**Електронні навчально-методичні видання у вигляді збірників («хрестоматій») статей та уривків з наукових видань, які є об’єктом вивчення в рамках навчальних дисциплін відповідно до затвердженої навчальної програми підготовки бакалаврів і магістрів** (згідно з розпорядженням Науково-дослідної частини № 03-21 від 05.05. 2017 р.

Дисципліна : Фізична терапія в хірургії

Кафедра / факультет / кафедра фізичної терапії, ерготерапії

Викладач доц.. Герич Р.П.

Е- mаіl gerych r@gmail.com

Список наукових текстів (до 10 позицій), що включені у збірник текстів для самостійної роботи студента («хрестоматію) і електронні версії яких додаються:

**Лекція 1**

**Основи загальної хірургії**

**План лекції:**

**1.Загальні питання термінології та організації медичної допомоги.**

**2. Амбулаторно-поліклінічна допомога.**

**3. Стаціонарна допомога.**

**4. Спеціалізована допомога.**

**5. Перебіг післяопераційного періоду.**

1. ***Медична допомога*** - комплекс медичних заходів, спрямованих на лікування пацієнта у випадку загрозийого життю та здоров'ю, що виконуються професійно підготовленими фахівцями, які мають не цеправо відповідно до існуючого законодавства.

2. ***Хірургічна допомога*** (допомога хворим із хірургічними захворюваннями) є одним із найбільш «вагомих видів медичної допомоги, що пояснюється низкою факторів:

- поширеністю хірургічних захворювань, вроджених вад розвитку і придбаних патологічних станів;

- постійним зростанням кількості травматичних ушкоджень у промислово розвинених країнах;

- необхідністю в багатьох випадках термінового надання допомоги для врятування життя хворого;

- збільшеними можливостями хірургії в лікуванні різних захворювань;

- швидким розвитком реконструктивно-відновної хірургії і трансплантології, малоінвазивної хірургії.

3. Медична допомога населенню України,у тому числі і хірургічна, організаційно базується на:

- територіальному принципі;

- етапності надання допомоги з підпорядкуванням нижчого етапу вищому;

- максимальному наближенні медичної допомоги до місця проживання хворого.

**4. Види хірургічної допомоги.**

**A)** *За часом надання допомоги:*

- ***екстрена (невідкладна***), яка необхідна хворим із гострими хірургічними захворюваннями і травмами;

- ***планова***, яка надається хворим із хронічною патологією.

**Б)** *За видом допомоги:*

- долікарська (первинна медична допомога);

- загальнохірургічна (кваліфікована) допомога;

- спеціалізована хірургічна допомога.

B) За *місцем надання допомоги:*

- амбулаторно-поліклінічна допомога;

- стаціонарна допомога.

**5. Обсяг хірургічної допомоги залежить від типу лікувальної установи.**

**A) ФАП** (фельдшерсько-акушерський пункт) - екстрена і невідкладна долікарська допомога.

**Б) Дільнична лікарня, поліклініка** - екстрена і невідкладна допомога при гострих хірургічних захворюваннях.

**B) Районна лікарня:**

**а)** термінова і невідкладна допомога при гострих хірургічних захворюваннях;

б) планова хірургічна допомога при найпоширеніших хірургічних захворюваннях.

**Г) Обласні та міські лікарні:**

**а)** екстрена, невідкладна і планова загальнохірургічна допомога;

**б)** спеціалізована хірургічна допомога (урологічна, проктологічна, онкологічна і т. п.).

**Д) Наукові установи хірургічного профілю та спеціалізовані центри системи АМН України і МОЗ України:**

**а)** консультативна допомога хворим відповідно до профілю;

**б)** високоспеціалізована хірургічна допомога відповідно до профілю. '

***Амбулаторно-поліклінічна допомога***

**1. Вид хірургічної допомоги за своєю суттю є** ***кваліфікованою*** **хірургічною допомогою і включає:**

- надання невідкладної допомоги і лікування хворих із травмами та захворюваннями, при яких не потрібна госпіталізація;

- обстеження, встановлення попереднього діагнозу та вирішення організаційно-тактичних питань (куди направити хворого, яким видом транспорту перевозити, яке лікування проводити в період транспортування і т.п.) при захворюваннях та ушкодженнях, що вимагають стаціонарного лікування;

- диспансерне спостереження та обстеження певної категорії хворих;

- проведення санітарно-просвітньої роботи, спрямованої на профілактику, раннє виявлення і лікування хірургічних захворювань.

***Стаціонарна допомога***

**1**. Стаціонарна хірургічна допомога підрозділяється на ***загальнохірургічну і спеціалізовану.***

**А) *Загальнохірургічна*** кваліфікована допомога надається хворим у хірургічних відділеннях районних, міських та обласних лікарень:

- при гострих хірургічних захворюваннях органів черевної порожнини (гострий апендицит, гострий холецистит, перфоративна виразка шлунка і дванадцятипалої кишки, кишкова непрохідність і т. п.);

- при найпоширеніших хронічних хірургічних захворюваннях (грижі, хронічний калькульозний холецистит, доброякісні пухлини і т. п.);

- при травмах м'яких тканин, черевної та грудної порожнини;

- при гострих і хронічних гнійних процесах і таке інше.

**Б) *Спеціалізована хірургічна допомога.***

Швидкий розвиток хірургічної науки і практики за останні 50-60 років привів до того, що в організмі людини практично не залишилося органів і систем, які були б недоступні скальпелю хірурга. Це зробило неможливим оволодіння однією людиною всім арсеналом сучасних методів діагностики та оперативного лікування хірургічних захворювань і зумовило необхідність диференційованого розподілу ***(спеціалізації)*** хірургії на окремі дисципліни та розділи.

