

Методические принципы физической реабилитации больных с грыжами передней брюшной стенки

Национальный университет физического воспитания и спорта Украины (г. Киев)

Постановка научной проблемы и её значение. Ежегодно грыжи передней брюшной стенки диагностируются у 7 % мужчин и 2,5 % женщин планеты, то есть данную патологию имеют 510–570 млн людей [4]. Распространённость данного заболевания занимает второе место после аппендэктомии среди всех хирургических вмешательств на органах брюшной полости. Грыжи передней брюшной стенки составляют 8–20 % больных хирургических отделений общего профиля [1; 3].

Анализ последних исследований по этой проблеме. Современная герниология достигла значительных успехов в совершенствовании научных исследований, принципиально новых методов диагностики и лечения. Однако все большее значение приобретает физическая реабилитация, основными принципами которой являются постепенность, комплексный и индивидуальный подход. Это обусловлено неудовлетворенностью от применения только хирургического метода лечения, поскольку частота появления вторичных грыж достаточно высокая. Поэтому для предупреждения осложнений и рецидивов, восстановительного лечения в пред- и послеоперационном периодах широко используются средства физической реабилитации [1; 5; 6; 8].

Связь с научными программами, планами, темами. Работа выполнена согласно плана научно-исследовательской работы кафедры физической реабилитации НУФВСФУ и Сводного плана НИР в сфере физической культуры и спорта на 2006–2010 гг. Министерства Украины по делам семьи, молодёжи и спорта по теме 4.3.1. «Усовершенствование оздоровительно-реабилитационных программ профилактики и коррекции дисфункции, которые обусловлены нарушениями в разных системах организма». Номер государственной регистрации – 0106U010794.

Задача статьи – теоретическое обоснование и систематизация методических принципов физической реабилитации больных с грыжами передней брюшной стенки.

Для решения поставленной задачи использованы следующие **методы**: анализ научной и научно-методической литературы, документальных материалов; метод системного анализа.

Изложение основного материала и обоснование полученных результатов исследования. В рамках физической реабилитации больных с грыжами передней брюшной стенки необходимо использовать лечебное действие физических упражнений, массажа, физиотерапии, диетотерапии на догоспитальном, госпитальном и постгоспитальном периодах.

Цель физической реабилитации на передгоспитальном периоде – тонизирующее действие на организм больного, улучшение кровообращения и трофики тканей передней брюшной стенки, повышение тонуса и эластичности фиброзно-мышечного аппарата живота, косых и поперечных мышц живота и фасций, особенно в области грыжевого канала. На данном этапе необходимо проводить обучение больных упражнениям, которые будут применяться в ранней фазе послеоперационного периода. Для успешного проведения операции и профилактики рецидивов при небольших и среднего размера грыжах необходимо применять упражнения на укрепление мышц брюшного пресса, а у женщин – мышц тазового дна.

На догоспитальном периоде важно обучить больного произвольно управлять дыханием и откашливаться, поскольку значительное повышение внутрибрюшного давления при кашле является одной из причин появления ранних рецидивов грыжи.

Необходимо обучить больных произвольной смене статических напряжений и расслаблений мышц живота, что стимулирует перистальтику кишечника, предупреждает запоры и задержку мочеиспускания.

Комплексное применение средств физической реабилитации необходимо на фоне полноценного белкового питания с употреблением должного количества минеральных веществ; для профилактики запоров следует включить в рацион салаты с нерафинированным постным маслом.

На догоспитальном периоде ведущее значение имеют лечебная гимнастика и массаж мышц живота. Перед проведением занятий грыжевое содержимое должно быть вправлено в брюшную полость. Физическая тренировка начинается с массажа живота: поглаживания, растирания, надавли-

вания, валяния. Все массажные движения проводятся по направлению грыжевого канала и места выхода грыжи. Необходимо несколько раз в день по 2–5 мин выполнять кругообразные растирания и разминания места выхода грыжи и грыжевого канала.

