

# ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ КОМПЛЕКСНОЇ ПРОГРАМИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ГЕРНІОТОМІЇ

Романенко Я. М.

Інститут фізичної культури Сумського державного педагогічного університету ім. А. С. Макаренка

**Анотація.** Розглянуто вплив комплексної програми фізичної реабілітації на якість життя пацієнтів після герніотомії. У дослідженні використано дані, отримані за допомогою опитувальника MOS SF-36 у перед- та післяопераційному періодах. Доведено, що запропоновані засоби фізичної реабілітації підвищують якість життя реабілітантів у післяопераційному періоді. Встановлено, що відсутність контрольованих реабілітаційних дій знижує якість життя пацієнтів за всіма шкалами запитальника. Дослідження виявило найменшу чутливість шкали SF, що відображає соціальну активність людини, до впливу лікувально-реабілітаційних заходів.

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

**Анотація. Романенко Я. Н. Особенности влияния комплексной программы физической реабилитации на качество жизни пациентов после герниотомии.** Рассмотрено влияние комплексной программы физической реабилитации на качество жизни пациентов после герниотомии. В исследовании использованы данные, полученные с помощью опросника MOS SF-36 в перед- и послеоперационном периодах. Доказано, что предложенные средства физической реабилитации повышают качество жизни реабилитантов в послеоперационном периоде. Установлено, что отсутствие контролируемых реабилитационных действий снижает качество жизни пациентов по всем шкалам опросника. Исследование выявило наименьшую чувствительность шкалы SF, которая отражает социальную активность человека, к влиянию лечебно-реабилитационных мероприятий.

© Романенко Я. М., 2012



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

**Abstract. Romanenko Y. The influence of integrated physical rehabilitation program on the patients quality of life after herniotomy.** The study used data of MOS SF-36 questionnaire in pre- and postoperative periods. It is proved that the proposed physical rehabilitation means' allowed improve the quality of life rehabilitants' in postoperative period. Found that the absence of controlled rehabilitation actions reduces the quality of life patients' by all scales of the questionnaire. The study discovered scale SF as the most lowest sensitivity to the impact of treatment and rehabilitation activities.

**Key words:** front abdominal wall hernias, quality of life, physical rehabilitation, herniotomy, questionnaire.

**Постановка проблеми та її значення.** Обласним інформаційно-аналітичним центром медичної статистики м. Суми було зафіксовано таку кількість госпіталізації хворих із грижами передньої черевної стінки (ГПЧС) (K40–K46) по Сумській області: у 2006 р. – 2540 випадків, у 2007 р. – 2558 випадків, у 2008 р. – 1767 випадків, у 2009 р. – 1761 випадок, у 2010 р. – 1827 випадків, у 2011 р. – 1916 випадків госпіталізації, що свідчить про значне розповсюдження даного захворювання та необхідність у лікувально-реабілітаційних заходах пацієнтів цієї нозологічної групи. Аналіз результатів різних видів лікувально-реабілітаційних заходів дозволив зробити висновок, що показники якості життя (ЯЖ) пацієнтів є головним високочутливим та інформативним критерієм оцінювання ефективності наданих послуг [1; 2; 4; 8].

**Аналіз останніх досліджень із цієї проблеми.** Необхідність застосування засобів фізичної реабілітації (ФР) та різні підходи до комплексного лікування ГПЧС висвітлено у наукових працях багатьох вчених [3; 5–7]. Проте спостерігається відсутність комплексності існуючих програм, що має включати передопераційну підготовку та охоплювати віддалений післяопераційний період. Досліджень, в яких ефективність програм ФР визначалася за показниками ЯЖ пацієнтів із ГПЧС, проведено не було. А головними критеріями оцінювання результативності впроваджених програм досі виступають показники функціонального стану систем реабілітантів.

Тому **метою дослідження** є розробка та впровадження у клінічну практику комплексної програми фізичної реабілітації у перед- та післяопераційному періодах; визначення ефективності впровадження програми за показниками ЯЖ у перед- та післяопераційному періодах.

