

Розділ 5. Лікувальна фізична культура, спортивна медицина й фізична реабілітація

УДК 615.825-056.24:616-007.43:616.381

Алла Альошина

Роль засобів фізичної реабілітації в передопераційній підготовці хворих із грижами передньої черевної стінки

Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки (м. Луцьк)

Постановка наукової проблеми та її значення. Значні досягнення в галузі розробки нових методів оперативного лікування гриж передньої черевної стінки та впровадження їх у клінічну практику дають змогу проводити складні хірургічні втручання. Проте, незважаючи на вдосконалення способів оперативного лікування, частота рецидивів захворювання та ускладнень залишається досить високою. Хірургічні операції на передній черевній стінці справляють серйозний агресивний вплив, який супроводжується больовим синдромом, суттєвими змінами не тільки в осередку ураження, а й в організмі в цілому. Інтраопераційна штучна вентиляція легень негативно впливає на дихальну систему та може стати причиною порушень оксигенуючої функції легень. У післяопераційному періоді можливе підвищення температури, зміни водного, білкового, вуглеводного, мінерального обмінів, морфологічні й хімічні зсуви у формулі крові, зміни вітамінного балансу, серцево-судинної системи внаслідок масового надходження судинозвужувальних гістаміноподібних речовин, зниження кров'яного тиску та ін.

Із боку післяопераційної рани ускладнення виникають в 1–4 % хворих. Гнійно-септичні ускладнення трапляються в 6–10 % хворих. Після масштабних хірургічних утручань їх частота сягає 12–27,5 %. У пізньому післяопераційному періоді рецидиви захворювання відзначаються в 10 % хворих із паховими грижами, у 30–34 % – із ковзними, комбінованими, гігантськими, рецидивними та багаторазово рецидивними грижами. Пізні післяопераційні ускладнення (спайкова хвороба, післяопераційна вентральна грижа) сумарно бувають у 6–11,3 % осіб [5].

Ускладнення з боку серцево-судинної системи є наслідками порушення фізіологічних функцій серця, судин і змін у формулі крові. У результаті нервово-психічних переживань, пов'язаних з операцією, наркозом, крововтратою, а також унаслідок післяопераційних розладів в інших фізіологічних системах може розвинути гостра недостатність серця. Перев'язка кровеносних судин, зміна хімічного складу, розлад діяльності серця іноді можуть призводити до розвитку емболії (легеневої, стегнової артерії, коронарних судин) та інфаркту, а також спричинити виникнення тромбофлебіту [2].

У пацієнтів після герніотомії розвивається характерна анталгічна поза: тулуб зігнутий, плечові суглоби приведені до центральної лінії тулуба, голова й плечі опущені, руки підтримують живіт. Така постава утруднює діяльність кардіореспіраторної системи.

Унаслідок гіпокінезії створюються умови для можливого розвитку тромбозів, гіпостатичних пневмоній.

Ускладнення з боку легень можуть бути наслідком нервово-рефлекторних явищ (болю, обмеження дихальної екскурсії, спазму судин, бронхів та ін.) [7].

Із боку шлунка спостерігаються моторно-секреторні розлади: парези, паралічі, спазми, непрохідність – дуоденальна чи кишкова. Найбільш частим симптомом порушення моторно-секреторної функції є блювання. Це може призвести до таких порушень, як біль, аспірація блювотних мас дихальними шляхами, розходження швів, утрата організмом травного соку, зневоднення.

Затримка сечовипускання має нервово-рефлекторний характер і виникає внаслідок реакції на біль у ділянці післяопераційної рани, рефлекторного напруження черевного преса, наркозу, здуття кишечника та ін.

Передопераційна підготовка має велике значення для успішного проведення операції й післяопераційного періоду. Застосування засобів фізичної реабілітації в передопераційному періоді не тільки готують пацієнта до можливого негативного впливу хірургічного лікування, а й дають змогу за їх комплексного та систематичного запровадження попередити появу рецидивів захворювання й

післяопераційних ускладнень. Така ситуація свідчить про необхідність комплексного застосування методів передопераційної підготовки пацієнтів до герніотомії, що дає змогу підвищити ефективність проведеного хірургічного лікування.