В окремі дисципліни виділилися:

-*торакальнахірургія*(хірургія легенів, бронхів,стравоходу);

-*кардіохірургія*(лікування вроджених і набутих захворювань серця, це в першу відноситься д патології клапанного апарату серця та отворів порожнини серця, стентування і шунтування коронарних судин);

-*нейрохірургія*(лікування захворювань і травм головного та спинного мозку);

- *судинна хірургія*(лікування захворювань артерій і вен);

-*хірургічна ендокринологія*(лікування патології щитоподібної, прищитоподібних і надниркових залоз, вилочкової залози тощо);

-*комбустіологія*(лікування опіків та їх наслідків);

-*проктологія*(лікування захворювань ободової і прямої кишок тощо).

В усіх обласних та великих міських лікарнях є спеціалізовані хірургічні відділення по всіх основних розділах хірургії: торакальне, нейрохірургічне, проктологічне, судинне, опікове, гнійно-септичної хірургії, щелепно-лицьової хірургії тощо.

В останні 25-30 років у великих містах і промислових центрах України створено спеціалізовані лікарні невідкладної хірургічної допомоги, у структурі яких є хірургічні відділення з основних напрямків невідкладної хірургії: нейрохірургічне, судинне, відділення гастродуоденальних кровотеч, політравми. Завдяки створенню таких лікарень і концентрації в них висококваліфікованих хірургів різного напрямку істотно покращилась допомога хворим на гостру хірургічну патологію.

Процес диференціації хірургії триває і зараз, виділяються в окремі види хірургічної допомоги *герніологія*(лікування гриж), *хірургічна геронтологія*(лікування хворих літнього і старечого віку), *відеоендоскопічна хірургія, ендоваскулярна хірургія.*

Значну роль у розвитку спеціалізованої хірургічної допомоги відіграють хірургічні клініки ме­дичних університетів і академій України, науково-дослідні інститути хірургічного профілю, респуб­ліканські науково-практичні центри, в яких розробляються сучасні методи діагностики, лікування та профілактики захворювань і травм певних органів і систем:

- Інститут хірургії і трансплантології АМН України (м.Київ);

- Інститут нейрохірургії ім. А.П.Ромоданова АМН України (м.Київ);

- Київський науково-дослідний інститут серцево-судинної хірургії ім. М.М. Амосова АМН України;

- Харківський інститут загальної та невідкладної хірургії АМН України;

- Інститут гастроентерології АМН України (м. Дніпропетровськ);

- Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів

і тканин МОЗ України та інші.

Спеціалізована хірургічна допомога, будучи високоефективною, у той же час потребує великих матеріальних витрат на сучасне обладнання та дорогі медикаменти. Тому навіть у найбільш економічно розвинених країнах існування її не може бути забезпечене лише державним фінансуванням.

У наш час в Україні, у зв'язку з реформуванням економічних відносин взагалі і в медицині зокрема, розробляються підходи до втілення страхової медицини, впроваджуються недержавні форми власності в єдиному медичному просторі держави.

**Загальні питання та термінологія в хірургії, періоди хірургічного лікування**

**1. Визначення:** Хірургічна операція - безкровна або кривава дія на органи й тканини, яка здійснюється фізичними (механічними) засобами з діагностичною або лікувальною метою.

**А) *Криваві операції*** - містять у своєму складі будь-які за обсягом розсічення, проколи або порушення цілісності тканин організму.

**Б) *Безкровні операції*** - не потребують розсічення тканин або проникнення у них (вправлення вивиху).

**2. Мета хірургічного втручання:**

**А) *Діагностична операція*** - виконується для уточнення діагнозу (пункції, ангіографія, деякі ендоскопічні операції).

**Б) *Лікувальна операція*** - виконується з метою видалення патологічного вогнища або усунення симптомів хвороби:

**а)** *радикальна операція*- усуває причину захворювання;

**б)** *паліативна операція*- операція, при якій патологічне вогнище не видаляється або вида­ляється нерадикально;

**в)** *симптоматична операція*- операція, при якій патологічне вогнище не видаляється або видаляється нерадикально, але створюються умови для функціонування ураженої системи за рахунок ліквідації деяких симптомів захворювання;

**г)** *пробна операція*- видалення патологічного вогнища неможливе, а показань до симптоматичного втручання немає.

**3. Показання до операції:**

**А) *Абсолютні показання -*** операція, яка проводиться у зв'язку з ускладненням захворювання, що загрожує життю хворого.

**Б) *Відносні показання*** *-*операція, що проводиться для поліпшення якості життя хворого, спрямована на корекцію наявних органічних порушень і сприяє запобіганню розвитку життєзагрожуючих ускладнень захворювання.

**4. Види оперативних втручань:**

**А) Невідкладна (ургентна) операція:**

**а)** *екстрена операція* ***-*** проводиться як реанімаційний захід протягом 2 годин після надходження хворого в лікувальну установу;

**б)** *термінова операція* ***-*** проводиться протягом 2-24 годин із моменту надходження хворого до стаціонару як у нічний, так і в денний час, при явищах наростання деструктивних змін в організмі, рецидиві кровотечі або погіршенні стану хворого, що проявляється поліорганною недостатністю і такою, що не коригується медикаментозними чи іншими методами;

**в)** *відстрочена операція*- проводиться у денний час протягом 24-72 годин із моменту над­ходження, як правило, у хворих, яким була показана термінова операція, але вони від неї відмовлялися, або була потрібна тривала медикаментозна підготовка і стан хворих дозволяв це робити.

