

Streszczenie

„Wpływ metody operacyjnej i postępowania fizjoterapeutycznego u pacjentów po zabiegach torakochirurgicznych na sprawność ogólną i oddechową”

mgr Joanna Sowa-Krawczak

Procedury postępowania fizjoterapeutycznego u pacjentów po zabiegach torakochirurgicznych oparte są na algorytmach. Wykonanie resekcji mięszu płuca daje największe szanse na wyleczenie ale jest obciążające i powoduje zmniejszenie powierzchni gazowej, która doprowadza do obniżenia wydolności oddechowej oraz niesie za sobą ryzyko występowania powikłań. Zaś cięcie operacyjne powoduje objawy bólowe oraz ograniczenie zakresu ruchu w stawie barkowo-obończykowym (łac. articulatio sternoclavicularis) i ramiennym (łac. articulatio humeri) po stronie operowanej co wiąże się z utratą sprawności ogólnej. Dlatego rehabilitacja jest niezbędna, aby właściwie i skutecznie wpłynąć na poprawę funkcjonowania układu oddechowego oraz całego narządu ruchu.

Celem pracy była ocena wpływu wybranej metody torakochirurgicznej i standardowego postępowania fizjoterapeutycznego na wydolność ogólną i oddechową u pacjentów po zabiegach lobektomii. Ponadto oceniano wpływ małoinwazyjnej lobektomii na długość postępowania fizjoterapeutycznego a także wpływ terapii tkanek miękkich w procesie rehabilitacji po lobektomii na wydolność oddechową, ból pooperacyjny oraz zakres ruchu w obręczy barkowej po stronie operowanej.

Badaniami objęto 46 mężczyzn w wieku od 50 do 75 lat. Wyodrębniono 2 grupy, u których zastosowano standardowy program rehabilitacji pulmonologicznej uzupełniony o manualne techniki fizjoterapeutyczne pooperacyjne.

Po zakończeniu programu rehabilitacyjnego wykazano, że w grupie pierwszej P1 (po zabiegach tradycyjnych) dolegliwości bólowe w obrębie klatki piersiowej występowały dłużej, ponadto były o większym nasileniu, zakres ruchu w obręczy barkowej przed rozpoczęciem rehabilitacji był mniejszy i dłużej odzyskiwano poprawę utraconych funkcji w porównaniu z pacjentami z grupy drugiej P2. Natomiast w grupie drugiej P2 (po zabiegach VATS) dolegliwości bólowe w obrębie klatki piersiowej występowały krócej o mniejszym nasileniu, zakresy ruchów w obręczy barkowej przed rozpoczęciem rehabilitacji były większe i szybciej odzyskano utracone funkcje w porównaniu z pacjentami z grupy pierwszej P1. Poprawę wydolności fizycznej wyrażona poprzez zwiększenie dystansu w teście 6MWT

uzyskano w grupie P1 (410,0 vs 505,0; $p < 0,0001$) i w grupie P2 (420,0 vs 485,0; $p < 0,0001$). Zaobserwowano także istotne różnice w badaniu spirometrycznym, które uległy poprawie u obydwu grup P1 i P2. Przed i po rehabilitacji doszło do zwiększenia wartości pojemności życiowej płuc (VC) w grupie P1 (2,5 l vs 2,7 l; $p = 0,0070$) oraz w grupie P2 (2,4 l vs 3,1 l; $p = 0,0003$), natężonej objętości wydechowej jednosekundowej (FEV1) w grupie P1 (1,71 vs 2,02 l; $p = 0,0003$) i w grupie P2 (1,87 l/s vs 2,23 l/s; $p = 0,0003$), szczytowego przepływu wydechowego (PEF) w grupie P1 (3,05 l/s vs 4,45 l/s; $p = 0,0005$) i w grupie P2 (4,17 l/s vs 3,37 l/s; $p = 0,0001$) oraz maksymalnego przepływu wydechowego po wydmuchnięciu 50% powietrza (MEF50%) w grupie P1 (1,16 vs 1,93; $p = 0,0001$) i w grupie P2 (1,27 vs 2,14 $p < 0,0001$).

Wnioski:

1. Przeprowadzone badania dowiodły, że dzięki wykonaniu lobektomii małoinwazyjnej w grupie drugiej P2 natężenie bólu było mniejsze (o 17,0% przed rehabilitacją; o 48,3% po rehabilitacji). oraz utrzymywało się krócej o około 33%.

2. Stwierdzono też, że zakresy ruchów w obręczy barkowej po stronie operowanej w grupie drugiej P2 przed rozpoczęciem rehabilitacji były większe (wyprost o 34,0%; zgięcie o 47,7%; odwiedzenie o 39,8%; przywiedzenie o 15,6%; wyprost horyzontalny o 22,5%; zgięcie horyzontalne o 11,9%) i szybciej o około 33% uległy poprawie względem pacjentów z grupy pierwszej P1 po lobektomii tradycyjnej. Natomiast w skutek postępowania fizjoterapeutycznego uzyskano tendencję poprawy u obydwu grup P1 i P2.

3. Po zakończonej rehabilitacji zaobserwowano istotną statystycznie poprawę badanych parametrów spirometrycznych w obydwu grupach: P1 (VC wzrost o 12,0%; FEV1 wzrost o 17,9%) natomiast w większym stopniu w grupie P2 (VC wzrost o 23,7%; FEV1 wzrost o 22,3%).

4. Należy również podkreślić, że uczestnictwo w programie rehabilitacji spowodowało istotną poprawę tolerancji wysiłku w grupie P1 (wzrost wydłużenia dystansu o 21,3%; $p < 0,0001$) i P2 (wzrost wydłużenia dystansu o 14,6%; $p < 0,0001$).

5. Pomimo krótszego o około 33% czasu trwania standardowego postępowania fizjoterapeutycznego w grupie P2 osiągnięto lepsze wyniki badanych parametrów charakteryzujących wydolność fizyczną i oddechową w porównaniu z grupą P1.

6. Na podstawie uzyskanych wyników można rekomendować zastosowanie opisanych technik tkanek miękkich do uzupełnienia standardowego programu rehabilitacji które korzystanie wpływają na poprawę badanych parametrów u pacjentów po lobektomii tradycyjnej i małoinwazyjnej.

Janusz Jurek
10.01.17.