

УДК 615.825 : 616. 37

НОВІ ПІДХОДИ ДО ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ПАНКРЕАТИТ В ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ

Кирило БУРДАЄВ

Дніпропетровський державний інститут фізичної культури і спорту

Анотація. У статті наведено основні недоліки загальноприйнятих сучасних підходів до використання засобів фізичної реабілітації хворих на гострий панкреатит у післяопераційному періоді. На основі цього запропоновано наукове обґрунтування побудови нової комплексної програми фізичної реабілітації цього контингенту з урахуванням розподілу післяопераційного періоду на відповідні сходинокки.

Ключові слова: фізична реабілітація, гострий панкреатит, післяопераційний період, режим рухової активності.

Постановка проблеми. У теперішній час оперативні втручання залишаються основним методом лікування багатьох захворювань органів травлення, зокрема, гострого панкреатиту (ГП), який супроводжується багатьма ускладненнями в післяопераційному періоді [1, 2, 12]. Використання засобів фізичної реабілітації при ГП після оперативного втручання ґрунтується, з одного боку, на позитивному впливі дозованих фізичних навантажень на діяльність всіх функціональних систем організму, особливо на кардіо-респіраторну, нервову та порушену внаслідок хвороби й операції систему травлення; з другого боку, фізична активність, масаж, фізіопроцедури поліпшують репаративні процеси в післяопераційній рані, підвищують імунітет, що є найкращою профілактикою ранової інфекції, та прискорюють одужання [3, 6, 10, 11].

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Отримані відомості про сучасний стан реабілітації пацієнтів після оперативних втручань із приводу гострого запалення підшлункової залози (ПЗ) та результати первинного дослідження показали відсутність відповідних програм фізичної реабілітації (ФР), які б враховували специфіку перебігу післяопераційного періоду при ГП [3, 8, 9]. Крім того, аналіз літературних джерел і власний досвід свідчать про важливість при проведенні реабілітаційних заходів для таких хворих першочергового врахування динаміки функціонального стану дихальної та серцево-судинної систем, а також визначення відповідності фізичних засобів відновлення, що використовуються, строкам загоєння рани та нормалізації основних функцій організму [4, 5, 7]. Все це обґрунтовує необхідність удосконалення ФР у цих пацієнтів.

Мета дослідження. На основі вивчення особливостей перебігу післяопераційного періоду при гострому панкреатиті визначити нові підходи до фізичної реабілітації цього контингенту хворих.

Методи дослідження.

1. Аналіз та узагальнення даних науково-методичної літератури й провідного практичного досвіду фізичної реабілітації хворих на гострий панкреатит у відділеннях хірургічного профілю.

2. Педагогічне спостереження та вивчення динаміки основних показників функціонального стану організму в післяопераційному періоді у даного контингенту хворих при проведенні фізичної реабілітації.

Результати дослідження та їх обговорення. Вивчаючи сучасні підходи до ФР хворих на ГП, увагу акцентували на основних її засобах, до яких належать лікувальна фізична культура (ЛФК), масаж та фізіопроцедури. Це дало можливість з'ясувати зазначені нижче недоліки їх застосування:

– загальноприйнятий розподіл стаціонарного етапу реабілітації на визначені періоди ЛФК після оперативних втручань на органах травлення не відповідає належним чином клінічному перебігу ГП;

– відсутність при тяжких формах ГП диференційованого підходу щодо визначення термінів розширення рухової активності, чітких критеріїв зміни її режимів та використання деяких інших засобів ФР;

- неповною мірою враховується певна тривалість у відновленні діяльності серцево-судинної та дихальної систем після хірургічних втручань на підшлунковій залозі і можливість активізації їх функцій за допомогою оптимального дозування засобів фізичної реабілітації;
- недостатньо розроблені спеціальні вправи, спрямовані на відновлення порушених функцій при ГП, терміни й послідовність їх застосування в щільному зв'язку з особливостями перебігу післяопераційного періоду при цьому захворюванні;
- недостатньо використовується масаж, незважаючи на його відомий позитивний вплив, який посилює діяльність функціональних систем, активізує обмінні й репаративні процеси тощо.

На підставі цього було розроблено цілеспрямовану програму ФР хворих на ГП в післяопераційному періоді. Зважаючи на те, що ЛФК є одним з пріоритетних засобів реабілітації в абдомінальній хірургії і здійснює комплексний вплив на організм хворого, включаючи трофічну, компенсаторну та інші позитивні дії фізичних вправ, розроблена програма містить методику лікувальної гімнастики (ЛГ), яка спрямована на відновлення функції кардіо-респіраторної системи, поліпшення функціонального стану органів травлення, поступову адаптацію організму до фізичних навантажень, а також модифіковану методику масажу та використання визначених фізіотерапевтичних процедур.