**Б) Планова операція:**

**а)** *рання планова операція*- проводиться на 5 - 7 день після надходження хворого до стаціонару, коли внаслідок неефективності проведеної терапії має місце прогресування патологічного процесу, що вимагає операції за абсолютними показаннями, або внаслідок проведеного лікування настає компенсація в стані хворого, але є абсолютні показання до операції;

**б)** *планова операція*- операція, що може бути виконана в будь-який час після ретельного обстеження за відносними або абсолютними показаннями.

**5. Різновиди оперативних втручань:**

**A) За обсягом операції:**

**а)** *симультанна (сполучена) операція*- виконується одночасно на двох або більше органах із приводу різних захворювань;

**б)** *розширена операція*- виконання оперативного втручання одночасно на двох або більше органах із приводу одного захворювання.

**Б) За кратністю виконання:**

**а)** *первинна операція* ***-*** виконується вперше із приводу даного захворювання;

**б)** *повторна операція*- виконується з приводу післяопераційного ускладнення;

**в)** *етапна операція*- оперативні втручання, які виконуються послідовно з метою корекції однієї патології, коли в один етап виконати корекцію неможливо через стан хворого, або при необхідності застосування різних технологій, що не поєднуються в одне оперативне втру­чання.

**B) За ступенем інфікування тканин:**

**а)** клас 1 - **"чисті" операції**

- планові первинні операції без розкриття просвіту внутрішніх органів (планові грижовисічення, венектомія, резекція щитоподібної залози, резекція молочної залози та інші);

**б)** клас 2 - **"умовно чисті" операції**

- операції з розкриттям просвіту порожнистого органа, в якому можлива наявність мікроорганізмів (планова холецистектомія, екстирпація матки), повторні операції з можливою "дрімаючою" інфекцією ("дрімаюча" інфекція в рубцях);\

**в)** клас 3 - **"забруднені" (контаміновані) операції**

- операції на контамінованих мікрофлорою органах і в умовах негнійного запалення органів (ургентна холецистектомія, апендектомія при флегмонозному або гангренозному ура­женні червоподібного відростка);

**г)** клас 4 - **"брудні" (або інфіковані) операції**

- операції, які проводяться в умовах гнійного ураження органів і порожнин (гнійний перитоніт, емпієма плеври).

**Г) Особливі форми оперативних втручань:**

**а)** *мініінвазивні операції*(із застосуванням ендоскопічної техніки, операції під контролем рентгенологічного, ультразвукового обладнання);

**б)** *мікрохірургічні операції*(із застосуванням оптичних пристроїв);

**в)** *ендоваскулярні операції*(із застосуванням рентгенвізуалізуючих пристроїв);

**г)** *органозберігаючі операції*(при виконанні операції повністю зберігається орган, на якому вона проводиться);

**д)** *органощадні операції*(при виконанні операції не видаляється або видаляється лише невелика частина органа).

**Використана література:**

1.Ковальчук Л.Я. Невідкладна хірургія.- Тернопіль: Укрмедкнига, 2000.- 286 с.

2. Ковальчук Л.Я. Шпитальна хірургія.- Тернопіль, 1999.

3. Ковальчук Л.Я., Поліщук В.М., Велігоцький М.М. та інші. Вибір методів хірургічного лікування гастродуоденальних виразок (патофізіологічне обгрунтування та ендоскопічні критерії).- Тернопіль - Рівне, Укрмедкнига, 1997.

4. Ковальчук Л.Я., Поліщук В.М., Ничитайло М.Ю., Ковальчук О.Л. Лапароскопічна хірургія.- Тернопіль - Рівне, 1997.

5. Ковальчук Л.Я., Спіженко Ю.П., Саєнко В.Ф., Книшов Г.В., Ничитайло М.Ю. та ін. Клінічна хірургія (у 2-х томах) /Керівництво/.- Укрмедкнига, 1999.

6. Кованов В.В. Оперативная хирургия и топографическая анатомия.- М.: Медицина, 1995.

7. Экстренная хирургия желчных путей. Под ред. Кондратенка П.Г.- Донецк, Лебедь, 2005.

**Лекція 2**

Фізична реабілітація у хірургії.

План:

1.Класифікація захворювань та ушкоджень, що вимагають оперативного лікування

2.Механізми лікувальної дії засобів фізичної реабілітації при захворюваннях й ушкодженнях органів, що вимагають оперативного лікування

3.Завдання, засоби та методика лікувальної фізичної культури, масажу та фізіотерапії при захворюваннях внутрішніх органів, що вимагають оперативного лікування у передопераційний та післяопераційний період лікування