**Зв'язок роботи з науковими темами, планами.** Робота виконана відповідно до плану науково-дослідної роботи кафедри здоров'я людини та фізичної реабілітації Інституту фізичної культури Сумського державного педагогічного університету ім. А. С. Макаренка на 2007–2011 рр. за темою «Теоретико-методологічні та організаційно-методичні проблеми здоров'я, фізичної реабілітації та корекційної педагогіки» (номер державної реєстрації 0107U002826).

**Методи дослідження:** аналіз науково-методичної, спеціальної медичної та реабілітаційної літератури, медичних документів (історій хвороб, авторських індивідуальних реабілітаційних карток).

**Організація дослідження.** Розробка авторської програми ФР для пацієнтів із ГПЧС здійснювалася на кафедрі здоров'я людини та фізичної реабілітації Інституту фізичної культури Сумського державного педагогічного університету ім. А. С. Макаренка. Її реалізація відбувалася на базі лікувально-діагностичного

центру «Хірургічна клініка Сілмед» (м. Суми).

**Виклад основного матеріалу та обґрунтування отриманих результатів.** У лікувально-діагностичному центрі «Хірургічна клініка Сілмед» м. Суми за період з лютого 2011 р. по січень 2012 р. була впроваджена розроблена нами програма ФР. За вказаний строк сформовано основну групу (ОГ) та групу порівняння (ГП), які склалися із 42 та 41 пацієнта відповідно. До ГП увійшли пацієнти (13 жінок, 28 чоловіків) із ГПЧС, яким було проведено планове оперативне втручання. ОГ утворена із пацієнтів (13 жінок, 29 чоловіків), які пройшли хірургічне лікування з приводу ГПЧС та комплексну програму ФР. Середній вік пацієнтів ОГ –  $53,93 \pm 2,19$  року, ГП –  $56,78 \pm 1,7$  року. Тривалість грижосіння пацієнтів ОГ становила  $4,66 \pm 1,10$  року, ГП –  $4,59 \pm 1,05$  року.

Аналіз спеціальної медичної літератури дозволив вивчити програми ФР, зібрати та систематизувати їх; визначити схему побудови програм, їх переваги та недоліки. Це було враховано під час розробки нашої програми ФР для хворих після хірургічного втручання з приводу ГПЧС. Програма побудована за принципом локальної та загальної дії на організм людини з домінантою загального впливу з комплексним застосуванням засобів ФР. Програма базувалася на основних принципах ФР, загальних принципах побудови занять ЛФК та відповідності фізичного навантаження руховому режиму.

Розроблена програма ФР ґрунтується на застосуванні фізичних вправ, масажу, засобів фізіотерапії та засобів пасивної корекції, які реалізуються та дозуюються відповідно до періодів ФР (табл. 1).

З метою оцінки ЯЖ пацієнтів ми обрали опитувальник MOS SF-36, який відноситься до неспецифічних опитувальників. 36 пунктів опитувальника відображають вісім шкал відповідно до досліджуваних показників. Показники кожної шкали варіюють між 0 і 100, де 100 – повне здоров'я. Кількісно оцінюються такі показники, як: фізичне функціонування (Physical Functioning – PF), рольове функціонування, зумовлене фізичним станом (Role-Physical Functioning – RP), інтенсивність болю (Bodily pain – BP), загальний стан здоров'я (General Health – GH), життєва активність (Vitality – VT), соціальне функціонування (Social Functioning – SF), рольове функціонування, зумовлене емоційним станом (Role-Emotional – RE), та психічне здоров'я (Mental Health – MH). Варто відмітити, що шкала BP є зворотною. Усі шкали групуються за двома показниками: 1) фізичний компонент здоров'я (Physical Health – PH); 2) психологічний компонент здоров'я (Mental Health – MH).

