



Висновки. Безперервне зростання спортивних досягнень вимагає значного збільшення обсягу та інтенсивності тренувальних навантажень. Неправильно проведене і нераціонально дозоване фізичне навантаження може бути причиною виникнення різних передпатологічних змін, патологічних станів і привести до загострення наявних різних хронічних захворювань, або до розвитку перенапруги різних органів і систем організму. Розвиток міофасціальних порушень знижує функціональні можливості організму спортсмена, включаючи його фізичну працездатність. Міофасціальний больовий синдром також істотно підвищує ризик травм опорно-рухового апарату у спортсменів. У зв'язку з зазначеним, швидка і ефективна корекція міофасціальних порушень створює умови для зростання спортивних результатів, і підтримки адекватного рівня здоров'я спортсмена.

Список використаної літератури:

1. Белова А. Н. Шкалы, тесты и опросники в неврологии и нейрохирургии. М., 2004. 432 с.
2. Дмітрієва Н. С. Фізична терапія при захворюваннях опорно-рухового апарату у спортсменів з кульової стрільби / Молодий вчений. 2019. № 2. С. 967–371.
3. Миляев В.П. Комплексная программа физической реабилитации спортсменов при миофасциальном болевом синдроме: автореф. дис. на соискание учен. степени канд. пед. наук : спец. 13.00.04 «теория и методика физического воспитания, спортивной тренировки, оздоровительной и адаптивной физической культуры». Москва, 2015. 25 с.
4. Официальный сайт МКБ-10 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://mkb10.com/b/62>
5. Харченко Г. Д. Динамическая электронейростимуляция в реабилитации спортсменов, специализирующихся в стрельбе из лука / Молодий вчений. 2018. № 4.3. С. 39–96.

Подопригора М. О.,
Беспалова О. О.

Podoprygora M. O.,
Bespalova O. O.

PHYSICAL THERAPY OF PATIENTS AFTER APPENDICOMY

The article analyzes, summarizes and systematizes the existing approaches and results of practical experience in physical therapy of patients after appendicomy. The program of physical therapy of patients after appendicomy in the early postoperative period is scientifically substantiated.

Key words: *patient, appendicomy, physical therapy, abdominal surgery, functional state, complications.*



ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ АПЕНДИКОМІЇ

У статті проаналізовано, узагальнено та систематизовано існуючі підходи і результати практичного досвіду з питань фізичної терапії пацієнтів після апендиктомії. Науково обґрунтовано програму фізичної терапії пацієнтів після апендиктомії в ранньому післяопераційному періоді.

Ключові слова: пацієнт, апендиктомія, фізична терапія, абдомінальна хірургія, функціональний стан, ускладнення.

Постановка проблеми. Гострий апендицит є одним з найпоширеніших захворювань невідкладної хірургії. Запалення апендикса часта патологія, особливо у осіб молодого і працездатного віку. Саме тому проблема гострого апендициту в даний час залишається актуальною [7].

У високорозвинених країнах світу захворюваність гострим апендицитом складає 7–12% від загальної чисельності населення. Частота захворюваності зменшується з віком, після народження вона складає 15%, а до 50 років – всього 2%. Гострий апендицит у 75% випадків зустрічається у осіб молодше 33 років. Гострим апендицитом жінки хворіють частіше за чоловіків. В Україні на частку операцій з видалення запаленого червоподібного відростка доводиться до 50% від усіх оперативних втручань в абдомінальній хірургії, а частота летальних випадків залишається на рівні 0,05–0,3% [4].

Багато дослідників стверджують, що функціональний статус хворого після операції складається з його стану до оперативного втручання, проведеної передопераційної підготовки, виду і якості проведеної операції, відповідної реакції організму на операційну травму і наркоз [3].

Операція далеко не завжди рятує пацієнта від страждань, так як досить часто виникають післяопераційні ускладнення, в 0,5–1,1% випадків, які згодом стають причиною тривалої втрати працездатності. Аналіз даних літератури свідчить про те, що, незважаючи на активну тактику ведення пацієнтів після апендиктомії, у 20–55% прооперованих з приводу гострого апендициту через певний період часу виникають такі ускладнення як запалення легенів, тромбофлебіт глибоких вен гомілки, тромбоемболія легеневої артерії, спайковий процес в черевній порожнині, порушення перистальтики кишечника та інші ускладнення. Тому сьогодні лікування пацієнтів з хірургічними захворюваннями проводять комплексно. Медична реабілітація пацієнтів включає операцію, медикаменти та засоби фізичної терапії – кінезотерапію, масаж і фізіотерапію, яку використовують в лікарняному періоді реабілітації [2].

