

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России



Кафедра физической и реабилитационной медицины с курсом ПО

Зав.кафедрой: к.м.н, доцент Можейко Елена Юрьевна

Реферат на тему:

«Применение методов физиотерапии, при лечении и профилактике
постхолецистэктомического синдрома»

Выполнил:
Клинический ординатор
Исущенко Виктор Сергеевич

Проверил преподаватель:
КМН, Доцент
Зубрицкая Е.М.

Красноярск, 2023

Содержание

1. Определение
2. Классификация
3. Патогенез
4. Общие принципы лечения
5. Аппаратная физиотерапия
6. Природно-лечебные факторы
7. Заключение
8. Список использованной литературы

1. Определение

ПХЭС (постхолецистэктомический синдром) -- специфический симптомокомплекс, обусловленный перенесенной холецистэктомией и связанными с этим изменениями функционирования желчевыделительной системы. К проявлениям постхолецистэктомического синдрома относятся рецидивирующие болевые приступы, диспепсические расстройства, диарея и стеаторея, гиповитаминоз, снижение массы тела. Для выявления причин синдрома проводится УЗИ и МСКТ брюшной полости, фиброгастродуоденоскопия, РХПГ. Лечение постхолецистэктомического синдрома может быть консервативным (щадящая диета, прием спазмолитиков и ферментов) и хирургическим (дренирование желчных протоков, эндоскопическая сфинктеропластика и др.).

2. Классификация

Причины, лежащие в основе ПХЭС, можно разделить на две основные группы.

- Первая группа включает нарушения, которые не были выявлены на дооперационном этапе и поэтому не устранены при операции. Это поражения внепеченочных желчных путей, холедохолитиаз (резидуальный), стеноз терминального отдела холедоха, часто приводящий к холангиту, нарушения сфинктера Одди органического характера. Кроме того, в эту группу входит такое последствие перенесенной операции, как длинная культя пузырного протока, которая может стать причиной развития стойкого болевого синдрома. Возможность устранения данных нарушений целиком и полностью зависит от качества предоперационного обследования и мастерства оперирующих хирургов, а комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий с применением методов физической терапии в данном случае не играет существенной роли.
- Патологических состояний, напрямую обусловленных выполненной операцией (вторая группа причин ПХЭС). В эту группу входят заболевания печени, в том числе вирусные гепатиты, являющиеся причиной неудовлетворительного самочувствия больных после операции, нарушения метаболического характера, преимущественно жировая дегенерация печени. При холелитиазе угнетается функциональная активность гепатоцитов, поэтому операция не устраняет литогенных свойств печеночной желчи

3. Патогенез

Основным патогенетическим фактором развития постхолецистэктомического синдрома является нарушение в билиарной системе – патологическая циркуляция желчи. После удаления желчного пузыря, являющегося резервуаром для вырабатываемой печенью желчи и участвующего в своевременном достаточном ее выделении в двенадцатиперстную кишку, привычный ток желчи изменяется. В некоторых случаях нормальное снабжение кишечника желчью не удается обеспечить. Окончательный механизм этих нарушений еще недостаточно изучен.

Факторами, способствующими развитию постхолецистэктомического синдрома, могут быть имеющие место дискинезии желчевыводящих путей, спазм сфинктера Одди (мышечного образования в месте впадения общего желчного протока в двенадцатиперстную кишку), оставшийся после операции пузырный

проток значительной длины. Иногда причинами возникновения этого синдрома может быть выраженная послеоперационная боль и скопление жидкости в области произведенной операции. Только в 5% случаев причину развития постхолецистэктомического синдрома выявить не удастся.