Во время лечебной гимнастики следует отдавать предпочтение упражнениям изометрической направленности в исходном положении больного лёжа на спине (приподнимание туловища в положении сидя с фиксированными ногами; приподнимание и удерживание ног в течение 15–30 с; отведение ног в стороны и их приведение при сопротивлении руками методиста; притягивание ног к туловищу, сначала попеременно, затем обе, методист в это время оказывает противодействие движению; скрестные движения ног и «велосипед» в течение 15–30 с).

Хороший лечебный и укрепляющий эффект для мышц брюшного пресса достигается при применении гидропроцедур по Кнейппу: полное ежедневное обтирание и 4–5 компрессов на живот (через 2–3 ч) при температуре воды 22–25° С; возбуждающее обливание водой индифферентной температуры; обливание мышц живота и области грыжи струёй воды под давлением и последующим растиранием жёстким полотенцем; ванны с подводным массажем 1–2 раза в день, температура воды – 27–30° С, длительность 5–10 мин. Показано применение бандажа с компрессом из экстракта дубовой коры.

Ранний послеоперационный период после грыжесечения длится 1–2 дня. Физическая реабилитация в этот период должна носить опережающий характер. Задачи физической реабилитации в данном периоде – профилактика тромбоэмболических осложнений (физические упражнения в исходном положении лёжа на спине для всех суставов нижних и верхних конечностей, отсасывающий массаж ног, электростимуляция, пневмокомпрессия); предупреждения гипостатических пневмоний (статические, динамические и специальные дыхательные упражнения). Нормализация функций кишечника, снижение давления в нижнем отделе брюшной полости, уменьшение времени «газового периода» происходит за счёт пребывания больного в положении лёжа на спине с несколько приподнятым ножным концом кровати. В таком положении выполняют П-образный массаж с применением приёмов поглаживания и растирания по ходу толстого кишечника, обходя область операционной раны, физические упражнения для таза и суставов нижних конечностей в медленном темпе без напряжения и усилия 3–4 раза в день по 10–15 мин.

При благоприятном течении послеоперационного периода на 2–3 день больного поворачивают на бок, придерживая область раны рукой, и делают массаж боковых поверхностей спины. Несколько раз в день больной приподнимает таз, а к концу 2-го дня или в начале 3-го пациента из исходного положения лёжа на боку переводят в вертикальное, минуя исходное положение сидя. В положении стоя пациент вначале находится 30–40 с, затем это время увеличивается до 3–5 мин, добавляя ходьбу по палате, коридору, лестнице.

В средний послеоперационный период (3–8 дней) на занятиях лечебной гимнастикой постепенно увеличивается амплитуда, интенсивность и длительность физических нагрузок для верхних и нижних конечностей в исходном положении лёжа и стоя в сочетании со статическими и динамическими дыхательными упражнениями. Добавляются гимнастические упражнения для туловища, которые выполняются с ограниченной амплитудой. Дистанция ходьбы постепенно увеличивается до 3–5 км в день (по 1–1,5 км через каждые 4–5 ч). Во время ходьбы больному необходимо максимально выпрямиться и постоянно следить за осанкой. При благоприятном течении послеоперационного периода на 8–9 день снимают швы и пациента выписывают из стационара. В день снятия швов больной лечебной гимнастикой не занимается.

Физическая реабилитация больных с грыжами передней брюшной стенки имеет свои особенности в зависимости от локализации грыжи. Так, при неврвправимых грыжах и грыжах большого размера вопрос о назначении лечебной гимнастики и методике её применения решается в каждом отдельном случае в соответствии с клиническими данными. После операции по поводу грыж белой линии живота все упражнения, связанные с напряжением косых мышц, даются сначала (до двух нед.) только с одновременным напряжением прямых мышц живота. Это обусловлено тем, что косые мышцы вплетаются в апоневроз прямой мышцы. При расслаблении последней напряжение косых мышц увеличивает диастаз.

