

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ХЕРСОНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

Медичний факультет

Кафедра медицини та фізичної терапії

**ЛІКУВАЛЬНА ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ ХВОРИХ НА
РАК ЛЕГЕНЬ**

Кваліфікаційна робота (проект)

на здобуття ступеня вищої освіти «бакалавр»

Виконала: студентка IV курсу
спеціальності 227 Фізична реабілітація
Освітньо – професійної програми
«Фізична терапія, ерготерапія»
Данильчук Лоліта Вікторівна

Керівник к.б.н., доц. Васильєва Н.О.

Рецензент к.м.н., доц. Гайдай М.І.

Херсон – 2020

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ЗАГАЛЬНІ ПИТАННЯ ЛФК ДЛЯ ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ	5
1.1. Завдання лікувальної фізичної культури в онкології.....	5
1.2. Рекомендації до проведення лікувальної фізичної культури при онкологічних захворюваннях різної локалізації.....	7
РОЗДІЛ 2. ЛІКУВАЛЬНА ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА У ХВОРИХ ПРИ РАКУ ЛЕГЕНЬ	10
2.1. Особливості прояву раку легень та його клінічна картина.....	10
2.2. Лікувально - гімнастичний комплекс вправ у передопераційний період	13
2.3. Лікувальна фізична культура для пацієнтів у післяопераційний період	16
2.4. Лікувальна фізична культура для пацієнтів у відновний період.....	25
РОЗДІЛ 3. ЛІКУВАННЯ ПРОМЕНЕВИХ УШКОДЖЕНЬ ЛЕГЕНЬ У ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ	30
ВИСНОВКИ	37
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	39
ДОДАТКИ	43
Додаток А. Кодекс академічної доброчесності здобувача вищої освіти херсонського державного університету.....	43

ВСТУП

Актуальність роботи. Реабілітація онкохворих – багатоетапний процес, в якому на кожному етапі лікування застосовуються визначені методи впливу, що допомагають повернути хворого до повноцінного життя та роботи [22].

Щорічно в Україні виникають понад 160 тис. нових випадків злоякісних новоутворень, з них приблизно 100 тис. чол. помирає від раку, причому 35% померлих — це особи працездатного віку. За підрахунками фахівців, у 2020 р. в Україні кількість тих, хто вперше захворів на рак, перевищить 200 тис. чол. на рік. Кожен другий-третій онкохворий в Україні помирає у перший рік хвороби, що перевищує у більш розвинених країнах аналогічний показник у 2-10 разів. Водночас, близько 5% людей із встановленим діагнозом "рак" відмовляються від лікування через відсутність коштів, і ще більше людей, які підозрюють у себе цю страшну хворобу, бояться йти до лікаря [28].

За даними Національного інституту раку, найвища захворюваність на злоякісні новоутворення серед чоловіків спостерігається в Кіровоградській, Миколаївській, Херсонській і Запорізькій областях. У Києві та Севастополі цей показник становить 470-575 випадків на 100 тисяч чоловічого населення. Найнижчий показник у Закарпатті, Івано-Франківській, Житомирській, Донецькій і Луганській областях, там він дорівнює 356-389 випадків. Серед жіночого населення найвища захворюваність у п'яти регіонах - Києві, Севастополі, Одеській, Миколаївській та Запорізькій областях, там показник захворюваності дорівнює 326-398 випадків на 100 тисяч осіб. Менше за все жінки хворіють на рак у Закарпатті, Буковині, Івано-Франківській, Тернопільській та Вінницькій областях - 223-244 випадку. У віці 30-74 років у чоловіків найбільш поширені злоякісні новоутворення легенів і шлунку, а у жінок - злоякісні новоутворення молочної залози. У віковій групі понад 75 років у жінок найбільш розповсюджений рак шкіри, у чоловіків - рак легенів і шкіри [28].

Мета дослідження: визначити особливості проведення лікувальної фізичної культури для пацієнтів із злоякісними новоутвореннями.

Відповідно до мети дослідження були виділені наступні *завдання*:

1. Визначити завдання та рекомендації до проведення лікувальної фізичної культури при онкологічних захворюваннях;
2. Вивчити особливості прояву раку легень;
3. Скласти приблизний лікувально - гімнастичний комплекс вправ у передопераційний та післяопераційний періоди;

Об'єкт дослідження – фізична терапія при злоякісних новоутвореннях.

Предмет дослідження – лікувальна фізична культура при раку легень.

Для вирішення поставлених завдань було використано наступні *методи дослідження*: описовий, порівняльний, аналіз методичної та навчальної літератури.

РОЗДІЛ 1

ЗАГАЛЬНІ ПИТАННЯ ЛФК ДЛЯ ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ

1.1. Завдання лікувальної фізичної культури в онкології

Враховуючи стимулюючу дію фізичного навантаження на новоутворення і можливість метастазування, головне завдання передопераційного періоду доводиться обмежувати психологічною підготовкою хворого. Як правило, сам факт вступу в спеціалізований онкологічний стаціонар і перебування в ньому викликають у пацієнтів психогенну реакцію у відповідь. Незважаючи на відмінності в преморбідних особливостях людини, віці, статті, освіті, переважним типом реагування виявляється тривожно-депресивний синдром, що має за основу наявність злоякісного новоутворення як психотравмуючої ситуації. Настрій у хворих зазвичай поганий, відмічається тривожність, іпохондрична фіксованість, страх майбутньої операції і подальшого лікування [10].

Іншим, не менш важливим завданням передопераційної підготовки є навчання правильному диханню, прийомам відкашлювання, поворотів і посадки в ліжку [10].

Дозоване фізичне навантаження збільшує об'єм крові, що проходить через легені, стимулює газообмін. Одним з важливих чинників газообміну є легенева вентиляція, яка знаходиться в тісній залежності від діяльності дихальної мускулатури. Дихальні вправи вимагають тренування м'язів грудної клітки, плечового пояса, що беруть участь в акті дихання, і у тому числі діафрагми як основного дихального м'яза. Ритмічні коливання діафрагми не лише збільшують дихальний об'єм легенів, але і сприяють вступу крові в нижню порожнисту вену і серце [10].

З урахуванням характеру майбутнього оперативного втручання увага пацієнта акцентується на певних прийомах. Наприклад, при майбутній торакотомії хворий навчається переважно діафрагмальному типу дихання,

який стає потім основним типом дихання; при операціях на органах черевної порожнини - переважно грудному типу дихання [10].

Спеціальним завданням передопераційного періоду у хворих, підготовлених до ампутації нижньої кінцівки, являється тренування вестибулярного апарату, перенесення маси тіла на здорову кінцівку.

У післяопераційному періоді лікувальна фізкультура стає складовою частиною загальних лікувальних заходів. Початок її проведення співпадає з пробудженням людини від наркозу. Дихальні вправи динамічного характеру з відкашлюванням проводяться багаторазово впродовж дня і застосовуються з метою профілактики післяопераційних ателектазів, пневмоній, боротьби з гіповентиляцією і можливими застійними явищами в легенях і паренхіматозних органах. Фізичне навантаження при цьому строго дозується виходячи із загального стану хворого.