4. Общие принципы лечения

В соответствии с приказом Минздравсоцразвития РФ, все больные, перенесшие оперативные вмешательства на желчном пузыре и желчевыводящих путях по поводу холелитиаза, имеют возможность бесплатно проходить долечивание в санаторных условиях. Пациенты могут быть направлены в специализированные санатории непосредственно из стационара уже через две недели после операции при удовлетворительном общем состоянии, зажившей операционной ране и отсутствии послеоперационных осложнений. Если операция выполнялась с применением лапароскопической (эндоскопической) техники, то, по решению врачебной комиссии, больной может быть направлен на долечивание (реабилитацию) в санаторий непосредственно из стационара лечебно-профилактического учреждения через 12 дней после операции.

Пациентам после операции назначается частое (5-6 раз в день) дробное питание, диета (стол №5) с исключением жареных, острых, кислых продуктов. Ввиду многообразия клинических проявлений ПХЭС его профилактика и лечение отличаются достаточным разнообразием. Используются лекарственные препараты разных классов спазмолитики, противовоспалительные и желчегонные средства, гепатопротекторы и т.д. Для устранения относительной ферментативной недостаточности, улучшения переваривания жиров применяются ферментные препараты микрогранулированные (креон, панцитрат) или содержащие желчные кислоты (фестал, панзинорм).

С целью коррекции нарушений кишечного биоценоза, проявляющегося диспепсией, возможно назначение короткими курсами антибактериальной терапии с последующим замещением ее пробиотиками (препараты, содержащие нормальные штаммы кишечной флоры, например, бифидумбактерин, линекс) и пребиотиками (препараты, способствующие росту нормальной кишечной микрофлоры, например, хилак-форте). При эрозивно-язвенных поражениях слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки используют антисекреторную терапию в виде ингибиторов протонной помпы (омепразол, рабепразол) в обычных дозах, а при необходимости осуществляют лечение, направленное на эрадикацию *Helicobacter pylori* (НР). При наличии метеоризма используют пеногасители (симетикон, комбинированные препараты, содержащие панкреатин и диметикон).

5. Аппаратная физиотерапия

В реабилитации пациентов после холецистэктомии и в лечении ПХЭС широко используются преформированные физические факторы. До настоящего времени не потеряли своей актуальности процедуры гальванизации. При этом анод располагают над областью правого подреберья, а катод сегментарно сзади на уровне DVI-х. Площадь обоих

электродов 150-200 см², плотность тока - до 0,05 мА/см². Курс лечения включает 10-15 ежедневных процедур продолжительностью 10-20 мин. Более эффективны процедуры лекарственного электрофореза, например, 2% раствора хлористого кальция, оказывающего существенное противовоспалительное действие, или 2% раствора сернокислого магния, способствующего активации желчеотделения. Параметры аналогичны методике гальванизации области правого подреберья.

Ввиду того, что в ранние сроки после операции ведущими синдромами у пациентов являются болевой и диспептический, хорошие клинические результаты отмечаются при использовании синусоидальных модулированных токов (СМТ) по поперечной методике на область проекции печени, правое подреберье и сегментарно сзади, справа на уровне Ду-х. С целью усиления процессов желчеобразования и желчеотделения применяют II род работы с глубиной модуляции 50% и частотой модуляции 50 Гц. Продолжительность воздействия составляет 8-10 мин. На курс лечения назначают 8-12 процедур, выполняемых 3-4 раза в неделю. Увеличение частоты модуляции до 100% приводит к снижению лечебного эффекта. Отмечается менее значимое усиление печеночной гемодинамики и дебита печеночной желчи, улучшение ее биохимических показателей. Снижение частоты модуляции до 30% хуже переносится больными. В ряде случаев отмечается возрастание болей в области печени и послеоперационного рубца, усиление диспептического синдрома.

