

Реабилитация больных после герниопластики в раннем послеоперационном периоде

С.И.Петрушко¹, Е.В.Портнягин², Е.И.Мичуров¹,
Е.В.Репина³, А.С.Сагыналиев³, А.В.Рожина¹
¹ФГБОУ ВО Красноярский государственный
медицинский университет им. проф.
В.Ф.Войно-Ясенецкого МЗ РФ, Красноярск
²Федеральный Сибирский научно-
клинический центр ФМБА, Центр физической
реабилитации, Красноярск
³Красноярская межрайонная клиническая
больница №7, Красноярск

Грыжи передней брюшной стенки на сегодняшний день являются распространенным заболеванием в абдоминальной хирургии. В настоящей статье обсуждаются этиопатогенез, различные классификации грыж. Кратко изложены способы оперативного лечения грыж живота. Наиболее подробно описан период раннего восстановления после пластики грыж живота. Прогноз для пациентов после оперативного вмешательства грыж живота благоприятный, так как методы ЛФК направлены на скорейшее восстановления трудовой деятельности и снижение рецидива грыж.

Ключевые слова: грыжа живота, герниопластика, кинезиотейпирование, реабилитация.

Rehabilitation of Patients after Hernioplasty in the Early Postoperative Period

S.I.Petrushko¹, E.V.Portnyagin², E.I.Michurov¹,
E.V.Repina³, A.S.Sagynaliev³, A.V.Rozhina¹
¹Krasnoyarsk State Medical University named
after Prof. V.F.Voino-Yasenetsky, Krasnoyarsk
²Federal Siberian Research Clinical Center
under FMBA of Russia, Physical Rehabilitation
Center, Krasnoyarsk
³Krasnoyarsk Interdistrict Clinical Hospital
No.7, Krasnoyarsk

Hernia of the anterior abdominal wall is currently a common disease in abdominal surgery. This article discusses etiopathogenesis and various classifications of hernias. Briefly outlines the methods of surgical treatment of abdominal hernias. The period of early recovery after abdominal hernia repair is described in detail. The prognosis for patients after surgical intervention

used for the treatment of abdominal hernias is favorable, since exercise therapy methods are aimed at the earliest possible restoration of work activity and reduction of hernia recurrence.

Keywords: abdominal hernia, hernioplasty, kinesiotherapy, rehabilitation.

Грыжи передней брюшной стенки (ПБС) возникают в любом слабом месте, но в основном: паховая область, пупочное кольцо, белая линия живота, послеоперационные рубцы. В таких местах, как в тазовой, поясничной области, в местах прохождения сосудов и нервов грыжи встречаются довольно редко.

В результате повышения внутрибрюшного давления сначала возникает грыжа, а затем формируется грыжевой мешок. В дальнейшем происходит постепенное увеличение грыжевого мешка, а вследствие физического усилия внутренние органы проникают в грыжевой мешок, раздвигая впереди себя слои брюшной стенки. Грыжевой мешок формируется посредством растяжения и прогрессирующего выпячивания пристеночной брюшины. Возникающая грыжа со временем проявляет тенденцию к увеличению, достигая иногда огромных размеров. У лиц пожилого и старческого возраста в результате возрастной инволюции соединительной ткани возникают более благоприятные условия для увеличения грыж. Возникновению грыж в любом возрасте способствуют также врожденные аномалии [1].

На сегодняшний день грыжи ПБС характеризуется множеством классификаций. В основном классификации подразделяются по анатомической локализации грыжи, ее размеров, а также по клиническим признакам. По данным многих авторов, на протяжении последних пяти лет первое место занимают паховые грыжи, встречающиеся в среднем до 60–80%. Второе место относится к послеоперационным вентральным грыжам, так как частота развития грыж после лапаротомии за последнее время составляет 10–25% от всех наружных грыж живота [2].

Классификация грыж

К.Д.Тоскин и В.В.Жебровский [3] разработали классификацию послеоперационных грыж по величине, локализации грыжевого дефекта и клиническому признаку. В основу положен принцип деления брюшной стенки на девять областей.