**ВСТУП**

Останнім часом у медицині все більше стверджується реабілітаційний напрям, стрижнем якого є етапне, відновне комплексне лікування захворювань і ушкоджень. У цьому процесі провідну роль відіграє фізична реабілітація. Вона поліпшує якість лікування, запобігає можливим ускладненням при різних захворюваннях і травмах, прискорює відновлення функцій органів і систем, тренує і загартовує організм, повертає працездатність, зменшує ймовірність інвалідизації. У випадках інвалідності фізична реабілітація допомагає хворому розвинути навички самообслуговування, професійно перекваліфікуватися, виробити постійні компенсації при незворотних змінах, пристосуватися до життя у нових умовах, що створилися внаслідок хвороби або травми. 1. Класифікація захворювань та ушкоджень, що вимагають оперативного лікування Хірургічне лікування проводять на органах грудної та черевної порожнин, органах малого тазу. Внутрішньогрудні операції проводять у разі важких захворювань і ушкоджень життєво важливих органів грудної порожнини. Хірургічне втручання показане при хронічних процесах нагноювання у легенях, тяжких формах туберкульозу, злоякісних пухлинах і зводяться до видалення уражених тканин, сегмента, долі або всієї легені. Оперативно лікують уроджені і набуті вади серця, ішемічну хворобу серця та ін. Суть хірургічного втручання на серці: розширення клапанних отворів, зашивання дефектів у перегородках, штучне протезування клапанів і судин. Операції на органах черевної порожнин проводять у випадках їх ушкоджень або захворювань, що продовжують прогресувати, не зважаючи на тривале консервативне лікування. При травмах внутрішніх органів і при деяких гостровиникаючих захворюваннях проводяться екстренні (невідкладні) операції. При хронічних захворюваннях хірургічне втручання виконують у плановому (нетерміновому) порядку. Процес лікування хірургічних хворих поділяється на передопераційний і післяопераційний періоди. Останній у свою чергу поділяється на: ранній післяопераційний (від моменту після операції до піднімання хворого з ліжка); пізній післяопераційний (з моменту піднімання до виписки хворого зі стаціонару); віддалений післяопераційний (від виписки до повного відновлення працездатності). Фізичну реабілітацію застосовують в усіх періодах лікування. Внутрішньочеревні операціїпроводять при запаленні червоподібного відростка (апендицит) сліпої кишки, жовчного міхура (холецистит), виразці шлунка і дванадцятипалої кишки, з приводу різних гриж (випинання тканинабо внутрішніх органів через слабкі місця черевної стінки в ділянці пахових, стегнових каналів, пупка, білої лінії живота та ін). Перебіг запального процесу може бути гострим і хронічним. У першому варіанті необхідна невідкладна операція, під час якої вирізають запальний відросток (апендектомія), жовчний міхур (холецистектомія), проводять зашивання проривних виразок чи резекцію частини шлунка або дванадцятипалої кишки. Екстрена операція необхідна при защемленій грижі, під час якої зашивають грижеві ворота. Залежно від об'єму гінекологічні операції розділяють на радикальні, або органозбережуючи (надпіхвова ампутація і экстирпація матки, пангистерэктомия, видалення придатків, матки і ін.), і реконструктивно- пластичні (щадні), або органозбережуючи (консервативна міомектомія, видалення очагів генітального ендометріозу, резекція яєчників (тотальна або субтотальна оваріектомія), пластика маткових труб і т.п.), що дозволяють видалити тільки патологічно змінену частину органу і відновити порушені анатомічні взаємини. Засоби фізичної реабілітації при планових операціях використовують у передопераційний, ранній та пізній післяопераційні періоди. 2. Механізми лікувальної дії засобів фізичної реабілітації при захворюваннях й ушкодженнях органів, що вимагають оперативного лікування Цілюща дія ЛФК на організм здійснюється шляхом взаємодії нервової і гуморальної систем, моторно-вісцеральними рефлексами. Будь-яке ско- рочення м'язів подразнює закладені в них численні нервові закінчення і потік імпульсів з них, а також з пропріорецепторів інших утворень опорно-рухового апарату, спрямовуються у ЦНС. Вони змінюють її функціональний стан і через вегетативні центри забезпечують регуляцію і перебудову діяльності внутрішніх органів. Одночасно у цьому процесі регуляції бере участь і гуморальна система, у якій продукти обміну речовин, що виникають у м'язах, потрапляють у кров і діють на нервову систему (безпосередньо на центри і через хеморецептори) і залози внутрішньої секреції, викликаючи виділення гормонів. Таким чином, інформація про роботу м'язів по нервових і гуморальних шляхах надходить у ЦНС і центр ендокринної системи (гіпоталамус), інтегрується, а потім ці системи регулюють функцію і трофіку внутрішніх органів. Розрізняють чотири основних механізми лікувальної дії фізичних вправ на організм хворого: тонізуюча, трофічна дія, формування компенсацій і нормалізація функцій (В.