

УДК 615.825: 611.34

НАПРЯМКИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ ПІСЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ВТРУЧАННЯ У ЗВ'ЯЗКУ З ВИРАЗКОВОЮ ХВОРОБОЮ ШЛУНКА І ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ В РАННІЙ ПЕРІОД

Фелікс ФІЛАК

Ужгородський національний університет

Під наглядом перебували 50 хворих після оперативного втручання на шлунку та 12-палій кишко. Доведена доцільність застосування засобів фізичної реабілітації у ранній післяопераційний період.

Ключові слова: фізична реабілітація, післяопераційний період, резекція шлунка.

Постановка проблеми. Останнім часом, враховуючи вплив несприятливих екологічних і економічних факторів, зростає кількість хворих, які перенесли операцію на шлунку та 12-палій кишці в зв'язку з виразковою хворобою. Основним методом лікування виразкової хвороби шлунка та 12-палої кишки є консервативний. Однак такі ускладнення виразкової хвороби, як пенетрація, кровотечі, прорив, стенозування, вимагають негайного хірургічного втручання. Незважаючи на достатньо високу ефективність оперативного лікування, у більшості хворих розвивається ряд ранніх післяопераційних синдромів, що вимагає тривалого консервативного лікування. До ранніх проявів, що зустрічаються частіше, відносять синдром малого шлунка, демпінг-синдром, гастрит культи шлунка, порушення функціональної діяльності підшлункової залози, тонкої і товстої кишок. Вони розглядаються як наслідки операції в зв'язку з новими умовами діяльності шлунка і кишечника [2, 5]. Ступінь проявів післяопераційних синдромів визначається тривалістю захворювання, віком хворого, ступенем ураження органів травлення до оперативного лікування, своєчасністю проведення операції [3].

Мета дослідження – вивчення впливу засобів фізичної реабілітації у хворих з постгастрорезекційним синдромом. Обґрунтувати доцільність використання фізичних вправ і масажу в комплексній реабілітації хворих, які перенесли оперативне втручання в зв'язку з виразковою хворобою у ранній післяопераційний період.

Методи та організація дослідження. З цією метою дослідження проведено з 50 хворих віком від 19 до 55 років (12 жінок, 38 чоловіків), які у зв'язку з ускладненнями виразкової хвороби перенесли операції на шлунку та 12-палій кишці. При відсутності ускладнень післяопераційного періоду на 16–28 добу вони були направлені в санаторій "Поляна" для реабілітації. Тривалість лікування становила 24 дні. Основним завданням спостереження за процесом реабілітації цієї категорії хворих було виявлення динаміки перебігу післяопераційного періоду під впливом лікувальних факторів санаторію "Поляна", а разом з цим, доцільність такого лікування з погляду виникнення післяопераційних ускладнень та тривалості порушення працездатності. Усі хворі пройшли повне клінічне, лабораторне та психологічне обстеження з використанням психодіагностичної опитувальної анкети для визначення нейротизму Г. Айзенка /варіант ЕРІ/, тривогостимулюючого тесту Лор та шкала депресії Бека.

Результати дослідження та їх обговорення. При поступленні більшість хворих виявляли скарги на відчуття важкості, тиску в епігастрії, помірне здуття живота, нудоту або проноси, загальну слабкість, швидку втомлюваність, дратівливість, емоційну лабільність, поганий сон. При обстеженні у 56,5 % хворих виявлено ознаки анемії, лейкоцитоз та прискорене ШОЕ (швидкість осідання еритроцитів). У 31 хворого