Дослідження ЯЖ проводилися у три етапи. У первинній точці дослідження пацієнтів із ГПЧС проводилося перед госпіталізацією до стаціонарного відділення,

Таблиця 1

## Застосування засобів фізичної реабілітації

Засоби фізичної реабілітації	Періоди			
	Передопераційний	Післяопераційний		
		Ранній	Пізній	Віддалений
Фізичні вправи: – спеціальні лікувальні – спортивно-прикладні – гімнастичні – дихальні	+ – – +	+ – – +	+ – – +	+ + + +
Масаж: – самомасаж – сегментарно-рефлекторний – лікувальний – класичний	+ – – +	+ + – –	+ + + +	+ + + +
Фізіотерапія: – гідротерапія – дарсонвалізація – УФО – криотерапія (застосування охолоджувального воднево-сольового пакета)	+ + – –	– – + +	– + + –	+ – + –
Пасивна корекція: – бандаж – мішечки з сіллю – лікування положенням	+/- + +	+ – +	-/+ – +	– – –

подальші – через 1 та 3 місяці після герніотомії.

Опитувальник SF-36 у першій точці дослідження не виявив статистично вірогідних відмінностей між показниками шкал пацієнтів ОГ та ГП. Так, середні показники в ОГ за шкалою PF становили 60,6±5,22 бала, за шкалою RP – 57,74±6,57 бала, за шкалою BP – 52,72±4,78 бала, за шкалою GH – 48,69±2,86 бала, за шкалою VT – 60,24±3,73 бала, за шкалою SF – 47,57±1,43 бала, RE – 74,67±6,2 бала, за шкалою MH – 59,52±3,92 бала.

У пацієнтів ГП середні показники до герніотомії становили 66,46±4,86, 56,71±7,31, 52,88±4,19, 47,73±3,16, 59,15±3,33, 47,15±1,78, 67,59±6,63 та 61,85±3,28 бала відповідно.

Первинне дослідження ЯЖ показало, що у пацієнтів ГП показники за шкалами PF, MH та BP є кращими за такі ж показники пацієнтів ОГ на 8,82, 3,77 та 0,31 % відповідно. За іншими шкалами середні показники є вищими у пацієнтів ОГ.

За інтегральними шкалами «компонент фізичного здоров'я» (PH) та «компонент психічного здоров'я» (MH) установили, що у пацієнтів ГП середній показник за шкалою PH є вищим на 2,86 % за показник ОГ, що становлять 226,22±17,81 та 219,74±17,79 бала відповідно ( $p>0,05$ ). За шкалою MH, навпаки, середні показники пацієнтів ОГ на 0,69 % перевищували показники пацієнтів ГП та становили 237,36±12,39 і 235,73±12,5 бала відповідно ( $p>0,05$ ).

Через місяць після хірургічного лікування пацієнти ГП, відповідаючи на запитання опитувальника MOS SF-36, зазначили збільшення середніх показників ЯЖ за усіма шкалами, крім шкали SF. Так, через 1 місяць вони становили: за шкалою PF – 66,83±4,37 бала ( $p>0,05$ ), RP – 58,54±6,33 бала ( $p>0,05$ ), BP – 57,37±3,92 бала ( $p>0,05$ ), GH – 55,24±3,07 бала ( $p>0,05$ ), VT –

63,05±2,96 бала ( $p>0,05$ ), SF – 46,00±1,55 бала ( $p>0,05$ ), RE – 74,05±6,42 бала ( $p>0,05$ ), MH – 65,37±2,88 бала ( $p>0,05$ ). За інтегральними шкалами компонентів здоров'я: PH – 234,32±15,59 бала ( $p>0,05$ ), MH – 251,78±11,79 бала ( $p>0,05$ ).