Під час обґрунтування та складання зазначеної програми ФР бралися до уваги загальні принципи використання реабілітаційних заходів:

- визначення загальних і спеціальних лікувально-профілактичних завдань;
- відбір і застосування патогенетично обумовлених методик;
- комплексність використання основних та додаткових засобів ФР;
- послідовність і рання мобілізація та активізація хворого;
- формування мотивації у хворого до активного та свідомого використання засобів ФР.

Запропонована програма ФР хворих на ГП після оперативного втручання була побудована з врахуванням відмінностей перебігу в них відновного процесу: особливостей післяопераційних періодів, завдань ФР для кожного заняття, а також режимів рухової активності.

Для більш ефективного і цілеспрямованого застосування засобів фізичної реабілітації ми вважали доцільним розподілити післяопераційний період при ГП на окремі частини, відповідно зі змінами у стані пацієнтів, що дозволяють розширити використання лікувальної гімнастики й масажу. При цьому, враховуючи тяжкість оперативних втручань при ГП, особливу увагу було приділено поступовому та відповідному використанню відновних засобів у ранньому післяопераційному періоді.

Відомо, що зазвичай у хірургії післяопераційний період розподіляється на: ранній (період мобілізації хворого), який продовжується від 2 – 3 годин до 3 діб; середній (перехідний період) – від 4 до 8 діб; пізній (ранній відновлювальний період) – від 9 діб до виписки із стаціонару [3, 6, 8, 9]. Однак результати досліджень численних авторів і власні спостереження показали, що в переважній більшості хворих на ГП строки перебігу кожного з вказаних періодів значно триваліші. У зв'язку з цим, терміни розширення рухового режиму теж можуть суттєво різнитися залежно від тяжкості стану хворого та особливостей перебігу відновних процесів, у тому числі наявності ускладнень, супутніх захворювань, віку хворого та інших. Найбільшою мірою це стосується раннього післяопераційного періоду, який у обстежених хворих, за даними аналізу історій хвороби, продовжувався здебільшого до 8 діб.

На основі цього, враховуючи триваліші строки перебігу раннього і середнього післяопераційного періодів, запропоновано виділення в них п'яти «сходинок» призначення ФР (А, Б, В, Г, Д).

Таким чином, ранній післяопераційний період розподілився на три сходинок (А, Б, В), а середній – на дві (Г, Д). Це дозволило обґрунтовано, поступово й послідовно збільшувати рухову активність, шляхом застосовуючи основні засоби ФР, та визначити критерії переходу з однієї сходинок на іншу (табл. 1).

Детальнішу характеристику зазначених сходинок подана нижче.

Таблиця 1

**Структура побудови програми фізичної реабілітації хворих
з гострим панкреатитом після оперативного втручання на стаціонарному етапі**

Післяопераційні періоди	Сходинок ФР	Режим рухової активності	Критерії переходу з однієї сходинок на іншу
РАННІЙ (від 1-ї до 8-ї доби)	«А»	Суворий ліжковий	Наявність свідомого самостійного дихання
	«Б»	Суворий ліжковий	Самостійне повертання на бік
	«В»	Ліжковий	Виймання дренажів з черевної порожнини та самостійна зміна положення тіла на сидячі у ліжку із звисаючими ногами
СЕРЕДНІЙ (від 9-ї до 14-ї доби)	«Г»	Напівліжковий	Адекватність функціональних систем організму на виконання фізичних вправ у вихідному положенні стоячі та збільшення тривалості проведення кожного заняття
	«Д»	Напівліжковий	Відсутність післяопераційних ускладнень і функціональна готовність до виконання щоденних побутових навантажень та самостійних занять ЛФК
ПІЗНІЙ (від 15-ї доби до виписки із стаціонару)		Вільний	

Ранній післяопераційний період у цього контингенту хворих триває до 8 діб. Режим рухової активності – суворий ліжковий та ліжковий. Співвідношення вправ для загального розвитку й дихальних складає 1:1. Складові частини кожного заняття ЛГ: підготовча – 35%, основна – 30%, заключна – 35% часу. У цьому періоді доцільно виділити такі сходинок призначення ФР.

