

Министерство здравоохранения Республики Беларусь

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»

Кафедра неврологии и нейрохирургии с курсами
Медицинской реабилитации и психиатрии

**МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ
ПРИ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ**

Учебно-методическая разработка по медицинской
реабилитации для студентов VI курса лечебного факультета

Гомель
2004

Министерство здравоохранения Республики Беларусь

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»

Утверждено на заседании кафедры
Кафедра неврологии и нейрохирургии
с курсами мед. реабилитации и
психиатрии
протокол № 12 от 30.08.2004 г.
Зав. кафедрой, д.м.н., профессор
_____ Латышева В.Я.

**МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ
ПРИ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ**

Учебно-методическая разработка
по медицинской реабилитации для студентов VI курса
лечебного факультета

Автор: Дробышевская В.А.
Ковальчук П.Н.
Латышева В.Я.

Гомель
2004

УДК 54.7

ББК 54.7

Рецензенты: проректор по научно-исследовательской работе, д.м.н., профессор **А.А. Калинин**, зав. кафедрой хирургических болезней № 2, д.м.н. **З.А. Дундаров**.

Дробышевская В.А., к.м.н. П.Н. Ковальчук, д.м.н. В.Я. Латышева

Учебно-методическая разработка к практическому занятию по медицинской реабилитации для врачей общей практики 6 курса лечебного факультета. Составлена в соответствии с типовой программой по медицинской реабилитации для студентов лечебно-профилактических факультетов высших медицинских учебных заведений, утвержденных Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

В разработке представлены вопросы восстановительного лечения больных, страдающих постхолецистэктомическим синдромом.

Утверждено Центральным учебным научно-методическим советом университета в качестве учебного пособия, протокол № 7 от 10.09.2004г.

© Коллектив авторов

© Гомельский государственный медицинский университет, 2004

1. Введение (актуальность темы)

Калькулезный холецистит является распространенным заболеванием часто с атипичным течением, вовлечением в патологический процесс многих органов и систем организма. За последние годы отмечен значительный рост заболеваемости калькулезным холециститом. Не менее 20% взрослого населения развитых стран страдает литиазом желчных путей. В последнее десятилетие количество больных калькулезным холециститом увеличилось в 2 раза.

Заболевание может протекать латентно в виде диспепсической, болевой, стенокардической формы, симулировать гепатит, а при прогрессировании процесса и несвоевременной диагностике и оперативном вмешательстве может привести к грозным осложнениям — водянке желчного пузыря, эмпиеме, перфорации, желчному перитониту, панкреанекрозу и др.

Параллельно росту заболеваемости калькулезным холециститом растет и количество операций на желчных путях. Однако, операции далеко не всегда избавляют больных от страдания. У 20—55% из них через тот или иной отрезок времени возникает постхолецистэктомический синдром (ПХЭС), лечение которого представляет значительные трудности в связи со сложностью патогенеза и многообразием клинических проявлений. В связи с этим, возникла проблема профилактики ПХЭС путем раннего, непосредственно после операции, восстановительного лечения больных, с применением природных курортных или физиотерапевтических факторов.

В ранние сроки после проведенной операции холецистэктомии отсутствуют клинические признаки калькулезного холецистита, явившиеся поводом для оперативного вмешательства. Вместе с тем, имеются выраженные в различной степени общая слабость, быстрая утомляемость, раздражительность, плаксивость, плохой сон. Беспокоят боли в области послеоперационного рубца при движении, кашле, быстрой ходьбе, глубоком вдохе. У части пациентов отмечаются боли в правом подреберье, изжога, отрыжка, тошнота, сухость и горечь во рту, вздутие, урчание в животе, неустойчивый стул.

Известно, что при калькулезном холецистите в наибольшей степени страдают печень и поджелудочная железа. Эти изменения сохраняются и усугубляются после проведенной операции: снижается гемодинамика печени, что приводит к гипоксии печеночных клеток и ухудшению их функции; сохраняются литогенные свойства желчи, изменяется содержание в ней микроэлементов, особенно у женщин среднего и пожилого возраста с избыточной массой тела, длительно страдающих холециститом. Такие нарушения состава желчи являются одним из факторов риска в отношении образования новых камней. В значительной степени страдает внешне — и внутрисекреторная функция поджелудочной железы. Часто отмечается сопутствующая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы и деформация луковицы 12-ти перстной кишки за счет бывшего язвенного процесса в ней, явления дуоденита, дискинезии, дуоденостаза. У 40% больных отмечается ускоренная СОЭ — от 18 до 40 мм/час.

