

3. Стандарты диагностики та лікування, Римський консенсус III, 2006. Синдром функціонального абдомінального болю / R.E. Clouse, E.A. Mayer, Q. Aziz, D.A. Drossman, D.I. Dumitrascu, H. Monnikes, B.D. Naliboff // Сучасна гастроентерологія. – № 4 (36). – 2007. – С. 87-94.

4. Functional gallbladder and sphincter of oddi disorders / J. Behar, E. Corazzari, M. Guelrud, W. Hogan, S. Sherman, J. Toouli // Gastroenterology. – 2006. – Vol. 130, № 5. – P. 1498-1509.

5. Климов А.Е. Дюспаталін в терапії функціональних захворювань

кишечника и желчевыводящих путей // Русск.мед. журн. – 2003. – Т. 11, № 5. – С. 2-3.

6. Губергриц Н.Б., Юрьева А.В., Фоменко П.Г. Постхолецистэктомический синдром // Сучасна гастроентерологія. – 2006. – № 3 (29). – С. 4-8.

7. Ефективність мебсину ретарду при підготовці хворих із гастроентерологічною патологією до дуоденального зондування / Є.М. Стародуб, С.Є. Шостак, О.І. Криський, О.В. Бачинський // Здобутки клінічної і експериментальної медицини. Збірник матеріалів підсумково науково-практичної конференції, 4 червня 2009 р. – Тернопіль: ТДМУ, 2009. – С. 33.

УДК 615.825-616.381-007.274

Чурпій І.К.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ХВОРИХ, ОПЕРОВАННЫХ НА ОРГАНАХ ЧЕРЕВНО ПОРОЖНИНИ

Івано-Франківський державний медичний університет

РЕАБИЛИТАЦИЯ ХВОРИХ, ОПЕРОВАННЫХ НА ОРГАНАХ ЧЕРЕВНО ПОРОЖНИНИ – Розроблені реабілітаційні заходи проводять в три етапи (під час операції, в ранньому та пізньому післяопераційних періодах), що сприяє зменшенню інвалідизації та проведенню повторних операцій у хворих, оперованих на органах черевно порожнини.

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ – Разработанные реабилитационные мероприятия проводят в три этапа (во время операции, в раннем и позднем послеоперационных периодах), что способствует уменьшению инвалидизации и проведению повторных операций у больных, оперированных на органах брюшной полости.

REHABILITATION OF PATIENTS OPERATED ON THE ORGANS OF ABDOMINAL CAVITY – Developed rehabilitation measures conduct in three stages (during the operation, in early and late post-operative periods), that is instrumental in diminishing of invalidization and performance of the repeated operations for patients operated on the organs of abdominal cavity.

Ключові слова: реабілітація, злукова хвороба очеревини.

Ключевые слова: реабилитация, спайковая болезнь брюшины.

Key words: rehabilitation, adhesive disease of peritoneum.

ВСТУП Кількість операцій на органах черевно порожнини (ОЧП) залишається високою, незважаючи на сучасні консервативні методи лікування. Одним із ускладнень після проведених оперативних втручань є розвиток злуково хвороби очеревини (ЗХ), яка в подальшому приводить до страждань пацієнта. Частота злуково хвороби становить 60-95 % [1, 2].

Утворення злук спостерігається після виконання усіх хірургічних маніпуляцій на ОЧП, а розповсюдженість злукового процесу залежить від тяжкості перебігу, характеру захворювання, виду та обсягу хірургічного втручання (хірургічно травми), опірності організму [3, 4].

Профілактика та реабілітація хворих, оперованих на органах черевно порожнини, залишаються невирішеними до сьогодні [5].

Метою нашої роботи було створення алгоритму реабілітаційних заходів хворих, оперованих на органах черевно порожнини.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ При злуковій хворобі виникають найрізноманітніші симптомокомплекси: хронічний больовий синдром, дисфункція органів черевно порожнини, поява ознак хронічно кишково непрохідності, часто наростаючо (странгуляційно), що приводить до інвалідизації пацієнтів.

Алгоритм реабілітаційних заходів здійснюється в три етапи. Перший етап починається під час операції, коли застосовують методи для попередження утворення злук, що, в свою чергу, сприяє ефективним заходам реабілітації в післяопераційному періоді.