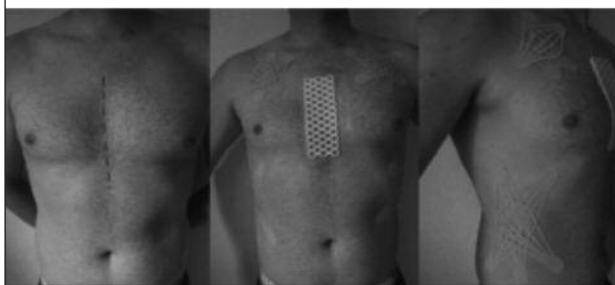
- Малые – локализация в одной области передней брюшной стенки, не изменяющие конфигурацию живота.
- Средние – занимают часть какой-либо области живота, деформируют брюшную стенку.
- Обширные – полностью занимают какую-либо область передней брюшной стенки, деформируют живот.
- Гигантские – занимают две, три области брюшной стенки, резко деформируя живот.

При этом различают срединные, боковые, поясничные грыжи, учитывают вправимость и наличие рецидивов [3].

В 1999 г. на XXI Международном конгрессе герниологов в Мадриде, принята классификация А.М.Rath, и J.P.Chevrel, (SWR – classification), в которой послеоперационные вентральные грыжи разделяют:

- по локализации: М – срединная, L – боковая ML – сочетанная;
- по размеру грыжевых ворот: W_1 – до 5 см, W_2 – 5–10 см, W_3 – 10–15 см, W_4 – более 15 см;
- по частоте рецидивов: R0, R1, R2 и т.д.

EDF – тейпирование после стернотомии



При этом отмечают активацию симпатoadреналовой системы, увеличивается поступление в кровь катехоламинов, глюкокортикоидов, альдостерона. Для катаболической фазы характерен повышенный распад белка [11].

Немаловажной проблемой в раннем послеоперационном периоде является уменьшения болевого синдрома. В основном, чтобы снизить боль в области раны используют различные анальгетические методы, такие как локальная анальгетическая раневая инфильтрация, криоанальгезия, центральная нейраксиальная блокада или системное обезболивующее средство (то есть сочетание опиоидных и неопиоидных анальгетиков). Введение системных опиоидных препаратов ограничено побочными эффектами, которые могут продлить послеоперационную госпитализацию [12].

Побочные эффекты включают тошноту, рвоту, запор, седацию, угнетение дыхания и опиоидную зависимость. Помимо этого, существует методика уменьшения боли которая имеет минимальное количество побочных эффектов, эффективна и удобна в использовании [13].

Не так давно в послеоперационном периоде с целью снижения боли в послеоперационном периоде стала применяться методика кинезиотейпирования [14].

Имеются единичные зарубежные научные статьи о применении методики кинезиотейпирования в раннем послеоперационном периоде в абдоминальной хирургии. Эта методика приводит к уменьшению боли у пациентов после лапароскопической холецистэктомии [15]. Помимо этого, в кардиохирургии применение тейпа стало очень эффективным после оперативных вмешательств, таких как стеноз клапана аорты, коронарного шунтирования, операции на клапанах сердца (рисунок). Кинезиотейпирование является экономичным и простым методом для безопасного и эффективного снижения боли и обезболивания после кардиологических операций [16].

Строгий постельный режим, как правило лежа на спине, стоит соблюдать в первые дни после операции. В эти дни пациенту можно рекомендовать ЛГ на дистальные участки мелких и крупных суставов. Все зависит, как правило, от оперативного вмешательства, наличия сопутствующей патологии, объема хирургического вмешательства, реактивности организма и отсутствия противопоказаний к активной деятельности. Можно применять ЛГ уже на 2-е и 3-и сутки после таких операций, как резекция желудка, ушивание прободной язвы, холецистэктомия, операциях на кишечнике. При оперативных вмешательствах, сопровождающихся значительной кровопотерей, у ослабленных больных рекомендовано проводить ЛГ совместно с лечащим врачом [17].

