

УДК 616.056.2+616.381-002+616-89.189

Чурпій І. К.

РЕАБІЛІТАЦІЯ ПАЦІЄНТІВ НА ПЕРИТОНІТ В РАНЬОМУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ

Івано-Франківський національний медичний університет

ch.igor.if@gmail.com

В ранньому післяопераційному періоді важливим та ефективним є своєчасний початок проведення реабілітаційних заходів.

Метою було проаналізувати та вдосконалити методи реабілітації в післяопераційному періоді. Нами обстежено 165 хворих з гострою хірургічною патологією. Вправи розпочинали через 12–16 годин після операції, але їх початок був індивідуальним для кожного хворого.

Проводили дихальну гімнастику, поєднуючи ЛФК, масаж, фізіотерапевтичні процедури для профілактики бронхолегеневих, гіподинамічних, тромбоемболічних ускладнень, та ускладнень зі сторони післяопераційної рани, відновлення функції кишечника, профілактика спайкової хвороби.

Для профілактики ускладнень зі сторони операційної рани, застосовували ультрафіолетове опромінення, магнітотерапію, лазеротерапію.

Комплексний та поетапний підхід сприяв зменшенню бронхолегеневих ускладнень на 5,6 %, тромбозів на 3,2 %, ранньої спайкової кишкової непрохідності на 1,1 %.

Ключові слова: перитоніт; післяопераційний період; реабілітація.

Вступ. Одним із завдань при лікуванні хворих на перитоніт є відновлення функціональних розладів, які виникли в органах і системах у зв'язку з основним захворюванням і перенесеним оперативним втручанням, профілактика виникнення ранніх післяопераційних ускладнень. В ранньому післяопераційному періоді важливим та ефективним є своєчасний початок проведення реабілітаційних заходів. Проте, проведення реабілітації з перших годин післяопераційного періоду, за даними літератури, не є систематизованим, не розроблено тести контролю ефективності реабілітаційних заходів, що утруднює їх впровадження [6].

Метою нашого дослідження було проаналізувати та вдосконалити методи реабілітації в післяопераційному періоді, розробити комплекс реабілітаційних заходів, як актуального та не вирішеного питання, що потребує подальшого дослідження

Матеріали та методи дослідження. Нами обстежено 165 хворих з гострою хірургічною пато-

логією. Вік хворих коливався від 18 до 93 років. Чоловіки склали – 75, жінки – 90. За віком хворі розподілилися наступним чином: до 30 років – 40 (24,2%), від 31 до 50 – 32 (19,4%), від 51 до 60 – 27 (16,4%), старше 61 років – 66 (40%). Хворі 50 років і старше склали 96 (56,4%) від загальної кількості. В складі супутньої патології найчастіше зустрічалися захворювання серцево-судинної системи – 104 (63%), варикозна хвороба нижніх кінцівок – 76 (46,1%), хронічні захворювання дихальної системи – 34 (21%), ендокринні порушення – (цукровий діабет – 20 (12,1%), ожиріння – 48 (29,1%). Термін госпіталізації: до 6 годин – 22, до 12 годин – 25, до 24 годин – 20, до 48 годин – 74, > 72 годин – 24 хворих.

З дифузним перитонітом було – 65 пацієнтів, 100 – з розлитим. Структура патології при дифузному була наступною: гострий флегмонозний апендицит (ГФА) – 2, гострий гангренозний апендицит (ГГА) – 2, гострий перфоративний апендицит (ГПА) – 10, гострий калькульозний холецистит (ГКХ) – 12, сальпінгіт – 8, защемлена грижа – 4, апоплексія – 20, інші – 7.

Структура патології при розлитому перитоніті була наступною: ГПА – 7, ГКХ – 3, гостра кишкова непрохідність (ГКН) – 25, защемлена грижа – 4, хвороба Крона (ХК) – 3, перфоративна виразка шлунка і 12-палої кишки – 28 травми ОЧП – 11, перфорація товстого кишечника – 2, тонкого кишечника – 1, рак – 16.