Таким образом, оперативное вмешательство, избавляя больных от калькулезного холецистита, обуславливает появление жалоб общего характера, астении, болевого и диспепсического синдромов, нарушение функционального состояния органов пищеварения, в первую очередь печени и поджелудочной железы, а так же нейроэндокринной регуляции. Совокупность этих изменений при их дальнейшем развитии и обуславливает те жалобы, которые впоследствии трактуются в качестве ПХЭС.

По существующему положению, больные после оперативного вмешательства по поводу удаления желчного пузыря, в зависимости от состояния, являются нетрудоспособными от 1 до 2 месяцев, что ведет к значительному материальному ущербу.

Медицинскую реабилитацию (МР) больных, перенесших холецистэктомию, следует проводить непосредственно после окончания хирургического вмешательства.

Цель и задачи МР больных в ранние сроки после операции на желчных путях — ликвидация ранних послеоперационных синдромов, возможно, более полное восстановление здоровья больных, функциональной деятельности органов пищеварения, нейрогуморальной регуляции, быстрейшее восстановление работоспособности и профилактика ПХЭС.

2. Цель

Обучить студентов основам восстановительного лечения больных, перенесших холецистэктомию.

3. Задачи

Студент должен знать

— три уровня последствий болезни (органный, организменный, социальный) при ПХЭС;

— показания и противопоказания к назначению реабилитационных мероприятий у больных с ПХЭС;

— характеристику основных дезадаптирующих синдромов после операции холецистэктомии;

— виды реабилитационного потенциала (РП) после оперативного вмешательства по поводу калькулезного холецистита;

— характеристику ФК;

— анатомо-физиологические особенности строения гепато-билиарной системы;

— основную классификацию поражений желчного пузыря, основные виды диагностики, показания и противопоказания к оперативному лечению, виды хирургического вмешательства, осложнения в послеоперационном периоде;

— МР больных с ПХЭС на госпитальном, поликлиническом, санаторно-курортном и домашнем этапе.

Студент должен уметь:

- определить степень выраженности функциональных нарушений при ПХЭС согласно ФК;
- определить РП больного, страдающего ПХЭС;
- разработать индивидуальную программу реабилитации (ИПР) больного и инвалида после перенесенной операции по поводу калькулезного холецистита;
- определить последовательность и методику МР на стационарном, поликлиническом, санаторно-курортном и домашнем этапе;
- выделить клинико-реабилитационные группы;
- оценить эффективность проведенной реабилитации.

Студент должен овладеть практическими навыками:

- осмотр и обследование больного после операции холецистэктомии;
- определить основные характерные признаки ПХЭС;
- оценить клинико-лабораторные, инструментальные данные поражений желчевыводящих путей;
- установить и сформулировать развернутый клинико-функциональный диагноз;
- определить РП больного и инвалида;
- составить ИПР больного и инвалида;
- уметь оценивать эффективность выполнения ИПР.

4. Основные вопросы (план)

1. Принципы и задачи МР у больных ПХЭС.
2. Современные подходы к лечению и реабилитации ПХЭС на стационарном этапе.
3. Современные подходы к лечению и реабилитации ПХЭС на поликлиническом этапе.
4. МР больных с ПХЭС на санаторно-курортном и домашнем этапе.
5. Профилактика ПХЭС как основное реабилитационное направление, методы профилактики.
6. Составление ИПР больного и инвалида с учетом РП при ПХЭС.

5. Вспомогательные материалы по теме

- методические разработки для студентов;
- тексты лекций по МР;
- ситуационные учебные задачи и тесты для студентов при заболеваниях желчного пузыря;
- медицинская документация реабилитационного отделения поликлиники, дневного стационара, физиотерапевтического отделения;
- истории болезни больных и амбулаторные карты;

- лабораторные и данные инструментального обследования больных с желче-каменной болезнью (ЖКБ);
- таблицы, схемы, плакаты.

6. Материалы для контроля за усвоением темы:

- ситуационные задачи по МР больных с ЖКБ;
- истории болезни или тематический больной для составления ИПР и оценки эффективности ее выполнения;
- компьютерная программа для тестового контроля различных уровней сложности.