Проте завдання лікувальної фізкультури при різних локалізаціях пухлинного процесу відрізняються один від одного. Так, наприклад, після радикальної мастектомії фізичні вправи спрямовані на поліпшення відтоку венозної крові і лімфи з верхньої кінцівки і відновлення втрачених функцій плечового суглоба і верхньої кінцівки на стороні операції, на контроль осанки [10].

Завданням відновного періоду є подолання наслідків операційної травми і максимальне відновлення втрачених функцій. Окрім вправ, спрямованих на нормалізацію дихання, необхідних для усіх груп хворих, використовуються спеціальні комплекси фізичних вправ, сприяючих підвищенню рухливості хребта і ребер, посиленню крово- і лімфообігу в області операційної рани, формуванню еластичних рубців після операцій на грудній клітці, збільшенню рухливості плечового суглоба і кінцівки на стороні операції, збереженню нормальної постави, координації руху після мастектомії, навчання ходіння з експрес-протезом, з милицями, підготовці кукси до постійного протезування після ампутації кінцівки тощо [10].

Метою зайняття тренувального періоду є підготовка хворого до виписки із стаціонару, до життя в домашніх умовах з повним самообслуговуванням і пов'язаними з ним фізичними навантаженнями. У цей період слід проводити групові заняття, що включають рухливі, емоційно забарвлені вправи з навантаженням на усі групи м'язів, із застосуванням різних снарядів і предметів, у тому числі гімнастичної стінки. Крім того, пацієнтам призначаються ранкова гігієнічна гімнастика й самостійне виконання добре засвоєних певних фізичних вправ після денного сну [10].

Отже, лікувальну фізичну культуру використовують як метод активної, патогенетичної та функціональної терапії; для того щоб відновити у хворого порушені функції, оздоровити його і зміцнити сили, а також для запобігання ускладнення захворювань.

1.2. Рекомендації до проведення лікувальної фізичної культури при онкологічних захворюваннях різної локалізації

У комплексі терапевтичних заходів, спрямованих на компенсацію і відновлення різних функцій органів, а також працездатності онкологічних хворих, лікувальна фізична культура використовувалася досить широко. При використанні в широкій практиці потрібно пам'ятати про особливості її застосування в онкологічних хворих.

Незмінною умовою при призначенні і дозуванні фізичного навантаження є строго індивідуальний підхід у кожному окремому випадку - з урахуванням форми, стадії новоутворення, вікових особливостей організму хворого і супутніх захворювань [10].

При призначенні пацієнтові курсу лікувальної фізкультури необхідно враховувати наступні чинники: обмеженість часу передопераційної підготовки онкологічного хворого; небезпека стимуляції пухлинного процесу і метастазування внаслідок великого фізичного навантаження - за наявності

невиліковного новоутворення або прогресу процесу на тлі лікування; психічний стан хворого у зв'язку з характером захворювання.

Ці обставини вимагають обліку особливостей проведення лікувальної фізичної культури в різні періоди перебування онкологічного хворого в стаціонарі. Безпосередньому навчанню передують бесіди, в результаті яких пацієнтів інформують про мету, завдання і зразковий характер навантаження в майбутньому зайнятті. Це робиться для позитивної психологічної дії, а також для активної і свідомої участі людини у своєму лікуванні [10].

У міру розвитку хвороби виявляється певна специфічність психопатологічних розладів при різних локалізаціях пухлинного процесу. Так, при раку печінки нерідко оніричні переживання поєднуються з галюцинаціями, при пухлинах підшлункової залози часто спостерігається порушення свідомості. У більшості хворих раком шийки матки з'являються відчуття раптового постаріння, сексуальні перверсії; раком молочної залози - неповноцінності, потворності. Для хворих раком легені характерні виражена тривога, страх у поєднанні з млявістю. При раку шлунку і кишечника спостерігається особливо важка іпохондрія [10].

З урахуванням характеру майбутнього оперативного втручання увага пацієнта акцентується на певних прийомах. Наприклад, при майбутній торакотомії хворий навчається переважно діафрагмальному типу дихання, який стає потім основним типом дихання; при операціях на органах черевної порожнини - переважно грудному типу дихання.

У тому випадку, якщо під час операції виявлено інкурабельність хворих, фізичне навантаження зводиться до мінімуму і підтримується з психотерапевтичною метою на рівні передопераційної підготовки [10].

Отже, запрошення пацієнтів на заняття фізкультурою має бути у вигляді спокійної, доброзичливої бесіди з акцентуванням уваги на самоконтролі (підрахунок пульсу до і після заняття, облік самопочуття, стомлюваності тощо), а присутність на занятті в групі видужуючих з

підкресленням можливості функціонального відновлення - чинять на них сприятливу дію.

РОЗДІЛ 2

ЛІКУВАЛЬНА ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА У ХВОРИХ ПРИ РАКУ ЛЕГЕНЬ

2.1. Особливості прояву раку легень та його клінічна картина

Рак легень - це поняття, що об'єднує різні за походженням, гістологічній структурі, клінічним перебігом і результатами лікування злоякісні епітеліальні пухлини. Вони розвиваються з покривного епітелію слизової оболонки бронхів, бронхіальних слизових залоз і легеневих альвеол [16].

Рак легень є дуже небезпечним так як нерідко виявляється вже в поширеній стадії. Чоловіки страждають на рак легень у 7-10 разів частіше за жінок. Крім того, є пряма залежність від віку. У чоловіків в 60-69 років рівень захворюваності на рак легень набагато вище, ніж у 30-39-років [16].

Клінічна картина раку легень складна й різноманітна. Необхідно сказати, що специфічних симптомів, властивих тільки для пухлини легень не існує. Прояви раку легень обумовлені розмірами, локалізацією, ступенем поширення пухлини, загальною реакцією організму на процес і його ускладнення, а також супутньою патологією серцево-судинної та дихальної систем [29].

Клінічна симптоматика багато в чому визначається клініко-анатомічною формою і локалізацією пухлини. Розрізняють центральний рак легень, що розвивається з епітелію великих бронхів (головного, проміжного, часткового, сегментарного та субсегментарного) і периферичний рак легень, що виходить з епітелію периферичних дрібних бронхів або альвеол, тобто паренхіми легень. Права легень вражається частіше, ніж ліва, верхні частки частіше, ніж нижні [29].

Одним з перших симптомів центрального раку легень є кашель. Він може бути сухим, спочатку тимчасовим, а потім вже постійним. Через

певний проміжок часу кашель починає супроводжуватись виділенням мокроти (слизової і слизисто-гнійної), а його припинення свідчатиме ураженого пухлиною бронха про повну закупорку. Хворих центральним раком легень у 40% зустрічається кровохаркання. Воно є важливим симптомом захворювання. Через появу крові в мокроті хворого змушений звернутися до лікаря. Одноразовому кровохарканню пацієнт може не придати належної уваги, тому це необхідно уточнити при зборі анамнезу [29].

Задишка спостерігається у 30-40% хворих на рак легень і може бути раннім симптомом захворювання. Від калібру ураженого бронха залежить виразність задишки. рідше - від здавленості великих судин легені та середостіння, від плеврального випоту. Біль у грудях зустрічаються у 70% хворих на рак легень, в більшості випадків на ураженій стороні, значно рідше (5-10%) виникають на протилежному боці.