Сходінка «А» (1 доба, режим рухової активності – суворий ліжковий) – це найкоротша, але водночас найвідповідальніша сходінка проведення ФР, впродовж якої відбувається мобілізація функціональних резервів організму, що є підґрунтям для подальшого застосування реабілітаційних заходів. Заняття ЛГ починають після пробудження від наркозу і продовжують до повного переходу на свідоме самостійне дихання. Використання фізичних засобів реабілітації обмежують лише, застосовуючи поверхневі статичні дихальні вправи з акцентом на грудний тип дихання та відкашлювання (з фіксацією післяопераційної рани) 3 – 4 рази щоднини протягом першої доби.

Застосування масажу на відміну від ЛФК, не потребує вольового та фізичного напруження хворого і стає вагомим найбільш економної форми підвищення загального тону організму. Він сприяє запобіганню легневим ускладненням, тромбозам, парезам кишечника, а також впливає на психоемоційну сферу, викликаючи позитивні емоції в пацієнтів. Першої доби масаж розпочинають відразу після виходу із наркозу та продовжують наступні 3 – 5 діб у реанімаційному відділенні до 3-х процедур на день, упродовж 5 – 10 хвилин. Тривалість та кількість процедур масажу залежить від віку та стану хворого, обсягу оперативного втручання. Для поліпшення периферійного кровообігу та оксигенації тканин виконують масаж переважно кистей і стоп, а також передньої поверхні грудної клітки.

Із фізіотерапевтичних методів лікування в першу добу після операції раціонально застосовувати обкладання теплими гумовими грілками (37 – 40°C) дистальних частин верхніх і нижніх кінцівок, за відсутності підвищення температури хворого. Ефект процедури посилюється, якщо її проводити після масажу.

Сходінка «Б» (від 1-ї до 3-5 діб, якщо немає серйозних ускладнень, режим рухової активності – суворий ліжковий) – використання засобів ФР, відповідних даній сходинок, почи-

нається з першої доби після операції та триває доки суворий ліжковий режим рухової активності не змінюється на ліжковий. Заняття ЛГ проводять 6 разів на день (за допомогою медичних працівників) по 8 – 12 хвилин; у тяжкохворих, а також хворих літнього віку заняття проводять до 8 – 10 разів на день, але обмежують їх тривалість (3 – 6 хвилин).

Усі вправи виконують у повільному темпі, без напруження і затримки дихання. Для ліквідації мікроателектазів за допомогою інструктора пацієнти виконують дихальні вправи з опором: видих через стовп рідини 7 – 12 см – за методикою позитивного тиску кінця видиху (ПТКВ).

При задовільному загальному стані хворого з дозволу лікарів використовують найпростіші активні вправи у дрібних суглобах кисті і стоп для поліпшення мікроциркуляції, а також вправи для дистальних відділів нижніх та верхніх кінцівок і ротаційні рухи в кульшових суглобах, невеликої амплітуди, не відриваючи ступнів від ліжка, в повільному темпі, під контролем основних показників кардіо-респіраторної системи.

Процедуру масажу починають із нижніх, а потім верхніх кінцівок переважно прийомами погладжування і розтирання, впливаючи на екстерорецепторний апарат шкіри для поліпшення крово- і лімфотоків визначеної ділянки, а також розминання та струшування м'язів без різких рухів.

Масаж передньої поверхні грудної клітки проводять із вихідного положення лежачи на спині, ноги зігнуті в колінах (з підкладанням під коліна валика) для зменшення болю в ділянці операційної рани, починаючи з нижніх міжреберних проміжків, ближче до діафрагми. У комплексі можна використовувати дихальні вправи у вигляді легкого відкашлювання на видиху.

Значна кількість ускладнень у післяопераційному періоді у хворих на ГП (пневмонії, бронхіти, парези кишечника, моторні порушення, затримка сечовипускання тощо) визначає необхідність застосування для запобігання або зменшення їх прояву фізіотерапевтичних методів лікування.

Враховуючи характер ускладнень після згаданого хірургічного втручання, що трапляються найчастіше, на ранньому етапі реабілітації, вже з перших діб після операції, застосовують гепарин-електрофорез ділянки грудної клітки для запобігання розвитку тромбоутворень і пневмонії; для профілактики тромбозу глибоких вен нижніх кінцівок використовують електростимуляцію м'язів гомілки, що сприяє поліпшенню місцевого кровообігу.