Перечень вопросов и ответов, содержащихся в программе для тестового контроля

1. При внутривенной холеграфии контрастирование желчных протоков наступает через:

- 1.1. 5 минут
- 1.2. 10 минут
- 1.3. 15 минут
- 1.4. 30 минут
- 1.5. 60 минут

2. При внутривенной холеграфии контрастирование желчного пузыря наступает через:

- 2.1. 1—5 минут
- 2.2. 5—10 минут
- 2.3. 10—15 минут
- 2.4. 30—60 минут
- 2.5. 1,5—2 часа

3. Внутривисцеральное давление с неизменным висцеральным кровотоком равно:

- 3.1. 40—60 мм вод. ст.
- 3.2. 60—80 мм вод. ст.
- 3.3. 120—200 мм вод. ст.
- 3.4. 250—300 мм вод. ст.
- 3.5. 300—400 мм вод. ст.

4. Нормальное содержание прямого билирубина в сыворотке крови от общего билирубина составляет не более:

- 4.1. 10 %
- 4.2. 25 %
- 4.3. 50 %
- 4.4. 60 %
- 4.5. 75 %

5. Внутривенная холецистохолангиография показана при:

- 5.1. холангите
- 5.2. остром холецистите
- 5.3. механической желтухе
- 5.4. спленомегалии
- 5.5. хроническом холецистите (вне обострения)

6. Механическая желтуха не возникает при:

- 6.1. стриктуре холедоха
- 6.2. стриктуре общего печеночного протока
- 6.3. стриктуре пузырного протока
- 6.4. стриктуре фатерова соска
- 6.5. холедохолитиазе

7. Больному с деструктивным холециститом (флегмона, гангрена) показана:

- 7.1. холецистэктомия в экстренном порядке
- 7.2. консервативное лечение
- 7.3. операция холецистэктомии при отсутствии эффекта от консервативного лечения
- 7.4. папилосфинктеротомия трансдуоденальная
- 7.5. папилосфинктеротомия эндоскопическая

8. Какие оптимальные сроки удаления дренажа из холедоха при осложненном течении послеоперационного периода?

- 8.1. на 4—5 сутки
- 8.2. на 8—12 сутки
- 8.3. 15—18 сутки
- 8.4. 19—20 сутки
- 8.5. на 21—28 сутки

9. Какое из исследований следует произвести перед удалением дренажа?

- 9.1. внутривенную холангиографию
- 9.2. гастродуоденоскопию
- 9.3. ретроградную эндоскопическую холангиографию
- 9.4. чрездренажную фистулографию
- 9.5. лапароскопию

10. Какова наиболее вероятная причина желтухи, возникшей после острого приступа болей в правом подреберье?

- 10.1. опухоль головки поджелудочной железы
- 10.2. инфекционный гепатит
- 10.3. стриктура фатерова соска
- 10.4. холедохолитиаз

11. Механическая желтуха при желчекаменной болезни может возникнуть при:

- 11.1. закупорке общего желчного протока
- 11.2. закупорке пузырного протока
- 11.3. закупорке общего печеночного протока
- 11.4. при всех указанных выше причинах
- 11.5. верно 1 и 3

Правильные ответы: 1.3.; 2.4; 3.3; 4.2; 5.5; 6.3; 7.1; 8.2; 9.4; 10.4; 11.5

7. Задания для самоподготовки и УИРС

1. Анатомо-физиологические особенности строения гепато-билиарной зоны, кровообращения.
2. Показания и противопоказания к хирургическому вмешательству по поводу желчекаменной болезни.
3. Виды оперативных вмешательств при калькулезном холецистите.
4. Ранние и поздние послеоперационные осложнения после холецистэктомии и их профилактика.

8. Реферат занятия

Программа МР на стационарном этапе

МР больных после операции на желчном пузыре должна начинаться в условиях хирургического стационара, где с первых дней после операции назначают соответствующий диетический режим, медикаментозные средства, бутылочные минеральные воды, лечебную физкультуру и массаж.

В послеоперационном периоде после холецистэктомии необходимо продолжить интенсивную терапию, направленную на коррекцию нарушенных метаболических процессов, и принять меры по профилактике послеоперационных осложнений.

Основу лечебных мероприятий послеоперационного периода составляет инфузионная терапия: введение 5 или 10%-ого растворов глюкозы, панангина, кокарбоксылазы, витаминов группы В, С.

Для улучшения реологического состояния крови и микроциркуляции в жизненно важных органах, назначают введение реополиглюкина (400 мл) и компламина (300—600 мг), гемодеза.

При тенденции к олигурии, которая может быть связана с функциональной недостаточностью почек, необходимо стимулировать диурез введением лазикса или маннитола.

В целях улучшения функции печени вводят сирепар или эссенциале.