Методи для запобігання виникненню післяопераційних злук спрямовані на відмежування та ліквідацію патологічного вогнища, зниження травматизації під час ревізії черевно порожнини. Вони використовуються в комплексі з іншими профілактичними засобами. Здійснюють ретельний гемостаз та максимальне видалення згустків крові, фібринових нашарувань, санацію черевно порожнини. Для санації використовують підігріті розчини антисептики до 36-38 °С, відсмоктування проводять тільки електровідсмоктувачем, а не марлевими серветками, які посилюють механічну травматизацію серозних оболонок. Ретельно відмежують петлі кишків від передньої черевно стінки пасмом великого сальника.

Використовують горизонтальні дренажі, які вводяться крізь бічну стінку черевно порожнини, не торкаючись кишечника, оскільки відомо, що навколо дренажів утворюються зрощення.

При ознаках парезу тонко кишки здійснюють інтубацію, цим створюються умови для формування оптимально вигідного у функціональному відношенні положення кишки, що знижує ризик розвитку ранньої злуково непрохідності. Обов'язковим моментом операції є заходи для попередження післяопераційного парезу кишечника і стимуляції перистальтики (введення 60-80 мл 0,25 % розчину новокаїну в брижу тонко кишки, проведення перидуральної анестезії).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА Х ОБГОВОРЕННЯ

Продовженням профілактики злукоутворення є активне ведення післяопераційного періоду. ЛФК в ліжку, медикаментозну стимуляцію моторики кишечника починаємо через 12 год після операції дробними дозами прокінетиків (0,05 % розчином прозерину – 1,0 мл внутрішньом'язово через 8 год; розчином церукалу по 1 мл внутрішньом'язово через 8 год) в комплексі з проведенням гіпертонічних клізм та постановкою газовідвідної трубки; регулярне, 3-4 рази на добу, промивання шлунка, раннє вставання (термін залежить від захворювання та обсягу оперативного втручання).

Після виписування із стаціонару хворих, яким проводили операції на ОЧП, кінцеві результати лікування можна оцінювати через декілька місяців – декілька років. Для цього всі пацієнти із злуковою хворобою підлягають диспансерному нагляду.

Реабілітаційні заходи спрямовані на:

- обмеження фізичного навантаження терміном до 3-4 місяців із переводом на легку працю за місцем основної роботи;

- дотримання дієти, яка включає 5-, 6-разове, дробне харчування, виключення з раціону грубо, жирно, гостро

страви, продуктів, які сприяють бродінню, здуттю та зашлакованості кишечника (виноград, соки, молоко, здобу, солідощі) протягом 2-3 місяців, надалі раціон поступово розширюють і збільшують;

– протягом першого місяця проведення розсмоктувальної терапії (електрофорезу, діадинамічних струмів) із можливим повторним курсом через шість місяців;

– відвідування кабінету ЛФК, лікувальну гімнастику, спрямовану на укріплення черевного преса, підняття тону мускулатури порожнистих органів для покращення в них мікроциркуляції;

– регулярний огляд у лікуючого лікаря протягом першого року відповідно до диспансерної групи;

– проведення курортно-санаторного лікування, особливо у хворих із супутньою патологією, в санаторіях гастроентерологічного профілю (Моршин, Трускавець, Миргород та ін.).

ВИСНОВКИ 1. Реабілітаційні заходи повинні починатися під час операції, продовжуватися в ранньому після-

операційному періоді та після виписування із стаціонару.

2. Створення повноцінних реабілітаційних заходів сприяє зменшенню інвалідизації та кількості повторних операцій у пацієнтів, оперованих на органах черевно-порожнини.

ЛІТЕРАТУРА

1. Дикий О.Г. Спайкова хвороба очеревини: проблема, етіологія, патогенез / О.Г.Дикий // Шпитальна хірургія. – 2003. – № 4. – С. 83-90.

2. Индивидуальный прогноз тяжести течения послеоперационного периода и исхода распространенного перитонита / Л.А. Лаберко, Н.А. Кузнецов // Хирургия. – 2005. – № 2. – С. 29-33.

3. Костюченко К.В. Возможности хирургического лечения распространенного перитонита / К.В. Костюченко // Вестник хирургии. – 2004. – № 3. – С. 40-43.

4. Черний В.И. Нарушения иммунитета при критических состояниях: особенности диагностики / В.И. Черний, А.Н. Нестеренко // Справочник специалиста. – 2008. – № 12(248). С. 10-15.

5. Бенедикт В.В. Гострий поширений перитоніт. Деякі аспекти прогностування перебігу і лікування / В.В. Бенедикт // Шпитальна хірургія. – 2004. – № 4. – С. 84-89.