Хворі були поділені на дві групи ідентичних по віку і важкості перебігу захворювання. Перша група – 75 хворих (з них після 50 років 39(52%)), які отримували стандартну терапію, та друга група – 90 (після 50 років 57(63,3%)), яким додатково проводили розроблений комплекс реабілітаційних заходів.

Дослідження проведено з дотриманням основних біоетичних положень Конвенції Ради Європи про права людини та біомедицину (від 04.04.1997 р.), Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації про етичні принципи проведення наукових медичних досліджень за участю людини (1964–2008), а також наказу МОЗ України № 690 від 23.09.2009 р.

Результати дослідження та їх обговорення.

При аналізі медичних карт хворих на перитоніт з групи порівняння відмічено неповне використання всіх можливих засобів ЛФК, масажу, фізіотерапевтичних процедур в ранньому післяопераційному періоді. Їх призначення хворим відбувалося в різні терміни після оперативного втручання і не мало комплексного підходу. На основі вивчення доступної літератури і власних спостережень розроблений комплекс реабілітаційних заходів в ранньому післяопераційному періоді у хворих на перитоніт.

З метою швидкого відновлення всіх функцій органів і систем, вправи розпочинали через 12–16 годин після операції, з моменту відновлення свідомості після наркотичного сну, але їх початок має бути індивідуально для кожного хворого.

Проводили дихальну гімнастику, поєднуючи ЛФК, масаж, фізіотерапевтичні процедури для профілактики бронхолегеневих, гіподинамічних, тромбоемболічних ускладнень, ускладнень зі сторони післяопераційної рани і спайкової хвороби, відновлення функції кишечника, що сприяло зниженню внутрічеревного тиску [10].

Дихальні вправи проводили з акцентом на діафрагмальне дихання та прийомів відкашлювання, які чергуються з динамічними вправами для верхніх і нижніх кінцівок (ноги зігнуті в колінах і кульшових суглобах). При діафрагмальному диханні посилюється больовий синдром, що потребує щадного проведення лікувальної гімнастики. Дихання має бути вільним, без зусиль і затримки, не викликати больових відчуттів. Дихальні вправи чергують з вправами для дистальних відділів кінцівок [2].

До динамічних вправ включали згинання і розгинання рук у ліктьовому суглобі, відведення рук в плечовому поясі при вдиху і приведення їх до тулуба при видиху, чим покращується екскурсія грудної клітки, збільшується вентиляція легень і попереджаються застійні явища в них.

Для ніг такими вправами було почергове підтягування із згинанням в колінних суглобах без відриву п'ятки від постелі – ходьба «лежачи», повороти зігнутих ніг в сторони. При цьому скорочуються здухвино-поперекові м'язи, масуючи брижу тонкого кишечника, що позитивно впливає на раннє відновлення перистальтики кишечника. Скорочення м'язів нижніх кінцівок сприяє покращенню кровотоку в них, зменшується застій у венозній системі, що попереджує тромбоемболічні ускладнення [5].

ЛФК проводили 3–4 рази в день по 5–7 хвилин індивідуальним методом. Навчали хворих проводити заняття самостійно. Завданням ЛФК в ранньому післяопераційному періоді були: профілактика можливих ускладнень (гіпостатичної пневмонії, атонії шлунка і кишечника, утворення тромбозів,

профілактика спайкового процесу), формування еластичного рухомого рубця, поліпшення загального і місцевого кровообігу та лімфоутворення, підвищення психоемоційного тону хворого і навчання навикам самообслуговування.