К. Добровольський, 1970). Тонізуюча дія фізичних вправ. Спеціально дібрані вправи здатні посилювати процеси гальмування чи збудження у ЦНС і тим самим сприяють відновленню нормальної рухливості та врівноваженості нервових процесів. Це покращує регулюючі властивості, активізує діяльність ендокринних залоз і стимулює вегетативні функції та обмін речовин за механізмом моторно- вісцеральних рефлексів. Тонізуючий вплив фізичних вправ тим більший, чим більше м'язів залучається у рухову діяльність і чим вище м'язове зусилля. В осіб, які займаються ЛФК, виникають позитивні емоції, створюється піднесений настрій і з'являється впевненість у швидкому одужанні. Трофічна дія фізичних вправ. У процесі руху виникають пропріо- цептивні імпульси, що йдуть у вищі відділи нервової системи та вегетативні центри і перебудовують їх функціональний стан, що сприяє покращанню трофіки внутрішніх органів та тканин за механізмом моторно- вісцеральних рефлексів. М'язова діяльність стимулює обмінні, окисно- відновні та регенеративні процеси в організмі. У працюючому м'язі відбувається розширення та збільшення кількості функціонуючих капілярів, посилюється приплив насиченої киснем артеріальної та відтік венозної крові, підвищується швидкість кровотоку, покращується лімфообіг. За рахунок цього швидше розсмоктуються продукти запалення, попереджується утворення спайок та розвиток атрофій. Формування компенсацій. Фізичні вправи сприяють якнайшвидшому відновленню або заміщенню порушеної хворобою функції органа або системи. Формування компенсації зумовлене рефлекторними механізмами. Фізичні вправи сприяють збільшенню розмірів сегмента тіла або парного органа, підвищуючи їх функції та ураженої системи в цілому. Вони залучають до роботи м'язи, які раніше не брали участі у виконанні не властивих для них рухів. Залежно від характеру захворювання компенсації можуть бути тимчасовими або постійними. Перші виникають під час хвороби та зникають після одужання, а другі — у разі безповоротної втрати або обмеженні функції. Нормалізація функцій. Відновлення анатомічної цілісності органа або тканин, відсутність після лікування ознак захворювання ще не є свідченням функціонального одужання хворого. Нормалізація функцій виникає під впливом постійно зростаючого фізичного навантаження, внаслідок чого поступово вдосконалюються регуляторні процеси в організмі, усуваються тимчасові компенсації, відновлюються моторно-вісцеральні зв'язки та рухові якості людини. Усі названі вище механізми лікувальної дії фізичних вправ дозволяють визначати ЛФК як: • метод неспецифічної терапії, що втягує у відповідну реакцію організм на усіх його рівнях; • метод патогенетичної терапії, що впливає на загальну реактивність організму, механізми розвитку і перебігу патологічного процесу; • метод функціональної терапії, що стимулює і відновлює функцію органа або системи, загалом всього організму; • метод підтримуючої терапії, що підтримує і розвиває пристосувальні процеси, зберігаючи функцію ураженої системи та життєдіяльність людини; • лікувально-педагогічний процес, що передбачає свідому і активну участь хворого у лікуванні, вирішуючи тим самим певні завдання самовиховання та використання хворим набутих навичок занять фізичними вправами у подальшому повсякденному житті. 3. Завдання, засоби та методика лікувальної фізичної культури, масажу та фізіотерапії при захворюваннях внутрішніх органів, що вимагають оперативного лікування у передопераційний т а післяопераційний період лікування Засоби фізичної реабілітації при планових операціях використовують у передопераційний, ранній та пізній післяопераційні періоди. У передопераційний період застосовують ЛФК, лікувальний масаж, фізіотерапію. Лікувальнуфізичну культуру проводять відповідно до призначеного напівпостільного або вільного режиму. Завдання ЛФК: підвищення загального тонусу організму, покращання психічного настрою хворого і створення в нього впевненості в успішності операції; зміцнення фізичних сил, розкриття резервних можливостей хворого, стимуляція функцій його серцево-судинної, дихальної, травної систем; навчання і тренування грудного типу дихання, прийомів малоболючого відкашлювання; засвоєння вправ і прикладних рухових навичок раннього післяопераційного періоду. ЛФК застосовують у формі лікувальної гімнастики, що проводиться індивідуально чи в малих групах, самостійних занять 3—4 рази на день, ранкової гігієнічної гімнастики, лікувальної ходьби. Лікувальний масаж використовують з метою підвищення загального тонусу організму, заспокійливого впливу на хворого. Використовують, переважно, класичний масаж. Фізіотерапія націлена на покращання функціонального стану нервової та інших систем організму, запобігання післяопераційних ускладнень. Для профілактики пневмоній, бронхітів призначають мікрохвильову терапію на ділянку легенів, аероіонізацію обличчя і дихальних шляхів, загальне УФО, а для попередження парезу кишок та їх здуття опромінюють ділянку живота, роблять інколи підводнокишкові промивання. Показані душ дощовий температурою 34—35°С, електросон, УВЧ-терапія області шийних симпатичних вузлів та дарсонвалізація бокових поверхонь шиї для зменшення ймовірності виникнення післяопераційної ікавки. У післяопераційний період застосовують ЛФК, лікувальний масаж, фізіотерапію. Лікувальну фізичну культуру використовують з перших годин після операції і проводять відповідно до призначеного рухового режиму. Протипоказання для застосування ЛФК, окрім загальних, такі: різкий біль в операційній рані; небезпека відновлення кровотечі; наявність недренованих абсцесів у черевній порожнині; порушення ритму серцевої діяльності, коронарного чи мозкового кровообігу. Суворо постільний режим призначають після важких операцій та особам з наявністю серйозних супутніх захворювань. Завдання ЛФК: підвищення психоемоційного тонусу хворого і підтримання впевненості у сприятливому