

УДК 615.8:616-08+618

Нежумиря О.В.¹, Присяжнюк О. А.²

¹студентка НУ «Запорізька політехніка»

²канд. хім. наук, доцент НУ «Запорізька політехніка»

ОСОБЛИВОСТІ РАНЬОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЙ НА ОРГАНАХ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ

Синдром дисфункції тазового дна супроводжується розладами нетримання сечі, дефекації та утримання калу, пролапсом тазових органів, в'ялістю піхви і гіперактивністю сечового міхура. Частота цього захворювання в жінок середнього та похилого віку становить приблизно 20-24%. Першочерговою причиною є структурні ушкодження тазового дна, викликані вагітністю та пологами, операціями, дефіцитом естрогену, все це зумовлює зміщення тазових органів і неправильне положення та порушення функції тазових органів [1].

Пролапс тазових органів виявляють у 50% жінок, які проходять плановий гінекологічний огляд. Це поширений стан серед жінок, які народжували, і він негативно впливає на якість життя в цілому, особливо на сексуальне життя та впевненість у собі. Кількість жінок із пролапсом тазових органів, імовірно, збільшиться в майбутньому. Передбачається, що у 2050 р у всьому світі вона зросте приблизно на 46%. Лише 17% хворих з нетриманням сечі звертаються за медичною допомогою.

Метою раннях реабілітаційних дій для таких пацієнтів є зменшення кількості ускладнень, досягнення повного або часткового відновлення втрачених функцій, максимальної здатності жінок вести нормальний спосіб життя.

Згідно з результатами проведеного аналізу наукових джерел, основною реабілітаційною стратегією для жінок у післяпологовий період та після операцій на органах черевної порожнини є відновлення

функції тазового дна, що складається з м'язів, сполучної тканини і нервів. Порушення виникають не лише при прямому анатомічному ушкодженні (як під час вагінальних пологів), але й при дисфункції тазового дна [2].

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 мінідostępів, частка великих лапаротомних операцій на органах черевної порожнини залишатиметься досить значною через радикальність операцій при новоутвореннях, ущемлених грижах, ехінококозі, панкреатиті і через загрозу гнійних ускладнень [3].

Природно, що операції на органах черевної порожнини 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, масажу, фізіотерапії, трудотерапії, дієтотерапії та ін.) максимально сприяє відновленню функцій життєвоважливих систем організму, запобігас виникненню післяопераційних ускладнень, сприяє скорішому одужанню та відновленню працездатності хворих, відновленню їхньої нормальної життєдіяльності. Тому застосування реабілітаційних заходів у хворих після оперативних втручань на органах черевної порожнини є актуальним.

У медичній практиці для реабілітація хворих після перенесених операцій черевної порожнини переважає тенденція недооцінки важливості використання всіх можливих засобів фізичної терапії, масажу в ранньому післяопераційному періоді. Їх призначення хворим зазвичай відбувається в різні терміни після оперативного втручання і не має комплексного підходу [4].

З метою швидкого відновлення всіх функцій 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. Необхідно проводити дихальну гімнастику, поєднуючи її з терапевтичними вправами, масажем, фізіотерапевтичними процедурами для профілактики бронхолегеневих, гіподинамічних, тромбоемболічних ускладнень, ускладнень зі сторони післяопераційної рани і спайкової хвороби, відновлення функції кишечника, що сприяє зниженню внутрішньочеревного тиску [4].

Доведено, що помірна фізична активність сприяє підтримці скоротливої здатності м'язів, прискорює оновлення такої важливої складової частини сполучної тканини як колаген.

Тактичними завданням фізичної терапії в ранньому післяопераційному періоді є: профілактика можливих ускладнень, формування еластичного рухомого рубця, поліпшення загального і місцевого кровообігу та лімфоутворення, підвищення психоемоційного тону хворого і навчання навикам самообслуговування. В арсеналі фізичної терапії є цілий ряд засобів, які мають обов'язково входити в програми раннього відновлення пацієнтів:

- рекомендується вставати та ходити максимально рано після оперативного втручання. Максимально рано – це, як правило, в першу добу. Зрозуміло, не треба робити 10000 кроків. Це може бути кілька кроків уздовж ліжка або в палаті/коридорі – відповідно до стану пацієнта;

- дихальні вправи проводять з акцентом на діафрагмальне дихання та прийоми відкашлювання, які чергуються з динамічними вправами для верхніх і нижніх кінцівок. Навіть за низької рухової активності та при загальній слабкості, можна і потрібно виконувати прості вправи лежачи на кушетці: діафрагмальне дихання поєднувати з динамічними дихальними вправами з залученням верхніх кінцівок (вдих - руки вгору та за голову, видих – вихідне положення);