Эффективным оказалось включение в комплекс лечения низкочастотного переменного магнитного поля (нПеМП). Цилиндрический индуктор располагают над областью проекции печени спереди и правым подреберьем с величиной магнитной индукции 25-35 мТл. Воздействуют в непрерывном режиме в течение 10-15 мин, ежедневно или через день. Всего на курс лечения проводят 10-15 процедур. Воздействия нПеМП хорошо переносятся пациентами, не вызывая каких-либо отрицательных реакций. Под влиянием процедур нПеМП отмечается уменьшение болевого синдрома, усиление печеночной гемодинамики, нормализация нарушенных показателей, характеризующих внешнесекреторную деятельность поджелудочной железы. Одновременно с улучшением кровообращения наблюдается положительная динамика нарушенных показателей печеночной желчи. Возрастает содержание в ней желчных кислот, увеличивается холатохолестериновый индекс, что свидетельствует о снижении литогенных свойств желчи. Помимо процедур нПеМП можно применять воздействия низкочастотным пульсирующим магнитным полем (нПуМП) с аналогичными параметрами. в реабилитации больных после холецистэктомии с успехом может быть использовано электромагнитное излучение дециметрового диапазона (ДМВ-терапия). Данный фактор оказывает выраженное противовоспалительное и антиспастическое действие, активизирует трофические процессы и способствует коррекции нарушений различных звеньев иммунитета. Под его воздействием улучшаются кровообращение в печени и физико-химический

состав желчи, происходит быстрое уменьшение или исчезновение клинических проявлений основных послеоперационных синдромов болевого, астенического и диспептического. В зависимости от аппарата прямоугольный или цилиндрический излучатель располагают над областью проекции печени спереди и правым подреберьем с воздушным зазором 3-4 см (аппарат «Волна-2») или контактно (аппарат «Ранет-20»). Мощность воздействия зависит от типа аппарата и колеблется в пределах от 10-15 до 25-30 Вт. Длительность процедур, проводимых через день, составляет 8-15 мин. Курс лечения включает 8-12 процедур.

Выраженная положительная динамика клинических, лабораторных и функциональных показателей у больных после холецистэктомии отмечается при использовании в качестве метода восстановительного лечения ультразвука частотой 880 кГц. Процедуру выполняют излучателем площадью 4 см² в положении больного лежа. Воздействуют по лабильной методике на область правого подреберья (1 поле) интенсивностью 0,4-0,7 Вт/см² в течение 5-10 мин и сегментарно сзади на уровне Ду-х (2 поля) интенсивностью 0,2-0,4 Вт/см² в течение 3-5 мин на каждое поле. Применяют прерывистый («импульсный») 4, 10 мс режим воздействия. Курс лечения состоит из 10-12 процедур, выполняемых через день. Данный метод хорошо переносится подавляющим большинством больных и является одним из наиболее эффективных в реабилитации пациентов после операций на желчном пузыре и желчных путях. Максимальный лечебный эффект отмечен при воздействии в более щадящем прерывистом (4 мс) режиме. Под его влиянием происходит значительное усиление внутрипеченочной гемодинамики, достоверно улучшаются биохимические показатели крови и желчи, отмечается нормализация показателей внешнесекреторной деятельности поджелудочной железы, коррекция иммунного дисбаланса.

Больным после операций на желчном пузыре и желчных путях показано также назначение процедур индуктотермии или э.п.ВЧ (27,12 МГц) в слабо тепловом режиме, обладающих противовоспалительным и усиливающим гемодинамику действием. Однако до настоящего времени отсутствуют убедительные доказательства их преимущества перед указанными выше методами аппаратной физиотерапии.

В реабилитации пациентов после холецистэктомии и лечения ПХЭС используют озono-терапию. Она способствует усилению кровообращения, в том числе на капиллярном уровне, улучшает реологические свойства крови, стимулирует ее кислородтранспортную функцию, вследствие чего возрастает оксигенация тканей. Озонотерапия оказывает противовоспалительное, иммуномодулирующее действие. Применяют методики системного воздействия (большая аутогемоозонотерапия или внутривенное капельное 200-300 мл озонированного физиологического раствора с концентрацией озона 1-3 мг/л). Процедуры проводят с частотой 2-3 в неделю, всего 6-10 на курс лечения.