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Методиками реабілітаційного втручання при абдомінальних хірургічних втручаннях присвячені роботи наступних авторів – Я. М. Романенко (2013); А. В. Алекберзаде, Е. М. Липницький (2017); А. Н. Пряхін, Р. З. Газизулін, (2015) та ін.



Мета дослідження – науково обґрунтувати та розробити програму фізичної терапії пацієнтів після апендиктомії в ранньому післяопераційному періоді, що направлена на профілактику післяопераційних ускладнень.

Об'єкт дослідження – фізична терапія пацієнтів після апендиктомії.

Предмет дослідження – вплив програми фізичної терапії на рівень відновлення показників функціонального стану пацієнтів після апендиктомії.

Методи дослідження: аналіз наукової літератури, спостереження, соціологічні методи.

Викладення основного матеріалу та обґрунтування отриманих результатів. Кодування по МКХ-10: гострий апендицит (K35):

K35.0 – Гострий апендицит з генералізованим перитонітом (з проривом, розривом, розлитим перитонітом);

K35.1 – Гострий апендицит з перитоніальним абсцесом;

K35.9 – Гострий апендицит неуточнений (без прориву, розриву, перитоніального абсцесу і перитоніту) [5].

Ранній післяопераційний період після апендиктомії триває в період від моменту закінчення операції до 5 доби після хірургічного втручання.

Вивчивши загальний функціональний стан у пацієнтів основної групи і групи порівняння, нами була розроблена програма фізичної терапії пацієнтів після апендиктомії в ранньому післяопераційному періоді. Основними завданнями якої було: профілактика ускладнень (застійна пневмонія, ателектаз, атонія кишечника, тромбози, емболії); поліпшення діяльності серцево-судинної і дихальної системи; поліпшення психоемоційного стану пацієнта; профілактика спаєчного процесу; формування еластичного, рухомого рубця.

Основна ціль фізичної терапії після апендиктомії – це відновлення працездатності пацієнта і його соціально-психологічна адаптація.

Програма фізичної терапії включала комплекс кінезіотерапії з використанням максимально раннього рухового режиму в поєднанні з позиціонуванням, фізіотерапевтичними процедурами та лікувальним масажем.

Кінезотерапія. Удосконалена нами методика кінезіотерапії передбачала вже через кілька годин після операції виконання хворими дихальних вправ статистичного характеру з використанням прийомів відкашлювання і динамічних вправ для дистальних відділів кінцівок. За допомогою фізичного терапевта пацієнт виконував вправи для дистальних відділів нижніх і верхніх кінцівок, здійснював колові рухи в гомілковостопних суглобах, повторюючи кожну вправу по 3–4 рази з паузами для відпочинку.

Послідовність використання і методика застосування кінезотерапії у пацієнтів після апендиктомії починалася з відновлення фізіології дихальної системи, так як ця функція порушується практично у всіх пацієнтів, оперованих під інтубаційним наркозом – дихання у цих хворих стає поверхневим, частим і нерегулярним [6].

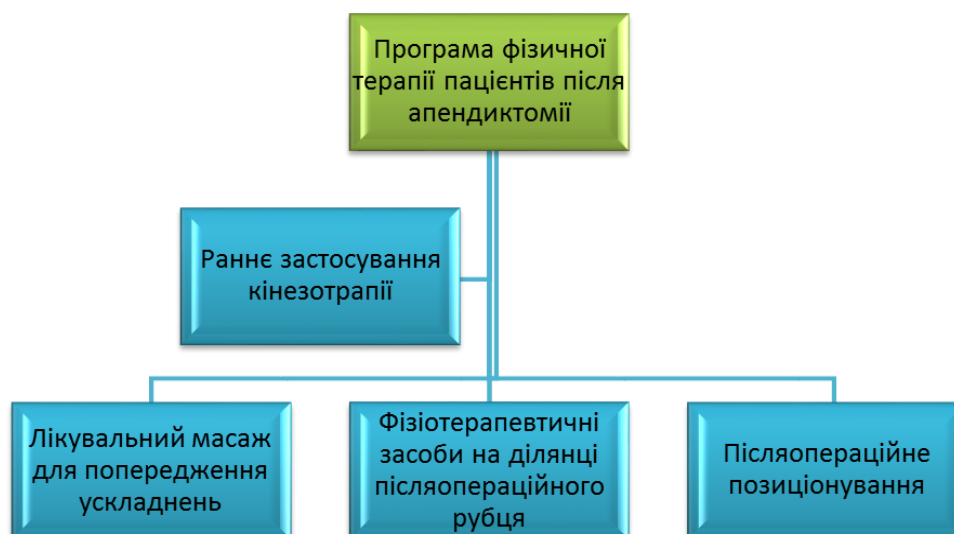


Рис. 1. Програма фізичної терапії пацієнтів після апендиктомії в ранньому післяопераційному періоді

З огляду на, що людина може вольовими зусиллями регулювати ритм і глибину дихальних рухів, пацієнт, по команді фізичного терапевта, виконував спочатку статичні дихальні вправи – до 4–5 разів, а потім, під контролем фізичного терапевта, виконував динамічні дихальні вправи – до 5–6 разів.

