

Е. С. Галимова, В. О. Ханов, Ш. З. Загидуллин, Ф. Х. Мазитов

Факторы санаторно-курортной реабилитации при заболевании органов брюшной полости

Башкирский государственный медицинский университет
450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3; тел. (3472) 72-95-75

Обсуждаются результаты реабилитационных мероприятий у больных с заболеваниями гепатобилиарной системы в условиях санатория «Красноусольск».

Ключевые слова: санаторно-курортное лечение, гепато-билиарная система, холецистэктомия.

Патологические состояния, возникающие у пациентов, перенесших различные оперативные вмешательства на органах брюшной полости, остаются одной из актуальных проблем современной хирургии и гастроэнтерологии. Не снижается частота развития постхолецистэктомических синдромов, недостаточно изученными остаются вопросы ранней реабилитации больных в ближайшем послеоперационном периоде с использованием санаторно-курортного лечения, вопросы комплексной медико-социальной реабилитации пациентов, оперированных на органах брюшной полости.

В основу настоящего сообщения положен анализ результатов хирургического лечения 123 больных, страдающих хроническим холециститом.

Среди пациентов было 46 мужчин (37.4 %) и 77 женщин (62.6%). Возраст больных колебался от 26 до 86 лет и составил в среднем 48.7 ± 3.9 года, при этом 64.3% из них были в наиболее трудоспособном возрасте (от 25 до 60 лет). Этот факт подчеркивает социальную значимость рассматриваемой проблемы (табл. 1). Длительность заболевания колебалась в значительных пределах. Анамнез болезни более 5 лет имел место у 74 (60.4%) больных, более 10 лет у 37 (30.2%). У большинства пациентов заболевание протекало с частыми обострениями, что служило причиной неоднократного проведения им курсов консервативного лечения. У подавляющего числа из них количество госпитализаций в стационары превышало 3 раза.

Среди 123 больных желчнокаменная болезнь имела место в 115 случаях (93.5%), из них у 12 имелись осложнения в виде холедохолитиаза и механической желтухи.

Таблица 1

Характеристика больных по возрасту и полу

Возраст	Первая клиническая группа (n = 123)	
	Мужчины	Женщины
До 20 лет	–	1
21–30 лет	–	6
31–40 лет	2	15
41–50 лет	24	14
51–60 лет	8	24
Старше 60 лет	12	17
Всего	46	77

Объем оперативного вмешательства включал холецистэктомию, которая выполнялась традиционным «открытым» способом у 83 (67.48 %) пациентов, в том числе у 12 – с вмешательством на гепатикохоledoхе (дренирование холедоха по Вишневскому – 9, наложение холедоходуоденоанастомоза – 3). 40 (32.52 %) пациентов оперированы с использованием малоинвазивных технологий (лапароскопически или через минилапаротомию). У 36 (29.27 %) больных с холециститом, у которых отмечались сочетанные заболевания органов брюшной полости, выполнены симультанные вмешательства, среди которых коррекция грыжи пищеводного отверстия диафрагмы – 12, удаление кист яичников – 8, грыжесечение – 6 и др.

Всем пациентам, перенесшим холецистэктомию, проведена комплексная этапная реабилитация с привлечением природных факторов санатория Красноусольск. У всех пациентов изучены ближайшие и отдаленные результаты лечения в сроки до 5 лет (в среднем 3 года).

Наблюдение за оперированными осуществлялось через 2–4 недели, 3–6 месяцев, а в последующем ежегодно. Дважды после операции обследованы 63.86% (79), трижды – 32.67% (40), пять и более раз – 16.34% (20) больных.

Для сравнения результатов лечения взята контрольная группа, состоящая из 225 пациентов с холециститом, оперированных в клинике в 1999–2004 гг.

Дата поступления 27.02.06

Нами производилось изучение компонентов желчи в раннем послеоперационном периоде у больных, оперированных по поводу холецистита. Что касается показателей литогенности желчи в послеоперационном периоде, то следует отметить, что оперативное пособие, проведенное по поводу различных форм калькулезного холецистита, не избавляет больных от обменных нарушений, приводящих к камнеобразованию. В связи с этим, изучение компонентов желчи имеет определенную диагностическую ценность (табл. 2).