Как правило на 3–5 сут наступает фаза обратного развития. Снижается активность симпатoadреналовой системы, нормализуется белковый обмен, нарастает синтез гликогена и жиров.

На сегодняшний день, так как грыжи ПБС являются актуальной проблемой абдоминальной хирургии, имеется множество различных способов оперативного лечения грыж, но немаловажной проблемой остается реабилитация больных в послеоперационном периоде и профилактика рецидива грыжи [4]. Восстановление пациентов после различных видов пластик грыж живота является важной задачей как для медицинского персонала стационара, так и для дальнейшего восстановления в амбулаторном периоде [5].

Ранний послеоперационный период после лапаротомных операций имеет огромное значение. Нужно помнить, что важно более осознано и тщательно подходить к восстановлению пациента, следя за его общим состоянием, ходом репаративных процессов в послеоперационной ране, а также правильно назначая консервативные методы лечения, все это приведет к скорейшему восстановлению и снижению послеоперационных осложнений. В дальнейшем пациенту после выписки из стационара рекомендовано наблюдение у хирурга в поликлинике амбулаторно. И здесь важно помнить, что скорейшее восстановление трудоспособности пациента является одним из важных способов лечения и среди них – это лечебная физкультура [6].

Реабилитационные мероприятия на раннем этапе способствуют скорейшему передвижению и поддержанию мобильности, а следовательно, способствуют восстановлению больных и в повседневной жизни. Реализация программ реабилитации в общей хирургии при грыжах ПБС привела к снижению частоты рецидивов после комплексного восстановления и лечения [7].

Для подготовки пациента к оперативному вмешательству основными задачами для врачей ЛФК является: нормализации работы сердечно-сосудистой системы, органов дыхания и желудочно-кишечного тракта, повышение психоэмоционального тонуса пациента. С первых дней поступления больного в стационар рекомендовано назначить лечебную гимнастику (ЛГ). Физические упражнения ЛГ для пациента (динамического и статического характера) для мелких и средних мышечных групп конечностей обладают общетонизирующим эффектом. Упражнения на мышцы передней брюшной стенки и тазового дна будут способствовать улучшению функционального состояния желудочно-кишечного тракта [8]. Такие движения, как наклоны, повороты туловища, движения нижними конечностями с приближением бедра к животу, а также чередование сокращения и расслабления мышц брюшного пресса будут влиять на изменение внутрибрюшного давления. Также эти упражнения ускоряют и увеличивают выделение пузырной желчи. В том случае, если пациент жалуется на болевой синдром, упражнения стоит немедленно прекратить [9].

Осложнения которые могут появиться в раннем послеоперационном периоде являются: гипостатическая пневмония [10], атония кишечника, тромбозы, гиподинамия и др. С первых суток после оперативного вмешательства ЛГ способна снизить риск развития послеоперационных осложнений и подготовиться к адаптивным нагрузкам пациента.

В первые пять дней в раннем послеоперационном периоде сразу после оперативного вмешательства возникает катаболическая фаза. Сроки этой фазы зависят от характера патологического процесса, тяжести хирургического вмешательства, реактивности организма. В организме усиливается катаболизм – быстрая доставка необходимых энергетических и пластических материалов.

В первую неделю после операции грыж ПБС пациенту рекомендовано максимальное уменьшение нагрузок на брюшной пресс, то есть ограничение движений ног и туловища. Вставать и ходить пациенту разрешается на второй–третий день. ЛГ проводится 3–5 раз в день в положении лежа. Включает дыхательные упражнения, диафрагмальное дыхание (ноги при этом согнуты в коленных и тазобедренных суставах), «ходьба» лежа, частые повороты на здоровую половину туловища и др. [18].