Потім фізичний терапевт акцентував увагу пацієнта на те, що він повинен, кожні 1,5–2 години, самостійно виконувати динамічні дихальні вправи і пояснював пацієнту, що фізичні вправи прискорюють відновлення фізіології дихальної системи.

Кожні 20–40 хвилин хворий виконував 3–4 дихання по грудному типу. Дана методика кінезотерапії проводилася 3–4 рази на день по 5–7 хвилин індивідуальним методом. Через 14–16 годин після операції хворим дозволялося сідати (3–5 разів на день). У цьому положенні хворі виконували статичні і динамічні дихальні вправи. Також їм рекомендували якомога частіше повертатися на бік. Заняття з кінезотерапії включали загальнорозвивальні вправи та спеціальні терапевтичні вправи у поєднанні з дихальними вправами статичного та динамічного характеру. Рухи виконувалися вільно, з повною амплітудою, без напруження, затримки дихання та натужування. Проведення занять чергувалось з масажем та фізіотерапевтичними процедурами враховуючи особливості денного стаціонару.

У суворому ліжковому руховому режимі проводилися статичні та дренажні дихальні вправи та відновлювали акт дихання після введення знеболюючих препаратів, застосовувались кожну год. (якщо пацієнт не спав) з метою профілактики та полегшення нудоти у разі її появи. Якщо пацієнт після хірургічного лікування спав під дією заспокійливих препаратів, то заняття розпочинали після сну, або зранку наступної доби. При виконання дихальних вправ переважали вправи для грудного типу дихання з подовженим видихом і відкашлюванням при цьому [4].



Проводили кінезотерапію – по 3–8 хв, що проводилась індивідуальним методом; заняття складалось з 5–6 терапевтичних вправ для малих м'язових груп та суглобів, кількість повторень вправ 3–5 рази у повільному темпі з неповною амплітудою рухів. До структури кінезотерапії входили 25% спеціальних терапевтичних вправ та 75 % загальнорозвивальних. Проводилося ритмічне скорочення та розслаблення м'язів промежини. Фізичне навантаження при кінезотерапії було малої інтенсивності, фізіологічна крива одновершинна з невеликим підйомом ЧСС та ЧД у основній частині заняття. Виконувались прості активні та пасивні гімнастичні вправи з поєднанням дихальних вправ, вправи на релаксацію, з паузами пасивного відпочинку у в.п. лежачи на спині, на боку, напівлежачи. Проводилось перевертання з в.п. лежачи на спині у в.п. лежачи на боку кожні 30–40 хв, з перебуванням у такому в.п. 5–10 хв.

З призначенням полегшеного рухового режиму пацієнту надають в.п. стоячи, тривалістю 30–40 с задля уникнення статичної реакції. Навантаження збільшується перебуванням у даному в.п. до 3–5 хв, додаючи ходьбу по палаті та сходами.

Кінезотерапію проводили у формі ранкової гігієнічної гімнастики по 5–7 хв., терапевтичні вправи по 8–15 хв. 1–2 рази/день, лікувальної ходьби у повільному темпі – 500 м/день.

Завдання кінезотерапії у ранньому післяопераційному періоді: поліпшення життєво важливих функцій організму (кровообігу, дихання, травлення); стимуляція процесів регенерації в ділянці втручання виникнення еластичного, рухомого рубця, профілактика спайкового процесу; зміцнення м'язів черевного преса (профілактика післяопераційних гриж); адаптація всіх систем організму до зростаючого фізичного навантаження.

Під час занять кінезотерапією застосовувались 6–8 загальнорозвивальних вправ активних полегшених, активних вільних терапевтичних вправ для дрібних та середніх м'язових груп і суглобів, кількість повторень – 6–8 разів. Комплекс кінезотерапії складався з 25 % спеціальних терапевтичних вправ та 75 % загальнорозвивальних. Застосовували ізометричні терапевтичні вправи по 2–3 сек, вправи на увагу та координацію, темп виконання повільний, амплітуда рухів неповна у в.п. лежачи на спині, лежачи на боку, стоячи. Інтенсивність фізичного навантаження мала, фізіологічна крива одновершинна, дозволяється підвищення ЧСС не більше за 12 уд/хв. порівняно зі станом спокою.