Починаючи з 3 – 5 доби, є можливим переведення хворого із суворого ліжкового на ліжковий режим рухової активності. Однак при несприятливому перебігу раннього післяопераційного періоду розширення режиму рухової активності може відбуватися не раніше від 8-ї доби при поступовому підвищенні адаптації до фізичного навантаження шляхом обережного збільшення числа повторень та кількості фізичних вправ, зміни темпу й ритму виконання вправ для дрібних суглобів кисті, променезап'ясткового та гомілковостопного суглобів, зміни вихідного положення, але за умов дотримування суворого ліжкового режиму рухової активності. Заняття індивідуальні і до зняття швів проводяться в ліжку.

Сходінка «В» (з 3 – 5 до 8-ї доби, режим рухової активності – ліжковий)

– ФР за цією сходінкою є вирішальною в багатьох аспектах, зокрема, відбувається підготовка пацієнта до переходу в наступний післяопераційний період. Упродовж усього часу призначається ліжковий режим рухової активності, тривалість якого залежить від загального стану хворого, динаміки змін показників функціонального стану кардіо-респіраторної системи протягом останніх діб, наявності чи відсутності дренажів у черевній порожнині на цей момент, віку хворого тощо.

Саме з цього моменту реабілітації для запобігання внутрішньочеревним порожнинним спайкам починають повертати хворого на бік (за допомогою інструктора ЛФК, потім самостійно).

Застосовують вправи для загального розвитку і у вихідному положенні напівсидячи з піднятим головним кінцем ліжка і зігнутими в колінних суглобах ногами. Упродовж 5 – 15 хвилин у такому положенні виконують дихальні вправи, а також вправи, які імітують ходьбу з невеликою амплітудою рухів. Регулярно виконують дихальні вправи. З дозволу лікарів дихальні вправи здійснюють із затримкою вдиху і видиху.

Масаж верхніх і нижніх кінцівок виконують аналогічно сходинці «Б». Тривалість процедури становить 10 – 15 хвилин. При сприятливому перебігу раннього післяопераційного періоду та задовільному стані хворого можна додавати прийоми вібрації м'яких тканин гомілки і стегна. Наприкінці масажу нижніх кінцівок виконують активні рухи ногами, згинаючи їх у колінному та кульшовому суглобах.

У положенні лежачі на спині або на боці 1 – 2 рази на день протягом 5 – 6 хвилин проводять масаж грудної клітки та попереку. Застосовують прийоми погладження, розтирання й розминання у вертикальному та горизонтальному напрямках. Також рекомендується виконувати обережні вібраційні рухи уздовж хребетного стовпа.

Починаючи з цієї сходинки значну увагу приділяють електростимуляції кишечника, яка спрямована на зменшення больового синдрому, відновлення моторики шлунково-кишкового тракту (ШКТ), стимуляцію трофічних процесів у ділянці операційної рани.

Бажано також використовувати дію низькоенергетичних лазерних випромінювань червоного та інфрачервоного діапазону хвиль для зменшення болю безпосередньо в ділянці операційної рани, отримання ефекту протизапальної дії та поліпшення процесів регенерації епітелію та інших тканин, впливаючи тим самим на ПЗ та інші органи черевної порожнини.

При рефлекторній затримці сечовипускання для надання спазмалітичної дії рекомендується застосовувати мікрохвильову терапію ділянки сечового міхура.

Наприкінці раннього післяопераційного періоду проводять електрофорез медикаментами, що мають антиферментну дію.

При сприятливому перебігу цього захворювання на 8 – 9 добу повинні бути зняті дренажі з черевної порожнини, що є одним із критеріїв розширення рухової активності. Через деякий час знімають шви.

Саме з цього часу починається середній післяопераційний період, в якому вирішуються питання про переведення хворого в напівліжковий режим рухової активності.

Середній післяопераційний період триває від 9-ї до 14-ї доби. Режим рухової активності – напівліжковий. Заняття проводять 4 – 6 разів на день від 15 до 20 хвилин, залежно від доби цього періоду, а також загального стану хворого. Співвідношення вправ для загального розвитку й дихальних становить 2:1. Складові частини кожного заняття ЛГ: підготовчий – 30%, основний – 40%, заключний – 30% часу. Сходинки призначення ФР.

Сходинка «Г» (з 9 до 11-ї доби, режим рухової активності – напівліжковий) – ФР, що відповідає цієї сходинці, починається, коли з'являється можливість розширити використання реабілітаційних заходів і хворого переводять у напівліжковий (палатний) режим рухової активності.