У пацієнтів ОГ через 1 місяць лікувально-реабілітаційних заходів середні показники становили: за шкалою PF – 83,69±2,95 бала ( $p<0,001$ ), RP – 79,76±5,27 бала ( $p<0,05$ ), BP – 71,33±3,37 бала ( $p<0,01$ ), GH – 52,45±2,55 бала ( $p>0,05$ ), VT – 70,09±2,86 бала ( $p<0,05$ ), SF – 46,02±1,16 бала ( $p>0,05$ ), RE – 94,50±2,23 бала ( $p<0,01$ ), MH – 70,57±2,98 бала ( $p<0,05$ ). За інтегральними шкалами компонентів здоров'я: PH – 287,31±12,27 бала ( $p<0,01$ ), MH – 281,19±7,29 бала ( $p<0,01$ ).

Отже, через 1 місяць після герніотомії у пацієнтів ГП позитивна динаміка була зафіксована за всіма показниками, крім шкали SF, середнє значення якої знизилася на 2,43 % ( $p>0,05$ ). Порівнюючи дані результатів опитувальника SF-36 у першій та другій точці дослідження, бачимо, що показник шкали PF збільшився на 0,55 % ( $p>0,05$ ), RP – на 3,13 % ( $p>0,05$ ), BP – на 7,82 % ( $p>0,05$ ), GH – на 13,6 % ( $p>0,05$ ), VT – на 6,19 % ( $p>0,05$ ), RE – на 8,73 % ( $p>0,05$ ), MH – на 5,37 % ( $p>0,05$ ). За інтегральними шкалами компонентів здоров'я: PH – на 3,46 % ( $p>0,05$ ), MH – на 6,37 % ( $p>0,05$ ).

У пацієнтів ОГ зафіксовано позитивні зміни профілю ЯЖ за всіма шкалами, крім SF, показники яких зменшилися на 3,25 % ( $p>0,05$ ). За іншими шкалами наявна позитивна динаміка. Середні показники шкали PF збільшилися на 27,59 % ( $p<0,001$ ), RP – на 27,61 % ( $p<0,05$ ), BP – на 26,10 % ( $p<0,01$ ), GH – на 7,17 % ( $p>0,05$ ), VT – на 14,06 % ( $p<0,05$ ), RE – на 20,99 % ( $p<0,01$ ), MH – на 15,66 % ( $p<0,05$ ). За інтегральними

ми шкалами компонентів здоров'я: РН – на 23,52 % ( $p < 0,01$ ), МН – на 15,59 % ( $p < 0,01$ ).

Таким чином, через 1 місяць під впливом розробленої програми ФР відновлення показників ЯЖ пацієнтів ОГ є більш динамічним, ніж у пацієнтів ГП, про що свідчить різниця між сумою середніх показників за інтегральними шкалами обох груп у першій і другій точці дослідження.

На початку нашого дослідження нами було висунуто гіпотезу про те, що застосування розробленої програми ФР прискорить відновний процес в організмі та покращить ЯЖ пацієнтів, а підвищення функціональних можливостей організму пацієнтів ГП за відсутності застосування засобів ФР буде відбуватися повільніше за зміни у пацієнтів ОГ. Проте, досліджуючи ефективність розробленої програми ФР для пацієнтів після герніотомії, ми встановили, що за відсутності керованих і цілеспрямованих реабілітаційно-профілактичних заходів у віддаленому післяопераційному періоді показники ЯЖ стрімко зменшуються та стають нижчими за показники цих же пацієнтів, що були зафіксовані у першій точці дослідження перед герніотомією. Так, суттєве зниження показників відбулося за всіма шкалами, а найменше – за шкалами GH та SF. Виходячи з цих результатів, можна зробити висновок про те, що такий аспект ЯЖ, як соціальне функціонування є найменш схильним до будь-якого впливу лікувально-реабілітаційних заходів і вірогідно корелює з чинниками, не досліджуваними у роботі.

