**Л.В. Клеценко**, к.пед.н., старший викладач

**О. А. Черкас,** студентка ІІІ курсу спеціальності

«Фізична терапія, ерготерапія»,

*Полтавський національний технічний університет*

*імені Юрія Кондратюка*

**ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЙ НА ОРГАНАХ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ**

Операції на черевній порожнині складають найбільш значущу частину хірургічної активності, у світовій статистиці від 32 до 65%. Хоча сучасною тенденцією в хірургії є мінімізації операційної травми за рахунок використання лапароскопічної та ендоскопічної техніки, розробки міні доступів, частка великих лапаротомних операцій на черевній порожнині залишатиметься досить значною через радикальних операцій при новоутвореннях, ущемлених грижах, ехінококозі, панкреатиту і через гнійних ускладнень [1].

 Природно, що операції на черевній порожнині вимагають якісної реабілітації в післяопераційному періоді. Швидкість і повноцінність відновлення здоров'я хворих залежить від компенсаторної перебудови всіх органів і систем, особливо органів дихання і кровообігу. Природно, що ця перебудова не може бути досягнута тільки медикаментозною терапією. Використання методів та засобів фізичної реабілітації (лікувальної фізкультури (ЛФК), масажу, фізіотерапії, трудотерапії, дієтотерапії й ін.) максимально сприяє відновленню функцій життєво важливих систем організму, запобігає виникненню післяопераційних ускладнень, сприяє скорішому видужуванню та відновленню працездатності хворих, відновленню їхньої нормальної життєдіяльності [2]. Тому застосування реабілітаційних заходів у хворих після оперативних втручань на органах черевної порожнини є актуальним.

У медичній практиці реабілітації хворих на перитоніт переважає тенденція недооцінки важливості використання всіх можливих засобів ЛФК, масажу, фізіотерапевтичних процедур в ранньому післяопераційному періоді. Їх призначення хворим зазвичай відбувається в різні терміни після оперативного втручання і не має комплексного підходу [2].

З метою швидкого відновлення всіх функції органів і систем, вправи розпочинають через 12–16 годин після операції, з моменту відновлення свідомості після наркотичного сну, але їх початок має бути індивідуальний для кожного хворого. Проводять дихальну гімнастику, поєднуючи ЛФК, масаж, фізіотерапевтичні процедури для профілактики бронхолегеневих, гіподинамічних, тромбоемболічних ускладнень, ускладнень зі сторони післяопераційної рани і спайкової хвороби, відновлення функції кишечника, що сприяє зниженню внутрішньочеревного тиску [2].

Дихальні вправи проводять з акцентом на діафрагмальне дихання та прийоми відкашлювання, які чергуються з динамічними вправами для верхніх і нижніх кінцівок. При діафрагмальному диханні посилюється больовий синдром, що потребує щадного проведення лікувальної гімнастики. Дихання має бути вільним, без зусиль і затримки, не викликати больових відчуттів. Дихальні вправи чергують з вправами для дистальних відділів кінцівок [1, 2]. До динамічних вправ включають згинання і розгинання рук у ліктьовому суглобі, відведення рук в плечовому поясі при вдиху і приведення їх до тулуба при видиху, чим покращується екскурсія грудної клітки, збільшується вентиляція легень і попереджаються застійні явища в них. Для ніг такими вправами є почергове підтягування із згинанням в колінних суглобах без відриву п’ятки від постелі – ходьба «лежачи», повороти зігнутих ніг в сторони. При цьому скорочуються поперекові м’язи, масуючи брижу тонкого кишечника, що позитивно впливає на раннє відновлення перистальтики кишечника. Скорочення м’язів нижніх кінцівок сприяє покращенню кровотоку в них, зменшується застій у венозній системі, що попереджує тромбоемболічні ускладнення [3]. ЛФК проводять 3–4 рази в день по 5–7 хвилин індивідуальним методом.

Завданням ЛФК в ранньому післяопераційному періоді є: профілактика можливих ускладнень, формування еластичного рухомого рубця, поліпшення загального і місцевого кровообігу та лімфоутворення, підвищення психоемоційного тонусу хворого і навчання навикам самообслуговування[3].

При перитоніті в перші дні глибоке дихання можливе лише за рахунок грудних м’язів, так як відмічається високе стояння діафрагми у зв’язку з високим черевним тиском, що виникає внаслідок парезу кишечника. За даними спірометрії, при гострій хірургічній патології діафрагмальне дихання знижується на 10–20 %, а після проведення оперативного втручання ще на 10 ̶ 20 %, грудне на 5 ̶ 15 %. Відновлюється воно через 7 ̶ 10 діб після операції [3].

