

НАЗНАЧЕНИЕ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ ПОСЛЕ ГАСТРЕКТОМИИ БОЛЬНЫМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

Мелешков В.А.

Харьковская государственная академия физической культуры

Аннотация. В статье приведены современные данные о существующем методическом подходе к назначению средств лечебной физической культуры больным язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, находящихся на послеоперационном периоде реабилитации. Определены задачи, средства, формы проведения лечебной физической культуры. Разработана методика с учетом возникновения послеоперационных осложнений на послеоперационном периоде восстановительного лечения.

Ключевые слова: послеоперационный период, язвенная, желудок двенадцатиперстная кишка, упражнения.

Анотація. Мелешков В.О. Призначення лікувальної фізичної культури після гастректомії хворим виразковою хворобою шлунка й дванадцятипалої кишки, що перебувають на післяопераційному періоді реабілітації. У статті наведені сучасні дані про існуючий методичний підхід до призначення засобів лікувальної фізичної культури хворим виразковою хворобою шлунка й дванадцятипалої кишки, що перебувають на післяопераційному періоді реабілітації. Визначено завдання, засоби, форми проведення лікувальної фізичної культури. Розроблено методику з урахуванням виникнення післяопераційних ускладнень на післяопераційному періоді відбудовного лікування.

Ключові слова: післяопераційний, період, виразкова, шлунок, дванадцятипала кишка, вправи.

Annotation. Meleshkov V.A. Appointment of medical physical culture after gastrectomy sick of the stomach ulcer of a stomach and the duodenal gut, being on the postoperative period of rehabilitation. In the article modern data about the existing methodical approach to appointment of means of medical physical culture sick of the stomach ulcer of a stomach and the duodenal gut, being on the postoperative period of rehabilitation are cited. Problems, agents, forms of holding of medical physical training are defined. The procedure with the count of originating of postoperative complications on the postoperative term of regenerative treatment is developed.

Key words: postoperative, the period, ulcerative, stomach, duodenum, exercises.

Введение.

Среди хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки является наиболее частым заболеванием и поэтому представляет важнейшую проблему здравоохранения. Актуальность этой проблемы связана не только с широким распространением заболевания, но и поражением людей в наиболее активном, творческом возрасте, с временной, а нередко и стойкой потерей трудоспособности [14].

По распространенности одно из ведущих мест в мире занимает язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, так как она встречается в 5-10% случаев [2,11].

Нередко рецидивирующее течение заболевания влечет за собой угрожающие осложнения, устраняемые только хирургическим путем [11,13].

По данным статистики, этим заболеванием страдают 2-5% взрослого населения, чаще мужчины в возрасте до 50 лет. В нашей стране заболеваемость язвенной болезнью остается высокой и не имеет тенденции к снижению. Существует много факторов, участвующих в развитии язвенной болезни – нейрогенный, стрессовый, кислото-пептический, сосудистый, гормональный. Определенную роль играют наследственная предрасположенность, вредные привычки, побочные действия некоторых лекарств и др. В последние годы получены новые данные, объясняющие механизмы развития заболевания. Это, прежде всего, связано с открытием нового вида бактерий – *Helicobacter pylori* (Hp) [5,14].

В процессе течения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки возможны следующие осложнения, требующие хирургического лечения: кровотечение, перфорация, рубцовое сужение привратника, раковое перерождение, пенетрация [11].

В виду хирургического нарушения целостности брюшной стенки, после операции больного следует переориентировать на грудной тип дыхания, рекомендуя жажание послеоперационной раны. Все выполняемые физические упражнения должны быть ограниченной амплитуды и не вызывать значительного повышения внутрибрюшного давления.

До недавнего времени после операции больным с патологией брюшной полости назначали длительный лечебно-охранительный режим. Пассивный постельный режим, как было замечено, приводил к замедлению кровотока, атрофии мышц, застойным явлениям в легких и к таким серьезным осложнениям, как застойная пневмония, тромбозы глубоких вен нижних конечностей, таза, эмболии ветвей легочной артерии и нарушение перистальтики желудочно-кишечного канала [4,6,11].

Поэтому до сих пор остается актуальным поиск новых способов профилактики послеоперационных осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки путем изменения параметров и методов назначения физических упражнений при данной нозологии [1,11].

Учитывая то, что язвенная болезнь рассматривается как заболевание всего организма со сложными этиопатогенетическими механизмами, а также имеет множество осложнений, более рациональным является применение поэтапной физической реабилитации, влияющей на несколько патогенетических звеньев язвенной

болезни. Одним из основных средств физической реабилитации при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки является лечебная физическая культура. Вопросу применения лечебной физической культуры после гастрэктомии больным язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, находящихся на послеоперационном периоде реабилитации, уделено мало внимания в отечественной и зарубежной литературе, что и определило цель данной работы.