У 40-80% хворих центральним раком легень зустрічається підвищення температури тіла. Цей симптом часто пов'язаний з затримкою мокроти та її інфікуванням при обтурації просвіту бронха пухлиною. Інтотоксикація організму проявляється продуктами розпаду пухлини. Температурна реакція може тривати від кількох днів до кількох тижнів, місяців. По типу гострої пневмонії проявляється дуже часто клінічна маніфестація центрального раку легень, яку спочатку лікують за допомогою протизапальної терапії. Проте у чоловіків старше 45 років поява затяжної або рецидивуючої пневмонії. Це дає змогу підозрювати, що є пухлина легені [29].

При периферичному раку легень клінічних проявів менше, ніж при центральному. Пухлина частіше за все виявляється при флюорографічному обстеженні населення і має безсимптомний перебіг при невеликих розмірах. Клінічні симптоми цього захворювання з'являються при помітному зростанні пухлини або її метастазів. Біль у грудній клітині з'являється при проростанні плеври і грудної стінки та може посилюватися під час дихання [29].

При проростанні великого бронха з'являються кровохаркання й кашель. Це є відносно пізніми симптомами раку легень. Для периферичного раку легень з одночасним утворенням ексудативного плевриту, що супроводжується появою задишки більш характерним є поширення пухлини по плеврі (карціноматоз плеври). При периферичному раку легень спостерігаються ознаки з розпадом часто запального процесу (кашель з гнійною мокротою, кровохаркання, підвищення температури тіла) [29].

Клінічна картина периферичного раку легень (верхівка легень) характерна синдрому Панкоста. Периферичний рак легень має тенденцію до проростання у навколишні структури - ребера, хребці, підключичні судини, до плечового нервового сплетіння. Це є наслідком його розташування. Проростання у плечове нервово сплетіння призводить до розвитку характерного комплексу симптомів. Це є триада Горнера, а саме опущення верхньої повіки, западання очного яблука і звуження зіниці і плексита [29].

Загальні симптоми у хворих на рак легень є наслідком впливу пухлини на організм (підвищення температури тіла, слабкість, стомлюваність, зниження працездатності, апетиту, схуднення тощо). Також задовго до виявлення первинної пухлини в легень спостерігаються численні паранеопластичні синдроми, що пов'язані з гормональною та метаболічною активністю пухлини. Зміни кістково-суглобової системи на пальцях у вигляді «барабанних паличок» є найбільш частими проявами цих синдромів, артрити дрібних суглобів, свербіж шкіри, токсико-алергічні дерматити тощо. Характерним є те, що ці симптоми раку легень зникають після лікування пухлини [29].

Ускладнення розвиваються вже при запущених формах раку легень і клінічна картина хвороби стає більш вираженою. В анамнезі скарги на ниючі болі у грудях, зміну голосу, утруднене ковтання, лихоманку, схуднення, задишку, посилення загальної слабкості і стомлюваності. На цих стадіях хвороби простіше поставити правильний діагноз. Однак багату часу на

лікування упушено, тому, в цьому випадку, діагностику раку легень можна вважати запізньою [29].

2.2. Лікувально - гімнастичний комплекс вправ у передопераційний період

Приблизний комплекс лікувально-гімнастичних вправ передопераційного періоду у хворих раком легені (Таблиця 2.1). Режим вільний.

Зайняття проводиться 2-3 рази на день, індивідуально або в невеликій групі видужуючих хворих. Засоби і форми ЛФК :

- 1) дихальні вправи з акцентом на діафрагмальне дихання;
- 2) дренажні дихальні вправи [10].

Таблиця 2.1

Приблизний комплекс лікувально-гімнастичних вправ передопераційного періоду у хворих раком легені

№	Вихідне положення	Опис вправи	Число повторень	Примітка
1	Лежачи на спині, одна рука на грудях, інша на животі	Глибокий вдих через ніс, максимально повільний плавний видих через рот	4 – 6	На вдиху максимально підняти черевну стінку, на видиху максимально втягнути живіт
2	Лежачи на спині,	Спираючись на	3 – 4	Темп повільний,

	руки вздовж тулуба, ноги зігнуті в колінних суглобах	лопатки і стопи, підняти таз, повернутись у вихідне положення		дихання довільне
3	Лежачи на боці	Повторити вправу № 1 на кожному боці	4 – 6	Відкашлювання на видиху
4	Лежачи на спині, руки вздовж тулуба	Покласти ноги, зігнуті в колінних суглобах, у сторону, протилежну ураженій, з поворотом таза в ту ж сторону, опираючись ліктем здорової руки, звисити ноги з ліжка, сісти	4 – 6	Темп повільний, інтервали між вправами 20-30 с, дихання довільне
5	Лежачи на боці	Підняти руку вгору - вдих; одночасно з видихом перевернутися на живіт, опустити руку з кушетки	4 – 6	Лежати на боці, протилежному дренажній зоні легені. Піднімати руку вгору на стороні дренажної частки, відкашлювання на видиху. Рекомендується для дренажування

				верхньої долі легені.
6	Сидячи, спираючись на максимально підняте узголів'я кушетки	Підняти руки в гору - вдих; на видиху плавно нахилитися вперед, спробувати торкнутися руками стоп, відкашлятися	4 – 6	Методист або медсестра поколюють спину хворого на видиху. Рекомендується для дренажу середньої долі легені.
7	Стоячи, руки опущені	Підняти руки вгору - вдих; плавно нахилити тулуб вниз, опустити руки - видих	4 – 6	Методист або медсестра поколюють нижні відділи спини, на видиху кашляти. Рекомендується для дренажу нижньої долі легені.
8	Лежачи на спині, одна рука на грудях, інша на животі	Глибокий вдих через ніс, максимально повільний плавний видих через злегка зімкнуті губи	4 – 6	На видиху максимально підняти черевну стінку, на видиху максимально втягнути живіт
9	Лежачи, руки вздовж тулуба	Вправа на розслаблення	1 – 2 хв	–

2.3. Лікувальна фізична культура для пацієнтів у післяопераційний період

Приблизний комплекс лікувально-гімнастичних вправ післяопераційного періоду у хворих раком легені. Ранній післяопераційний період (1-3 доба з моменту операції). Режим постільний (Таблиця 2.2).

Зайняття 2-3 рази в день, строго індивідуальні. Засоби і форми ЛФК (початкове положення - лежачи на спині) :

- 1) лікування положенням;
- 2) відкашлювання за допомогою методиста;
- 3) статичні дихальні вправи;
- 4) звукова гімнастика;
- 5) вправи для дистальних відділів кінцівок [10].

Таблиця 2.2

Приблизний комплекс лікувально-гімнастичних вправ післяопераційного періоду у хворих раком легені. Ранній післяопераційний період (1-3 доба з моменту операції). Режим постільний.