Желчь для исследования получена из дренажа, холедоха у 32 больных. Контрольную группу составили 10 «здоровых» пациентов, которым проведено дуоденальное зондирование. Как известно, одним из факторов стабилизации желчи в коллоидном состоянии является рН-среды. Холестерин хорошо растворяется в нейтральной и слегка щелочной среде. Сдвиг рН ниже 6.0 вызывает выпадение холестерина. В наших исследованиях изменение рН-среды были незначительны ($p > 0.05$). Концентрация билирубина снизилась у 63.6% больных, но не достигла нормальных величин (364.94 ± 23.05 , $p > 0.05$). Концентрация холестерина, как одного из основных факторов камнеобразования, тоже не претерпела существенных изменений (0.64 ± 0.005 при $p > 0.05$). Уровень желчных кислот составил 4.6 ± 0.32 при норме 6.1 ± 0.41 ($p < 0.01$). Индекс литогенности (холатхолестериновый коэффициент) составил 5.3 ± 0.3 , что ниже показателей в контрольной группе ($p < 0.05$). Таким образом, на основании проведенных исследований нами установлено, что у больных с желчнокаменной болезнью оперативное лечение только отчасти нормализует функциональное состояние печени. Характерно медленное восстановление нарушенных белковообразовательной, липидной и пигментной функций.

Предложенный нами комплекс реабилитационных мероприятий у больных, перенесших холецистэктомию, предусматривал следующую

последовательность. Первый этап госпитальный, он начинался с первого дня послеоперационного периода. Второй — через 2–3 недели после операции и проводился в условиях санатория. Основной задачей медицинской реабилитации в ранние послеоперационные сроки считали наиболее полное восстановление функциональной деятельности органов пищеварения, нейрогуморальной регуляции, иммунных процессов, более быстрое восстановление работоспособности и профилактику поздних послеоперационных осложнений.

Особое внимание уделяли режиму питания больных после абдоминальных операций. Конечно, особенности диеты определялись основным диагнозом заболевания и видом оперативного пособия.

Особенностью диетического питания больных, перенесших холецистэктомию по разработанной нами методике, было то, что при благоприятном течении послеоперационного периода уже в ранние сроки (начиная со 2-х суток после операции), больным назначали 100–150 мл минеральной воды санатория Красноусольск (источник №12), которую они принимали 2–4 раза в течение суток на протяжении 10–12 дней.

С целью изучения влияния разработанного диетического питания на литогенность желчи, нами произведены ее лабораторные исследования в послеоперационном периоде (на 10–12 сутки после операции). Желчь для исследования получена из дренажа, холедоха у 9 больных, у которых в послеоперационном периоде проводилась диетотерапия с применением минеральных вод по разработанной методике. Контрольную группу составили 32 пациента, лечившихся традиционно.

В наших исследованиях установлено изменение показателя рН-среды желчи в сторону ощелачивания, что свидетельствует о стабилизации ее коллоидных свойств под влиянием приема воды. Концентрация билирубина в основной группе оказалась ниже (349.3 мкмоль/л), чем в контрольной (364.9 мкмоль/л). Кон-

Таблица 2

Показатели литогенности желчи больных в послеоперационном периоде

Показатели ($M \pm m$)	Контрольная группа 10 пациентов	Оперированные больные на 12–14 сутки
рН желчи	6.73 ± 0.18	6.38 ± 0.15
Билирубины (мкмоль/л)	351.34 ± 0.18	364.94 ± 23.05
Холестерин (ммоль/л)	0.61 ± 0.054	$0.64^* \pm 0.005$
Желчные кислоты (ммоль/л)	6.1 ± 0.41	$4.6^{**} \pm 0.32$
Холатхолестериновый коэффициент	8.3 ± 0.21	$5.3^* \pm 0.3$