виявлені явища гіпомоторної дискінезії жовчовидільних шляхів, що підтверджується ультразвуковим обстеженням. Методом ФАЖ у 44 хворих (88,0 %) виявлено зниження ферментовидільної функції підшлункової залози натше і в період травлення та коефіцієнт індукції холецистокініну. При пальпації відзначалась болючість в ділянці післяопераційного рубця або в епігастрії. За даними опитувальної анкети Г. Айзенка у хворих виявлені дещо знижені оцінки по шкалі екстраверсії-інтраверсії ($11,3 \pm 0,39$ балів) і високі по шкалі нейротизму ($17,2 \pm 0,49$ балів). Підвищена активність вегетативної нервової системи, як правило, пов'язана зі схильністю до інтроверсії, яка, на думку Айзенка, є основою для виникнення страху. За даними Бека шкали самооцінки, рівень депресії хворих після перенесеної резекції шлунка складав $19,3 \pm 1,12$ балів. Найбільш високі оцінки виявлені по таких симптомах шкали, як підвищена дратівливість, втрата задоволення, знижений настрій, низька працездатність та порушення сну.

Таким чином, у більшості хворих протягом першого місяця після операції виявляються анемія, функціональні порушення з боку жовчовидільної системи, підшлункової залози та розлади моторно-евакуаторної функції кишечника. Такі хворі відзначались підвищеною тривожністю, емоційною нестійкістю, зниженим настроєм, почуттям невдоволення собою у зв'язку зі станом свого здоров'я, песимізмом, зниженням працездатності. Ці особистісні та емоційні риси загалом притаманні виразковій хворобі, а у хворих після резекції шлунка вони посилюються і доповнюються новими. У зв'язку зі зниженим самоладанням, в ситуаціях емоційного стресу їх поведінка була менш інтегрованою. Такі зміни зумовлені порушенням нейроендокринної регуляції внаслідок пристосування роботи органів травлення до нових умов функціонування.

Усі хворі пройшли повний курс відновного лікування, який направлений на усунення болю, диспептичних явищ, нормалізацію секреторної, моторно-евакуаторної функції органів травлення, стабілізацію нервової системи. У комплекс лікування входили: п'ятикратне харчування (дієта № 1), внутрішній прийом середньомінералізованої вуглекислої гідрокарбонатно-натрієвої мінеральної води Поляна Купіль температури $42-45^{\circ}\text{C}$ за 45 хвилин до прийому їжі по 200 мл. 3 рази на день, вуглекислі мінеральні ванни, фітотерапія (відвар ромашки, рильця кукурудзи, насіння кропу, м'яти перцевої, валеріани), мікроклізми відвару деревію або крушини № 10 через день залежно від показань, масаж, лікувальна фізкультура, психотерапія. З метою нормалізації обмінно-окислювальних та стимуляції імунних процесів використовувалась синглетно-киснева терапія у вигляді інгаляцій № 15 кожен день. Лікувальну фізичну культуру застосовували у таких формах: ранкова гігієнічна гімнастика, лікувальна гімнастика, лікувальна ходьба. Основне завдання ранкової гігієнічної гімнастики, яка проводиться протягом 10-15 хвилин – підвищення загального тону організму, надання йому бадьорого настрою. У комплекс лікувальної гімнастики, яка проводилась протягом 25-30 хвилин, входили: динамічні і статичні вправи для всіх м'язових груп з предметами і без них, вправи на рівновагу та координацію. Використовувались спеціальні вправи для всіх суглобів і м'язових груп, в тому числі для м'язів живота, які хворий виконує із вихідного положення лежачи, сидячи. Також використовувались вправи на повороти тулуба, для зміцнення м'язів черевного пресу, та талового дна, тулуба. Комплекс спеціальних вправ мав на меті вирішення таких завдань: загальне зміцнення організму; вплив на нервово-психічну сферу і нейрогуморальну регуляцію органів травлення; відновлення функцій оперованого органа; нормалізацію моторно-евакуаторної функції шлунково-кишкового тракту, зміцнення м'язової системи черевного пресу. Призначення лікувальної ходьби, теренкуру – адаптація до психологічних і фізичних навантажень, відновлення працездатності пацієнта, а також покращення психоемоційного стану шляхом спілкування з природою та отримання позитивних вражень. Психотерапія (раціональна, гіпноз, медитація) була обов'язковим методом реабілітації цієї категорії хворих. Вона сприяла редукції тривожності, емоційної нестійкості та налагодженню гармонійної співдружності в роботі вегетативної нервової системи.