После хирургического лечения паховых грыж упражнения, вызывающие растягивание тканей в области оперативного вмешательства, следует выполнять очень осторожно, постепенно увеличивая амплитуду движений в тазобедренном суставе на стороне операции. Следует исключать сидячее

положение 10–12 дней, поскольку в данном положении значительная часть нагрузки от возрастающего при этом внутрибрюшного давления падает на промежность.

После операции по поводу большой грыжи белой линии живота все упражнения, связанные с сокращением косых мышц, следует выполнять в течение первых 2–3 недель с одновременным напряжением прямой мышцы живота, поскольку при расслабленной прямой мышце сокращение косых мышц, вплетающихся в её фасцию, способствует увеличению диастаза.

В поздней и отдалённой фазах послеоперационного периода наибольшее внимание уделяется упражнениям, способствующим формированию эластичных и плотных рубцов на месте пластического закрытия дефекта брюшной стенки и восстановлению дееспособности мышц брюшного пресса. В этих целях наиболее целесообразно применение исходных положений лёжа на спине. Постепенно включаются упражнения, вызывающие умеренное растягивание брюшной стенки (прогибание туловища в положении лёжа на спине, небольшие по амплитуде движения туловища назад в положении сидя и стоя, возрастающие по амплитуде отведения прямой ноги назад в положении лёжа на боку и в положении стоя). Когда при операции происходит значительное натяжение кожи, в послеоперационный период желательна стимуляция процессов её регенерационной гипертрофии. Этому способствуют упражнения, вызывающие осторожное растягивание и перемещение брюшной стенки в область оперативного вмешательства.

При пластическом замещении дефекта брюшной стенки применение физических упражнений способствует ускоренному и более полноценному приспособлению перемещённых тканей к новым функциональным требованиям. При замещении таких дефектов аллопластическими материалами физические упражнения могут стимулировать постепенное прорастание их соединительной тканью.

На постгоспитальном периоде происходит активный процесс формирования подвижного послеоперационного рубца, полное восстановление нарушенного тонуса мышц брюшного пресса, моторной и эвакуаторной функций кишечника, восстанавливаются правильная походка и осанка. Поэтому занятия лечебной гимнастикой в данный период должны состоять из гимнастических упражнений, способствующих формированию подвижного послеоперационного рубца, скорейшему восстановлению тонуса мышц брюшного пресса и эластичности фиброзных структур скелетных мышц, улучшению моторно-эвакуаторной функции кишечника, формированию правильной осанки за счёт укрепления мышц спины, подготовке к повседневным физическим нагрузкам и предстоящей трудовой деятельности. Для этого постепенно увеличиваются объём и интенсивность физических нагрузок для всех мышечных групп. Предпочтение стоит отдать физическим упражнениям, выполняемым в исходном положении лёжа, сидя, стоя, с использованием предметов (гантели, эспандеры, гимнастические палки) и на гимнастических снарядах (скамейка, гимнастическая стенка). В данный период широко применяются циклические физические упражнения (разные виды ходьбы, плавание, бег трусцой по мягкому грунту, терренкур, езда на велосипеде). Дистанцию динамических физических нагрузок в течении года увеличивают постепенно (от 3 до 10 км в день), продолжительностью 30–60 мин по 2–3 раза в день 3–5 занятий в неделю. В течении года должны быть исключены физические упражнения, способствующие разному повышению внутрибрюшного давления (висы, подтягивания, отжимания, подъём тяжестей перед собой и ношение тяжёлых предметов) [7].

Выводы и перспективы дальнейших исследований. Применение средств физической реабилитации для больных с грыжами передней брюшной стенки чётко обусловлено локализацией, размерами грыжи, а также периодом реабилитации. На основании этого обозначены главные принципы физической реабилитации больных данной нозологической группы. Перспективы дальнейших исследований заключаются в разработке программы физической реабилитации для больных после грыжесечения на постгоспитальном периоде с акцентом на индивидуальные склонности и возможности пациентов.