При перитоніті в перші дні глибоке дихання можливе лише за рахунок грудних м'язів, так як відмічається високе стояння діафрагми у зв'язку з високим черевним тиском, що виникає внаслідок парезу кишечника. За даними спірометрії, при гострій хірургічній патології діафрагмальне дихання знижується на 10–20 %, а після проведення оперативного втручання ще на 10–20 %, грудне на 5–15 %. Відновлюється воно через 7–10 днів після операції. Проведені дослідження вказують на необхідність профілактики пневмонії як під час проведення інтубаційного наркозу і оперативного втручання, так і в післяопераційному періоді. Сюди входить застосування фізичних, інгаляційних методів, ліквідація метеоризму, дозована гіпервентиляція легень з акцентом на діафрагмальне дихання [3].

Тривалість оперативного втручання при перитоніті і застосування міорелаксантів в перші кілька днів викликають слабкість м'язів, а в деяких випадках відмічаються виражені м'язові болі. В таких випадках хворий робить вдих, максимально наповнюючи грудну клітку. При видиху медична сестра стискає грудну клітку хворого з обох боків з метою забезпечення максимального видиху хворим та зменшення больових відчуттів на вдиху медична сестра, або сам хворий фіксує передню черевну стінку.

На другий – третій день, при зменшенні больових відчуттів, хворі проводили повне дихання. Під час вдиху хворий максимально розширює грудну клітку з одночасним випинанням передньої черевної стінки, включаючи в процес дихання діафрагму. При видиху медична сестра стискає грудну клітку з боків. Дихальну гімнастику поєднували з прийомами відкашлювання.

Спочатку ЛФК і дихальну гімнастику проводили під контролем інструктора по ЛФК або палатної медичної сестри, а в подальшому навчали хворого самостійно робити 3–5 глибоких вдихів з надуванням гумової кульки (вдих із постійним позитивним тиском). В перші дві доби такі заняття проводили через кожні 40–60 хвилин по 3–5 хв. переважно за рахунок грудних м'язів. Дуже важливо, щоб хворий сам приймав активну участь у проведенні процесу реабілітації. Комплекс вправ, їх тривалість визначався лікуючим лікарем індивідуально для кожного хворого в залежності від перебігу післяопераційного періоду, враховуючи всі фактори ризику, які наявні у хворого.

Абсолютним протипоказанням для заняття лікувальної гімнастики: важкий загальний стан хворо-

го, обумовлений основним чи супутнім захворюванням; висока температура (38–39 °С); стійкий больовий синдром; анемія; небезпека кровотечі, що описано іншими авторами [4, 5].

Починаючи з 2–3 дня хворому надавали положення з припіднятим головним кінцем або напівсидячи, що сприяло покращенню вентиляції нижніх відділів легень, стікання ексудату в нижні відділи живота, які, як правило, завжди добре дреноються. Комплекс вправ на 2–3 день розширювали, хворого навчали самостійно виконувати вправи, тривалість яких зростала.

На 3–4-й день проводили заняття ЛФК, хворого повертали на боки, проводили 4–6 разів масаж спини. В заняття ЛФК включали вправи для верхніх і нижніх кінцівок, які описані вище, їх масаж, що покращує мікроциркуляцію і попереджує тромбоемболічні ускладнення.

Масаж поєднували з ЛФК і проведенням інгаляції морської солі. У ранній післяопераційний період переважають процеси катаболізму, тобто в організмі обмежені ресурси енергозатрат. У хворих на перитоніт значно збільшена ЧСС – 100–120 уд/хв., що веде до збільшення енерговитрат в 1 хвилину – 4,97–7,60 ккал/хв., в той час, коли при ЧСС 85–80 уд/хв. енерговитрати становлять 0,60–2,47 ккал/хв. [9].

Для попередження виснаження енергоресурсів організму, нами запропоновано проводити ЛФК 3–4 рази на добу, але короткими сеансами по 5–7 хв., що дозволяє попередити перевантаження організму і в той же час підтримувати необхідний тонізуючий ефект від застосування ЛФК.