У третій точці дослідження пацієнти ГП відзначили такі середні показники ЯЖ: за шкалою PF –  $50,85 \pm 4,65$  бала ( $p < 0,05$ ), RP –  $32,32 \pm 4,80$  бала ( $p < 0,01$ ), BP –  $41,12 \pm 3,81$  бала ( $p < 0,05$ ), GH –  $44,78 \pm 2,52$  бала ( $p > 0,05$ ), VT –  $50,85 \pm 3,41$  бала ( $p > 0,05$ ), SF –  $46,64 \pm 1,63$  бала ( $p > 0,05$ ), RE –  $49,81 \pm 6,06$  бала ( $p > 0,05$ ), МН –  $50,93 \pm 3,78$  бала ( $p < 0,05$ ). За інтегральними шкалами компонентів здоров'я: РН –  $166,88 \pm 13,51$  бала ( $p < 0,01$ ), МН –  $198,22 \pm 11,15$  бала ( $p < 0,05$ ).

У пацієнтів ОГ через 3 місяці застосування засобів ФР середні показники становили: за шкалою PF –  $95,48 \pm 0,92$  бала ( $p < 0,001$ ), RP –  $96,43 \pm 1,61$  бала ( $p < 0,001$ ), BP –  $93,52 \pm 1,46$  бала ( $p < 0,001$ ), GH –  $73,72 \pm 1,65$  бала ( $p < 0,001$ ), VT –  $83,69 \pm 1,45$  бала ( $p < 0,001$ ), SF –  $49,52 \pm 1,52$  бала ( $p > 0,05$ ), RE –  $90,57 \pm 3,24$  бала ( $p < 0,05$ ), МН –  $89,24 \pm 1,17$  бала ( $p < 0,001$ ). За інтегральними шкалами компонентів здоров'я: РН –  $357,0 \pm 5,08$  бала ( $p < 0,001$ ), МН –  $309,64 \pm 5,39$  бала ( $p < 0,001$ ).

У третій точці дослідження показники ЯЖ пацієнтів ОГ підвищилися на 36,53 % ( $p < 0,001$ ) за шкалою PF, за шкалою RP – на 40,12 % ( $p < 0,001$ ), BP – на 43,63 % ( $p < 0,001$ ), GH – на 33,95 % ( $p < 0,001$ ), VT – на 28,02 % ( $p < 0,001$ ), SF – на 3,94 % ( $p > 0,05$ ), RE – на 17,56 % ( $p < 0,05$ ), МН – на 33,29 % ( $p < 0,001$ ). За інтегральними шкалами: РН – на 38,45 % ( $p < 0,001$ ), МН – на 23,34 % ( $p < 0,001$ ). Таким чином, найбільш виражена

позитивна динаміка була зафіксована за шкалою BP, що свідчить про значну анальгезуючу дію засобів ФР. Незначний вплив програми ФР на соціальну активність, що доводять результати шкали SF, обумовлений тим, що у зрілому віці (середній вік пацієнтів становив  $55,34 \pm 1,39$  року) людям відносно важко змінювати уклад життя та звички, незайнятістю 51,81 % пацієнтів на ринку праці, що обмежує коло спілкування з іншими людьми.

У пацієнтів ГП відбулося зниження показників ЯЖ за всіма профілями, проте різною мірою. Зменшення середніх показників шкали RP відбулося на 43,01 % ( $p < 0,01$ ), RE – на 26,31 % ( $p > 0,05$ ), інтегральної шкали РН – на 26,23 % ( $p < 0,01$ ), PF – на 24,49 % ( $p < 0,05$ ), BP – на 22,23 % ( $p < 0,05$ ), МН – на 17,67 % ( $p < 0,05$ ), інтегральної шкали МН – на 15,91 % ( $p < 0,05$ ), VT – на 14,02 % ( $p > 0,05$ ), GH – на 6,18 % ( $p > 0,05$ ), SF – на 1,09 % ( $p > 0,05$ ). З вищезазначеного можна зробити висновок про те, що шкала SF, що відображає соціальну активність людини, найменш чутлива до впливу програми ФР або відсутності її.