Упражнения, которые выполняет пациент дома или в центре восстановительной медицины, направлены на расслабление мышц, снижают возбудимые процессы ЦНС, способствуют ускорению процессов восстановления работающих мышц, а также рефлекторно расслабляют гладкую мускулатуру внутренних органов желудка и кишечника, снижают спазм кишечника, привратника желудка и сфинктеров. Дыхательные упражнения диафрагмального типа оказывают массирующее воздействие на печень, желудок и кишечник [19].

Применение сбалансированной программы в диагностике, оперативном лечении и скорейшем восстановлении трудовой деятельности пациентов способно привести к снижению частоты рецидивов грыж ПБС. Это инновационная система, которая включает в себя междисциплинарный подход, коммуникацию, образование, реабилитацию и физическую терапию для повышения психосоциального и профессионального статуса пациентов и снижения частоты рецидивов.

Литература / References

1. Егиев В.Н., Воскресенский П.К. Грыжи М.: Медпрактика. – 2015. – 480 с. / Egiev V.N., Voskresenskij P.K. Gryzhi M.: Medpraktika. 2015; 480. [in Russian]
2. Жебровский В.В., Эльбашир М.Т. Хирургия грыж живота и эвентраций. Симферополь: «Бизнес-Информ», 2002. – С. 36–44. / Zhebrovskij V.V., El'bashir M.T. Khirurgiya gryzh zhivota i eventratsij. Simferopol': «Biznes-Inform», 2002; 36–44. [in Russian]
3. Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Грыжи брюшной стенки. М.: Медицина, 1990. – 272 с. / Toskin K.D., Zhebrovskij V.V. Gryzhi brjuzhnoj stenki. M.: Meditsina, 1990; 272. [in Russian]
4. Байсиев А.Х., Давыденко В.В., Лапшин А.С., Хаиров А.М. Сравнительный анализ течения раннего послеоперационного периода у пациентов с послеоперационными вентральными грыжами после различных способов ненатяжной герниопластики. Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2014. – № 173 (3). – С. 7–24. / Bajsiev A.Kh., Davydenko V.V., Lapshin A.S., Khaïrov A.M. Sravnitel'nyj analiz techeniya rannego posleoperatsionnogo perioda u patsientov s posleoperatsionnymi ventral'nymi gryzhami posle razlichnykh sposobov nenatyazhnoj-gernioplastiki. Vestnik khirurgii im. I.I. Grekova. 2014; 173 (3): 7–24. [in Russian]
5. Кириенко А.И., Никишков А.С., Селиверстов Е.И., Андрияшкин А.В., Эпидемиология грыж передней брюшной стенки. Эндоскопическая хирургия. – 2016. – № 4. – С. 55–60. / Kirienko A.I. Nikishkov A.S. Seliverstov E.I., Andriyashkin A.V., Epidemiologiya gryzh perednej brjuzhnoj stenki. Endoskopicheskaya khirurgiya. 2016; 4: 55–60. [in Russian]
6. Kehlet H., Wilmore D. W. Evidence-based surgical care and the evolution of fast-track surgery. Ann. Surg. 2008; 248: 2: 189–198.
7. Клиническая хирургия. Национальное руководство. Под ред. В.С.Савельева, А.И.Кириенко. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 964 с. / Klinicheskaya khirurgiya. Natsional'noe rukovodstvo. Pod red. V.S.Savel'eva, A.I.Kirienko. M.: GEOTAR-Media, 2015; 964. [in Russian]
8. Дзыбинская Е. В. Ранняя активизация больных после реваскуляризации миокарда в условиях искусственного кровообращения: Автореф. дис. ... докт. мед.наук. М.: 2011. – 43 с. / Dzybinskaya E. V. Rannaya aktivizatsiya bol'nykh posle revaskulyarizatsii miokarda v usloviyakh iskusstvennogo krovoobrashcheniya: Avtoref. dis. ... dokt. med.nauk. M.: 2011; 43. [in Russian]
9. Silva Y.R., Li S.K., Rickard M.J. Does the addition of deep breathing exercises to physiotherapy directed early mobilisation alter patient outcomes following high-risk open upper abdominal surgery? Cluster randomised controlled trial. Physiotherapy. 2013; 99: 3: 187–193.