Инфузионная терапия в объеме 2—2,5 л жидкости в сутки должна проводиться в течение 3—4 дней; по мере улучшения состояния и исчезновения интоксикации объем вводимой парентерально жидкости сокращают.

Профилактика нагноительных процессов в брюшной полости и операционной ране проводится в ходе самой операции и в послеоперационном периоде.

Важнейшими мероприятиями этого плана является промывание подпеченочного пространства растворами антисептиков и назначение антибиотиков широкого спектра действия.

Принимая во внимание частое снижение общей иммунологической реактивности в послеоперационном периоде, можно рекомендовать введение биостимуляторов (экстракт алоэ, пеллоидина, гумизоля, продигиозана (15—25 мкг 1 раз в неделю) и др.

Назначают препараты для улучшения обмена в печеночных клетках: витамины, кокарбоксылазу, липоевую кислоту, анаболические стероиды.

У лиц пожилого и старческого возраста принимают меры по профилактике венозных тромбозов и тромбоэмболических осложнений, которые нередко являются причинами смертельных исходов. С этой целью после операции с первых суток необходимо активизировать больного, проводить лечебную гимнастику, бинтовать ноги эластическим бинтом. Необходимо следить за состоянием системы гемостаза; при выявлении резкого гиперкоагуляционного сдвига, близкого к тромботическому состоянию, назначают антикоагулянтную терапию (гепарин по 5000 ед 4 раза в сутки внутримышечно под контролем тромбозластограммы).

Проведение в послеоперационном периоде полноценной коррекции нарушенных систем гомеостаза и подавление антибиотиками воспалительного процесса в брюшной полости играют важную роль в благоприятных исходах операции при калькулезном холецистите.

Одним из основных факторов в реабилитации больных после холецистэктомии на стационарном этапе является диетотерапия. С первых дней после операции показаны бутылочные питьевые минеральные воды. Из минеральных вод желательны назначать маломинерализованные сульфатные, кальциево-натриевые, гидрокарбонатно-хлоридные натриевые, гидрокарбонатно-натриевые: Эссентуки № 4, Смирновская, Славянская, Московская, Миргородская и др. Воды подогревают до 40—42 градусов, принимают по 1/2—3/4 стакана 3 раза в день за 40—60 мин до еды на протяжении всего времени пребывания в стационаре и продолжают в течение 3—4 недель после него.

Цель применения минеральных вод в этот период — улучшить отток желчи из печени, улучшить функцию поджелудочной железы, желудка, кишечника, повлиять на общий обмен и обмен микроэлементов, нарушения которых играют определенную роль в патогенезе желчекаменной болезни и остаются после проведенной операции.

Учитывая имеющиеся у этих больных максимальное поражение печени и поджелудочной железы, а так же часто сопутствующее поражение других органов системы пищеварения, рекомендуется диета № 5а, предусматривающая достаточное количество белка и углеводов, механически и химически щадящую пищу с резким ограничением животных жиров, экстрактивных веществ,

острых блюд и приправ. Разрешаются белые сухари, сухое печенье, некрепкий чай, свежие молочнокислые продукты, вегетарианские супы, омлет, любые каши, особенно овсяная и гречневая, овощные пюре, натуральные соки (кроме томатного), компоты, кисели, отвар шиповника. Рекомендуется частое дробное питание — прием пищи 4—5 раз в день, каждые 2,5—3 ч, желательно в одни и те же часы.

Все блюда (мясные, рыбные, овощные) готовятся только в отварном, паровом, реже тушеном виде (без добавления жира), ограничиваются продукты богатые холестерином (мозги, печень, почки, сердце, язык, яичный желток, все виды икры) и продукты, содержащие экстрактивные вещества (крепкие бульоны, мясо, рыба, овощи в жареном виде, крепкий чай, кофе). Количество соли также должно быть ограничено — 1/4 чайной ложки на весь день. Запрещаются соленья, копчености, пряности, маринады, острые закуски, консервы, жирное мясо и рыба, сдобное печенье, торты, кремы, холодные напитки, мороженое.

Примерное меню диеты № 5а

Придерживаться ее необходимо в течение 3—4 недель. Диета содержит: белков 100,0 г; жиров 80,0 г; углеводов 350,0 г; поваренной соли 8—10,0 г; свободной жидкости 1,5—2 литра. Масса суточного рациона — 3000,0 г; суточная калорийность — 2800 ккал.

Завтрак: белковый паровой омлет из 2 яиц, каша манная молочная, чай с молоком.