Список использованной литературы

1. Афанасьев С. В. Інвалідність і реабілітація хворих з ускладненнями хірургічного лікування захворювань органів травлення : монографія / С. В. Афанасьєв. – Дніпропетровськ : Пороги, 2005. – С. 110–125.
2. Григорян Р. А. Абдоминальная хирургия : в 2 т. / Р. А. Григорян. – М. : ООО «Медицинское информационное агенство», 2006. – Т. 1. – С. 58–59.
3. Кучер М. Д. Медична і соціальна реабілітація хворих після лапароскопічної герніопластики / М. Д. Кучер // Одеський медичний журнал. – 2002. – № 5. – С. 55–57.
4. Лотоцький М. І. Ковзні пахвинні грижі / М. І. Лотоцький, М. П. Павловський. – Львів : [б. в.], 2003. – С. 6–8.
5. Общая хирургия : учебник / под ред. проф. Н. А. Кузнецова. – М. : МЕДпресс-информ, 2009. – С. 95.

6. Саенко В. Ф. Актуальные проблемы современной герниологии / В. Ф. Саенко, Л. С. Белянский // Клінічна хірургія. – 2003. – № 11. – С. 3–5.
7. Физическая реабилитация при заболеваниях органов брюшной полости / И. И. Пархотик. – Киев : Олимпийская лит., 2003. – 223 с.
8. Хірургія : підручник / Б. П. Лисенко, В. Д. Шейко, С. Д. Хіміч [та ін.]: за ред. Б. П. Лисенко, В. Д. Шейко, С. Д. Хіміч. – К. : ВСВ «Медицина», 2010. – С. 377–403.

Аннотації

В статтє проанализированы методические принципы физической реабилитации больных с грыжами передней брюшной стенки, зависящие от клинико-функционального состояния пациентов. Программа физической реабилитации включает физические упражнения, массаж и физиотерапию, направленные на обеспечение необходимых условий для проведения хирургического лечения грыж: укрепление мышц брюшного пресса, подготовку больных к операции, предупреждение развития ранних и отдалённых послеоперационных осложнений. Физическая реабилитация носит опережающий характер лечебного воздействия на организм. Указаны особенности применения физических упражнений в зависимости от размера и локализации грыжи.

Ключевые слова: *грыжи передней брюшной стенки, физическая реабилитация, лечебная гимнастика, массаж, физиотерапия.*

Іван Пархотік. Методичні принципи фізичної реабілітації хворих із грижами передньої черевної стінки. *У статті проанализовано методичні принципи фізичної реабілітації хворих із грижами передньої черевної стінки, залежні від клініко-функціонального стану пацієнтів. Програма фізичної реабілітації включає фізичні вправи, масаж і фізіотерапію, спрямовані на забезпечення необхідних умов для проведення хірургічного лікування гриж: зміцнення м'язів черевного преса, підготовку хворих до операції, попередження розвитку ранніх і віддалених післяопераційних ускладнень. Фізична реабілітація носить попередній характер лікувального впливу на організм. Зазначено особливості застосування фізичних вправ залежно від розміру та локалізації грижі.*

Ключові слова: *грижі передньої черевної стінки, фізична реабілітація, лікувальна гімнастика, масаж, фізіотерапія.*

Ivan Parkhotik. Methodological Principles of Physical Rehabilitation of the ill with Abdominal Hernia. *Methodological principles of physical rehabilitation of the ill with abdominal hernia that depend on clinical and functional condition of patients are analyzed in the article. Program of physical rehabilitation includes physical exercises, massage and physiotherapy, aimed at securing of necessary conditions for conducting of surgical treatment of hernias: strengthening of muscles of peritoneal cavity, preparation of the ill to operation, prevention of the development of early and remote after-operational complications. Physical rehabilitation has prior character of medical influence on organism. There is also given information on peculiarities of applying of physical exercises depending on size and localization of hernia.*

Key words: *abdominal hernia, physical rehabilitation, therapeutic exercises, massage, physiotherapy.*