В перші дні після оперативного втручання фізичні можливості хворих обмежені. Наявність вираженого больового синдрому в деяких випадках веде до відмови хворих від виконання фізичних вправ. Масаж, на відміну від лікувальної фізкультури, не вимагає вольової напруги хворого і є найощадливішою формою підвищення загального тонусу організму, дає хороший клінічний ефект.

Завданнями масажу в ранньому післяопераційному періоді є загальний вплив на організм хворого, підвищення загального тонусу, поліпшення кровообігу, дихання, стимулювання регенеративних процесів і попередження ряду післяопераційних ускладнень зокрема тромбофлебітів і емболії на тлі обов'язкового застосування низькомолекулярних гепаринів.

Для профілактики бронхолегеневих ускладнень у ранньому післяопераційному періоді застосовували масаж грудної клітки з елементами розтирання, погладження, легкої вібрації, який проводили пальцями рук. Вібраційний масаж, розпочинали в перші 12–16 годин після операції. Особлива увага приділяється хворим похилого віку і пацієн-

там з супутніми легеневиими захворюваннями, оскільки у них високий ризик післяопераційних ускладнень з боку легеневої системи.

У післяопераційному періоді на органах черевної порожнини рекомендується проводити масаж тривалістю 10–15 хв. 1 раз в день. Після масажу прискорений м'язовий кровообіг триває біля 3 годин, що сприяє швидкому загоєнню післяопераційних ран.

При перитоніті для попередження ускладнень зі сторони дихальної системи, в протоколах надання медичної допомоги, рекомендується проведення вібромасажу протягом трьох днів без уточнення кратності і тривалості. Нами запропоновано проведення крім вібраційного масажу сегментарно-рефлекторного, який має рефлекторні зв'язки з різними внутрішніми органами і функціональними системами та місцевого масажу, дія якого направлена безпосередньо на місце проведення. Тривалість масажу становить 5–6 хвилини 4–6 разів на добу з метою підтримання функцій дихальної системи. Така тривалість масажу задовільно переноситься хворими з позитивним результатом для них.

Згідно рекомендації, в протоколах надання медичної допомоги, для попередження ускладнень зі сторони дихальної системи необхідно проводити аерозольну терапію протягом трьох днів шляхом інгаляції розчину соди, санації ротоглотки. Така профілактика проводилася в контрольній групі хворих на перитоніт. В основній групі проводилася інгаляція 5 % розчином морської солі, що пришвидшує і полегшує відходження харкотиння. Крім того, в морській солі міститься велика кількість мікроелементів: калій, натрій, кальцій, магній, залізо, бром, йод, хлор, марганець, цинк, залізо, селен, мідь, кремній та інші, які стимулюють регенеративні процеси в тканинах, покращують еластичність тканин. Морська сіль має антисептичні, протизапальні і безпечні властивості, знімає стрес і підвищує життєвий тонус. Наявність у аерозолі, що вдихається, солей магнію і брому викликають тривалий і глибокий сон. При вдиханні аерозолу морської води підвищується основний обмін, зменшується частота пульсу. Збільшується хвилинний і систолічний об'єми серця, збільшується життєва ємкість легень [1].

Потрапляючи на слизові оболонки дихальних шляхів морська сіль діє як подразник і викликає легку гіперемію, підвищує процеси обміну у слизовій оболонці верхніх дихальних шляхів та їх опірність до інфекції.

Інгаляції з додаванням морської солі проводили два рази на день протягом 5–6 днів. Готували 5 % розчин для інгаляцій, шляхом розведення 50 г морської солі у 1 л води.