Примечание: * – $p < 0.05$, ** – $p < 0.01$, *** – $p < 0.001$

Показатели литогенности желчи больных в послеоперационном периоде

Показатели (M ± m)	Больные с ведением послеоперационного периода по предложенной методике (n = 9)	Больные с традиционным ведением послеоперационного периода (n = 32)
pH желчи	7.3 ± 0.3	6.38 ± 0.15
Билирубин (мкмоль/л)	349.34 ± 0.28	364.94 ± 23.05
Холестерин (ммоль/л)	0.62 ± 0.05	0.64* ± 0.005
Желчные кислоты (ммоль/л)	6.2 ± 0.45	4.6** ± 0.32
Холатхолестериновый коэффициент	8.5 ± 0.2	5.3* ± 0.3

Примечание: * – $p < 0.05$, ** – $p < 0.01$

центрация желчных кислот, как одного из основных факторов камнеобразования, также претерпела существенные изменения (6.2 мкмоль/л при 4.6 мкмоль/л – в контрольной группе ($p < 0.01$)). Индекс литогенности (холатхолестериновый коэффициент) составил 8.5 ± 0.2 , что выше показателей в контрольной группе. Таким образом, на основании проведенных исследований у больных с желчнокаменной болезнью нами установлено, что применяемая диетотерапия с использованием минеральной воды Красноустьевской источника №12 нормализует функциональное состояние печени, ее желчевыделительной функции.

Приведем одно из наших наблюдений, демонстрирующих эффективность применения методики. Больная Д., 70 лет, поступила в клинику с явлениями острого холецистита, механической желтухи. Страдала холециститом в течение 20 лет, имелись сопутствующие заболевания. В связи с неэффективностью консервативной терапии, пациентка оперирована. Произведена холецистэктомия, дренирование холедоха. В течение суток проводилась аппаратная искусственная вентиляция легких, после чего больная переведена на спонтанное дыхание. На фоне консервативной терапии (антигипоксанты, сердечные гликозиды, бронхолитики, инфузионные среды) со вторых суток начата лечебная гимнастика. Пациентка самостоятельно осуществляла сгибательные движения верхних и нижних конечностей, лежа в постели, с интервалом каждые 2 часа. Болевой синдром был не выражен. Произведено исследование желчи, поступающей по дренажу холедоха – pH-6.2, билирубин-380 мкмоль/л, холатхолестериновый коэффициент – 5.0. На 3 сутки пациентка сдвинулась в постели, начат энтеральный прием минеральной воды (100–150 мл) санатория Красноустьевск (источник №12), которую она принимала 2–4 раза в течение суток на протяжении 10–12 дней. Каких-либо диспепсических явлений не наблюдалось. Начиная с 4-х суток, про-

водилось кормление больной. В последующем, на 5–8 сутки диета соответствовала хирургическому столу 4. С 5 дня в комплексе лечебной гимнастики преобладали упражнения для мышц передней брюшной стенки, продолжительность процедур увеличена до 10 мин, при этом упражнения выполнялись как лежа, так и сидя, стоя. В последующем пациентка самостоятельно выполняла индивидуальный комплекс гигиенической гимнастики. Рана зажила первичным натяжением, швы сняты на 9-е сутки. На 12-е сутки произведено исследование желчи, поступающей по дренажу холедоха – pH-7.0, билирубин – 430 мкмоль/л, холатхолестериновый коэффициент – 7.5. Пациентка выписана на 15-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии.

Данное наблюдение подтверждает целесообразность продолжения лечения патологии, начатое со дня установления диагноза в течение нескольких месяцев после выписки из стационара, так как оперативные вмешательства при патологии органов брюшной полости не всегда приводят к быстрому излечению. Ведение подобного контингента больных в послеоперационном периоде предусматривает соблюдение гигиенического режима с использованием лечебной физкультуры, соответствующей диетотерапии с активным применением питьевых минеральных вод, назначение лекарственных препаратов и физиопроцедур.