2-й завтрак: яблочное пюре.

Обед: суп слизистый овсяный, котлета мясная паровая, гречневая каша, компот процеженный.

Полдник: творог протертый.

Ужин: котлеты рыбные паровые, картофельное пюре, чай.

На ночь: кефир, хлеб белый 200,0 г, сахар 30,0 г, масло сливочное 20,0 г.

Далее рекомендуется щадящий вариант диеты № 5, которой надо придерживаться не менее 1,5 мес.

Примерное меню диеты № 5.

Диета содержит белков 100—110,0 г, жиров 100,0 г, углеводов 400—450,0 г, поваренной соли 8—10,0 г, жидкости до 2-х л в сутки. Масса суточного рациона до 3500,0 г, калорийность диеты до 3000 ккал.

Завтрак: сыр неострый, каша рисовая молочная, чай с молоком.

2-й завтрак: творог домашний, кисель.

Обед: суп перловый вегетарианский со сметаной, бефстроганы из отварного мяса с соусом, рассыпчатая гречневая каша, компот.

Ужин: запеканка творожная с вермишелью и сметаной, мультивитаминный сок.

На ночь: кефир.

На весь день: хлеб черный 200,0 г; хлеб белый 200,0 г; сахар 50,0 г; масло сливочное 20,0 г; масло растительное 30,0 г.

При непереносимости растительного масла следует отказаться от него. При избыточной массе тела следует ограничивать калорийность продуктов и проводить разгрузочные дни. Как правило, самочувствие больных после операции во многом зависит от того, насколько настойчиво выполняются диетологические рекомендации.

Лечебная физкультура (ЛФК) в восстановительном периоде после холецистэктомии направлена в первую очередь на укрепление мышц брюшного пресса, профилактику спаечного процесса и подготовку к нагрузкам бытового и трудового характера.

В раннем послеоперационном периоде задачами ЛФК является предупреждение возможных осложнений — пневмонии, холангита, пареза кишечника. С первого дня после операции в занятия ЛФК из исходного положения лежа включают упражнения для верхних и нижних конечностей. С 4—5 дня после операции увеличивается число упражнений на диафрагмальное и полное дыхание, для мышц туловища, передней брюшной стенки и нижних конечностей, выполняемых лежа на спине, правом боку, сидя. Вставать (опираясь вначале на спинку стула), разрешается в зависимости от состояния на 8—10 день, ходьбу по коридору и лестнице включают в комплекс упражнений по ЛФК по мере адаптации к нагрузке. С большой осторожностью следует выполнять наклоны туловища вперед во избежание послеоперационной грыжи. На область послеоперационного рубца рекомендуется накладывать поддерживающую повязку.

После выписки из стационара целесообразно продолжать занятия ЛФК в поликлинике, санатории или дома, используя терренкур, дыхательные упражнения для укрепления мышц брюшного пресса, формирования подвижного послеоперационного рубца, правильной осанки. Особое внимание следует обратить на необходимость расширения режима подвижности. Многие больные через 2—3 недели после операции испытывают значительную слабость и в связи с этим длительное время в домашних условиях находятся на постельном режиме. Такие опасения не лишены оснований, так как щадящий двигательный режим отрицательно сказывается на общем состоянии больных, ведет к детренированности их сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Поэтому рекомендуется после выписки из хирургического стационара в период реабилитации в условиях поликлиники энергично расширять свой двигательный режим — совершать прогулки, постоянно увеличивая их длительность, избегая при этом подъем и ношение тяжести.

В течение 6—12 месяцев после операции рекомендуется носить бандаж, особенно тучным людям, избегать тяжелой физической нагрузки, связанной с напряжением мышц брюшного пресса.

Массаж назначают с учетом клинических особенностей течения процесса и сопутствующих заболеваний. Применяют все приемы классического массажа: поглаживание, растирание, разминание, вибрацию. Производится массаж эпигастральной области по щадящей методике. При выраженности болевого синдрома в правом подреберье особое внимание уделяют массажу края правой реберной дуги. Используют весьма легкие приемы только поверхностно-

го поглаживания и растирания не более 5—7 мин. Заканчивают процедуру поглаживанием этих областей. Поколачивание, рубление не допускается.

Применение ЛФК и массажа оказывает общетонизирующее действие, способствует уменьшению общей слабости, быстрой утомляемости, ослаблению невротических реакций.

Программа медицинской реабилитации на санаторном этапе

В санаторий больные направляются через 2—3 недели после окончания хирургического этапа лечения, т.е. через 2—3 недели после операции.