№	Вихідне положення	Опис вправи	Число повторень	Примітка
1	Лежачи на спині, ноги і руки випрямленні	Глибокий вдих через ніс і довгий плавний видих з проголошенням приголосних звуків «ш», «ж», «з»	3 – 6	Інтервали 5-10 с

2	Те ж	Синхронне згинання та розгинання кистей і стоп з максимальним відтягуванням носок	3 – 6	Дихання довільне
3	Те ж	Кругові оберти голови на рахунок «3»	3 – 6	Змінювати напрямок руху, темп повільний
4	Лежачи на м'якому валику на боці, нижня рука вздовж тулуба, верхня на області епігастрію	Глибокий вдих з максимальним підняттям черевної стінки, видих с максимальним втягуванням живота й відкашлюванням (при лобектоміях хворий лежить на здоровому боці, при пневмонектомії - на хворому боці)	3 – 6	У перші години після операції поворот хворого на бік пасивний, потім активний
5	Лежачи на спині, руки вздовж тулуба	Зігнути руки в ліктьових суглобах, пальці стиснути в кулаки. Розтиснути пальці рук, повернутись у вихідне положення	3 – 6	Темп повільний, дихання довільне
6	Лежачи на спині,	Спираючись на лікті,	4 – 6	Темп повільний,

	руки зігнуті в ліктьових суглобах	підняти грудну клітку - вдих через ніс, повернутися у вихідне положення – повільний видих через рот		виконувати до легкого болю в післяопераційному рубці
7	Лежачи на спині, руки вздовж тулуба	Поперемінне згинання ніг в колінних суглобах	6 – 8	Темп повільний, дихання довільне
8	Те ж	Активне розслаблення м'язів	1 – 2 хв	Методист контролює розслаблення м'язів
9	Те ж	Підняти руки вгору – на вдиху вимовляючи «м-мм», повернутися у вихідне положення - на видиху промовляючи «пф-ф-ф»	3 – 4	Дихання довільне. У 1-2-у добу вага хворої руки полегшується методистом
10	Те ж	Пронація і супінація в плечових суглобах	6 – 10	Темп повільний, дихання довільне
11	Те ж	Підняти пряму ногу вгору, потягнути носок на себе – вдих, опустити ногу – тривалий видих	6 – 8	Темп повільний
12	Те ж	Відпочинок, розслаблення м'язів	3 – 5 хв	–

13	Те ж	Відведення руки в сторону на вдиху, на півповорот тулуба на видиху з доторканням руки до протилежного краю ліжку	2 – 3 хв	Змінювати напрямок руху на протилежний (у 1-у добу за допомогою медперсоналу)
14	Те ж	Одночасні оберти в променезап'ястних і гомілковостопних суглобах	6 – 10	Дихання довільне
15	Те ж	Підняти руку вгору з одночасним згинанням коліна (ковзаючи стопою по ліжку) – вдих, повернутися у вихідне положення – видих	3 – 6	Вага руки на Прооперованій стороні полегшується методистом або медичною сестрою
16	Лежачи на спині, руки вздовж тулуба, ноги зігнуті в колінних суглобах	Спираючись на стопи і долоні, підняти таз – вдих, повільно опустити - видих	3 – 4	Виконувати до легкого болю
17	Лежачи на спині, руки вздовж тулуба	Відпочинок 1–2 хв, потім 2–3 хв надування повітряної кулі (м'яча), відкашлювання	2 – 3	–

18	Те ж	Активне розслаблення м'язів	1 – 2 хв	Контроль за розслабленням м'язів
----	------	-----------------------------	----------	----------------------------------

Приблизний комплекс лікувально-гімнастичних вправ післяопераційного періоду у хворих раком легені. Відстрочений післяопераційний період (4-7 доба з моменту операції). Режим палатний (Таблиця 2.3).

Зайняття 2-3 рази в день, індивідуальні. Засоби і форми ЛФК (початкове положення - лежачи і сидючи) :

- 1) динамічні дихальні вправи;
- 2) загальнотонізуючі вправи;
- 3) вправи для підтримки правильного положення тіла (постави) [10].

Таблиця 2.3

Приблизний комплекс лікувально-гімнастичних вправ післяопераційного періоду у хворих раком легені. Відстрочений післяопераційний період (4-7 доба з моменту операції). Режим палатний.

№	Вихідне положення	Опис вправи	Число повторень	Примітка
1	Лежачи на спині, руки та ноги випрямлені	Під час вдиху підняти руки вгору, під час видиху повернутися у вихідне положення	3 – 6	Темп повільний
2	Те ж	Руки на пояс, імітація	3 – 6	Стопи ковзають

		ходьби на рахунок «4»		по постілі. Темп середній
3	Лежачи на боці: на здоровому боці при лобектомії, на хворому при пневмоектомії	Глибоке дихання, відкашлювання (звук «кхе – кхе» на видиху)	3 – 4	Інтервали 5 – 15 с
4	Лежачи на спині, руки і ноги випрямлені	Згинання рук в ліктьових суглобах з напруженим стисканням пальців в кулак і розтисканням їх при поверненні в вихідне положення	3– 6	Дихання довільне
5	Те ж	Підняти пряму ногу, імітація їзди на велосипеді; повернутися у вихідне положення	4 – 6	Почергово змінювати ноги. Спостерігати, щоб рухи були у гомілкостопному, колінному й тазостегновому суглобі
6	Сидячи, ноги опущені з ліжка, руки на поясі	Повороти тулуба у сторони	3 – 6	Темп повільний, дихання довільне
7	Те ж	Відведення рук у сторони – вдих, повернення у вихідне положення – видих з	3 – 6	Темп повільний

		промовлянням звуків «п», «т»		
8	Те ж	Зведення лопаток – вдих, повернення у вихідне положення – видих	3 – 6	Шию та спину випрямити
9	Те ж	Почергове підняття прямих ніг	4 – 6	Дихання довільне
10	Те ж	Відведення руки у сторони під час вдиху з поворотами тулуба в ту ж сторону. Повернення у вихідне положення на видиху	3 – 6	Темп повільний. Дивитися на кисть відведеної руки
11	Те ж	Відведення рук у сторони на вдиху, поперемінне підтягнення коліна до грудей на видиху	2 – 4	Підборіддя притискати до грудей на видиху, темп повільний
12	Лежачи, руки вздовж тулуба	Відпочинок, розслаблення м'язів	5 – 6 хв	Перехід з горизонтального положення самостійний
13	Лежачи, кисті на плечових суглобах, ноги випрямлені	Колові оберти в плечових суглобах	6 – 10	Темп середній, дихання довільне
14	Лежачи, руки	Підняти прямі руки	3 – 6	Темп повільний

	вздовж тулуба, ноги зігнуті в колінних суглобах	вгору – вдих, покласти долоні на коліна – видих. Повернутися у вихідне положення		
15	Те ж	Відведення прямої руки в сторону на вдиху, поворот на протилежний бік на видиху. Витягнута рука торкається протилежного краю ліжка	3 – 4	Темп середній
16	Лежачи, руки і ноги випрямлені	Почергове відведення прямих ніг в сторони – вдих, приведення – видих	6 – 8	Темп повільний
17	Те ж	Підіймати й опускати плечі	4 – 8	Темп середній, дихання довільне
18	Лежачи, руки зчеплені на грудях	Повертаючи долонями назовні, підняти руки догори – глибокий вдих через ніс, повернутися у вихідне положення – видих через рот	4 – 6	Темп повільний
19	Лежачи, руки вздовж тулуба	Максимально розставленими	4 – 6	Темп повільний

		кистями рук надавлювати на бокові відділи грудної клітки – вдих, повернутися у вихідне положення – видих		
20	Лежачи, одна рука на грудях, інша – на епігастральній області	Підняти черевну стінку – вдих через ніс, максимально втягнути живіт – видих	4 – 6	Темп середній
21	Лежачи, руки і ноги випрямлені	Глибокий вдих, підтягнення ноги, зігнутої в колінному й тазостегновому суглобах, до грудної клітки – видих	3 – 4	Темп повільний
22	Те ж	Згинання й розгинання пальців рук і ніг	10 – 20	Дихання довільне
23	Те ж	Надування повітряного шару чи м'яча	3 – 5	Робити перерви 30 - 60 с
24	Те ж	Розслаблення м'язів		–
25	Вставання на підлогу з підтримкою методиста	Ходьба по палаті, повернення до вправи № 24, відпочинок	3 – 5	–

2.4. Лікувальна фізична культура для пацієнтів у відновний період

Зразковий комплекс лікувально-гімнастичних вправ відновного періоду у хворих на рак легень (8-21-а доба з моменту операції). Режим палатний, вільний. Зайняття 2-3 рази в день, індивідуальні або групові (Таблиця 2.4).

