

ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ПУЛЬМОНЭКТОМИИ В РАННЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Макаренко И.С., Красовская С.В.,

Белорусский государственный университет физической культуры,
Республика Беларусь

В Республике Беларусь, как и в большинстве стран мира, существует проблема онкологической патологии, основным методом лечения которой являются радикальные хирургические операции (лобэктомия, пульмонэктомия), исходя из сказанного, изучение влияния физической реабилитации на функциональное состояние пациентов при данной патологии после пульмонэктомии актуально.

Проведено исследование на базе РНПЦ ОМР, в котором приняли участие 10 пациентов с онкологией легких. Были сформированы 2 группы: контрольная (КГ) и экспериментальная (ЭГ). Экспериментальная группа работала по программе, разработанной нами, а контрольная – по программе РНПЦ ОМР.

Разработанная комплексная программа реабилитации рассчитана на 10 дней, она включала занятия дыхательными упражнениями (статические, динамические), самостоятельные занятия дыхательными упражнениями, занятия активными и пассивными общеукрепляющими упражнениями, проведение сеансов массажа, ингаляций. Особенностью данной программы являлось индивидуальное выполнение с пациентами дыхательных упражнений и работа с пациентами перед операцией, обучение их правильному выполнению дыхательных и общеукрепляющих упражнений.

С целью активизации компенсаторных механизмов в предоперационном периоде проводилась дозированная лечебная гимнастика (дыхательная), ингаляционная терапия, оксигенотерапия, применялись отхаркивающие микстуры и т. д. Именно это способствовало подготовке пациентов к операции. После операции с первого же дня проводилась реабилитация.

Лечебную гимнастику при отсутствии осложнений назначали через 1–2 часа после окончания действия наркоза. Упражнения проводили 3–5 раз в день. В исходном положении лежа на спине пациент выполнял глубокое диафрагмальное дыхание. На выдохе инструктор-методист слегка надавливал на верхнюю часть живота, ближе к оперированной стороне. В конце выдоха пациент кашлял, при этом одна рука инструктора находилась на послеоперационной ране, другая – на области подреберья оперированной стороны. При частом выполнении этого упражнения (10–12 раз в сутки) уже в конце первых суток пациент мог самостоятельно выполнять его каждые 30–60 мин. Грудное дыхание осуществлялось с помощью инструктора-методиста: в конце выдоха он надавливает на грудную клетку пациента синхронно с кашлевыми толчками с целью выведения мокроты. К середине или к концу первых суток головной конец кровати максимально поднимали (при отсутствии противопоказаний), и инструктор проводил медленные вращательные движения в плечевом суставе на медленном выдохе. Затем пациент выполнял дыхательные упражнения с откашливанием. После этого проводился легкий массаж руки и пояса верхних конечностей.

В последующие дни пациент с помощью инструктора-методиста (затем и самостоятельно) поворачивался на здоровую сторону (ноги подтянуты к животу) и выполнял динамические дыхательные упражнения, чередуя брюшное дыхание с грудным. Инструктор-методист или сам пациент одной рукой придерживал послеоперационную рану, а другой надавливает во время выдоха на живот. Кроме того, для улучшения воздушности легочной ткани пациент 3–4 раза в день надувал резиновые или полиэтиленовые игрушки. Ослабленным пациентам в исходном положении лежа проводился массаж спины и грудной клетки, используя приемы легкого поглаживания, вибрации, поколачивания. Массаж способствовал отхождению мокроты, повышению тонуса дыхательной мускулатуры, рефлекторным путем улучшали легочную вентиляцию. Легкое поколачивание и вибрацию проводили на выдохе и в момент покашливания.

При отсутствии дренажей и гладком течении послеоперационного периода со 2–3-го дня расширяли двигательный режим пациента. Ему разрешали поворачиваться на больную сторону с целью активизации дыхания в здоровом легком, поочередно подтягивать ноги к животу, «ходить» лежа, выполнять динамические дыхательные упражнения в медленном темпе (выдох с откашливанием). При хорошей переносимости этой нагрузки разрешали «ходить» лежа с полной амплитудой движений в суставах, выполнять отведение верхних и нижних конечностей, не отрывая их от постели. Рекомендовалось чередование дыхательных упражнений с общеукрепляющими, проводился массаж нижних конечностей, используя приемы поглаживания, разминания и легкой вибрации.