наслідку операції; зменшення застійних явищ і покращання загального і місцевого крово- і лімфообігу; відновлення порушеного механізму дихання; попередження післяопераційних ускладнень (пневмонія, ателектази, тромбоемболія). Комплекси лікувальної гімнастики складаються з дихальних статичних і динамічних вправ середньої глибини, рухів у дрібних суглобах кінцівок, що виконують у повільному темпі. Тривалість заняття 3—5 хвилин і повторюються під наглядом або самостійно 8—10 разів на день. Хворого спонукають до відкашлювання мокротиння, нагадуючи йому про необхідність притримувати руками післяопераційну ділянку. Реабілітолог при цьому синхронно з кашлевими поштовхами здавлює хворому грудну клітку спочатку в області нижніх ребер, а потім — у середній і верхній її частинах. Рекомендують робити декілька поглиблених дихальних рухів через кожні 15 —20 хвилин. Постільний режим триває: 1—3 доби після апендектомії, ушивання проривної виразки шлунка і дванадцятипалої кишки; 1—4 доби після резекції шлунка; 1—5 діб після радикального грижорозтину; 1—6 діб після холецис- тектомії, видалення нирки, селезінки. Завдання ЛФК у цьому режимі : відновлення нормальної регулярної здатності ЦНС, підвищення функціонального стану серцево-судинної, дихальної, травної систем; стимулювання обміну речовин і регенеративних процесів ; попередження пневмоній, ателектазів, тромбоемболій, парезу кишок, метеоризму, затримки сечовипускання, запобігання утворення зрощень у черевній порожнині; відновлення навичок самообслуговування та підготовка хворого до більш активних рухових режимів. Лікувальну гімнастику призначають через 1—2 години після операцій, проведених під місцевим знеболюванням і через декілька годин після операцій під наркозом. Комплекси складають з дихальних вправ, рухів кінцівками з обмеженою амплітудою у повільному темпі. Дозволяється почергове згинання і розгинання ніг, не відриваючи п'яток від ліжка. Тривалість заняття 5—8 хвилин. Першого дня або наступної доби, залежно від характеру проведеної операції і клінічного стану хворого, виконують повертання у бік операційної рани. На 2—3-тю добу під час заняття хворого переводять у положення сидячи і у подальшому він набуває цього положення самостійно 3—4 рази на день по 5—10 хвилин. Після адаптації до положення сидячи йому під кінець режиму дозволяють встати. Деяким фізично підготовленим хворим після апендектомії можна встати через 8—10 годин після операції і на 2—3-й день ходити по коридору і сходах. У постільному режимі звичайно виключають вправи, пов'язані зі статичним напруженням м'язів живота, особливо після грижерозтину. Взагалі після операції з приводу грижі перехід в положення сидячи, а надалі в положення стоячи затримується на 3—5 діб. У цьому режимі окрім лікувальної гімнастики застосовують самостійні заняття 4—5 разів на день, ранкову гігієнічну гімнастику. Напівпостільний режим приблизно триває: 2—5 діб після апендектомії; 6—8 діб після радикального грижерозтину; 4—10 діб після ушивання проривної виразки шлунка і дванадцятипалої кишки, резекції шлунка, холецистектомії, видалення нирки, селезінки. Завдання ЛФК такі: покращання діяльностісерцево-судинної і дихальної систем, процесів обміну і регенерації тканин; поліпшення функції органів травлення; зміцнення м'язів живота; формування рухомого післяопераційного рубця; підготовка організму до фізичних навантажень, що поступово збільшуються. У комплекси лікувальної гімнастики включають активні рухи для всіх суглобів і м'язових груп, в тому числі і для м'язів живота, які хворий виконує із вихідного положення лежачи й сидячи. Нахили тулуба слід робити обережно. Вставати і ходити, відповідно, дозволяють на 2—3-й і 3—5-й день після апендектомії, 6—8-й і 8—10-й день після операцій на шлунку і дванадцятипалій кишці, грижерозтину, а після холецистоектомії і операцій з приводу великих, рецидивних і післяопераційних гриж ці терміни збільшуються на 2—3 доби. При вставанні і ходьбі слід звертати увагу хворого на правильну поставу, що зумовлює нормальне положення внутрішніх органів, зменшує імовірність внутрішньочеревних зрощень або сприяє їх розтягненню. Заняття лікувальною гімнастикою відбуваються у кабінеті ЛФК і проводяться у групі з 3— 4 осіб. Комплекси ускладнюють за рахунок збільшення загальнорозвиваючих вправ, амплітуди рухів і тривалості заняття до 12—17 хвилин. Використовують самостійні заняття 5—6 разів на добу, лікувальну ходьбу 100—150 м, малорухливі ігри. Вільний режим триває до виписки і призначається з: 6—8-ї доби після апендектомії; 10—12-ї доби після резекції шлунка, ушивання проривної виразки, радикального грижорозтину, 12—15-ї доби після холецистектомії, операцій на кишках у слабких хворих та з ускладненим перебігом післяопераційного періоду. Головними завданнями ЛФК є: ліквідація залишкових явищ після операцій і нормалізація функції органів травлення; адаптація серцево-судинної і дихальної систем до помірно зростаючого фізичного навантаження; покращання загального функціонального стану; підготовка хворого до навантажень побутового характеру. Застосування ЛФК у цьому режимі починають з ранкової гігієнічної гімнастики у палаті, далі хворий займається 15—20 хвилин лікувальною гімнастикою у спеціалізованому кабінеті, на свіжому повітрі. Комплекси лікувальної гімнастики насичуються вправами для всіх м'язових груп, виконуються з різних вихідних положень у помірному і середньому