Засоби і форми ЛФК:

- 1) дихальні вправи;
- 2) загальнорозвиваючі вправи;
- 3) збільшення тривалості процедури ЛФК [10].

Таблиця 2.4

Зразковий комплекс лікувально-гімнастичних вправ відновного періоду у хворих на рак легень (8-21-а доба з моменту операції)

№	Вихідне положення	Опис вправи	Число повторень	Примітка
1	Стоячи, ноги на ширині плечей	Розправити плечі, випрямитися, напружити м'язи плечового пояса	3 – 4	Дихання довільне
2	Стоячи	Ходьба на місці з синхронними рухами в руках	1– 3 хв	Дихання довільне, спина пряма
3	Сидячи на стільці, одна рука на грудях, інша на епігастральній	Глибокий вдих з максимальним підняттям черевної стінки, видих с	4 – 6	Інтервал між вправами 10-20 с

	області	максимальним втягуванням живота		
4	Сидячи, кисті до плечей, пальці зімкнуті в кулаки	Відвести руки в сторони, розімкнути пальці – видих, повернутись у вихідне положення – вдих	6 – 10	Поступово прискорювати та сповільнювати темп
5	Сидячи, руки вздовж тулуба	Нахили тулуба в сторони	6 – 10	Дихання довільне, спина пряма
6	Сидячи, руки на колінах	Максимально розвести руки та ноги у сторони – вдих, «обійняти» себе руками, зімкнути ноги – видих	4 – 6	Темп поступово пришвидшувати, рухи енергійні
7	Сидячи, руки опушенні до низу	Відкинутися на спинку стільця, розслабити м'язи. Рухи головою в сторони, вперед, назад	4 – 6	Дихання довільне. Рухи роблять на рахунок «4». Змінювати напрямок рухів
8	Сидячи, руки на поясі, ноги на ширині плечей та випрямлені	Відвести руку в сторону долонею догори – глибокий вдих, нахилитися вперед, намагаючись доторкнутися рукою носок протилежної ноги – видих	4 – 6	Дивитися на долоню руки, що відводять. Темп повільний, поступово пришвидшувати

9	Сидячи на стільці не торкаючись його спинки, руки опушенні	Максимально підняти плечі – вдих, опустити плечі – видих	4 – 8	Підіймаючи плечі, дивитися на стелю, опускаючи плечі – на підлогу
10	Сидячи, руки до плечей	Колові рухи у плечових суглобах	4 – 6	Змінювати напрямок рухів, дихання довільне
11	Сидячи на стільці, руки опушенні	Розвести руки у сторони – вдих, притиснути коліно до грудей – видих	4 – 8	На видиху втягнути живіт, підборіддя притиснути до грудей
12	Те ж	Імітація рухів боксера – почергове викидання рук вперед	6 – 8	Дихання довільне
13	Сидячи, кисті на потилиці	Рухи ліктями вперед і назад на рахунок «3»	6 – 8	Відводячи лікті максимально назад, випрямити спину
14	Сидячи, спираючись руками об сидіння стільця	Поперемінне підняття й відведення прямої ноги – вдих, повільне опускання і приведення ноги – видих	4 – 6	Темп повільний, поступово збільшувати амплітуду рухів
15	Сидячи, руки зімкнуті на грудях	Витягнути руки вперед – вдих, долонями назовні –	6 – 8	Темп середній

		видих		
16	Стоячи, руки на поясі	Максимальний нахил тулуба вліво, права рука пряма над головою. Те ж саме в іншу сторону	6 – 8	Темп повільний, дихання довільне
17	Те ж	Колові рухи тулубом з нахилом вперед, вліво, назад, вправо	4 – 6	Дихання довільне, поступово збільшувати амплітуду рухів
18	Стоячи, руки вздовж тулуба	Підняти руки вперед догори – вдих, опустити руки через сторони – видих	6 – 8	Рухи розслабленні. На видиху роботи невеликий нахил тулубом вперед
19	Стоячи, руки на спинці стільця	Поперемінно махи прямими ногами у сторони	8 – 10	Дихання довільне, рухи енергійні
20	Сидячи на стільці, руки опущенні	Зробити глибокий вдих, обхопили руками нижні й середні відділи грудної клітки (здавивши її) – видих	4 – 6	Темп середній
21	Лежачи на боці	Глибоке дихання з відкашлюванням під час видиху	3 – 5 хв	Положення на боці залежить від характеру операції

22	Лежачи на спині, руки вздовж тулуба	Повне розслаблення м'язів, відпочинок	2 – 3 хв	–
----	---	--	-------------	---

РОЗДІЛ 3

ЛІКУВАННЯ ПРОМЕНЕВИХ УШКОДЖЕНЬ ЛЕГЕНЬ У ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ

Залежно від давності й інтенсивності променевого ушкодження гістопатологічні зміни в легенях, пов'язані з опроміненням. Клініцисти поділяють їх на ранні, проміжні і пізні. Пошкодженням дрібних судин і капілярів з розвитком перенаповнення судинного русла й підвищенням капілярної проникності характеризується рання стадія променевого ушкодження (від 0 до 2 місяців після опромінення). На цій стадії в альвеолярних просторах спостерігається ексудат, багатий фібрином. Можливо, унаслідок конденсації інтраальвеолярного фібрину на альвеолах формуються гіалінові мембрани. Після 1 місяця виникає запальна інфільтрація, яка може служити другою причиною підвищення проникності капілярів. Зміни, властиві проміжній стадії (від 2 до 9 місяців після опромінення), характеризуються обструкцією легеневих капілярів тромбоцитами, фібрином і колагеном. Альвеолярно-лінійні клітини (пневоцити 2-го типу) стають гіперпластичними, а альвеолярна стінка інфільтрується фібробластами і огрядними клітинами. Якщо променеве ураження не було вираженим, усі ці зміни можуть повністю регресувати. Після інтенсивного опромінення розвивається пізня стадія (від 9 місяців і більше), яка може прогресувати впродовж декількох місяців і років. гістопатологічна картина потім протікає з домінуванням посилення фіброзу і стоншуванням капілярної стінки, судинним фіброзом і звуженням міжклітинних просторів. В деяких випадках легень може стискатися наполовину від первинного об'єму із стоншуванням належної плеври. На додаток до цієї класичної палітри променевого пульмоніту (пневмоніту) існує синдром так званого пульмоніту, що розвивається поза полем опромінення. Вважається, що він виникає у хворих з гіперчутливістю легеневої тканини до іонізуючого випромінювання. Цей пульмоніт

характеризується білатеральним лімфоцитарним альвеолітом за участю активованих Т-лімфоцитів через 4-6 тижнів після строго унілатерального опромінення легені [25, 37].