УДК 617.586:616.379-008.64

Шідловський В.О., Герасимчук П.О., Романів І.Б.
ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ ІЗ СИНДРОМОМ ДІАБЕТИЧНО СТОПИ

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ ІЗ СИНДРОМОМ ДІАБЕТИЧНО СТОПИ – У статті наведено ретроспективний аналіз 320 історій хвороб хворих на ЦД із СДС з метою вивчення стану надання хірургічно-медичної допомоги пацієнтам із СДС в регіоні. Встановлено закономірності та передумови прогресування СДС, вказані шляхи покращення медичної допомоги цим хворим.

ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ – В статье приведен ретроспективный анализ 320 историй болезней больных СД с СДС с целью изучения состояния оказания хирургической помощи пациентам с СДС в регионе. Установлены закономерности и предпосылки прогрессирования СДС, указаны пути улучшения медицинской помощи этим больным.

PROBLEMATIc QUESTIONS IN TREATMENT OF PATIENTS WITH DIABETIC FOOT SYNDROME – There have been analysed 320 case histories of the patients with diabetes mellitus complicated by diabetic foot syndrome. There were with the purpose to study the state of surgical help to patient with diabetic foot syndrome in the region established the patterns and assumptions of diabetic foot syndrome progression, indicated the ways of improving the surgical care for such patients.

Ключові слова: хворі на цукровий діабет (ЦД), синдром діабетично-стопи (СДС).

Ключевые слова: больные на сахарный диабет (СД), синдром диабетической стопы (СДС).

Key words: patients with diabetes mellitus, diabetic foot syndrome.

ВСТУП Відомо, що захворюваність на цукровий діабет (ЦД) в проміслових розвинених країнах складає 1,5-4 % від загальної популяції, а у віковій групі старше 50 років – 7-9 %. Окрім того, кількість хворих збільшується щорічно на 5-7 % і на даний час сягає 100 млн осіб, а до 2020 року ця цифра наблизиться до 250 млн. На даний час, кількість хворих на ЦД в Україні сягає понад 900 тис. чоловік [3].

За даними ВООЗ, приблизно у 5 % хворих на ЦД є ураження стоп, що проявляється синдромом “діабетично-стопи” (СДС). Зазначена патологія у 3 % випадків є причиною високих ампутацій нижніх кінцівок, яких в Україні кожного року виконується понад 30 тис. Саме розвиток гнійно-некротичних уражень або гангрен нижніх кінцівок є безпосередньою причиною смерті у 20-50 % пацієнтів із СДС [1, 2].

Тривалість госпіталізації хворих з гнійно-некротичними ураженнями стоп на фоні ЦД складає в середньому 86-91 ліжко-день, що на 47 % перевищує тривалість госпіталізації, пов'язано з іншими ускладненнями діабету [5, 6, 8].

Проблема ЦД визначається як медико-соціальна не лише в Україні, але й в усьому світі. Лише динамічне спостереження та надання кваліфікованої допомоги в профілактиці розвитку гнійно-некротичних процесів на стопах дозволяє зменшити кількість ампутацій нижніх кінцівок з 68 % до 21 % [8].

Зважаючи на актуальність вищевикладеного, метою нашого дослідження стало вивчення стану надання хірургічно-медичної допомоги пацієнтам із СДС у Тернопільській області.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Ми проаналізували історії хвороб 320 хворих на ЦД із СДС, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в клініці загальної хірургії Тернопільського медичного університету імені І.Я. Горбачевського з 2005 по 2009 роки. Серед них було 86 хворих на інсулінозалежний діабет (I тип) та 234 хворих на інсулінонезалежний (II тип), з тривалістю захворювання від 6 місяців до 27 років. За статеву ознакою пацієнти поділялися наступним чином – 188 чоловіків та 132 жінки, віком від 18 до 84 років. При цьому, ЦД легкого ступеня відмічено у 48 хворих, середньо-тяжкого – у 166, тяжкого – у 106 пацієнтів. До стаціонару в стадії компенсації ЦД прийнято 28 пацієнтів, субкомпенсації – 160 та декомпенсації – 132 пацієнти. Невропатично-інфіковану форму ураження стопи діагностовано у 172 хворих, ішемічно-гангренозну – у 80, змішану – у 8 хворих. За глибиною ураження (за Вагнером) розподіл хворих із СДС відбувся наступним чином: II ст. – 22, III ст. – 153, IV ст. – 105, V ст. – 40 хворих.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ Вивчення отриманих результатів поставило цілий ряд медичних, етичних, соціальних та фінансових проблем, вирішення яких дозволить значною мірою покращити результати лікування хворих із СДС, зокрема зменшити в подальшому кількість високих ампутацій нижніх кінцівок в даній категорії хворих.