Аналіз останніх досліджень із цієї проблеми. За даними О. О. Печорова, Ю. В. Кучіна, І. З. Кітіашвілі, І. У. Лечисва, ефективність герніотомії є показником проведення передопераційної підготовки пацієнтів із грижами передньої черевної стінки до хірургічного втручання засобами фізичної реабілітації. Науковці зауважують на необхідності підготовки дихальної системи, оскільки пластика передньої черевної стінки призводить до збільшення внутрішньочеревного тиску, що порушує діяльність серцево-судинної й дихальної систем, викликаючи компартмент-синдром [3; 8].

Завдання дослідження – обґрунтувати застосування засобів фізичної реабілітації в передопераційній підготовці хворих із грижами передньої черевної стінки до герніотомії.

Методи дослідження – аналіз сучасних літературних джерел.

Виклад основного матеріалу та обґрунтування отриманих результатів. Передопераційна підготовка до хірургічного втручання хворих із защемленою грижею є мінімальною, оскільки лікування є ургентним. Цілеспрямованої передопераційної підготовки потребують пацієнти із незащемленими грижами, яким герніотомія проводиться планово. Питання необхідності спеціальної підготовки хворих до герніотомії та її змісту має вирішуватися лікарем-хірургом разом анестезіологом, терапевтом і фізичним реабілітологом. Особлива увага має приділятися особам похилого та старечого віку із супутньою патологією серцево-судинної системи.

Фізична реабілітація в передопераційному періоді являє собою комплекс взаємопов'язаних систематичних заходів, що спрямовані на підготовку організму до впливу хірургічного лікування, знеболюючих засобів, підвищеного внутрішньочеревного тиску, а також корекції супутніх захворювань. Медикаментозні препарати, застосовувані в передопераційному періоді для лікування обтяжуючої патології, не здатне повною мірою запобігти розвитку деяких ускладнень (гіпостатична пневмонія, спайкова хвороба, рецидив грижі). Застосування засобів фізичної реабілітації носять попереджувальний характер і протидіють тим умовам і факторам, що провокують післяопераційні ускладнення та рецидиви захворювання.

Передопераційна підготовка засобами фізичної реабілітації є особливо важливою для пацієнтів із великими та гігантськими грижами, оскільки вправлення грижового мішка великого об'єму одночасно з ушиванням дефекту передньої черевної стінки призводить до різкого неадекватного підвищення внутрішньочеревного тиску, підняття діафрагми й зміщення органів грудної клітки. Унаслідок цього порушуються зовнішнє дихання та серцева діяльність.

Підготовка пацієнтів до герніопластики може здійснюватися такими засобами фізичної реабілітації: лікувальна гімнастика, масаж, гідротерапія, дарсонвалізація, лікування положенням, засоби пасивної корекції (бандаж, мішечки із сіллю), фізіотерапія та дієтотерапія.

Дія засобів фізичної реабілітації спрямовується на тонізацію м'язів передньої черевної стінки; адаптацію кардіореспіраторної системи до підвищеного внутрішньочеревного тиску; профілактику ускладнень із боку післяопераційної рани; ознайомлення хворих із засобами, методичними рекомендаціями щодо їх використання й повсякденного рухового режиму; проведення реабілітаційного навчання; засвоєння нових рухових навичок, що знадобляться в ранньому післяопераційному періоді при вставанні з ліжка, перевертанні на бік тощо; корекцію супутніх захворювань; сприяння загальному зміцненню організму.