Променева терапія злоякісних пухлин молочної залози, стравоходу, легенів, лімфогранулематозу з ураженням лімфатичних вузлів середостіння призводить до променевих ушкоджень легенів.

Чинниками, що впливають на вірогідність і інтенсивність розвитку цих ушкоджень є: сумарна поглинена доза опромінення, режим фракціонування, вид радіації і об'єм легеневої тканини, що піддалася дії іонізуючого випромінювання.

Опромінення принаймні 10% легені призводить до променевих ушкоджень легеневої тканини. Також нерідко вражаються плевра і перикард [5].

Частота променевих ушкоджень легень значно коливається - від 0 до 100%. Таке протиріччя пояснюється тим, що частіше враховуються або тільки клінічні прояви, або зміни, підтверджені об'єктивними методами дослідження. Проте загальний висновок з досліджень останніх років із залученням сучасних методів діагностики такий: легені є високочутливим органом до дії іонізуючого випромінювання [10].

Задух, непродуктивний кашель або кашель з невеликою кількістю мокроти, біль в грудях на стороні ушкодження відносять до клінічних проявів променевого ушкодження легенів. Кровохаркання не є частим симптомом. Існує повідомлення, що кровохаркання навіть в найближчі періоди після променевої терапії. Не обов'язкова лихоманка, але може бути високою і гектичною. При фізикальному дослідженні симптоми променевого ураження легенів мінімальні: розсіяні сухі хрипи й жорстке дихання. Іноді вислуховують вологі хрипи, шум тертя плеври, притуплювання перкуторного звуку над зоною опромінення за наявності плевриту. При важкому ушкодженні легенів - акроціаноз. Основними ускладненнями променевого пульмоніту є виражена дихальна недостатність і вторинний фіброз легені.

Відсутність або незначність клінічних симптомів є характерною для пізніх променевих ушкоджень легенів при великих рентгенологічних змінах в легенях [10].

Основною ознакою променевого ушкодження легенів є обмеження змін легеневого малюнка полем опромінення. Дуже рідко спостерігають зміни рентгенологічної картини навколо зони опромінення і навіть в іншій легені.

Діагноз променевого ушкодження легенів в деяких випадках, що особливо важливо з точки зору диференціальної діагностики, можна встановити, зіставивши рентгенологічну картину, час, що пройшов після проведення променевої терапії і клінічні дані [10].

Основними лікувальними заходами при променевих ушкодженнях легенів вважаються:

- 1) проведення активної протизапальної терапії - масивне введення антибіотиків, вибір яких здійснюється з урахуванням чутливості бактерійної флори мокроти;
- 2) призначення антикоагулянтів прямої і непрямой дії;
- 3) для попередження пневмосклерозу - застосування кортикостероїдів.

Але дослідження останніх років ставлять під сумнів доцільність вказаного підходу до лікування променевих ушкоджень легенів.

В генезі пізніх променевих ушкоджень легенів основними чинниками вважаються:

- 1) порушення кровотоку в мікроциркуляторному руслі і судинної проникності;
- 2) порушення фібринолітичної системи і згортання крові;
- 3) інфільтрація і запалення легеневої тканини з розвитком гіпоксії. Як наслідок, відбувається пошкодження легеневої паренхіми, бронхіального дерева, кровоносних судин легенів в зоні опромінення. До формування локального фіброзу, зниження бронхіальної прохідності і пневматизації легенів все це призводить [10].

Знання цих патогенетичних особливостей виникнення і протікання пізніх променевих ушкоджень дає змогу відшукати нові, можливо, ефективніші методи лікування [10].

Лікувально-гімнастичні вправи хворим з пізніми променевими ушкодженнями легень (Таблиця 3.1) потрібно виконувати 1-2 рази в день, щодня. До і після кожного заняття з хворим фахівець з лікувальної фізичної культури або медична сестра перевіряють частоту пульсу і дихання [10].

Таблиця 3.1

Зразковий комплекс лікувально – гімнастичних вправ у хворих з пізніми променевими ушкодженнями легень

№	Вихідне положення	Опис вправи	Число повторень	Примітка
1	Стоячи, ноги на ширині плечей	Спина пряма, потягнутися з напруженням, потім розслабити м'язи плечового пояса	3 – 4	Дихання довільне
2	Стоячи, руки вздовж тулуба	Підняти руки вперед вгору – вдих. Опустити руки через сторони вниз – видих	4-6	Під час видиху невеликий нахил вперед
3	Стоячи, руки на поясі	Повільні кругові рухи тулубом.	4 – 6	Нахилитися вперед, вліво, назад, вправо. Дихання

				довільне
4	Те ж	Максимальний нахил тулуба вліво. Права рука пряма, над головою. Те ж в іншу сторону	4 – 8	Темп повільний
5	Стоячи	Ходьба на місці з синхронним рухом рук	1 – 2 хв	Стежити за поставою, дихання довільне
6	Спираючись руками о стілець	Підняття прямої ноги на вдиху і повільне опускання при плавному видиху	4 – 8	Темп повільний
7	Стоячи, ноги на ширині плечей	Підняти руки над головою, кругові рухи руками і тулубом	4 – 6	чергувати рухи в кожную сторону, дихання довільне
8	Стоячи, руки опущені, ноги разом	Розвести руки в сторони – вдих, підтягти коліно до грудей – видих	4 – 8	Стопи тягнути донизу
9	Стоячи, гімнастична палиця перед собою	Присісти, руки витягнути вперед – видих, повернутися у вихідне положення – вдих	4 – 8	Темп повільний

10	те ж	покласти палицю на плечі за голову - вдих, нахилитися в бік - видих	4 – 8	Тримати палицю за кінці, сторону нахилу змінювати
11	Стоячи, ноги на ширині плечей, гімнастична палиця ззаду в руках	одночасне відведення руки і ноги назад - вдих; повернутися у вихідне положення - видих	4 – 8	Спина пряма. дивитися перед собою. дихання довільне
12	Те ж, гімнастична палиця ззаду в зігнутих ліктях	Повороти тулубом у бік	4 – 8	Спина пряма, дихання довільне
13	Те ж, гімнастична палиця перед собою	Зробити мах ногою у напрямку до протилежної руки, повернутися в вихідне положення	4 – 8	ноги чергувати
14	Стоячи, ноги на ширині плечей, гімнастична палиця в руках	Нахил тулуба вперед з одночасним відведенням прямих рук вперед – видих, повернутися у вихідне положення - вдих	4 – 8	Під час нахилу дивитися на палицю
15	Те ж	Підняти руки вгору - вдих; опустити - видих	4 – 8	Темп середній
16	Стоячи	Ходьба на носках, п'ятах, бічних поверхнях стопи,	1 – 2 хв	Змінювати темп від швидкого до повільного і

		повній ступні		навпаки, робити по 10 – 20 кроків у кожному положенні
--	--	---------------	--	---

Отже, хворим з пізніми променевими ушкодженнями легень, для нормалізації функцій зовнішнього дихання, зменшення гіповентиляції, можливих застійних явищ в легенях, поліпшення роботи серцево-судинної системи призначається лікувально-гімнастичні вправи у комплексі з магнітотерапією та інгаляціями [10].