Інгаляцію проводили ультразвуковим інгалятором (ультразвуковий аерозольний портативний апарат 402А). В ультразвукових небулайзерах для розпилення використовуються ультразвукові коливання, які забезпечують середній розмір аерозольних частинок до 0,5–5 мкм, що на 50% краще, ніж у компресорних небулайзерів. Завдяки малій величині аерозольних частинок вони досягають дрібних бронхів і бронхіол в більш високій концентрації, що покращує дренажну функцію дихальних шляхів, сприяє зменшенню набряку і активності запального процесу, покращенню мікроциркуляції слизової оболонки дихальних шляхів, зняття бронхоспазму [8]. Рекомендується проводити процедури тривалістю 10–15 хвилин. Враховуючи, що хворі на перитоніт в ранній післяопераційний період ослаблені, знижена їхня фізична активність і на основі наших спостережень ми прийшли до висновку, що тривалість даної процедури має бути не більше 3–5 хвилин 2 рази на добу.

З метою попередження бронхолегеневих ускладнень проводили профілактичне опромінення ультрафіолетовим світлом ділянки грудної клітки, опромінювачем «ОКН-11» в кількості 1 біодози в день з відстані 50 см до поверхні шкіри площею 400 см² ефективність якого підтверджується даними літератури [1, 8].

В основну групу до методів стимуляції перистальтики кишечника, нами запропонована методика електрофорезу із використання препарату Бішофіт Полтавський, за допомогою апарату «Поток-1».

Препарат Бішофіт Полтавський – це водний розчин природного хлоридно-магнієвого, йодо-бромного мінералу з вмістом значної кількості мікроелементів. Загальна мінералізація 340–400 г/л.

Бішофіт Полтавський містить багато компонентів, тому біологічні властивості визначаються наявністю іонів: магнію (до 95 г/л), калію (до 5 г/л), брому (до 3500 мг/л), йоду (до 50 мг/л), мікро- та ультрамікроелементів, які самі по собі, та через вплив на метаболізм приймають участь в нервово-м'язовій провідності [4].

Електрофорез проводиться в лежачому положенні хворого. Струм при гальванізації підводиться до тіла за допомогою струмонесучих електродів та гідрофільних прокладок (площа 200–300 см²), які кладуть на бокові поверхні живота паралельно п/операційній рані, з таким розрахунком щоб силові лінії електричного поля пронизували черевну порожнину в фронтальній площині, сила струму 0,2–0,3 мА, тривалість 15 хвилин, один раз на добу. Для кращої провідності електричного струму прокладки між електродами та шкірою пацієнта змочують препаратом «Бішофіт Полтавський», який створює кращу провідність між електродом та шкірою паціє-

нта, а дія електричного струму сприяє його проникнення в організм, що стимулює роботу кишечника.

Створений спосіб стимуляції перистальтики кишечника не дає ускладнень за виключенням індивідуальної непереносимості до бішофіту.

Результати дослідження показали, що аускультативні ознаки появи перистальтики кишечника в основній групі при розлитому перитоніті відмічені в середньому через 2,1±0,02 доби (50,1±0,6 год.), в групі порівняння – через 2,7±0,05 доби (64,8±1,1 год.) (p<0,001). В обох групах спостерігали помірне здуття кишечника, але в групі порівняння у 14 хворих (46,7 %) відмічався виражений метеоризм. Відходження газів відмічене в середньому через 2,3±0,02 доби (55,1±0,5 год.) після операції у пацієнтів основної групи і через 2,9±0,05 доби (69,5±1,3 год.) в групі порівняння (p<0,001). Самостійний стілець у хворих основної групи відмічений в середньому через 2,8±0,03 доби (67,2±0,7 год.) після операції, а в групі порівняння через 3,1±0,05 доби (74,4±1,2 год.) (p<0,01).