Больные направлялись на курортную реабилитацию не ранее, чем через 12–14 дней после проведения операции при удовлетворительном общем состоянии, зажившем операционном рубце и отсутствии хирургических осложнений. Внедрение лапароскопических, других малоинвазивных технологий позволяет значительно ускорить начало санаторно-курортного лечения не только без риска для пациентов, но и с высокой медико-социальной и экономической эффективностью. Комплекс реабилитационных мероприятий на данном этапе, продолжительностью от 14 до 21 дня, включал санаторный ре-

жим, диетическое питание, питьевые минеральные воды, грязе- и бальнеолечение, физиотерапевтические процедуры, лечебную гимнастику.

Диетический рацион, составленный с учетом возникающих анатомо-физиологических изменений и сдвигов в ферментном статусе организма, может корректировать эти нарушения или обойти их. Такая диета будет способствовать усилению имеющихся адаптационных возможностей организма и формированию новых приспособительных реакций, направленных на компенсацию возникших нарушений.

Выявленные нейрогуморальные нарушения, патофизиологические изменения со стороны пищеварительной системы и метаболические сдвиги явились надежным теоретическим обоснованием для назначения дифференцированной диетической терапии. Основное целевое назначение этой диеты состоит в том, чтобы предупредить или поддержать дальнейшее уменьшение проявления патологических нейроэндокринных реакций, способствовать нормализации функционального состояния печени и желчевыводящих путей, желудка, кишечника и поджелудочной железы, а также восстановление нарушенной нейрогуморальной регуляции.

Основной особенностью разработанной диеты было то, что каждый прием пищи сочетался с обязательным употреблением минеральной воды. С целью повлиять на общий обмен организма больных после операции, уменьшить воспалительные явления слизистой оболочки пищеварительного тракта, улучшить секреторную функцию, нами применялась слабоминерализованная сульфатно-кальциевая вода источника Красноусольская №12 с минерализацией 2.6–2.8 г/л.

В соответствии с классификацией минеральных вод, вода источника №12 относится к минеральным водам без специфических компонентов (отсутствие микроэлементов йода, брома, и бора). Физиологические свойства воды оказывают положительный эффект на нормализацию биохимического состава желчи, улучшение кинетики гепатобилиарной системы, усиление активности ферментов гепатопанкреатодуоденальной зоны. Минеральная вода принималась по 150–200 мл 2–3 раза в день в подогретом виде ($t = 20–370$ °C). Время приема подбиралось больным индивидуально.

Наружное применение минеральных вод в виде ванн является одной из составных частей комплексного восстановительного лечения больных, перенесших операцию на органах брюшной

полости. Механизм физиологического воздействия минеральных ванн обеспечивается рядом факторов, среди которых большое значение имеет газовый и минеральный состав воды, температурный фактор и гидростатическое давление. Для этого использовалась минеральная вода источника №4, которая характеризуется хлоридно-натриевым составом, высокой минерализацией, слабо щелочной реакцией среды.

Данный вид вод содержит бальнеологические активные микроэлементы (йод, бром, бор). Прием ванн осуществлялся в первой половине дня, по 8–10 минут, при температуре 35–36 °C. Ванны назначали уже через 2–3 недели после операции при удовлетворительном состоянии и отсутствии общих противопоказаний к бальнеолечению.

В результате курсового приема ванн у больных уменьшились болезненные явления, наметились тенденции к нормализации функционального состояния гепатобилиарной системы. Хлоридные натриевые ванны концентрации 10–20 г/л хорошо переносятся больными, они способствуют исчезновению явлений астении, улучшению сна, уменьшению раздражительности, свойственных больным в ранние сроки после операции.

Одним из наиболее эффективных факторов для лечения больных, перенесших абдоминальную операцию, является лечебная грязь. Иловая грязь в виде аппликаций на область эпигастрия, как подтверждают результаты наших исследований, улучшает кровообращение, двигательную функцию желудка, оказывают обезболивающее, противовоспалительное, антиспастическое действие. Назначение грязелечения основывалось на его положительном влиянии, на кровоснабжение, трофику, обменные процессы организма. Красноусольская грязь по минеральному составу относится к карбонатно-силикатному типу.