У комплекс дихальних вправ з 3–4 доби додавались вправи на діафрагмальне дихання. Дихальні вправи доповнювались вправами звукової гімнастики. Пацієнти проговорювали звукосполучення «брух», «врух», «грух», «прух» впродовж 1–2 хв. по 5–7 р/день.

Застосовували вправи з імітацією крокування по сходах за допомогою степ-платформи. Тривалість крокування визначалась мінімальною кількістю сходинок, щоб пацієнт самостійно міг дістатися до поверха, на якому розташоване житло.

Проводились статичні та динамічні дихальні вправи з переважанням грудного типу, без затримки дихання кожні 30–35 хв. Наприкінці даного рухового режиму



виконували дихальні вправи з подоланням опору, що здійснювався накладанням рук фізичного терапевта на бокові поверхні реберних дуг.

Також після відновлення фізіології дихальної системи, фізичний терапевт проводив профілактику у пацієнтів тромбофлебіту глибоких вен нижніх кінцівок і тромбоемболії легеневої артерії. З цією метою фізичний терапевт застосовував комплекс, який складався з 3-х вправ, що виконували пацієнти.

Позиціонування. Наявність функціональних ліжок у хірургічному відділенні дає змогу надавати хворим потрібного в. п. у ранньому післяопераційному періоді, що варіюється залежно від стану пацієнта та поставлених завдань.

Після апендиктомії у перші години після операції пацієнти розміщувалися у в. п. лежачи на спині. Голову повертали вбік, оскільки у ранньому післяопераційному періоді можливі регургітація та блювота; під головою розміщували низьку подушку. Після апендиктомії, що була проведена під місцевою анестезією, протягом перших двох годин головний кінець ліжка не піднімали, оскільки це знижує мозковий кровообіг. У випадках загального й спинномозкового знеболювання через ризик розвитку ортостатичної гіпотензії в. п. лежачи на спині зберігалось упродовж перших 4–6 год після оперативного втручання. У подальшому за наявності протипоказань хворим надавали Фовлеровське положення з чергуванням поворотами тулуба на правий і лівий боки кожні 30–40 хв. Для максимального розслаблення м'язів передньої черевної стінки під колінні суглоби підкладався валик діаметром 15 см.

Наступні дії фізичного терапевта в методиці проведення позиціонування складаються в профілактиці спайкового процесу в черевній порожнині. Для цього, вже наступного дня після операції, фізичний терапевт повертає хворого на бік операційної рани, а ще через день – на інший бік. Такі дії сприяють переміщенню органів черевної порожнини і запобігають утворенню в животі пацієнта спайкового процесу [3].

Лікувальний масаж застосовували як засіб поліпшення перистальтики кишечника, масажуючи живіт і оминаючи ділянку післяопераційної рани. За даного рухового режиму масаж проводився самостійно та за допомогою фахівця з фізичної терапії. У фовлеровському в.п. проводили П-подібний масаж по часовій стрілці у повільному темпі без зусилля по 10–15 хв 3–4 рази/добу. Пацієнти здійснювали самомасаж ділянки післяопераційного шва за допомогою прийомів погладження, натискання, постукування, перервної вібрації для прискорення процесів регенерації, формування рожевого еластичного післяопераційного рубця, а також із метою подолання страху перед проведенням санітарно-гігієнічних процедур. Фізичний терапевт проводив вібраційний масаж грудної клітки та сегментарно-рефлекторний масаж паравертебральних зон. Проводилося масажування грудної клітки з легкою вібрацією за наявності кашлю; прогладження живота за ходом кишок; сегментарно-рефлекторний масаж паравертебральних ділянок D7–D12, L1–L5, S1–S5; масаж верхніх та нижніх кінцівок [1].



Повороти хворого на бік дають можливість фізичному терапевту використовувати лікувальний масаж. Масаж використовують для посилення кровообігу, що запобігає застійним явищам в легенях, покращує легеневу вентиляцію, дренажну функцію бронхіального дерева, сприяє відходженню мокротиння.

Фізіотерапія. Фізіотерапевтичні процедури застосовували для пацієнтів в ранньому післяопераційному періоді досить широко, так як вони мають знеболювальний, розсмоктувальний й імуностимулюючий ефект шляхом посилення кровообігу і посилення окисно-відновних процесів в ділянці операційної рани. Застосування кріотерапії у першу добу післяопераційного періоду попереджувало розвиток кровотечі та зменшувало больовий синдром у ділянці післяопераційного шва. Дарсонвалізація та магніто-лазер ділянки післяопераційного рубця сприяла локальному покращанню кровообігу та прискорення репаративних процесів. За необхідності проводили УФО ділянки післяопераційної рани з метою ліквідації алергічної реакції на лейкопластир.