темпі. Використовують гімнастичні прилади, вправи з обтяженням та опором. Протягом дня хворий декілька разів виконує самостійні завдання, ходить по 20—30 хвилин двічі—тричі на день у повільному і середньому темпі, може займатися настільними і малорухливими іграми. Лікувальний масаж призначають з першої доби з метою ліквідації застійних явищ у легенях, покращання їх дренажної функції і вентиляції, сприяння відходженню мокротиння, активізації крово- і лімфообігу, обмінних і регенеративних процесів післяопераційних ускладнень. Використовують сегментарно-рефлекторний масаж, діючи на паравертебральні зони крижових S5—S1, поперекових L5—L1, нижньогрудних D12—D7,спинномозкових сегментів. Рекоменд ується погладжування, розтирання, легка вібрація і ніжні поплескування грудної клітки, особливо зі сторони спини. Роблять непрямий масаж легенів і серця. Виконують стискання грудної клітки, стрясання і розтягнення. Масаж живота проводять, фіксуючи однією рукою післяопераційний шов, застосовуючи ніжні погладжування навколо нього, діючи по ходу товстої кишки у вигляді погладжувань, поверхневої стабільної і лабільної вібрації, постукування пучками пальців, ритмічних натискувань кінчиками пальців. Обов'язково масажують нижні кінцівки. Фізіотерапія використовується одразу після операції і у наступні дні з метою попередження інфекції, зменшення болю, попередження післяопераційних ускладнень, активізації крово- і лімфообігу, обмінних і регенеративних процесів. З а с т о с о в у ю т ь У Ф О д і л я н к и ш в а , магнітотерапію, діадинамотерапію, інгаляцію, аерозоль і електроаерозоль зі знеболюючими та відхаркуючими засобами, електрофорез з ліками, що зменшують підвищене зсідання крові, електростимуляцію литкових м'язів, електросон. Перед випискою хворим рекомендують повітряні і сонячні ванни, обтирання, обливання водою, переважно індиферентної температури. У післялікарняний період реабілітаціїзастосовують ЛФК, лікувальний масаж, фізіотерапію, працетерапію. У віддалений післяопераційний період особи, які перенесли апендектомію або грижорозтин, продовжують лікування в поліклінічних чи домашніх умовах, а таких, кого оперували з приводу захворювань шлунка, дванадцятипалої кишки, печінки, нирок направляють в реабілітаційні гастроентерологічні лікарні, спеціалізовані санаторії. Лікувальну фізичну культуру застосовують для відновленння функції оперованого органа і системи в цілому, зміцнення м'язів тулуба і живота, тренування серцево-судинної і дихальної систем, відновлення працездатності пацієнта. У комплекси лікувальної гімнастики включають вправи для всіх м'язових груп з предметами і без них, з обтяженням та опором, на рівновагу і координацію, коригуючі. Окрім лікувальної і ранкової гігієнічної гімнастики використовують ходьбу, теренкур, спортивно-прикладні вправи, гідрокінезитерапію, тренажери, близький туризм. Лікувальний масаж призначають для покращання загального тонусу організму, еластичності м'язів і рухливості післяопераційного рубця, підвищення функціонального стану і сприяння скорішому поверненню до праці. Застосовують загальний і місцевий класичний масаж, підводний душ- масаж. Фізіотерапію призначають для стимулювання функції нервової, серцево-судинної, дихальної і травної систем; підвищення захисних сил і загартування організму. Використовують електросон, хвойні, кисневі, вуглекислі ванни, обливання, обтирання, душ, повітряні і сонячні ванни, кліматолікування. Працетерапію застосовують для підняття нервово-психічного і життєвого тонусу пацієнта. Добирають види трудової діяльності, що відновлюють загальну і професійну працездатність. Однак у перші 2 місяці після апендектомії не рекомендується піднімати важкі речі, а особам, які перенесли операції на шлунку, печінці, з приводу гриж, особливо, післяопераційних, слід протягом 6—12 місяців уникати важкої фізичної праці. Хворим, які оперовані за екстреними показаннями з приводу удару і поранень черевної порожнини, розширення рухового режиму, застосування ЛФК, лікувального масажу затримується через більш важкий стан порівняно з особами, яких готували до операції, і хірургічне втручання було проведене у плановому порядку. Хворим, які перенесли операції з приводу захворювань травної системи, для стабілізації її функцій, підтримання загального стану і працездатності показано періодично лікуватися у гастроентерологічних санаторіях. Рекомендуються курорти Трускавець, Моршин, Шкло, Поляна, Свалява, Миргород, Березовські води та ін. ВИСНОВОК Комплексне лікування хворих після хірургічного лікування повинне сприяти відновленню порушених функцій органа та організму в цілому, відновленню працездатності. Незалежно від вибору методу оперативного втручання, періоду перебігу хвороби, засобам фізичної реабілітації віддають суттєву роль, а саме: лікувальній фізичній культурі, лікувальному масажу і фізіотерапії. Цілюща дія ЛФК на організм здійснюється шляхом взаємодії нервової і гуморальної систем, моторно-вісцеральними рефлексами. Розрізняють чотири основних механізми лікувальної дії фізичних вправ на організм хворого: тонізуюча, трофічна дія, формування компенсацій і нормалізація функцій. При оперативних втручаннях засоби фізичної реабілітації призначають за наступними періодами: доопераційним, раннім післяопераційним, пізнім післяопераційним та відділеним післяопераційним згідно з видом оперативного втручання, ускладненнями, віком та статтю хворого.