Тривалість оперативного втручання при перитоніті і застосування міорелаксантів в перші кілька діб викликають слабкість м’язів, а в деяких випадках відмічаються виражені м’язові болі. В таких випадках хворий робить вдих, максимально наповнюючи грудну клітку. При видиху медична сестра стискує грудну клітку хворого з обох боків з метою забезпечення максимального видиху хворим та зменшення больових відчуттів на вдиху медична сестра, або сам хворий фіксує передню черевну стінку. На другий- третій день, при зменшенні больових відчуттів, хворі проводять повне дихання. Під час вдиху хворий максимально розширює грудну клітку з одночасним випинанням передньої черевної стінки, включаючи в процес дихання діафрагму. При видиху медична сестра стискує грудну клітку з боків. Дихальну гімнастику часто поєднують з прийомами відкашлювання. Дуже важливо, щоб хворий сам приймав активну участь у проведенні процесу реабілітації [2, 3].

Комплекс вправ, їх тривалість визначається лікуючим лікарем індивідуально для кожного хворого в залежності від перебігу післяопераційного періоду, враховуючи всі фактори ризику, які наявні у хворого. Абсолютним протипоказання для заняття лікувальної гімнастики є важкий загальний стан хворого, обумовлений основним чи супутнім захворюванням; висока температура (38–39 °С); стійкий больовий синдром; анемія; небезпека кровотечі, що описано іншими авторами [2].

В заняття ЛФК включають вправи для верхніх і нижніх кінцівок, які описані вище, їх масаж, що покращує мікроциркуляцію і попереджує тромбоемболічні ускладнення. Масаж поєднують з ЛФК і проведенням інгаляції морською сіллю. У ранній післяопераційний період переважають процеси катаболізму, тобто в організмі обмежені ресурси енергозатрат [2, 3].

Відмітимо, що в перші дні після оперативного втручання фізичні можливості хворих обмежені. Наявність вираженого больового синдрому в деяких випадках веде до відмови хворих від виконання фізичних вправ. Масаж, на відміну від лікувальної фізкультури, не вимагає вольової напруги хворого і є найощадливішою формою підвищення загального тонусу організму, дає хороший клінічний ефект. 3авданнями масажу в ранньому післяопераційному періоді є загальний вплив на організм хворого, підвищення загального тонусу, поліпшення кровообігу, дихання, стимулювання регенеративних процесів і попередження ряду післяопераційних ускладнень зокрема тромбофлебітів і емболії на тлі обов’язкового застосування низькомолекулярних гепаринів. Для профілактики бронхолегеневих ускладнень у ранньому післяопераційному періоді застосовують масаж грудної клітки з елементами розтирання, погладжування, легкої вібрації, який проводять пальцями рук [3].

При перитоніті для попередження ускладнень зі сторони дихальної системи, в протоколах надання медичної допомоги, рекомендується проведення вібромасажу протягом трьох днів без уточнення кратності і тривалості. Тривалість масажу становить 5 ̶ 6 хвилини 4 ̶ 6 разів на добу з метою підтримання функцій дихальної системи. Така тривалість масажу задовільно переноситься хворими з позитивним результатом для них. Згідно рекомендації, в протоколах надання медичної допомоги, для попередження ускладнень зі сторони дихальної системи необхідно проводити аерозольну терапію протягом трьох діб шляхом інгаляції розчину соди, санації ротоглотки [1].

Проводячи реабілітацію хворих на перитоніт в ранньому післяопераційному періоді, комплекс реабілітаційних заходів повинен бути мінімальним, але достатнім для відновлення втрачених або знижених функцій. Комплекс реабілітаційних заходів не повинен перевищувати функціональні можливості хворого і забезпечити найбільшу ефективність відновлення. У зв’язку з цим на перший план виходять питання організації реабілітаційних заходів, які мають носити превентивний характер.

*Література:*

1. Гаджиев Н. Д. Влияние комбинированной озонотерапии на динамику белков острой фазы воспаления при распространенном перитоните / Н. Д. Гаджиев, М. Насиров, С. Сушков // Клінічна анатомія та оперативна хірургія. – 2012. – Т.11, № 3. – С. 36–39.
2. Дубровский В. И. Лечебная физкультура и врачебный контроль / В. И. Дубровский. – М., 2006. – 598 с.
3. Попов С. Н. Фізична реабілітація / С. Н. Попов. – Ростов-на-Дону: Фенікс, 2008. – 378 с.