УФО (апарат «Промінь») ПЧС проводилось через день по 3–5 хв. Апарат встановлювався на відстані 40–50 см від поверхні тіла. На очі одягались захисні окуляри.

Дарсонвалізація післяопераційної рани проводилась за лабільною безконтактною методикою через повязку, впродовж 2–3 хв. Магніто-ІК-лазеротерапія проводилась чрезшкірно на ділянку рани, щодня впродовж 10 хв. Курс тривав 7–8 сеансів, потужністю у 20мВТ, 1500Hz [6].

Перспективою подальших досліджень є оцінка ефективності впливу запропонованих засобів та методів фізичної терапії на функціональний стан пацієнтів після апендиктомії.

Висновки. У процесі аналізу спеціальної науково-методичної літератури встановлено, що фізична терапія є невід'ємною та необхідною складовою частиною комплексного лікування пацієнтів після апендиктомії, що включає оперативне втручання та подальшу цілеспрямовану фізичну терапію з метою нормалізації знижених функціональних можливостей організму хворих та профілактику ранніх післяопераційних ускладнень. Значна кількість літературних джерел висвітлює етіологію, патогенез, клінічні прояви, діагностику гострого апендициту. Існуючі програми фізичної терапії хворих після апендиктомії є переважно загального характеру, що включають поодинокі методичні рекомендації та несистемне застосування засобів фізичної терапії. Тому, розробка та впровадження у клінічну практику комплексної програми фізичної терапії пацієнтів після апендиктомії в ранньому післяопераційному періоді є актуальною. Розроблена програма фізичної терапії базується на застосуванні комплексу кінезіотерапії з використанням максимально раннього рухового режиму в поєднанні з позиціонуванням, фізіотерапевтичними процедурами та лікувальним масажем. Удосконалена методика кінезіотерапії передбачала виконання хворими дихальних вправ статистичного характеру з використанням прийомів відкашлювання і динамічних вправ для дистальних відділів кінцівок. Проводився масаж грудної клітки з легкою,



прогладжування живота за ходом кишок, сегментарно-рефлекторний масаж паравертебральних ділянок. Позиціонування включало в себе розміщення пацієнта у правильному фізіологічному післяопераційному положенні на спині, для зручності виконання реабілітаційних заходів.

Список використаної літератури:

1. Алекберзаде А. В., Липницкий Е. М. Острый аппендицит: учебно-методическое пособие для студентов медицинских вузов. Москва: Изд-во ФГБОУ ВО Первый Московский государственный университет имени И.М. Сеченова. 2017. 38 с.
2. Кузин М.И. Хирургические болезни (учебник). Москва: Медицина, 2014. 992 с.
3. Мурза В. П., Мухін В. М. Фізична реабілітація в хірургії. Навчальний посібник. Київ: Науковий світ, 2008. 246 с.
4. Острый аппендицит. Клиника, лечение, осложнения»: учебно-методическое пособие для студентов V–VI курсов медицинского вуза. Краснодар, ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, 2018. 64 с.
5. Официальный сайт МКБ-10 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://mkb10.com/b/62>
6. Пархотик І. І. Фізична реабілітація при захворюваннях органів черевної порожнини. Київ: Олімпійська л-ра, 2003. 223 с.
7. Пряхин А. Н., Газизуллин Р. З. Лапароскопическая аппендэктомия. Учебное пособие для врачей. Челябинск, 2015. 64 с.

Подопригора Ю. О.,
Беспалова О. О.

Podoprygora Yu. O.,
Bespalova O. O.

PHYSICAL THERAPY OF WOMEN AFTER CESAR

The article substantiates and describes the program of physical therapy for women after cesarean section at the outpatient stage of rehabilitation, which aims to intensify the functional recovery of the musculoskeletal system of women in labor and optimize their psycho-emotional state.

Key words: *women, cesarean section, childbirth, pain, physical therapy, outpatient stage.*

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ЖІНОК ПІСЛЯ КЕСАРЕВОГО РОЗТИНУ

У статті обґрунтовано та описано програму фізичної терапії жінок після кесаревого розтину на амбулаторному етапі реабілітації, що направлена на інтенсифікацію функціонального відновлення кістково-м'язової системи породіль та оптимізації їх психоемоційного стану.