Близкой по эффективности лечения пациентов после холецистэктомии оказалась методика ректальной инсуффляции 50-150 мл газовой озонкислородной смеси с концентрацией озона 6-20 мг/л. Ее назначение предпочтительно в амбулаторных условиях, а также при наличии сопутствующей патологии толстого кишечника. Если у пациентов имеются сопутствующие заболевания пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки воспалительного или атрофического характера, то может быть применено питье озонированной воды (концентрация озона 1,5-4 мг/л, 150-200 мл на прием). Прием воды осуществляют 2-3 раза в день в течение 14-20 дней. Указанную методику целесообразнее использовать в санаторно-курортных учреждениях.

6. Природно-лечебные факторы

Помимо методов аппаратной физиотерапии в реабилитации больных после холецистэктомии или лечения ПХЭС большую роль играют природные лечебные факторы. Одним из таких факторов являются питьевые минеральные воды. Они устраняют имеющиеся диспепсические явления, улучшают функциональное состояние желудка и двенадцатиперстной кишки, нормализуют работу печени, в том числе активизируя деятельность печеночных клеток-гепатоцитов. Под влиянием питьевых минеральных вод происходит нормализация нарушенных показателей белкового, углеводного и пигментного обмена, снижение повышенной активности индикаторных ферментов. Возрастает объем выделяющейся печеночной желчи, улучшаются ее биохимические свойства, в частности происходит усиление синтеза желчных кислот, возрастание холатахолестеринового коэффициента и снижение литогенных свойств желчи. Последнее обстоятельство позволяет говорить о возможности профилактики рецидивного появления желчных камней и о купировании проявлений билиарной недостаточности.

Питьевые минеральные воды улучшают внешнесекреторную деятельность поджелудочной железы. Нормализуется содержание панкреатических ферментов в крови и панкреатическом соке, усиливается объем панкреатической секреции. Во многих случаях отмечается нормализация деятельности кишечника.

Пациентам рекомендуют слабо- и среднеминерализованные воды - натриевые, гидрокарбонатные натриево-кальциевые, гидрокарбонатно-хлоридные натриево-гидрокарбонатные, сульфатные кальциево-магниевые-натриевые, гидрокарбонатные кальциево-натриево-магниевые и др. в подогретом до 42-44 °С виде, по 150-200 мл. Воду принимают 3 раза в день за 45-60 мин до еды.

С учетом определенной специфичности действия минеральных вод их выбор должен определяться наличием или отсутствием гастроэзофагеального рефлюкса (рефлюкс-эзофагит), уровнем желудочной секреции, характером двигательной активности желчевыводящих путей, функциональным состоянием кишечника и т.д. В зависимости от сопутствующей патологии органов пищеварения методика назначения минеральной воды (объем воды, время ее приема по отношению к еде

и т.д.) может быть несколько изменена. Лечение минеральными водами целесообразно проводить в любые сроки после операции, для чего можно использовать минеральную воду как непосредственно из источников (при направлении в санатории), так и бутылочную (в условиях стационаров и дома). Курс питьевого лечения не менее 20-24 дней. В течение 1 года после операции следует провести 2-3 таких курса.

Важную роль в реабилитации лиц, перенесших холецистэктомию, играет бальнеотерапия. Оказывая системное влияние на организм пациентов, ванны способствуют уменьшению или исчезновению выраженной слабости, утомляемости, нарушений сна, улучшению аппетита, купированию воспалительных явлений, коррекции имеющихся диспептических расстройств. Процедуры бальнеотерапии стимулируют сниженную в раннем послеоперационном периоде печеночную гемодинамику, активизируют процессы холереза и холесекреции, способствуют устранению нарушенных биохимических свойств желчи.