Для профілактики ускладнень зі сторони операційної рани і для лікування ускладнень що виникли в післяопераційному періоді з боку операційної рани (запалення в ділянці післяопераційної рани, нагноєння післяопераційної рани) застосовували ультрафіолетове опромінення опромінювачем «ОКН-11» в кількості 1 біодози. Використовували електричне поле УВЧ апаратом УВЧ-20 тривалістю 10 хв., магнітотерапію, лазеротерапію. Для проведення магнітотерапії використовували апарати «Мавр», «Маг-0,2». Сеанс магнітотерапії відбувався 1 раз в день по 10 хв. потужністю магнітного поля 20 мТл. Лазеротерапію проводили 1 раз на день за допомогою портативного квазілазера «ИНС-3К», «ИНС-3С». Потужність випромінювання становила 20 мВт/см², тривалістю 90 секунд. Ефективність застосування електричного поля УВЧ, магнітотерапії, лазеротерапії підтверджена в літературних джерелах [3, 1, 7].

Ефективність проведення респіраторної профілактики оцінювали за загальним станом пацієнта, наявних скаргах, аускультативною картиною в легенях, динамікою показників інтоксикації (кількість лейкоцитів, лейкоцитарний індекс інтоксикації), а також за проявом системного запалення (температури тіла, пульсу, частоти дихання).

Комплексний та поетапний підхід сприяв зменшенню бронхолегеневих ускладнень на 5,6 %, тромбозів на 3,2 %, ранньої злукової кишкової непрохідності на 1,1 %.

Висновки.

1. Проводячи реабілітацію хворих на перитоніт в ранньому післяопераційному періоді, комплекс реабілітаційних заходів повинен бути мінімальним, але достатнім для відновлення втрачених або знижених функцій.

2. Комплекс реабілітаційних заходів не повинен перевищувати функціональні можливості хворого і забезпечити найбільшу ефективність відновлення. У зв'язку з цим на перший план виходять питання організації реабілітаційних заходів, які мають носити превентивний характер.
 3. В лікуванні перитоніту доцільно використовувати комплекс реабілітаційних заходів, починаючи через 12–16 годин після оперативного втручання: ЛФК верхніх і нижніх кінцівок і дихальну гімнастику 3–4 рази в день по 5–7 хвилин індивідуальним методом, проведення вібраційного сегментарно-рефлекторного і місцевого масажу. Тривалість масажу становить 5–6 хвилини 4–6 разів на добу. Інгаляції небулайзером з морською сіллю 2 рази на добу, протягом 5–6 днів, електрофорез з «Бішофіт Полтавський».
- Перспективи подальших досліджень.** Враховуючи сучасні розробки науки та техніки постійно розробляти нові методики та впроваджувати в комплекс реабілітаційних заходів в післяопераційному періоді.

Література

1. Гаджиев Н. Д. Влияние комбинированной озонотерапии на динамику белков острой фазы воспаления при распространенном перитоните / Н. Д. Гаджиев, М. Насиров, С. Сушков // Клінічна анатомія та оперативна хірургія. – 2012. – Т. 11, № 3. – С. 36–39.
2. Дубровский В. И. Лечебная физкультура и врачебный контроль / В. И. Дубровский. – М., 2006. – 598 с.
3. Зорик М. М. Застосування лікувальної фізкультури в комплексній реабілітації хворих на жовчокам'яну хворобу / М. М. Зорик, А. В. Ніконець // Слобожанський науково-спортивний вісник. – 2014. – № 2 (40). – С. 80–84.
4. Кишко М.М. Вплив поєданого використання полтавського бішофіта гелю і лазеротерапії на клінічні прояви ревматоїдного артриту у хворих із надмірною масою тіла / М. М. Кишко, М. В. Бичко, Ю. В. Корсак [та ін.] // Науковий вісник Ужгородського університету. Серія «Медицина». – 2012. – Вип. 1(43). – С. 32–34.
5. Мурза В. П. Фізична реабілітація в хірургії / В. П. Мурза, В. М. Мухін. – К. : Науковий світ, 2008. – 246 с.
6. Попов С. Н. Фізична реабілітація / С. Н. Попов. – Ростов-на-Дону : Фенікс, 2008. – 378 с.
7. Фещенко Ю. И. Ингаляционная терапия в пульмонологии / Ю. И. Фещенко, Л. А. Яшина, М. А. Полянская // Рациональная фармакотерапия. Научно-практический журнал для врачей. – 2007. – № 15–16. – С. 52.
8. Филенко Б. П. Разработка метода высокочастотной инфуляции лекарственного аэрозоля для лечения перитонита и профилактики спаечного процесса в брюшной полости / Б. П. Филенко, С. М. Лазарев, И. И. Борсак // Вестник хирургии. – 2009. – Т. 168, № 5. – С. 47–51.
9. Bruggmann D. Intra-abdominal adhesions: definition, origin, significance in surgical practice, and treatment options / D. Bruggmann, G. Tchartchian, M. Wallwiener [et al.] // Dtsch. Arztebl. Int. – 2010. – Bd. 107, № 44. – P. 769–775.
10. Spirt M. J. Complicated intra-abdominal infections: a focus on appendicitis and diverticulitis / M. J. Spirt // Postgrad. Med. – 2010. – Vol. 122, № 1. – P. 39–51.