У ході анкетування та бесіди з пацієнтами було з'ясовано причину такого зниження показників ЯЖ. Одержані результати пояснюються уповільненим розширенням рухового режиму, досить тривалим обмеженням фізичного навантаження та різким зниженням фізичної активності у повсякденному житті, що викликає у подальшому неспроможність резервних можливостей організму забезпечити функціональні потреби вже «здорової» людини.

Основним показником ефективності застосованої програми ФР є показник ліжко-дня. Тривалість перебування у стаціонарному відділенні хворих ОГ становила  $1,9 \pm 0,09$  дня, хворих ГП –  $4,05 \pm 0,26$  дня ( $p < 0,001$ ), що на 55,56 % краще за показник ГП. Рецидивів ГПЧ протягом 3 місяців виявлено не було, виживання пацієнтів стовідсоткове.

**Висновки.** За допомогою опитувальника SF-36 було проведено дослідження якості життя пацієнтів із грижами передньої черевної стінки у перед- та післяопераційному періодах. Нами встановлено, що проведення герніотомії дозволяє підвищити рівень якості життя пацієнтів у межах часового відрізка в 1 місяць. Проте подальше самостійне відновлення пацієнтами ГП фізичного стану без використання засобів фізичної реабілітації знижує рівень якості життя за вихідні показники до хірургічного лікування. Упровадження комплексної програми фізичної реабілітації дозволило зафіксувати високі показники якості життя реабілітантів у пізньому та віддаленому післяопераційному періодах, що свідчить про її ефективність і доцільність застосування у клінічній практиці.

**Перспективи подальших досліджень** полягають у розробці методичних рекомендацій для пацієнтів після герніотомії із застосування засобів фізичної реабілітації та організації рухового режиму.

#### Література:

1. Новик А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова. – М. : ОЛМА медиагруппа, 2007. – С. 18–100.
2. Романенко Я. М. Якість життя як сучасна проблема реабілітології / Я. М. Романенко, Ю. О. Лянной // Слобожанський науково-спортивний вісник : [наук.-теор. журнал]. – 2010. – № 4. – С. 91–95.
3. Сердюков М. А. Результаты лапароскопической холецистэктомии по материалам клиники и качество жизни оперированных больных / М. А. Сердюков // Вестник новых медицинских технологий. – 2008. –

## ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ, ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ, СПОРТИВНА МЕДИЦИНА ТА ФІЗИЧНА РЕКРЕАЦІЯ

№ 2. – С. 90–91.

4. Федоренко Д. А. Особенности методологии оценки качества жизни в хирургии / Д. А. Федоренко // Вестник межнационального центра исследования качества жизни : [науч.-практ. журн. по исслед. качества жизни в медицине]. – 2010. – № 15–16. – С. 122–123.

5. Мухін В. М. Фізична реабілітація : [підручник] / В. М. Мухін : [3-тє вид., переробл. та доповн]. – К. : Олімпійська література, 2009. – 448 с.

6. Хірургія : [підручник] / [Б. П. Лисенко, В. Д. Шейко, С. Д. Хіміч та ін.] : [за ред. Б. П. Лисенко, В. Д. Шейко, С. Д. Хіміч]. – К. : ВСВ-Медицина, 2010. – С. 377–403.

7. Шейко В. Д. Профілактика ранових ускладнень при алогерніопластиці защемленої грижі / В. Д. Шейко, Б. П. Лисенко, Р. Б. Лисенко // Клінічна хірургія. – 2007. – № 11–12. – С. 72–73.

8. Юрасов А. В. Качество жизни в отдаленном периоде у тучных пациентов котрым выполнялось грыже-сечение с использованием различных способов герниопластики / А. В. Юрасов // Анналы хирургии. – 2009. – № 1. – С. 28–31.

9. Юшковська О. Г. Якість життя – перспективний напрямок оцінки ефективності заходів медичної реабілітації / О. Г. Юшковська // Медицинская реабилитация, курортология, физиотерапия. – 2007. – № 4 (52). – С. 28–31.