Заняття ЛФК проводять у вихідних положеннях лежачи на спині, потім у положенні сидячи у ліжку, звішуючи ноги, і в подальшому – стоячи.

В методику занять ЛГ, крім простіших вправ для загального розвитку та дихальних і змін положення тіла, поступово вводять ізометричні вправи для середніх та великих м'язових груп верхніх та нижніх кінцівок, розслабляючі вправи тощо.

На цей сходинці реабілітації масаж проводять майже на всіх частинах тіла у відповідній послідовності: масаж нижніх і верхніх кінцівок для поліпшення крово- і лімфотоку, профілактики тромбоутворень, атрофії м'язів; масаж передньої поверхні грудної клітки і спини для запобігання застійним явищам у легенях; масаж живота для активізації діяльності ШКТ та стимуляції репаративних процесів післяопераційної рани.

Масаж передньої черевної стінки виконують у вихідному положенні на спині при повному розслабленні м'язів живота (з підкладанням під коліна валика) для зменшення больових відчуттів. Виконують розтирання та постукування кінчиками пальців за ходом товстої кишки, а також розтирання і обережне розминання косих м'язів живота. При затримці випорожнень у зв'язку з парезом кишечника застосовують вібраційний масаж у попереково-крижовій рефлексогенній зоні, що стимулює перистальтику, прискорює відходження газів. Тривалість процедури в цей період розраховують індивідуально, і вона може становити від 10 – 15 до 20 – 25 хвилин.

Від 9-ї доби після операції застосовують гордокс-електрофорез, при якому створюється більш висока концентрація препарату в ПЗ, підвищується її регенеративна здатність, гальмується панкреонекроз.

Сходінка «Д» (з 12-ї до 15-ї доби, режим рухової активності – напівліжковий) – арсенал використання реабілітаційних заходів щодо цієї сходінки не має суттєвих змін порівняно зі сходінкою «Г», але під час занять ЛГ починають поступово та обережно додавати вправи для м'язів черевного пресу й тазового дна, більш уваги приділяють виконанню фізичних вправ у вихідному положенні стоячи. Також збільшують тривалість проведення кожного заняття.

Масаж нижніх і верхніх кінцівок, грудної клітки, спини та живота виконують за такою самою методикою, як у попередні періоди, додаючи прийоми вібрації та застосовуючи більшу кількість пасивних вправ.

Разом з процедурами електрофорезу медикаментами, з фізіотерапевтичних методів застосовують магнітотерапію, яка значно поліпшує процеси кровообігу, спричиняє трофічну і протизапальну дію, підвищує імунітет та зменшує болісні відчуття.

Пізній післяопераційний період – від 15-ї доби до виписки із стаціонару. Призначається вільний режим рухової активності, що дозволяє розширити застосування засобів ФР під поточним наглядом інструктора ЛФК. Заняття ЛГ проводять не менш ніж 2 рази на добу тривалістю 20 – 30 хвилин. Прогулянки від 20 – 30 хвилин до 1-ї години (перед випискою із стаціонару) з тренуванням дихання, постави та ходи.

Для проведення занять розробляють індивідуальні комплекси ЛФК щодо конкретного пацієнта, які розв'язують найважливіші завдання цього періоду: активізація секреторної і моторної функції травного тракту хворого; відновлення тону м'язів передньої черевної стінки; стимуляція процесів регенерації в ділянці післяопераційної рани, формування нормального післяопераційного рубця; підготовка хворого до виконання щоденних побутових навантажень і самостійних занять ЛФК.

Проведення масажу не має суттєвих відмінностей порівняно зі сходінкою «Д», і його виконують майже на всіх частинах тіла, використовуючи повний арсенал прийомів, за індивідуальним графіком призначення кількості процедур та їх тривалості.

Фізіотерапевтичне лікування здійснюється за програмами, розробленими для хворих хронічним панкреатитом [10].

Таким чином, розподіл післяопераційного періоду при ГП на відповідні сходінки призначення ФР дозволяє поступово, обережно та цілеспрямовано застосовувати реабілітаційні заходи в цього контингенту хворих.

Висновки.

1. Аналіз літератури з цієї проблеми, а також власні спостереження за хворими на ГП в післяопераційному періоді дозволили встановити, що не існує диференційованого підходу до ФР цих пацієнтів, тобто відновлення їх здійснюють за загальною методикою реабілітації хворих після оперативних втручань на органах травлення.