References

1. Gadzhiev ND, Nasirov M, Sushkov S. Vliyaniye kombinirovannoy ozonoterapii na dinamiku belkov ostroy fazy vospaleniya pri rasprostranennom peritonite. Klinichna anatomiya ta operativna khirurgiya. 2012;11(3):36–9.
2. Dubrovskiy VI. Lechebnaya fizkul'tura i vrachebnyy kontrol'. M.; 2006. 598 s.
3. Zorik MM, Nikonets AV. Zastosuvannya likuval'noy fizkul'turi v kompleksnyy reabilitatsiy khvorikh na zhovchnokam'yany khvorobu. Slobozhans'kiy naukovo-sportivnyy visnik. 2014;2(40):80–4.
4. Kishko MM, Bichko YuV, Korsak RZ. Vpliv poednanogo vikoristannya poltavs'kogo bishofita gelyu i lazeroterapii na klinichni proyavi revmatoidnogo artritu u khvorikh iz nadmirnoyu masoyu tila. Naukoviy visnik Uzhgorods'kogo univertsitetu. Ser.: Meditsina. 2012;1(43):32–4.
5. Murza VP, Mukhin VM. Fizichna reabilitatsiya v khirurgii. Kiiv: Naukoviy svit; 2008. 246 s.
6. Popov S N. Fizichna reabilitatsiya. Rostov na Donu: Feniks; 2008. 378 s.
7. Feshchenko Yul, Yashina LA, Polyanskaya MA. Ingalyatsionnaya terapiya v pul'monologii. Ratsional'naya farmakoterapiya. Nauchno-prakticheskyy zhurnal dlya vrachey. 2007;2(3):655–7.
8. Filenko BP, Lazarev SM, Borsak II. Razrabotka metoda vysokochastotnoy insulyatsii lekarstvennogo aerolya dlya lecheniya peritonita i profilaktiki spaychnogo protsesa v bryushnoy polosti. Vestnik khirurgii. 2009;168(5):47–51.
9. Bruggmann D, Tchartchian G, Wallwiener M, et al. Intra-abdominal adhesions: definition, origin, significance in surgical practice, and treatment options. Dtsch Arztebl Int. 2010;107(44):769–75.
10. Spirt M J. Complicated intra-abdominal infections: a focus on appendicitis and diverticulitis. Postgrad Med. 2010;122(1):39–51.

УДК 616.056.2+616.381-002+616-89.189

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРИТОНИТОМ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Чурпий И. К.

Резюме. В раннем послеоперационном периоде важным и эффективным является своевременное начало проведения реабилитационных мероприятий.

Целью исследования было проанализировать и усовершенствовать методы реабилитации в послеоперационном периоде. Нами обследовано 165 больных с острой хирургической патологией. Упражнения начинали через 12–16 часов после операции, но их начало было индивидуальным для каждого больного.