ВИСНОВКИ

Отже, в результаті теоретичного дослідження ми прийшли до наступних висновків:

1. Лікувальну фізичну культуру використовують як метод активної, патогенетичної та функціональної терапії; для того щоб відновити у хворого порушені функції, оздоровити його і зміцнити сили, а також для запобігання ускладнення захворювань.

2. Запрошення пацієнтів на заняття фізкультурою має бути у вигляді спокійної, доброзичливої бесіди з акцентуванням уваги на самоконтролі (підрахунок пульсу до і після заняття, облік самопочуття, стомлюваності тощо), а присутність на занятті в групі видужуючих з підкресленням можливості функціонального відновлення - чинять на них сприятливу дію.

3. Складною й різноманітною є клінічна картина раку легень. Специфічних симптомів не існує, які властиві тільки для пухлини легені. Прояви раку легень обумовлені розмірами, локалізацією, ступенем поширення пухлини, на процес і його ускладнення загальною реакцією організму, а також супутньою патологією серцево-судинної та дихальної систем. Ускладнення розвиваються вже при запущених формах раку легень і клінічна картина хвороби стає більш вираженою. На цих стадіях хвороби простіше поставити правильний діагноз. Однак багату часу на лікування упущено, тому, в цьому випадку, діагностику раку легень можна вважати запізньою.

4. Хворим з пізніми променевими ушкодженнями легенів, для нормалізації функцій зовнішнього дихання, зменшення гіповентиляції, можливих застійних явищ в легенях, поліпшення роботи серцево-судинної системи призначається лікувально-гімнастичні вправи у комплексі з магнітотерапією та інгаляціями. Їх потрібно виконувати 1-2 рази в день,

щодня. До і після кожного заняття з хворим фахівець з лікувальної фізичної культури або медична сестра перевіряють частоту пульсу і дихання.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абдурасулов Д.М. Основные принципы лечения, прогнозирования и реабилитации больных с первично множественными опухолями. - Ташкент.: Медицина, 1982. - 336с.
2. Аксель, Е.М. Злокачественные новообразования в России и странах СНГ / Е.М. Аксель, М.И. Давыдов. – М.: РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, 2002. – С. 85-106.
3. Барановский И.И., Зайдинер Б.М., Коржов В.И. Психический статус и выживаемость в паллиативной онкологии. - В кн. Онкология 2000. Тезисы II съезда онкологов СНГ, Украина, Киев, 23-26 мая 2000.- Экспериментальная онкология, т.22.
4. Бардичев М.С., Кацалап С.Н. Місцеві променеві ушкодження: особливості патогенезу, діагностика та лікування // Питання онкології. 1995. Т. 41. № 2. С. 99.
5. Бардичев М.С., Пасов В.В. Лікування вторинних променевих ушкоджень після комбінованого лікування раку молочної залози // Російський онкологічний журнал. 1998. № 1. С. 18-21.
6. Барчук А. С., Вагнер Р. И., Лемехов В. Г. и др. Современные подходы к диагностике и лечению рака легкого // Вопросник онкологии 1997. Т. 43. № 1. С. 15—21.
7. Березкин Д.П. и др. К вопросу о психосоциальной реабилитации онкологических больных, которые были выписаны из стационара // Совершенствование методов реабилитации онкологических больных: Тезисы всесоюзного симпозиума. — Л., 1978. — С. 15-16.
8. Білінський Б.Т. Онкологія : [підручник] / Б.Т. Білінський, Н.А. Володько, А.І. Гнатишак. – К. : Здоров'я, 2004. – 528 с.
9. Герасименко В.Н. Принципи реабілітації онкологічних хворих. - Автореф. на здобуття наукового ступеня доктора мед.наук. - М., 1976.

10. Грушина Т.І. Реабілітація в онкології: фізіотерапія. - М .: ГЕОТАР-Медіа, 2006. - 240 с.
11. Давыдов, М.И. Результаты хирургического и комбинированного лечения больных плоскоклеточным раком легкого IV, V и VI стадий / М.И. Давыдов, В.П. Потанин, А.В. Потанин // III съезд онкологов и радиологов СНГ: Мат. съезда: часть II. – Минск: ОДО «Тонпик» – 2004. – С. 90
12. Данилова Н.Н., Крилова А.Л. Фізіологія вищої нервової діяльності: Підручник. - М .: Учеб. лит-ра, 1997.
13. Зоріна Л.А. Пізні променеві ушкодження легенів після лікування раку молочної залози: Дисертація канд. мед. наук. Обнінськ, 1988. 172 с.
14. Имянитов Е.Н. Молекулярная патология рака легкого: клинические аспекты / Е.Н. Имянитов // Практическая онкология. – Т.6, №3. – 2006. – С. 131-137.
15. Козаченко В.П. Клиническая онкогинекология. — М.: «Медицина», 2005. 373 с.
16. Лікарня ізраїльської онкології LISOD. Рак легких [електронний ресурс] – Режим доступа: <https://www.lissod.com.ua/about-cancer/cancer-types/rak-legkogo/>
17. Мерабишвили, В.М. Выживаемость онкологических больных / В.М. Мерабишвили. – СПб.: ООО «Фирма КОСТА», 2006. – 440 с.
18. Мерілова Т.Ю. Суїцидальний ризик онкологічних больних.- В кн. Онкологія 2000. Тези II з'їзду онкологів СНД, Україна, Київ, 23-26 травня 2000. Експериментальна онкологія, т.22. Додаток, 2000.. - 1342.
19. Місяк С. Практичний посібник з медичної, соціальної та трудової реабілітації онкологічних хворих та інвалідів / С. Місяк - 2-е видання, перероблених і доповнене - Херсон: Айлант, 2002. - 216 с.
20. Мосиенко В.С. Интегральные подходы к лечению опухолевой болезни / В.С. Мосиенко, Л.К. Куртсеитов. – Киев : Школьный мир, 2010. – 446 с.