10. Hedenstierna G., Edmark L. Mechanisms of atelectasis in the perioperative period. Best Pract. Res. Clin. Anaesthesiol. 2010; 24: 2: 157–169.
11. Кашурникова М.А., Шлыков О.А., Полубкова Г.В. Физическая реабилитация больных после герниопластики при вентральных грыжах. Медико-биологические и педагогические основы адаптации, спортивной деятельности и здорового образа жизни: сб. науч.ст. IV Всеросс. заоч. н.-пр. конф. с междунар. участием. Воронеж: ИПЦ «Научная книга», 2015. – С. 52–57. / Kashurnikova M.A., Shlykov O.A., Polubkova G.V. Fizicheskaya reabilitatsiya bol'nykh posle gernioplastiki pri ventral'nykh gryzhakh. Mediko-biologicheskie i pedagogicheskie osnovy adaptatsii, sportivnoj deyatel'nosti i zdorovogo obraza zhizni: sb. nauch.st. IV Vseross. zaoch. n.-pr. konf. s mezhdunar. uchastiem. Voronezh: IPTs «Nauchnaya kniga», 2015; 52–57. [in Russian]
12. Mazzeffi M., Khelemsky Y., Poststernotomy pain: A clinical review. Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia. 2011; 25: 1163–1178.
13. Tan M., Law L., Gan T. Optimizing pain management to facilitate enhanced recovery after surgery pathways. Canadian Journal of Anaesthesia. 2015; 62: 203–218.
14. Kuru T. Comparison of efficiency of Kinesio® taping and electrical stimulation in patients with patellofemoral pain syndrome. Acta Orthopaedica Et Traumatologica Turcica. 2012; 46: 385–392.
15. Ristow O., Pautke C., Kehl V., Koerdt S., Hahnefeld L., Hohlweg-Majert B., Kinesiology taping reduces morbidity after oral and maxillofacial surgery: A pooled analysis. Physiotherapy Theory and Practice. 2014; 30: 390–398.
16. Brockmann R., Hans-Michael K. Pain-diminishing effects of Kinesio® taping after median sternotomy. Physiotherapy Theory and Practice. 2018; 34 (6): 433–441.
17. Diaz J.J.Jr., Cullinane D.C., Khwaja K.A., et al. Eastern Association for the Surgery of Trauma: Management of the open abdomen, part III. Review of abdominal wall reconstruction. J Trauma Acute Care Surg. 2013; 75: 376–386.
18. Westerdahl E., Lindmark B., Eriksson T., Friberg O. et al. Deep-breathing exercises reduce atelectasis and improve pulmonary function after coronary artery bypass surgery. Chest. 2005; 128: 5: 3482–3488.
19. Епифанов В. А. Лечебная физическая культура: учебное пособие. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – С. 204–231. / Epifanov V. A. Lechebnaya fizicheskaya kul'tura: uchebnoe posobie. M.: GEOTAR. – Media, 2006; 204–231. [in Russian]

Сведения об авторах:

Петрушко Станислав Иванович – д.м.н., профессор, Кафедра общей хирургии им. проф. М.И.Гульмана, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого, Красноярск

Портнягин Евгений Владимирович – к.м.н., Федеральный Сибирский научно-клинический центр Федерального медико-биологического агентства, Центр физической реабилитации, Красноярск

Мичуров Евгений Игоревич – аспирант, Кафедра общей хирургии им. проф. М.И.Гульмана, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого, Красноярск

Репина Елена Валентиновна – врач-УЗД, Красноярская межрайонная клиническая больница №7, Красноярск

Сагналиев Асгат Сагналиевич – студент, 6 курс, факультет лечебное дело, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого, Красноярск

Рожина Анастасия Вячеславовна – студент, 5 курс, факультет лечебное дело, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого, Красноярск