Показания: состояние после холецистэктомии и корригирующих операций на желчных путях при удовлетворительном общем состоянии, зажившем послеоперационном рубце и отсутствии хирургических осложнений. Особенно в восстановительном лечении нуждаются больные с явлениями послеоперационной астении, диспепсическим и болевым синдромом, с выраженными изменениями функционального состояния печени и поджелудочной железы с сопутствующим гастритом, дуоденитом, грыжей пищеводного отверстия диафрагмы, колитом.

Противопоказания: незаживающий послеоперационный рубец или лигатурный свищ, резко выраженная астенизация, обострение послеоперационного панкреатита, холангита, гепатита. Не должны направляться на реабилитацию лица, имеющие общие противопоказания для применения физиотерапевтических факторов.

Комплекс реабилитационных мероприятий включает:

- диетическое питание,
- питьевые минеральные воды,
- бальнеотерапию,
- теплолечение,
- аппаратную физиотерапию;
- ЛФК;
- массаж;
- биоэлектротерапию и хромотерапию;
- иглорефлексотерапию;
- магнитотерапию;
- лазеротерапию (лазеропунктура, надвенное лазерное облучение крови);
- фитотерапия и кислородные коктейли;
- трансдуоденальный пассаж (по показаниям);
- озонотерапию.

Диетическое питание рекомендуется назначать по типу диеты № 5. Она предусматривает разнообразное питание с достаточным количеством белка, углеводов, витаминов; ограничиваются животные жиры, экстрактивные вещества, острые и жареные блюда, закуски, маринады, консервы, копчености, холодные блюда, крепкий кофе, мороженое, торты, кремы, томатный сок. Рекомендуется принимать пищу 4—5 раз в день в теплом виде.

Питьевые минеральные воды являются одним из основных элементов лечебного комплекса при реабилитации больных после холецистэктомии, являются профилактикой рецидива камнеобразования.

Воды принимают в теплом виде при температуре 40—42 градуса по 1/2—3/4—1 стакану 3 раза в день за 40—60 мин до еды. Курс питьевого лечения продолжается 21—24 дня. Используют воды из источников или бутылочные, которые в этих случаях подогревают. Лечение питьевыми минеральными водами проводится всем больным после оперативного вмешательства на желчных путях и не имеет ограничений.

С целью уменьшения астенизации, коррекции нейрогуморальной регуляции, улучшения деятельности сердечно-сосудистой системы показано применение ванн различного состава: радоновых ванн с концентрацией радона 40 нКи/л, температурой 36—37 градусов, длительностью 10—12 мин, назначают через день, всего 8—10 ванн на курс лечения; хлоридные натриевые (концентрация хлорида натрия 20 г/л), иодобромные ванны температурой 36—37 градусов, или углекислые ванны с концентрацией углекислоты 1,2 г/л, температурой 35—36 градусов. Переносимость ванн, как правило, хорошая, отрицательной реакции не наблюдается, за исключением индивидуальной непереносимости йодоброма.

Повышенная до 20—30 мм/час СОЭ, связанная с проведенной операцией и не зависящая от других причин, не является противопоказанием для физической терапии.

На санаторном этапе целесообразно назначать грязевые аппликации на область печени и правое подреберье, а так же паравертебрально справа на уровне TVI—X с продолжительностью воздействия 10—20 мин через день (можно чередовать с ваннами), на курс лечения 8—10 процедур.

Восстановительное лечение больных после холецистэктомии в условиях санатория способствует более быстрому возвращению их к труду. Более половины пациентов, прошедших санаторный этап реабилитации, приступают к работе сразу же либо в течение первой недели после нее. В последующие 2—3 года большинство больных чувствуют себя после данного этапа реабилитации практически здоровыми и не предъявляют каких-либо жалоб.

Программа медицинской реабилитации на амбулаторно-поликлиническом этапе

МР после холецистэктомии должна проводиться в условиях поликлиники, куда так же направляются больные после хирургического стационара.

Комплекс реабилитационных мероприятий включает диетическое питание, физические факторы, ЛФК, массаж, а при необходимости — медикаментозное лечение и психотерапию.

Рекомендуется диета № 5 или 5а с соответствующими коррективами, учитывающими сопутствующие заболевания органов пищеварения.