- суглобова гімнастика для рук і ніг (пропонується кілька кругових рухів у гомілковостопних та променезап'ясних суглобах);

- почергове напруження та розслаблення великих м'язів (наприклад, лежачи - напруження та розслаблення сідниць);

- зміна положень: лежачи на боці, на спині, сидячи, на животі (з дозволу лікаря);

- легкі малоамплітудні рухи (наприклад, передній/задній нахил тазу та «тазовий годинник»);

- лежачи на спині, зігнути ноги в колінах і повільно перекочувати таз: вдих - прогнути попереk, спрямовуючи куприк вниз, видих - повернути попереk вниз, спрямовуючи куприк вгору. Рухи повільні, без ривків.

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. [3].

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 і згинання ніг в колінних суглобах без відриву п'ят від ліжка – «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].

Лікувальну фізкультуру проводять 3–4 рази на день по 5–7 хвилин індивідуальним методом [3].

Розроблені спеціальні вправи для тренування м'язів тазового дна дозволяють ефективно їх зміцнювати, запобігаючи розвитку функціональних і дисфункціональних розладів тазових органів. Причому, чим раніше виявлено дисфункцію тазових органів і розпочато реабілітацію для відновлення функції, тим більш значних результатів можна досягнути.

Аналіз літератури показав, що ефективність проведення тренування м'язів тазового дна може становити 78–85%. Навантаження повинні бути дозованими, оскільки надмірні фізичні навантаження, підвищуючи внутрішньочеревний тиск, видавлюють органи черевної порожнини через слабкі місця тазової діафрагми [4, 5].

Комплексна фізична терапія м'язів тазового дна – це програма функціонального тренування для покращення сили м'язів, витривалості, потужності та розслаблення. На підставі наявних доказів фізична терапія з додатковими методами чи без них може послабити або вилікувати симптоми нетримання сечі, калу, пролапсу тазових органів, дисфункції тазового дна після пологів, а також гіпертонічні розлади тазового дна, зокрема міофасціальний біль у тазовому дні. Незважаючи на певну неструктурованість клінічних досліджень, тренування м'язів тазового дна показує обнадійливі результати. Більшість досліджень демонструє позитивний вплив тренування м'язів тазового дна в перед- та післяпологовий періоди та після операцій черевної порожнини на профілактику дисфункції тазового дна, зокрема, при симптомах нетримання сечі. Подальші високоякісні, стандартизовані і тривалі дослідження з використанням засобів фізичної терапії змогли б довести доцільність ранньої реабілітації для більшості розладів тазового дна [5].

Висновки. Тренування м'язів тазового дна після пологів та операцій на черевній порожнині показало, що реабілітація пацієнток із дисфункцією тазового дна може прискорити відновлення стану

післяпологової вагіни та еластичності м'язів тазового дна, має хороший ефект для профілактики і лікування післяпологового вагінального пролапсу, нетримання сечі та інших розладів тазового дна. Поступове нарощування рухової активності та індивідуально підібрані терапевтичні вправи допомагають швидше відновитися, уникнути ускладнень, пов'язаних з порушенням кровообігу та профілактують спайковий процес.

Список використаних джерел:

1. Mert Karadas M., Terzioglu F. The impact of the using high-fidelity simulation and standardized patients to management of postpartum hemorrhage in undergraduate nursing students: a randomized controlled study in Turkey. *Health Care for Women International*. 2019, 40(5). P. 597-612.

2. Jundt K., Peschers U., Kentenich H. The investigation and treatment of female pelvic floor dysfunction. *Deutsch Arztebl. Int.* 2015, Aug. 17. Vol. 112 (33-34). P.564-574.

3. Вакулєнко Л.О., Клапчук В.В. Основи реабілітації, фізичної терапії, ерготерапії./ 2021,145-149с.

4. Hagen S., Stark D. Glazener C. et al. Individualised pelvic floor muscle training in women with pelvic organ prolapse (POPPY): a multicenter randomized controlled trial. POPPY Trial Collaborators. *Lancet*, 2014. Mar 1. P. 383 (9919).

5. Celiker O., Ergenoglu A.M., Yeniel A.O. et al. Does pelvic floor muscle training abolish symptoms of urinary incontinence? A randomized controlled trial. *Clin. Rehabil*, 2015. Jun. Vol. 29 (6). P. 52537. DOI 10.1177/0269215514546768.

6. Wallace S. L, Miller L. D., Mishra K. Pelvic floor physical therapy in the treatment of pelvic floor dysfunction in women. *Curr. Opin Obstet. Gynecol.*, 2019. Dec.31 (6). P. 485-493. DOI 10.1097/GCO.0000000000000584.