2. Тривалість відновлювального періоду та дуже повільна нормалізація всіх порушених функцій організму після оперативних втручань при ГП, стали підставою для розробки програми ФР цього контингенту з розподілом раннього і середнього післяопераційних періодів на відповідні сходінки, враховуюче поступове розширення рухової активності.

Перспективи подальших досліджень. Планується визначення ефективності запропонованої програми ФР хворих на ГП після оперативного втручання.

Список літератури

1. Афанасьєв С. В. Інвалідність і реабілітація хворих з ускладненнями хірургічного лікування захворювань органів травлення: монографія / С. В. Афанасьєв. – Д. : Пороги, 2005. – 183 с.

2. Боровий Є. М. Десятирічний досвід роботи обласного центру лікування гострого панкреатиту / Є. М. Боровий, Ю. С. Семенюк, В. Ф. Денищук // Клінічна хірургія. – 2003. – № 1. – С. 10.

3. Брановский А. Ю. Восстановительное лечение больных после операций на органах пищеварения: руководство для врачей / А. Ю. Брановский. – СПб. : Фолиант, 2002. – 570 с.
4. Бурдаев К. В. Врачування стану кардіореспіраторної системи хворих на гострий панкреатит при визначенні підходів до фізичної реабілітації в ранньому післяопераційному періоді / К. В. Бурдаев, В. П. Кришень, С. М. Афанасьев // Спортивний вісник Придніпров'я. – 2010. – № 1. – С. 96-99.
5. Бурдаев К. В. Определение подходов к физической реабилитации больных острым панкреатитом в раннем послеоперационном периоде с учётом состояния кардиореспираторной системы / К. В. Бурдаев // Слобожанський науково- спортивний вісник. – 2009. – № 4. – С. 118-122.
6. Дубровский В. И. Лечебная физкультура и врачебный контроль : учеб. для студентов мед. ВУЗов / В. И. Дубровский. – М. : Медицинское информативное агентство, 2006. – 598 с.
7. Луковская О. Л. Влияние общепринятых методик ЛФК на функциональное состояние сердечно-сосудистой и дыхательной систем у больных острым панкреатитом в раннем послеоперационном периоде / О. Л. Луковская, К. В. Бурдаев // Международная научно-практическая конференция государств-участников СНГ по проблемам физической культуры и спорта : сб. науч. работ. – Минск : БГУФК, 2010. – Ч. 2. – С. 411-415.
8. Милукова И. В. Лечебная физкультура: новейший справочник / И. В. Милукова, Т. А. Євдокимова. – СПб. : Сова ; М.: Эксмо, 2003. – С. 427-430.
9. Пархотик И. И. Физическая реабилитация при заболеваниях органов брюшной полости / И. И. Пархотик. – К.: Олимпийская литература, 2009. – 224 с.
10. Сосин И. Н. Физиотерапевтический справочник / И. Н. Сосин, А. Г. Буявых. – Симферополь : КГМУ, 2003. – 752 с.
11. Фокин В. Н. Полный курс мас сажа : учеб. пособие / В. Н. Фокин – 2-е изд., испр. и доп. – М.: ФАИР-ПРЕСС, 2005. – 512 с.
12. Reber H. A. Indication for surgery in acute pancreatitis / H. A. Reber, D. W. Mc Fadden // Wld. J. Med. – 1999. – V. 159. – P. 704-707.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Кирилл БУРДАЕВ

Днепропетровский государственный институт физической культуры и спорта

Аннотация. В статье приведены основные недостатки общепринятых существующих подходов к использованию средств физической реабилитации больных острым панкреатитом в послеоперационном периоде. На основе этого предложено научное обоснование построения новой комплексной программы физической реабилитации данного контингента с учётом разделения послеоперационного периода на соответствующие ступени.

Ключевые слова: физическая реабилитация, острый панкреатит, послеоперационный период, режим двигательной активности.

THE NEW APPROACHES OF PHYSICAL REHABILITATION BY THE PATIENTS WITH ACUTE PANCREATITIS IN POSTOPERATIVE PERIOD

Kyrylo BURDAEV

Dnipropetrovs'k State Institute of Physical Culture and Sport

Annotation. The basic defects of the conventional approaches for the using of the physical rehabilitations means by the patients with acute pancreatitis in the postoperative period in this article are considered. On the basis the of scientific foundation of a new physical rehabilitation complex-program formation of the given contingent due regard of separating the period after the operative period to the proper stage is proposed.

Key words: physical rehabilitation, acute pancreatitis, postoperative period, regime of the motorical activity.