**Література:**

1. Белая Н.А. Лечебная физкультура и массаж. - М.: Советский спорт, 2001. – С. 149-160.

2. Добровольский В.К. Лечебная физическая культура в хирургии / В.К. Добровольский. – Л.: «Медицина», 1976. - 248 с.

3. Дубровский В.И. Лечебная физическая культура и врачебный контроль: Учебник для студентов мед. вузов. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – С.272-293.

4. Епифанов В.А.Лечебная физическая культура: учебное пособие /В.А. Епифанова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – С. 172-204.

5. Куничев Л.А. Лечебный массаж. – К.: Выща школа, 1990. – 288с.

6. Лікувальна фізична культура: [Підручник] / В.С. Соколовський, Н.О. Романова, О.Г. Юшковська. – Одеса: Одес. держ. мед. ун-т, 2005. – С. 140-143. – (Б-ка студента-медика).

7. Медицинская реабилитация (руководство) /Под ред. акад. РАМН, проф. В.М. Боголюбова. – Москва – Пермь: ИПК “Звезда”, 2007. Т. 3. С. 93 – 217.

8. Медицинская реабилитация /Под ред.. В.А. Епифанова. – М.: МЕДпресс – Информ, 2005. – С. 38-41. 9. Мухін В.М. Фізична реабілітація. — К.: Олімпійська література, 2005. – С. 222-227.

10.Учебник инструктора по лечебной физической культуре /Под общ. ред. В.П. Правосудова. — М.: Физкультура и спорт, 1980. — 415с.

11.Физическая реабилитация. Учебник для студ. высш. учебн. завед. / Под общей ред. проф. С.Н.Попова. Изд. 3-е. Ростов-н/Д: Феникс, 2005. – С. 365-378.

12.Хірургія: [Підручник] / В.І. Бондарєв, Р.В. Бондарєв, О.О. Васильєв ті ін.; за ред. проф. П.Г. Кондратенка. – К.: Медицина, 2009. – С. 103-191.

**Лекція 3**

**ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ З ПАТОЛОГІЄЮ ЖОВЧОВИВІДНОЇ СИСТЕМИ**

Захворювання органів травлення, що є досить поширеними, вражають людей працездатного віку, обумовлюючи високий показник тимчасової непрацездатності. Фізична реабілітація хворих 107 здоров’я людини з патологією жовчовивідної системи є складною, багатофакторною, комплексною. У фізичній реабілітації широкого поширення одержав принцип етапності. В основу його покладений критерій проведення лікувально-відновних заходів у визначених установах реабілітації. У відновному лікуванні хворих з патологією жовчовивідної системи виділяють стаціонарний, поліклінічний та санаторнокурортний етапи фізичної реабілітації, які розрізняються між собою завданнями, обсягами і змістом заходів, тривалістю реабілітації. Фахівці з фізичної реабілітації рекомендують застосовувати при наявній патології такі засоби фізичної реабілітації: ЛФК, лікувальний масаж, фізіотерапію, працетерапію, механотерапію. ЛФК найчастіше застосовується у формі лікувальної гімнастики, ранкової гігієнічної гімнастики, самостійних занять, прогулянок, а засобами ЛФК є загальнорозвиваючі, дихальні вправи, спеціальні вправи для м’язів живота, спортивно-прикладні вправи, ігри. У літературі є рекомендації щодо застосування поряд з фізичними вправами природних чинників — сонячного опромінювання, повітряних ванн, водних процедур тощо [3]. Задачі ЛФК на різних етапах реабілітації хворих з патологією жовчовивідної системи різні. При призначенні ЛФК обов’язково враховують всі особливості клінічного перебігу захворювання. Її застосовують після стихання загострення, при задовільному загальному стані, стійкому зниженні температури тіла до субфебрильної. Хворобливість при пальпації в області жовчного міхура, запальні елементи в жовчі не є протипоказаннями для проведення занять ЛФК. Призначення і застосування різних форм ЛФК та інших засобів фізичної реабілітації відбувається у відповідності з руховим режимом, який регламентує рухову активність хворих під час перебування в лікарні. Застосування ЛФК при хронічних і функціональних захворюваннях жовчовивідної системи виправдано здатністю фізичних вправ впливати на функції жовчного міхура та жовчних протоків. Дані сучасної спеціальної літератури свідчать, що фізичні вправи підсилюють кровообіг у черевній порожнині, сприяють розсмоктуванню залишкових запальних явищ. Для корекції моторно-евакуаторних розладів жовчовивідної системи та ліквідації запального процесу в жовчному міхурі використовують також спеціальні дієти, лікування голодом, прийом мінеральних вод, фізіотерапію, психотерапію, відповідно до форми дискінезії.

Сучасні технології зміцнення фізіотерапевтичних засобів з метою відновлення скорочувальної функції жовчного міхура проводять електростимуляцію з використанням синусоїдально-модульованих та діадинамічних струмів, низькоінтенсивну лазеротерапію та ін. Рекомендують також процедури: діатермію, індуктотермію, парафін, озокерит, УВЧ-терапію. На всіх етапах відновного лікування і в будь-яку фазу захворювання спеціалісти рекомендують застосовувати мінеральні води. Існують спроби лікування хворих з дискінезією жовчовивідної системи із застосуванням голкорефлексотерапії, яка сприяє нормалізації сили, рівноваги та рухливості основних нервових процесів центральної нервової системи. Внаслідок цього коригується діяльність сфінктерного апарату жовчовивідної системи. Отже, фізичній реабілітації відводиться суттєва роль у відновному лікуванні хворих з гепабіліарною патологією. Перспективними є подальші наукові пошуки, спрямовані на визначення ефективності нетрадиційних засобів фізичної реабілітації хворих з гепатобіліарною патологією.

**Література:**

1. Белая Н.А. Лечебная физкультура и массаж. - М.: Советский спорт, 2001. – С. 149-160.

2. Добровольский В.К. Лечебная физическая культура в хирургии / В.К. Добровольский. – Л.: «Медицина», 1976. - 248 с.

3. Дубровский В.И. Лечебная физическая культура и врачебный контроль: Учебник для студентов мед. вузов. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – С.272-293.

4. Епифанов В.А.Лечебная физическая культура: учебное пособие /В.А. Епифанова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – С. 172-204. 5. Куничев Л.А. Лечебный массаж. – К.: Выща школа, 1990. – 288с.

6. Лікувальна фізична культура: [Підручник] / В.С. Соколовський, Н.О. Романова, О.Г. Юшковська. – Одеса: Одес. держ. мед. ун-т, 2005. – С. 140-143. – (Б-ка студента-медика).