Проблема разрабатывается согласно темы Сводного плана «Научно-методические основы использования информационных технологий при подготовке специалистов физической культуры и спорта» Шифр темы: 1.2.4. Номер государственной регистрации 0106U011994. Подраздел: «Медико-биологическое обоснование комплексного подхода к физической реабилитации тренированных и нетренированных лиц с заболеваниями разных систем организма с использованием информационного моделирования».

Формулирование целей работы

Целью работы является разработать методику лечебной физической культуры после гастрэктомии больным язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, находящихся на послеоперационном периоде реабилитации, для предотвращения послеоперационных осложнений и скорейшего восстановления двигательной активности больного.

Для достижения поставленной цели решались следующие задачи:

1. Изучить современные источники специальной литературы по проблеме реабилитации больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки после хирургического вмешательства.
2. Разработать методику лечебной физической культуры после гастрэктомии больным язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, находящихся на послеоперационном периоде реабилитации.

Методы исследования – анализ современных литературных источников

Результаты исследования.

Курс восстановительного лечения при данной патологии целесообразно проводить в соответствии с клинической картиной течения болезни по следующим периодам: предоперационный, послеоперационный и постгоспитальный.

Послеоперационный период по клиническим показателям делится на ранний (2-3 дня), средний (3-4 дня: с 3-4 по 6-7 день после операции), тренировочно-восстановительный (8-10 дней: с 8 дня до выписки из стационара на 14-16 день после операции) [11].

Задачи ЛФК в раннем послеоперационном периоде: содействовать быстрейшему выведению наркотических веществ из организма; восстановить дооперационные показатели артериального давления и частоты пульса; способствовать улучшению периферического кровообращения; предупредить возникновение тромбозов; активизировать функции дыхательной системы; профилактика спаечного процесса; формирование эластичного, подвижного рубца; предупредить застойные явления в легких и ателектазы; профилактика атонии кишечника; улучшение психоэмоционального состояния больного; подготовить больного к следующему периоду лечения [7,8,11].

Для их решения после выхода больного из наркоза, обычно через 2-3 ч после операции, применяют дыхательные упражнения статического характера с акцентом на грудное дыхание, направленное на скорейшее выведение наркотических веществ из организма и активизацию дыхания. Дыхательные упражнения выполняют через каждый час, повторяя каждое 8-10 раз. Вдох через нос, выдох удлиненный – через рот. Все это делается в медленном темпе, свободно, без напряжения и задержки дыхания 6-8 раз в течение дня. В этот же день применяют физические упражнения для дистальных отделов конечностей. Очень важная задача, которая стоит перед методистом, придать больному уверенность в благоприятном исходе операции, поднять его настроение [11].

Упражнения выполняют в исходных положениях лежа, сидя с постепенным переходом в положение стоя индивидуальным методом.

На 2-й день больного переворачивают на бок для предотвращения застойных явлений в легких и послеоперационных осложнений. В момент поворота больного на бок ему делают легкий массаж – поглаживание и растирание грудной клетки и поясницы.

Больной должен самостоятельно систематически выполнять кашлевые упражнения, которые имеют важное значение в раннем послеоперационном периоде, для профилактики застойных явлений в бронхах. Кашлевые упражнения необходимо выполнять с фиксацией послеоперационного шва и нижних отделов грудной клетки. Применяют физические упражнения, направленные на улучшение периферического кровообращения в тазовых органах (приподнимание таза с опорой на локти и лопатки). Как правило, в течение первых двух дней после операции восстанавливаются до исходных величин показатели артериального давления и частоты пульса [7,12].

Со 2-3 дня после операции больной активнее выполняет упражнения, связанные с поворотом туловища, сгибанием ног в коленных и тазобедренных суставах. Это обеспечивает профилактику тромбозов, усиление вентиляции легких и улучшает условия для отхождения мокроты. Расширение двигательной активности усиливает функцию пищеварительного тракта. Упражнения для мышц туловища вызывают изменения внутрибрюшного давления, что также способствует механической стимуляции кишечника и отхождению газов. Дыхательные упражнения статического характера с акцентом на диафрагмальное дыхание улучшают кровообращение в органах брюшной полости за счет увеличения подвижности диафрагмы.

