - С.54-57.
6. Лактионов К.П. Реабилитация больных раком легкого после оперативного лечения // Клинич. медицина. - 1977. - N12. - С.72-76.
7. Мельников Р.А., Березкин Д.П., Шабашова Н.Я., Миротворцева К.С. Организационные вопросы реабилитации онкологических больных // Всесоюз. симпоз. "Совершенствование методов реабилитации онкологических больных": Тез. докл. - Л., 1978. - С.47-49.
8. Ограниченная резекция при раке легкого / Алексеенко А.В., Столяр В.Ф., Сенютович Р.В. и др. // Клинич. хирургия.- 1987. - N5. - С.20-23.
9. Сигачевский С.Б., Гришаков С.В., Цветкова Л.Д. Функциональная оценка отдаленных результатов хирургического лечения рака легкого // Вестн. хирургии им. Грекова. - 1992. - N4-5-6. - С.154-157.
10. Fried D. Rehabilitation of the cancer patient // Cancer. - 1976. - Vol.35, N1. - P.277-278.

11. Heude W. Rehabilitation of cancer patient in the Federal Republic of Germany // Eur. Medicophis. - 1972. - Vol.8, N3. - P.79-82.
12. Епифанов В.А. Лечебная физическая культура / Учебное пособие для ВУЗов. М.: Издат. дом «ГЭОТААМЕД», 2002. С. 560.
13. Лечебная физическая культура: Справочник / Под ред. проф. В.А. Епифанова. – Медицина, 2001. С. 592.

УДК 159.9.072.5 : 159.922.27

СЕМАНТИЧНИЙ ПРОСТІР ПРОБЛЕМИ КЛІЄНТА В КОНТЕКСТІ КОГНІТИВНОЇ ПАРАДИГМИ ПСИХОЛОГІЧНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ

Шевченко Н.Ф., д. психол. н., професор

Запорізький національний університет

Проблема клієнта розглядається з позицій двох основних підходів - психосемантичного, такого, що визначає семантичну організацію проблеми клієнта в трьохкомпонентній рівневій моделі, і когнітивного підходу, що виявляє когнітивну структуру семантичного простору проблеми клієнта, яка складається з когнітивних елементів (базисної схеми і автоматичних думок) і когнітивних процесів, що забезпечують взаємодію когнітивних елементів і зовнішнього середовища.

Ключові слова: проблема клієнта, семантичний простір, когнітивний підхід, базисна схема.

Шевченко Н.Ф. СЕМАНТИЧЕСКОЕ ПРОСТРАНСТВО ПРОБЛЕМЫ КЛИЕНТА В КОНТЕКСТЕ КОГНИТИВНОЙ ПАРАДИГМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ / Запорожский национальный университет, Украина.

Проблема клиента рассматривается с позиций двух основных подходов – психосемантического, определяющего семантическую организацию проблемы клиента в трехкомпонентной уровневой модели, и когнитивного подхода, выявляющего когнитивную структуру семантического пространства проблемы клиента, которая состоит из когнитивных элементов (базисной схемы и автоматических мыслей) и когнитивных процессов, обеспечивающих взаимодействие когнитивных элементов и внешней среды.

Ключевые слова: проблема клиента, семантическое пространство, когнитивный подход, базисная схема.

Shevchenko N.F. SEMANTIC ENVIRONMENT OF THE PROBLEM OF CLIENT IS IN CONTEXT OF COGNITIVE PARADIGM OF PSYCHOLOGICAL COUNSELING / Zaporizhzhia national university, Ukraine.

The problem of client is examined from positions of two basic approaches - psychosemantic, which determines semantic organization of problem of client in a three-component level model, and cognitive approach, which finds out the cognitive structure of semantic space of problem of client, which consists of cognitive elements (base chart and automatic ideas) and cognitive processes which provide co-operation of cognitive elements and external environment

Key words: problem of client, semantic space, cognitive approach, basis scheme.

Для практичної психології, зокрема, для таких її напрямків, як психологічне консультування і психотерапія, складають інтерес дослідження, що розглядають шляхи та можливості розв'язання проблеми (запиту) клієнта. Проблема клієнта як психологічний феномен включає як об'єктивний, так і суб'єктивний рівні структурної організації. Водночас проблема клієнта є системним об'єктом, якому притаманні якісні характеристики станів, процесів, властивостей. Різні погляди науковців і практиків на сутність і змістовне наповнення проблеми клієнта передбачають різні підходи до її розв'язання, а отже – різні можливості надання психологічної допомоги.