Лікувальна гімнастика проводиться для тонізації кардіореспіраторної системи, м'язів передньої черевної стінки протягом 25–35 хв індивідуальним і малогруповим методами двічі-тричі на тиждень. Комплекс лікувальної гімнастики включає 10–15 вправ для всіх м'язових груп і суглобів. Темп виконання вправ середній, амплітуда неповна та повна, кількість повторень – 6–8 разів. Фізичні вправи виконуються у вихідному положенні лежачи на спині, животі, боку, напівлежачи, сидячи на підлозі, стоячи (основна стійка, рачки, ноги разом). Застосовується спортивний інвентар – гантелі по 0,5–1 кг, гумові бинти та тренажери. Усі вправи мають супроводжуватися поясненням і наочною демонстрацією. Дихальні вправи виконуються в співвідношенні до фізичних як 1:2–1:3. Лікувальна гімнастика проводилася з бандажем із метою попередження защемлення грижі. Виконуються вправи для дрібних і середніх м'язових груп та суглобів – активна флексія–екстензія, абдукція–аддукція у гомілковостопному суглобі, почергове згинання нижніх кінцівок, ковзаючи стопою по простирадлу, та ізометричні вправи.

Масаж проводиться навколо пупка з обминанням грижі за годинниковою стрілкою з метою розслаблення м'язів передньої черевної стінки з подальшим самостійним вправлінням грижового

мішка. Доцільно робити легкий тонізуючий масаж цих м'язів перед початком занять лікувальною гімнастикою.

У передопераційному періоді доцільно проводити дарсонвалізацію шийного відділу хребта тривалістю 3–4 хв з метою попередження післяопераційної гикавки [4].

Для дозованого часткового або повного вправлення грижового вмісту в черевну порожнину під дією сили тяжіння, адаптації кардіореспіраторної системи до підвищення внутрішньочеревного тиску хворим надається положення Тренделенбурга. Підготовку серцево-судинної й дихальної систем до підвищеного внутрішньочеревного тиску проводять за допомогою накладання мішечка із сіллю вагою від 3 до 6 кг на ділянку грижового випинання (при вільній грижі) [2].

Збудливий та загартовуючий ефект надає гідротерапія. При передопераційній підготовці до герніотомії з метою тонізації м'язів застосовуються гідропроцедури за Кнейпом. Загальний загартовуючий вплив на організм здійснюють дощовий душ, обливання, обтирання та підводний масаж [6].

Профілактика ускладнень із боку післяопераційної рани в передопераційному періоді включає санітарно-гігієнічні заходи (гігієнічний душ, ванна) і, за необхідності, лікування подразнень шкіри (УФО шкіри передньої черевної стінки).

Використання бандажу передньої черевної стінки для пацієнтів із грижами є лікувально-профілактичним засобом, оскільки він частково виконує функцію м'язів передньої черевної стінки – утримує вміст черевної порожнини й запобігає подальшому виходу грижового мішка з грижових воріт, його защемленню. Він допомагає в профілактиці підвищення внутрішньочеревного тиску та його негативного впливу на серцево-легеневу діяльність, травний тракт й інші органи в ранньому післяопераційному періоді.

У передопераційному періоді нормальне функціонування шлунково-кишкового тракту забезпечується правильним харчуванням. Для хворих потрібне повноцінне білкове харчування з уживанням молочних продуктів, овочів, фруктів, що містять необхідні мінерали та елементи. Для профілактики запорів рекомендується вживання салатів з нерафінованою олією, вівсяної каші з висівками [6].

Пацієнтам із грижами передньої черевної стінки В. І. Белоконов у співавт. рекомендує розвантажувальні дієти з урахуванням супутньої патології:

– чайна дієта – при гострому гастриті, гострих захворюваннях кишечника з проносами: сім разів на день по одній склянці чаю з 10 г цукру;

– цукрова дієта – при гострому нефриті та холециститі, недостатності нирок чи печінки: п'ять разів на день по одній склянці чаю з 30 г цукру;

– рисово-компотна дієта – при артеріальній гіпертензії, недостатності кровообігу чи нирок, хворобах печінки та жовчних шляхів: шість разів на день по одній склянці солодкого компоту, два рази разом із солодкою рисовою кашею, звареною на воді без солі. На день – 1,5 кг свіжих чи 240 г сухих фруктів, 50 г рису, 150 г цукру;

– яблучна дієта – при ожирінні, артеріальній гіпертензії, недостатності кровообігу чи нирок, гострому нефриті, хворобах печінки та жовчних шляхів: п'ять разів на день по 300 г зрілих свіжих або запечених яблук, разом – 1,5 кг. При нефриті та хворобах ССС можна додавати 50–80 г цукру. При хронічному коліті з проносами – п'ять разів на день по 250–300 г свіжих спілих натертих яблук.