Перевод больного в положение сидя с опущенными ногами, стоя у кровати производят из положения лежа на боку. В исходном положении сидя с опущенными ногами выполняют упражнения для верхних и нижних конечностей туловища ходьбу сидя, статические и динамические дыхательные упражнения. Целесообразно постоять у кровати с помощью методиста в течение 20-30 с [11].

По данным В.И. Дубровского на 4-5 день разрешается больному сидеть со спущенными с кровати ногами и выполнять некоторые повороты туловища в стороны с небольшой амплитудой. И только на 5-8 день разрешается ходить (вначале по палате, а затем и по коридору) [2,3].

И.И. Пархотик рекомендует вставание больного на 3 день после операции и ограниченную ходьбу по палате, так как они не увеличивают внутрибрюшное давление в верхнем отделе брюшной полости и, следовательно, не представляют угрозы для швов. Само слово "вставание" является мощным психологическим фактором поднятия психо-эмоционального состояния больного, появления чувства выздоровления, эмоционального подъема. Перевод пациента в положение стоя – это профилактика осложнений, улучшение функциональной деятельности желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

К 3-4-му дню после операции больной адаптируется к физическим нагрузкам, а вставание и ограниченная (дозированная) ходьба по палате и коридору дают возможность расширить объем физической активности.

Больные продолжают в этот период заниматься надуванием резиновых игрушек и шаров, что способствует улучшению функции легких. Занятия в раннем послеоперационном периоде проводят 6-8 раз по 10-15 мин. каждое.

Из форм ЛФК применяют утреннюю гигиеническую гимнастику, занятия лечебной гимнастикой и самостоятельные занятия [8,11,12].

С 4-го дня после операции начинается средний послеоперационный период. Лечебная гимнастика в этом периоде включает физические упражнения, применяемые в раннем послеоперационном периоде, выполняемые из исходного положения лежа, к которым добавляют усложненные упражнения.

Задачи среднего операционного периода: укрепление мышц брюшного пресса; способствовать дальнейшему образованию эластичного подвижного рубца и улучшению периферического кровообращения; увеличение подвижности диафрагмы; повышение функциональных возможностей сердечно-сосудистой и дыхательной систем; профилактика осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта, профилактика нарушений осанки [4,11,12].

Для решения этих задач проводят лечебную гимнастику, используя исходное положение стоя и сидя. Исходное положение стоя значительно расширяет возможности и объем физической нагрузки больного.

В.М. Боголюбов и В.М. Мухин рекомендуют вставать и ходить по палате и коридору с 8-10 дня. В комплекс лечебной гимнастики включают активные движения для всех суставов и мышечных групп. При ходьбе следует обращать внимание на осанку больного, что способствует нормальному положению внутренних органов и растягиванию послеоперационного рубца [9,10].

И.И. Пархотик рекомендует в среднем периоде, в зависимости от общего состояния больного, назначать прогулки с 4-го дня 3-4 раза по 15 мин. по коридору, и 15-25 мин. по территории больницы.

К 6-8 дню после операции на органах, расположенных в верхнем отделе брюшной полости, больной свободно может ходить по палате, коридору и территории больницы, самостоятельно обслуживать себя. Улучшаются самочувствие, настроение, поднимается жизненный тонус, выравнивается осанка. Двигательный режим расширяется по мере улучшения клинической картины течения послеоперационного периода. Наряду с увеличением дистанции пеших прогулок включаются изометрические и изотонические гимнастические упражнения для мышц живота.

Продолжительность ЛФК до 20 мин. малогрупповым методом.

Из форм ЛФК в этот период добавляют дозированные прогулки, малоподвижные игры и элементы трудотерапии [7,8,11].

Тренировочно-восстановительный период соответствует по срокам восстановлению свободному режиму позднего послеоперационного периода по В.А. Епифанову и С.Н. Попову. Данный период продолжается до выписки больного из стационара [7,8,12].

На этом периоде решаются следующие задачи: активизация секреторной и моторной функции пищеварительного тракта больного; восстановление тонуса мышц брюшного пресса; стимуляция процессов регенерации тканей в области операционной раны; дальнейшее улучшение функциональной деятельности сердечно-сосудистой и дыхательной систем; восстановление правильной походки и осанки; подготовка больного к бытовым и производственным нагрузкам [4,10-12].

В этом периоде в процессе занятий двигательной терапией особое внимание необходимо обратить на улучшение кровоснабжения и укрепление мышц брюшного пресса; формирование эластичности и подвижности послеоперационного рубца. От трофики тканей, силы и тонуса мышц брюшного пресса во многом зависит возникновение поздних послеоперационных осложнений. Упражнения для туловища (наклоны вперед, в стороны, повороты) способствуют укреплению мышц брюшного пресса, умеренному растягиванию послеоперационного рубца, восстановлению тонуса и подвижности мышц брюшного пресса, нарушенных в связи с операционной травмой [4,11,12].