На 2–3-й день в исходном положении сидя в постели пациенты выполняли активные движения с целью профилактики контрактур в плечевом суставе на стороне операции, помогая больной руке здоровой. С 3–4-го дня пациентам разрешалось спускать ноги с кровати на скамейку и выполнять тот же комплекс физических упражнений. На 5-е сутки пациентов переводили из отделения реанимации в торакальное отделение, где они выполняли комплекс физических упражнений в исходных положениях лежа и сидя на стуле. На 7-е сутки и до выписки из лечебного заведения пациентам разрешалось на 1–2 мин вставать (вначале с помощью инструктора-

ра-методиста), затем ходить по палате и коридору. В этот период с целью дальнейшей тренировки организма увеличивали нагрузку за счет амплитуды движений, а также специальных дыхательных и общеукрепляющих упражнений.

Эффективность процесса реабилитации оценивались у пациентов ЭГ и КГ по таким показателям, как проба Штанге, проба Генчи, экскурсия грудной клетки, сгибание, разгибание и отведение в плечевом суставе.

Подвижность грудной клетки после осуществления пульмонэктомии у пациентов ЭГ уменьшилась по сравнению с исходным уровнем в среднем на 0,19 см, тогда как у обследуемых КГ этот показатель уменьшился на 0,87 см. Цифровые значения сгибания, разгибания и отведения в плечевом суставе на оперированной стороне были достоверно больше у обследуемых ЭГ: по сравнению с аналогичными результатами пациентов КГ они были большими на 33,4, 25,1 и 34,2 %, соответственно, показатели проб Штанге и Генчи были лучше у пациентов экспериментальной группы (проба Штанге 8,0 %, проба Генчи 17,7 %).

Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют об эффективности предложенной программы реабилитации.

ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ В СИСТЕМЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ СТУДЕНТОВ

Михаилук Е.Л., д-р мед. наук, профессор, *Малахова С.Н.*, канд. мед. наук, Запорожский государственный медицинский университет, Украина

В силу разнообразных социальных, экономических, экологических и других причин, негативно влияющих на здоровье человека, сегодня остро встает вопрос о повышении уровня здоровья всех слоев населения, и прежде всего студенческой молодежи. В данной ситуации по различным причинам растет процент будущих специалистов с высшим образованием, отнесенных по состоянию здоровья к специальной медицинской группе [1].

На протяжении последних пяти лет количество студенческой молодежи, которая по состоянию здоровья не может в полной мере использовать средства общепринятой системы физического воспитания и отнесена к специальным медицинским группам (СМГ), увеличилось на 46 % [6]. В течение срока обучения в вузе численность таких студентов от первого до третьего курса возрастает на 9 % [3]. Во время учебы, с курса на курс, количество здоровых студентов уменьшается в 2–3 раза и по окончании учебы большинство из них имеют те или иные хронические заболевания [4, 5].

Анализ углубленных медицинских осмотров демонстрирует крайне негативные тенденции в состоянии здоровья студентов. К сожалению, в большинстве учебных заведений такие лица освобождаются от занятий физической культурой. Так, по данным И.П. Чабана с соавт. [10], 42,3 % студентов, относящихся к СМГ, вообще в школе не занимались физическим воспитанием.

Учитывая случаи внезапной смерти школьников во время занятий по физической культуре в Украине и тот факт, что они в 85 % случаев обусловлены кардиальными причинами, с 2009/2010 учебного года всем студентам I-го курса Запорожского государственного медицинского университета (ЗГМУ) проводится электрокардиография (ЭКГ) в 12 отведениях, а для уточнения диагноза – эхокардиоскопия (ЭхоКС). Важность проведения ЭКГ и ЭхоКС неоспорима, о чем мы сообщали в наших предыдущих исследованиях [7, 8].

Цель исследования – провести ретроспективный анализ количества студентов в СМГ, а также данных ЭКГ и ЭхоКС у студентов I курса ЗГМУ.

Материалы и методы исследования. Всем студентам при проведении медицинского осмотра проводились антропометрические измерения, консультации врачей всех специальностей, функциональная проба 20 приседаний за 30 секунд, орто- и клиностатическая пробы, в обязательном порядке – ЭКГ, при наличии показаний – ЭхоКС.

Полученные результаты. В ЗГМУ в течение учебного года проводятся повторные медицинские осмотры студентов СМГ. В хронологическом порядке представлены данные перевода студентов из СМГ в подготовительную группу после первого семестра. В начале 2009/2010 учебного года было зарегистрировано 10,6 % студентов, относящихся к СМГ, а после первого семестра – 7,9 %. В 2010/2011 учебном году, соответственно, – 11,6 и 7,8 %, в 2011/2012 учебном году – 16,6 и 12,9 %, в 2012/2013 учебном году, соответственно, 15,7 % и 13,4 %, в 2013/2014 – 12,6 % и 11,8 %.

Аналогичный анализ, проведенный Е.Л. Смирновой [9], которая сравнивала численность студентов в СМГ в Днепрпетровской государственной медицинской академии за девять лет, показал значительно худшую