– дієта із сухофруктів – при артеріальній гіпертензії, недостатності кровообігу, хворобах печінки та жовчних шляхів: по 100 г чорносливу, кураги або прокип'ячених родзинок п'ять разів на день, усього – 0,5 кг;

– кавунна дієта – при артеріальній гіпертензії, недостатності кровообігу, нефритах, подагрі, нирковокам'яній хворобі (без фосфатурії), хворобах печінки та жовчовивідних шляхів, ожирінні: по 300–400 г м'якоті кавуна п'ять разів у день, усього – 1,5–2 кг;

– картопляна дієта – при нефритах, артеріальній гіпертензії та недостатності кровообігу: по 300 г вареної в шкірці або запеченої картоплі без солі, усього – 1,5 кг;

– огіркова дієта – при ожирінні, артеріальній гіпертензії та цукровому діабеті другого типу з ожирінням, нефритах, хворобах печінки та жовчних шляхів, подагрі, нирковокам'яній хворобі (без фосфатурії): по 300 г свіжих огірків без солі п'ять разів на день, усього – 1,5 кг;

– салатна дієта – при ожирінні, атеросклерозі, артеріальній гіпертензії та цукровому діабеті другого типу з ожирінням, нефритах, хворобах печінки й жовчовивідних шляхів, подагрі, нирковокам'яній хворобі (без фосфатурії): свіжі сирі овочі та фрукти, їх комбінації – п'ять разів на день по 250–300 г без солі, із додаванням олії чи сметани;

- молочна (кефірна) дієта – при ожирінні, атеросклерозі, артеріальній гіпертензії та цукровому діабеті другого типу з ожирінням, нефритах, недостатності кровообігу, хворобах печінки та жовчовивідних шляхів, подагрі, нирковокам'яній хворобі (без фосфатури): по 200–250 г молока, кефіру, простокваші (можна пониженої жирності) шість разів на день, усього – 1,2–1,5 л;
- сирна дієта – при ожирінні, цукровому діабеті другого типу, атеросклерозі та артеріальній гіпертензії з ожирінням, недостатності кровообігу, хворобах печінки та жовчовивідних шляхів: по 70 г сиру 9 % жирності або знежиреного п'ять разів на день. Крім того, дві склянки чаю, одна склянка відвару шипшини, два стакани знежиреного кефіру, усього – 1 л;
- сирно-кефірна дієта: по 50 г сиру 9 % жирності та один стакан кефіру п'ять разів на день, усього – 250 г сиру та 1 л кефіру;
- м'ясна (рибна) дієта – при ожирінні, атеросклерозі та цукровому діабеті другого типу з ожирінням: по 70 г знежиреного відварного м'яса чи відварної риби п'ять разів на день, усього 350 г, 100–150 г овочів (капуста, морква, орішки, томати) п'ять разів на день, усього 600–900 г; 1–2 склянки чаю без цукру;
- вівсяна дієта – при ожирінні, атеросклерозі з ожирінням: по 140 г вівсяної каші на воді п'ять разів на день, усього 700 г каші (200 г вівсяної крупи); 1–2 склянки чаю чи відвару шипшини;
- сокова дієта – при ожирінні, атеросклерозі, артеріальній гіпертензії та цукровому діабеті другого типу з ожирінням, хворобах нирок, печінки та жовчовивідних шляхів, подагрі, нирковокам'яній хворобі (без фосфатури): 600 мл соку овочем або фруктів, розведених 200 мл води чи 0,8 л відвару шипшини за чотири прийоми [1].

Висновки й перспективи подальших досліджень. Широкий спектр комплексної лікувально-профілактичної дії засобів фізичної реабілітації дає змогу проводити підготовку пацієнтів до герніотомії, здійснювати превентивний вплив та попередити появу рецидивів і ускладнень у післяопераційному періоді. Засоби фізичної реабілітації є природними та адекватними в застосуванні, їх систематичний і цілеспрямований вплив сприяє підвищенню функціональних можливостей організму пацієнтів, допомагає підготувати до хірургічного втручання та прискорити відновні процеси.