В комплексе лечебной гимнастики используют динамические и статические упражнения для всех групп мышц, суставов, конечностей туловища без и с гимнастическими снарядами, а также возле гимнастической стенки.

Больные совершают прогулки по 30 минут в пределах отделения или по территории клиники в зависимости от времени года по 3-4 раза в день. Перед выпиской из стационара прогулки составляют до 1 ч. Во время прогулок необходимо тренировать спокойный ритм дыхания с преобладанием выдоха над вдохом.

Продолжительность занятия лечебной гимнастики в данном периоде увеличивается до 30 минут и проводится малогрупповым или групповым методом.

Из форм ЛФК добавляют дозированную ходьбу, подвижные игры, трудотерапию [2,8,11].

Выводы:

1. На основании изучения и анализа источников литературы, было установлено, что использовать средства ЛФК необходимо первые дни после операции для предотвращения послеоперационных осложнений.
2. Курс восстановительного лечения при данной патологии целесообразно проводить в соответствии с клинической картиной заболевания. При этом послеоперационный период по клиническим показателям делится на ранний (2-3 дня), средний (3-4 дня: с 3-4 по 6-7 день после операции), тренировочно-восстановительный (8-10 дней: с 8 дня до выписки из стационара на 14-16 день после операции). В каждом периоде происходит постепенный переход из одного двигательного режима к другому, что очень важно для улучшения функций кардио-респираторной системы и желудочно-кишечного тракта.
3. Определены задачи, средства, формы проведения лечебной физической культуры, а также разработана методика с учетом возникновения послеоперационных осложнений на послеоперационном периоде восстановительного лечения.

Перспективным является разработка и обоснование программы физической реабилитации, которая будет включать не только лечебную физическую культуру, а также массаж, физиотерапию, диетотерапию, фитотерапию и психотерапию для больных осложненной язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки на послеоперационном этапе восстановительного лечения.

Литература

1. Григорьев П.Я., Яковенко А.В. Справочное руководство по гастроэнтерологии. 2-е издание. – М.: МИА, 2003. – 480 с.
2. Дубровский В.И. Лечебная физическая культура (кинезотерапия). Учебник для студентов – М.: Гуманит. изд. Центр. ВЛАДОС, 1998. – 378 с.
3. Дубровский В.И. Лечебная физкультура и врачебный контроль: Учебник для студентов мед. вузов. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – 598 с.
4. Епифанов В. А. Лечебная физическая культура Учебное пособие. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 560 с.
5. Ивашкин В.Т., Лапина Т.Л., Баранская Е.К., Буеверов А.О., Буклис Э.Р., Гуревич К.Г. и др. Рациональная фармакотерапия органов пищеварения: Рук. для практикующих врачей / Под общ. ред. В.Т. Ивашкина. – М.: Литтерра, 2003. – 1046 с.
6. Лечебная физическая культура в хирургии / Под ред. В.К. Добровольского. Издание 2-е, испр. и доп. – Л.: Медицина, 1976. – 248 с.
7. Лечебная физическая культура Справочник / Епифанов В.А., Мошков В.Н., Антуфьева Р.И. и др.; Под ред. В.А. Епифанова. – М.: Медицина, 1987. – С. 279-281.
8. Лечебная физкультура и врачебный контроль: Учебник / Под ред. В.А. Епифанова, Г.Л. Апанасенко. – М.: Медицина, 1990. – С. 250-253.
9. Медицинская реабилитация / Под ред. Академика РАМН профессора В.М. Боголюбова. В 3 томах. – М.: Пермь, 1998. – Т. 3 – С. 282-283.
10. Мухін В.М. Фізична реабілітація. – К.: Олімпійська література, 2005. – С. 229-231.
11. Пархотик И.И. Физическая реабилитация при заболеваниях органов брюшной полости. – Киев: Олимпийская литература, 2003. – 224 с.
12. Физическая реабилитация: Учебник / Под ред. С.Н. Попова. – Ростов-на-Дону: Феникс, 1999 – С. 391-393.
13. Шалимов А.А., Саенко В.Ф., Шалимов В.А. Пути профилактики пострезекционных осложнений в хирургии язвенной болезни. – Хирургия. – 1973. - №2. – С. 104-107.
14. Яицкий, Н.А. Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. – М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 376 с.

Поступила в редакцию 08.04.2008г.