Проводили дыхательную гимнастику, сочетая ЛФК, массаж, дыхательную гимнастику, физиотерапевтические процедуры для профилактики бронхолегочных, гиподинамического, тромбоземболических осложнений, осложнений со стороны послеоперационной раны, восстановление функции кишечника, профилактика спаечной болезни.

Для профилактики осложнений со стороны операционной раны, применяли ультрафиолетовое облучение, магнитотерапию, лазеротерапию.

Комплексный и поэтапный подход способствовал уменьшению бронхолегочных осложнений на 5,6%, тромбозов на 3,2%, ранней спаечной кишечной непроходимости на 1,1%.

Ключевые слова: перитонит; послеоперационный период; реабилитация.

UDC 616.056.2+616.381-002+616-89.189

REHABILITATION OF PATIENTS WITH PERITONITIS DURING EARLY POSTOPERATIVE PERIOD

Churpiy Ihor

Abstract. Early postoperative period is an important and effective part of rehabilitation of patients with peritonitis.

The *aim* of the study was to analyze and improve the methods of rehabilitation during postoperative period, develop rehabilitation measures as relevant and unresolved questions that require further investigation.

Materials and methods. 165 patients were examined with acute surgical pathology. 65 patients were examined with diffuse peritonitis, 100 patients with spilled were examined.

Patients were divided into two groups: the first group included 75 patients who received general therapy, and the second one contained 90 patients, who got complex rehabilitation.

To restore all the functions of organs and systems, exercises were started in 12–16 hours after the surgery, but their start was individual for each patient.

Results. Based on analysis of case histories of patients with peritonitis it was established incomplete all possible use of therapeutic exercises, massage, physiotherapeutic procedures in early postoperative period. Their administration was applied during different periods after surgery and it did not have complex approach.

Breathing exercises was performed with an emphasis on diaphragmatic breathing with using techniques with the addition of cough, which differ with dynamic exercises for the upper and lower extremities.

The dynamic exercises include bending and straightening the arms at the elbow, abduction hand on shoulder girdle during inspiration and bringing them to the body when exhaling, the chest excursion improved, increasing ventilation and warning stagnation in them.

On the second and third day, when pain decreases, patients perform full-breath techniques, and then patients were taught to do them themselves. They do 3–5 deep breaths and this process like inflating rubber balls (breath with constant positive pressure). In the first two days this exercise is conducted from 40 to 60 minutes (during 3–5 minutes) it was done mainly due to the pectoral muscles.

During the third and fourth sessions exercise therapy was conducted, the patient returned to the sides, and patients received massage from 4 to 6 times. To prevent energy depletion of the body, it was proposed to conduct exercise approximately 3–4 times per day, but short sessions lasted 5–7 minutes. It prevents exertion of the body and at the same time it was maintained the required effect of the use of exercise and massage.

To prevent complications of respiratory system it was performed inhalation of 5% solution of sea salt that accelerates and facilitates the discharge of phlegm, stimulates the regenerative processes in tissues, improves tissue elasticity. Sea salt has antiseptic, anti-inflammatory and analgesic properties, and it relieves stress and increases vitality.

Inhalation of sea salt was carried out twice a day during 5–6 days. Inhaled was carried by ultrasound inhalers-nebulizers.

To stimulate peristalsis it was used the technique of electrophoresis with adding bishofite Poltava, using the system «Potok-1». To prevent complications of postoperative wound, ultraviolet radiation, magnetic therapy, laser therapy were used.

Conclusions. Integrated and phased approach helped to reduce bronchopulmonary complications in 5.6%, thrombosis in 3.2%, early adhesive intestinal obstruction in 1.1%.

Prospects for further investigations. New methods should be carried out and improved in rehabilitation measures during postoperative period.

Keywords: peritonitis; postoperative period; rehabilitation.

Стаття надійшла 10.03.2017 р.

Рекомендована до друку на засіданні редакційної колегії після рецензування