Таким чином, у результаті проведених реабілітаційних заходів у 83,7 % хворих покращилось самопочуття. Зникли явища дискомфорту, швидка втомлюваність, загальна слабкість, нормалізувалися стілець. У 90,5 % хворих нормалізувалися показники крові, у 82,4 % хворих нормалізувалися показники ферментовидільної функції підшлункової залози. За даними опитувальної анкети Г. Айзенка, початкові високі показники по шкалі нейротизму ($17,2 \pm 0,49$ балів) достовірно знизилися і становили $14,7 \pm 0,38$ балів ($P < 0,05$). Підвищена активність вегетативної нервової системи, як правило, пов'язана зі схильністю до інтроверсії, яка, на думку Айзенка, є основою для виникнення страху. За даними шкали самооцінки Бека, рівень депресії даної категорії хворих після комплексу реабілітаційних заходів знизився з $19,3 \pm 1,12$ балів до $13,6 \pm 1,07$ балів ($P < 0,01$).

Висновки

1. Дослідження засвідчують, що санаторне лікування у перші дні після операції значно підсилює компенсаторні можливості тих органів травлення, які не зазнали оперативного втручання, стимулює механізми саморегуляції організму, запобігає формуванню післяопераційних синдромів.
2. Застосування засобів фізичної реабілітації у ранній період після оперативного втручання в санаторно-курортному комплексі значно покращує самопочуття, нормалізує психоемоційний стан пацієнтів. Кращі показники виявлені у хворих першої групи.

Список літератури

1. *Выгоднер Е.Б.* Физические факторы в гастроэнтерологии. – М.: Медицина, 1987. – 304 с.
2. *Григорьев П.Я., Яковенко Э.П.* Диагностика и лечение хронических болезней органов пищеварения. – М.: Медицина, 1990. – 384 с.
3. *Мавродий В.М., Грубник В.В.* Физиотерапия болезней органов пищеварения. – Одеса, 1994. – 131 с.
4. Методи ранньої курортної реабілітації хворих, які перенесли холецистектомію, ваготомію та резекцію шлунка: Метод. Реком. / Укр.НДІ МР та К; Склад.: Драгмирецька Н.В., Серебріна Л.О., Бондарчук Г.Ф. – Одеса, 1995. – 21 с.
5. *Милюкова И.В., Евдокимова Т.А.* Лечебная физкультура: Новейший справочник / Под общей ред. проф. Т.А. Евдокимовой. – СПб: Сова; М.: Изд-во Эксмо, 2003. – 862 с.
6. *Самсонов М.А., Лоранская Т.И., Нестерова А.П.* Постгастрорезекционные синдромы (патогенез, клиника, лечение) / АМН СССР. – М.: Медицина, 1984. – 192 с.

ПУТИ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА В СВЯЗИ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ В РАННИЙ ПЕРИОД

Фелікс ФІЛАК

Ужгородский национальный университет

Аннотация. Наблюдались 50 больных после оперативного вмешательства на желудке и 12-перстной кишке. Доказана целесообразность применения средств физической реабилитации в ранний послеоперационный период.

Ключевые слова: физическая реабилитация, послеоперационный период, резекция желудка.

**WAYS OF PHYSICAL REHABILITATION OF PATIENTS
AFTER OPERATIVE INTERFERENCE IN CONNECTION
WITH ULCEROUS ILLNESS OF STOMACH AND DUODENUM
IN AN EARLY PERIOD**

Felix FILAK

Uzhhorod National University

Abstract. The study of influencing of facilities of physical rehabilitation, namely to the complex of the special exercises of medical gymnastics and rehabilitation massage, in the sanatorium-resort rehabilitation of patients which had operative interference in connection with complication of ulcerous illness. 50 patients were examined.

Key words: Physical rehabilitation, postoperative period, stomach resection.