21. Мосиенко В. С. Рак: пути в неизвестное, разочарование и надежды / В. С. Мосиенко. – Киев : Школьный мир, 2009. – 352 с.
22. Одинець Т.Є. Програма гідрокінезотерапії у фізичній реабілітації жінок після радикальної мастектомії: методичні рекомендації для фахівців з фізичної реабілітації, викладачів та студентів//Т.Є. Одинець. - Запоріжжя: Класичний приватний університет, 2012.-52 с.
23. Орлов А.А., Воробьев А.П., Маев И.В. и др. Труднодиагностируемые формы рака легких в практике терапевта // Клиническая медицина. 1997. Т. 75. № 1. С. 50—52.
24. Осадчих А.І. Теоретичні передумови і змісту реабілітаційно-експертної діагностики // МСЕ та реабілітація, №3, 1998. - С. 7.
25. Палагіна М.В., Ісачкова Л.М., Плехова Н.Г. Патоморфологія легень щурів у пострадіаційному періоді // Бюлетень експериментальної біології і медицини. 1997. Т. 123. № 2. С. 233-237.
26. Полежаев, А.А. Опыт комбинированного лечения немелкоклеточного рака легкого с применением неоадьювантной полихимиотерапии / А.А. Полежаев, С.В. Ступина, О.Н. Булатова // Российский онкологический журнал. – 2008. – №4. – С. 31-35.
27. Принципи та організація лікарсько – трудової експертизи онкологічних хворих: Метод, реком. — Л., 1966.
28. Рак в Україні, 2003-2004 (захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби) / С.О.Шалімов, З.П.Федоренко, Л.О.Гулак та ін. // Бюл. Нац. канцер-реєстру України. - 2005. - № 6. - С. 8-10.
29. Рак легких [електронний ресурс] / Клинические проявления рака легкого – 2013 г. – Режим доступа: <http://xn----7sbkuhcf0b2c0g.xn--p1ai/article/clinical/>
30. Тимрук-Скоропад К.А. Обізнаність осіб, які хворі на рак легень, про значення фізичної реабілітації та їх бажання // Вісник Чернігівського державного педагогічного університету імені Т.Г. Шевченка. Випуск 35. Серія: педагогічні науки. - Чернігів: ЧДПУ, 2006. - №35. - С.500-505.

31. Тимрук-Скоропад К.А. Особливості фізичної реабілітації легень в ранньому післяопераційному періоді // Проблеми активізації рекреаційно-оздоровчої діяльності населення: Матеріали IV Всеукр. наук. - практ. конф. – Л., 2004. – С.237-239.
32. Тимрук-Скоропад К.А., Рябуха О.І. Фізична реабілітація як складова способу життя онкологічних хворих // Здоровий спосіб життя: Зб. наук. статей IV Міжрегіон. (II міської) наук. -практ. конф. – Л., 2004. – С.90-99.
33. Трахтенберг, А.Х. Рак легкого / А.Х. Трахтенберг, К.І. Колбанов // під ред. В.І. Чісова. - М.: ГЕОТАР-Медіа. - 2014. - 160 с.
34. Узунова В.Г. Методологічні проблеми концепції реабілітації. - В кн. Удосконалення методів реабілітації онкологічних хворих. Тези всесоюзного симпозіума. - Л., 1978.- с.85- 89.
35. Шалімов С.А. Епідеміологічні аспекти раку в Україні. - В кн. Онкологія 2000. Тези II з'їзду онкологів СНД, Україна, Київ, 23-26 травня 2000р. Експериментальна онкологія, т.22. Додаток, 2000.. - 356 с.
36. Auguste, P. Molecular mechanism of tumor vascularization / P. Auguste, S. Lemire, F. Larrieu-Lahargue et al. // Crit. Rev. Oncol. Hematol. – 2005. – Vol. 54, 1. – P. 53-61.
37. Roberts C., Foulcher E., Zaunders J. Radiation pneumonitis: a possible lymphocyte-mediated hypersensitivity reaction. Ann. Intern. Med. 1993. V. 118. P. 696–698.].
38. Sersa G., Cemazar M. Anti-tumor effectiveness of electrochemotherapy with bleomycin is increased by TNF-alpha on SA-1 tumors in mice. Cancer Lett. 1997. 116–1. 85–92.

Додаток А

**КОДЕКС АКАДЕМІЧНОЇ ДОБРОЧЕСНОСТІ
ЗДОБУВАЧА ВИЩОЇ ОСВІТИ ХЕРСОНЬСЬКОГО
ДЕРЖАВНОГО УНІВЕРСИТЕТУ**

Я, Дашельзук Лоліта Вікторівна,
учасник(ця) освітнього процесу Херсонського державного університету, **УСВІДОМЛЮЮ**, що академічна доброчесність – це фундаментальна етична цінність усієї академічної спільноти світу.

ЗАЯВЛЯЮ, що у своїй освітній і науковій діяльності **ЗОБОВ'ЯЗУЮСЯ**:

– дотримуватися:

- вимог законодавства України та внутрішніх нормативних документів університету, зокрема Статуту Університету;
- принципів та правил академічної доброчесності;
- нульової толерантності до академічного плагіату;
- моральних норм та правил етичної поведінки;
- толерантного ставлення до інших;
- дотримуватися високого рівня культури спілкування;

– надавати згоду на:

- безпосередню перевірку курсових, кваліфікаційних робіт тощо на ознаки наявності академічного плагіату за допомогою спеціалізованих програмних продуктів;
- оброблення, збереження й розміщення кваліфікаційних робіт у відкритому доступі в інституційному репозитарії;
- використання робіт для перевірки на ознаки наявності академічного плагіату в інших роботах виключно з метою виявлення можливих ознак академічного плагіату;

– самостійно виконувати навчальні завдання, завдання поточного й підсумкового контролю результатів навчання;

– надавати достовірну інформацію щодо результатів власної навчальної (наукової, творчої) діяльності, використаних методик досліджень та джерел інформації;

– не використовувати результати досліджень інших авторів без використання покликань на їхню роботу;

– своєю діяльністю сприяти збереженню та примноженню традицій університету, формуванню його позитивного іміджу;

– не чинити правопорушень і не сприяти їхньому скоєнню іншими особами;

– підтримувати атмосферу довіри, взаємної відповідальності та співпраці в освітньому середовищі;

– поважати честь, гідність та особисту недоторканність особи, незважаючи на її стать, вік, матеріальний стан, соціальне становище, расову належність, релігійні й політичні переконання;

– не дискримінувати людей на підставі академічного статусу, а також за національною, расовою, статевою чи іншою належністю;

– відповідально ставитися до своїх обов'язків, вчасно та сумлінно виконувати необхідні навчальні та науково-дослідницькі завдання;

– запобігати виникненню у своїй діяльності конфлікту інтересів, зокрема не використовувати службових і родинних зв'язків з метою отримання нечесної переваги в навчальній, науковій і трудовій діяльності;

– не брати участі в будь-якій діяльності, пов'язаній із обманом, нечесністю, списуванням, фабрикацією;

– не підроблювати документи;

– не поширювати неправдиву та компрометуючу інформацію про інших здобувачів вищої освіти, викладачів і співробітників;

– не отримувати і не пропонувати винагород за несправедливе отримання будь-яких переваг або здійснення впливу на зміну отриманої академічної оцінки;

– не залякувати й не проявляти агресії та насильства проти інших, сексуальні домагання;

– не завдавати шкоди матеріальним цінностям, матеріально-технічній базі університету та особистій власності інших студентів та/або працівників;

– не використовувати без дозволу ректорату (деканату) символики університету в заходах, не пов'язаних з діяльністю університету;

– не здійснювати і не заохочувати будь-яких спроб, спрямованих на те, щоб за допомогою нечесних і негідних методів досягати власних корисних цілей;

– не завдавати загрози власному здоров'ю або безпеці іншим студентам та/або працівникам.

УСВІДОМЛЮЮ, що відповідно до чинного законодавства у разі недотримання Кодексу академічної доброчесності буду нести академічну та/або інші види відповідальності й до мене можуть бути застосовані заходи дисциплінарного характеру за порушення принципів академічної доброчесності.

08.04.2020
(дата)

Дашельзук
(підпис)

Дашельзук Лоліта
(ім'я, прізвище)