Принципы лечебного питания на поликлиническом этапе следующие: частое, дробное питание, прием пищи 4—5 раз в день в теплом виде, желательно в одни и те же часы. Пища должна содержать достаточное количество белка (нежирные сорта мяса, рыба, творог, сыр, молоко, яйца), овощей, фруктов, богатых калием — урюк, курага, изюм, чернослив. Особенно рекомендуется употреблять в пищу растительное масло (подсолнечное, оливковое, кукурузное) по 20—30 мл 2 раза в день, каши (овсяная, гречневая). Все блюда готовятся в отварном, паровом, тушеном виде (без добавления жира).

При наличии сопутствующей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, недостаточности кардии и вторичного рефлюксэзофагита необходимо ограничить прием легко всасываемых углеводов — сахара, меда, варенья, конфет, картофеля. Блюда употреблять только в разогретом виде, между основными приемами ограничить употребление жидкости и после каждого употребления пищи рекомендуется ходьба в течение 10—15 мин. Спать рекомендуется с приподнятым головным концом кровати, ужинать за 2—3 ч до сна.

При сопутствующем хроническом колите, протекающем с запорами, включают в рацион блюда из свеклы и моркови, гречневую кашу, однодневные молочнокислые продукты, чернослив, яблоки, курагу. Необходимо избегать употребление киселей, блюд из картофеля, капусты, риса. При усилении моторной функции кишечника и явлении диареи назначают диету, не содержащую свежих овощей, молока, кофе, острых блюд, сдобного теста, черного хлеба.

Диетическое питание следует соблюдать 2—3 месяца, затем можно перейти на общий стол, однако на протяжении длительного времени (около 1—1,5 года). Необходимо избегать приема жирной, жареной, острой пищи, соусов, приправ.

При наличии сопутствующего ожирения следует назначать соответствующее лечение.

При ПХЭС показан прием бутылочных минеральных вод различного химического состава. Минеральную воду назначают по 100—150 мл в теплом виде (42—44 градуса) 3 раза в день 24—30 дней. Наибольший желчегонный эффект и усиление кровообращения печени наступает в конце 1-ого и начале 2-ого часа после приема минеральной воды. В связи с этим рекомендуется употребление воды за 60 мин до приема пищи. При сопутствующих колитах, сопровождающихся диареей, воду назначают по 1/4—1/2 стакану 1—2 раза в день температурой 42—44 градуса, при этом удаляется избыток свободной углекислоты, оказывающей раздражающее действие на слизистую желудка. При явлениях кишечного стаза можно рекомендовать неподогретые минеральные воды.

Среди методов восстановительного лечения ПХЭС особое место занимает аппаратная физиотерапия.

СВЧ-терапия способствует обратному развитию воспалительных процессов, постепенному стиханию ранних послеоперационных синдромов, улучшению функционального состояния печени, физико-химического состава желчи.

СМТ-терапия влияет на изменение мембранной проницаемости, улучшает микроциркуляцию в зоне послеоперационного вмешательства, уменьшает отечность тканей, обладает выраженным болеутоляющим действием, снижает литогенные свойства желчи.

Магнитотерапия — воздействие переменным низкочастотным магнитным полем на область печени существенно улучшает гемодинамику в сторону усиления печеночного кровотока, обладает выраженным обезболивающим эффектом.

УВЧ-терапия показана при болезненности, наличии инфильтрата в области послеоперационного рубца.

Ультразвук обладает спазмолитическим и болеутоляющим действием, является фактором стимуляции механизмов адаптации и трофики.

Электрофорез с лекарственными веществами (цинк, магний). Ионы магния, в частности, оказывают на желчные пути антиспастическое влияние, ионы цинка обладают противовоспалительным эффектом.

Важную роль в комплексе реабилитационных мероприятий при ПХЭС играет фитотерапия — желчегонные чаи (холеретики). Настои лекарственных трав повышают желчсекреторную способность печени, оказывают холекинетическое действие.

Рекомендуют бессмертник в виде настоя — по 1 чайной ложке 3 раза в день или в таблетках «фламин» по 1 таблетке 3 раза в день перед едой. Курс лечения бессмертником продолжается 20—40 дней.

Широко применяют кукурузные рыльца в виде готового жидкого экстракта (по 30—40 капель 2—3 раза в день перед едой) или в виде отвара.

Отвар шиповника обладает не только желчегонным действием, но и является богатым источником витаминов. Промышленность выпускает готовый экстракт плодов шиповника под названием «холосас».

Из других желчегонных трав следует отметить барбарис обыкновенный, одуванчик лекарственный, трилистник водяной. Полезен витаминный чай в сочетании плодов шиповника и черной смородины или красной рябины.