Наиболее эффективны общие углекислые ванны (концентрация CO_2 - 1,2 г/л) с температурой воды 34-35 °С продолжительностью 8-15 мин. На курс лечения 8-12 процедур, назначаемых через день. После курса лечения с использованием этих ванн практически исчезают боли в области послеоперационного рубца, правом подреберье и проявления астенического синдрома.

Аналогичное или во многом схожее действие оказывают общие хлоридные натриевые ванны (концентрация 20 г/л) с температурой воды 36-37 °С продолжительностью 10-15 мин. Они также хорошо переносятся больными, способствуют быстрому уменьшению или полному исчезновению ранних послеоперационных синдромов, улучшают гемодинамику печени и функциональное состояние органов гастроуденальной области. Эти ванны назначают через день, чередуя их с методами аппаратной физиотерапии или процедурами грязелечения. На курс лечения 10-12 процедур.

Эффективным методом лечения в раннем послеоперационном периоде являются общие радоновые ванны с концентрацией радона 40 нКи/л, температурой воды 36-37 °С и продолжительностью 10-15 мин. Их проводят с частотой 3-4 процедуры в неделю, всего на курс лечения 8-12 процедур. В тех случаях, когда у пациентов доминируют астенические явления, целесообразно назначение общих йодобромных ванн с температурой воды 36-37 °С и продолжительностью 10-15 мин. Однако более выраженное влияние на функциональное состояние органов гепатобилиарной и гастроуденальной систем, печеночную гемодинамику они оказывают только тогда, когда проводятся на хлоридной натриевой (10-20 г/л) основе.

в реабилитации пациентов после холецистэктомии возможно использование сероводородных ванн, но только в низких концентрациях (не более 50 мг/л). Их назначают при отсутствии существенных нарушений функционального состояния печени.

Устранению проявлений болевого и диспепсического синдромов, улучшению кровообращения в печени, коррекции нарушений различных видов обмена, активности индикаторных ферментов и функционального состояния

поджелудочной железы способствует пелоидотерапия. Аппликации лечебной грязи накладывают на область печени, правого подреберья и сегментарно сзади, на уровне нижнегрудного отдела позвоночника. Температура грязи 38 °С, продолжительность процедуры 10-20 мин.

Грязелечение пациентам может быть назначено уже через 1,5-2 нед. после операции курс лечения включает 8-12 процедур, проводимых через день. Его комбинируют с методами аппаратной физиотерапии. У лиц старших возрастных групп и при наличии выраженного болевого синдрома грязевые аппликации следует заменить процедурами электрогрязелечения.

Необходимо помнить, что бальнео- и грязелечение противопоказано больным с выраженной астенией, реактивным гепатитом, при обострении хронического панкреатита, холангита, а также при наличии общих противопоказаний к применению физических факторов.

7. Заключение

Таким образом, медицинская реабилитация в раннем послеоперационном периоде показана всем пациентам, перенесшим оперативные вмешательства на желчном пузыре и желчных путях. Лечебные комплексы должны включать адекватные состоянию пациента, с учетом имеющейся у него сопутствующей патологии, методы аппаратной физиотерапии в комбинации с процедурами водо- или теплелечения на фоне внутреннего приема минеральных вод и лечебной гимнастики. В качестве примеров наиболее эффективных комплексов следует указать комбинирование УЗ, нПeМП или ДМВ с углекислыми, хлоридными натриевыми или радоновыми ваннами, а также грязевыми аппликациями или процедурами электрогрязелечения, озонотерапией. Доказано, что проведение послеоперационной реабилитации с использованием методов физической терапии позволяет более чем вдвое снизить частоту возникновения ПХЭС в дальнейшем.

8. Список использованной литературы:

- «Физиотерапия и курортология» под редакцией В.М. Боголюбова том2
- «ПРАКТИЧЕСКАЯ ФИЗИОТЕРАПИЯ» А.А. Ушаков
- «Общая физиотерапия» В.С. Улащук И.В. Лукомский