Список використаної літератури

1. Белоконов В. И. Отдаленные результаты и качество жизни у больных, оперированных по поводу послеоперационных грыж / В. И. Белоконов, А. А. Супильников // Актуальные вопросы герниологии : материалы конф. Москва, 9–10 октября 2001. – М. : [б. и.], 2001. – С. 3–4.
2. Воскресенский Н. В. Хирургия грыж брюшной стенки / Н. В. Воскресенский, С. Л. Горелик. – М. : Медицина, 1965. – С. 24–25.
3. Комплексное обследование и предоперационная подготовка в лечении больших и гигантских вентральных грыж / А. А. Печеров, Ю. В. Кучин, И. З. Китиашвили [и др.] // Вестник новых медицинских технологий. – 2008. – № 1. – С. 93–94.
4. Мухін В. М. Фізична реабілітація: підручник / В. М. Мухін. – 3-тє вид., переробл. та доповн. – К. : Олімп. л-ра, 2009. – 448 с.
5. Осложнения в хирургии живота : рук. для врачей / [В. В. Жебровский, А. Д. Тимошин, С. В. Готьє и др.]. – М. : ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – С. 12–17.
6. Пархотик И. И. Физическая реабилитация при заболеваниях органов брюшной полости / И. И. Пархотик. – Киев : Олимп. лит., 2003. – 223 с.
7. Современные методы лечения брюшных грыж / [Грубник В. В., Лосев А. А., Баязитов Н. Р., Парфентьев Р. С.]. – Киев : Здоровья, 2001. – С. 18–252.
8. Фелештинський Я. П. Оптимізація профілактики ускладнень загоєння рани при хірургічному лікуванні великих та велетенських післяопераційних гриж черевної стінки / Я. П. Фелештинський, В. О. Дубенець // Клінічна хірургія. – 2006. – № 11–12. – С. 42–43.

Анотація

Визначено вплив герніотомії на функціонування серцево-судинної, дихальної систем, шлунково-кишкового тракту, опорно-руховий апарат. Передопераційна підготовка пацієнтів до герніотомії засобами фізичної реабілітації підвищує функціональні можливості та розширює адаптаційні резерви організму. Цілеспрямована й індивідуальна програма фізичної реабілітації в передопераційному періоді підвищує ефективність проведення хірургічного лікування гриж передньої черевної стінки.

Ключові слова: фізична реабілітація, грижі передньої черевної стінки, лікувальна гімнастика, масаж, фізіотерапія, дієтотерапія.

Алла Алєшина. Роль средств физической реабилитации в предоперационной подготовке больных с грыжами передней брюшной стенки. *Отпределено влияние герниотомии на функционирование сердечно-сосудистой, дыхательной систем, желудочно-кишечного тракта, опорно-двигательного аппарата. Предопе-*

рациональная подготовка пациентов к герниотомии средствами физической реабилитации повышает функциональные возможности и расширяет адаптационные резервы организма. Целенаправленная и индивидуальная программа физической реабилитации в предоперационном периоде повышает эффективность проведения хирургического лечения грыж передней брюшной стенки.

Ключевые слова: *физическая реабилитация, грыжи передней брюшной стенки, лечебная гимнастика, массаж, физиотерапия, диетотерапия.*

Alla Aleshina. The Role of Physical Rehabilitation Means in Preoperative Preparation of Patients with Front Abdominal Wall Hernias. *The influence of herniotomy on cardiovascular, respiratory, digestive and locomotive systems is described. The preoperative preparation of patients before herniotomy improves functional abilities and increases adaptive reserves of organism. A purposeful and individualized physical rehabilitation program in presurgical period enhances the efficiency of surgical treatment of front abdominal wall hernias.*

Key words: *physical rehabilitation, front abdominal wall hernias, curative gymnastics, massage, physiotherapy, dietary treatment.*