Все больные после холецистэктомии подлежат диспансеризации как для раннего выявления неблагоприятных послеоперационных осложнений (синдром отсутствия желчного пузыря, синдром длинной культы пузырного протока, стенозирующий холангит, папиллит), так и для проведения профилактических мероприятий по снижению литогенности желчи: лечебное питание с ограничением белков и жиров растительного происхождения, лечебная физкультура, использование желчегонных средств, позволяющих сохранить нормальное насыщение желчи холестерином.

9. Список литературы

Основная

1. Закон РБ «О социальной защите инвалидов в Республике Беларусь» от 11.11.1991г.
2. «О создании системы реабилитации больных и инвалидов в РБ». Приказ МЗ РБ № 13 от 25.01.1993 г.
3. «О создании системы реабилитации больных и инвалидов в РБ». Приказ МЗ РБ № 13 от 25.01.1993 г.
4. Порядок оформления ИПР инвалидов и больных. Инструкция МЗ РБ № 02—6—2—71/3986 от 29.08.1995 г.
5. Латышева В.Я. Лекции по МР И МСЭ. Гомель, 1999. — 68 с.
6. Смычек В.Б. Основы реабилитации (курс лекций). Минск, 2000. — 132 с.
7. Сосин И.Н. Клиническая физиотерапия. Киев, «Здоров'я». 1996. С. 622.
8. Осипов Ю.С., Школенко Р.Л. Курортное лечение болезней печени и желчных путей. — Ставрополь: кн. Изд-во. — С. 27—31.
9. Ходжакулиев Г.К., Овезова Г.К. Курортные факторы в восстановительном лечении после холецистэктомии // Вопросы курортологии, физиотерапии, ЛФК. — 1986. — № 5. — С. 55—56.

Дополнительная

10. Алексеев Г.К., Бродихин В.В. Поликлиника — центральный этап восстановительного лечения // Военно-мед. Журнал. — 1995. — № 8. — С. 9—13.
11. Вальчук Э.А. Роль и место медицинской реабилитации в системе медико-социальной помощи // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. — 1995. — № 1. — С. 3—22.
12. Смычек В.К. К вопросу о новом бланке ИПР больных и инвалидов // Медицинская, социальная, профессиональная реабилитация больных и инвалидов: тез. докл. Междунар. науч.-практ. конф. — Минск. — 1996. — С. 60.
13. Смычек В.К. ИПР больных и инвалидов. // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. — 1998. — № 6. — С. 45—47.
14. Кукушкина Т.Н., Докши Ю. М., Чистякова Н.Н. Руководство по реабилитации больных, частично утративших трудоспособность. Л.: — «Медицина», 1981. — 152 с.
15. Зборовский Э.И. Концепция Государственной научно-технической программы «Предупреждение инвалидности и реабилитация больных и инвалидов». // Ахова працы. — 1996. — № 1—2. — С. 13—14.
16. Ботвинков Н.И., Яснович С.И., Яскевич Н.Н. Клиническая хирургия, Мн. Высшая школа, 1998 г. — С. 550.
17. Кузин М.И. Хирургические болезни, М. Медицина, — 1995. — С. 630.
18. Блюгер А.Ф., Новицкий И.Н. Практическая гепатология. — Рига. 1984. — С. 405.
19. Выгоднер Е.Б. Физические факторы в гастроэнтерологии. — М.: Медицина, 1987. — С. 304.
20. Шварц В.Я., Фролков В.Н., Илькова А.Л. Влияние минеральной воды на гормональную секрецию у больных после холецистэктомии. // Вопросы курортологии, физиотерапии, ЛФК. — 1991. — № 3. — С. 30—33.

Методическое пособие

**Медицинская реабилитация
при постхолецистэктомическом синдроме**

**Учебно-методическая разработка по медицинской
реабилитации для студентов VI курса лечебного факультета**

**Кафедра неврологии и нейрохирургии с курсами
Медицинской реабилитации и психиатрии**

Редактор Лайкова В. Г.

Подписано в печать 13.10.2004 г.
Формат 60×84¹/₁₆. Бумага офсетная 65 г/м². Гарнитура «Таймс»
Усл. печ. л. 1,25. Уч.-изд. л. 1,16. Тираж 65 экз. Заказ № 372

ЛИ № 02330/0133072 от 30. 04. 2004

Отпечатано на ризографе с оригинал-макета заказчика
в издательско-полиграфическом отделе
Учреждения образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
246000, г. Гомель, ул. Ланге, 5