Грязелечение больные чередовали с приемом минеральных ванн, через день. Температура грязи при аппликации составила 42–44 °C. Грязелечение активно совмещалось с электропроцедурами (электрофорез отжима грязи). При данном виде лечения отмечены выраженные анальгезирующий, противовоспалительный, антиспастический эффекты. При этом нами отмечено, что комбинация грязевых аппликаций с гальваническим током переносится больными значительно легче, чем грязевые аппликации, и эффективность этих процедур не уступает последним.

Наряду с основными природными факто-

Динамика основных клинико-инструментальных показателей под влиянием санаторно-курортной реабилитации

Клинико-инструментальная симеотика	до санаторного лечения	после санаторного лечения
Диспептические явления	34(21.5%)	15(9.5%)
Болевой синдром	29(18.4%)	22(13.9%)
Расстройства стула	32(20.6%)	16(10.3%)
Неврологические расстройства	55(34.8%)	21(13.3%)
Нарушения моторики ЖКТ	23(14.6%)	19(12.0%)
Увеличение СОЭ	65(41.1%)	22(13.9%)

рами, для дополнительного воздействия на патологические процессы мы применяли методы аппаратной физиотерапии (УВЧ-терапия). Назначение физиолечения проводилось дифференцировано и по показаниям.

Лечебно-оздоровительные мероприятия в санатории помимо общемедицинских, включали и психологические и социальные аспекты реабилитации.

В формировании патологических послеоперационных симптомокомплексов большое значение имеют психические факторы. В этом отношении снятие эмоционального напряжения психотерапевтическими приемами, проводимыми в санатории, оказывают огромное влияние в предупреждении болезни. Психическая реабилитация больных на принципах психотерапии, включая методы аутогенной тренировки, проведена всем пациентам, прошедшим через санаторный этап.

Благоприятные условия в природной здравнице, расположенной в живописнейшем уголке Башкортостана (охранительный режим, участие в спортивных играх, художественной самодеятельности и других культурных мероприятиях), служили прекрасным средством, отвлекающим от вредных воздействий среды (профессиональных, бытовых проблем и др.).

Как видно из табл. 4, реабилитационные мероприятия, применяемые нами на санаторно-курортном этапе после операции, статистически достоверно ($p < 0.05$) улучшают показатели всех проведенных диагностических тестов, характеризующих состояние больных.

Отдаленные результаты изучены у всех 123 больных, прошедших этап курортного лечения в сроки от 1 до 5 лет (в среднем 3 года) после операции. Оценку проводили по четырехбалльной системе на основании данных клинико-инструментального обследования. Результат считали отличным, когда полностью отсутствовала клиническая картина заболевания. Хорошие результаты характеризовались тем, что больные предъявляли какие-либо жалобы на периодически возникающие симптомы

желудочного дискомфорта и расстройства пищеварения легкой степени, но при контрольном обследовании патологических изменений со стороны органов брюшной полости у них не выявлялось. Отличные и хорошие результаты получены соответственно у 41 (33.4%) и 60 (48.8%) пациентов, все они сохраняют трудоспособность, не нуждаются в приеме медикаментов.

Группу с удовлетворительными результатами составили 19 (15.4%) больных, которые после проведенных медико-реабилитационных мероприятий отмечали улучшение состояния, но у которых оставались или возникли после операции те или иные нарушения, подтвержденные объективными методами исследования, не требующие стационарного или интенсивного амбулаторного лечения. Указанные нарушения не оказывали существенного влияния на трудоспособность, восстановленную после операции.

Неудовлетворительный результат отмечен у 3 (2.4%) больных, у которых послеоперационная реабилитация не принесла существенного улучшения самочувствия, у 2-х пациентов сохранился болевой синдром на фоне периодического обострения хронического панкреатита, и у 1 больного отмечено развития стриктуры большого дуоденального сосочка через 2 года после операции.

Таким образом, предложенные реабилитационные мероприятия после хирургического лечения ЖКБ и холецистита являются перспективным направлением гастроэнтерологической хирургии и обеспечивают высокую медико-социальную и экономическую эффективность.