**Ульяновский государственный университет**

**Институт права и государственной службы**

**Юридический факультет**

**ПРОФИЛАКТИКА**

**И ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА ПРИ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ**

Реферат

студента группы Ю-35

КЛЯЧКИНА АНДРЕЯ

Ульяновск - 1998

**СИМПТОМЫ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ**

В последние 40 лет продолжается рост контингента больных со спаечной болезнью, обусловленный ежегодным увеличением количества оперированных на органах брюшной полости.

В международной статистической классификации болезней, принятой в настоящее время в нашей стране, диагноза «спаечная болезнь» нет. Согласно перечня, имеются следующие нозологические единицы: брюшные спайки, спайки с кишечной непроходимостью, спайки женского таза, мужского таза, кишечника, желудка и др.

В нашей стране в медицинской практике используют термин «спаечная болезнь», подразумевая под этим синдром, обусловленный наличием спаек в брюшной полости, образовавшихся вследствие различных причин, и характеризующийся частыми приступами относительной кишечной непроходимости.

Практика показывает, что при спаечной болезни развиваются самые разнообразные симптомокомплексы, включая болевой синдром, дисфункцию органов, спаечную непроходимость.

Классификация симптомокомплексов при спаечной болезни:

|  |  |
| --- | --- |
| Клинические проявления | Особенности |
| Болевой синдром с дисфункцией органов без приступов непроходимости | Спайки и сращения локализуются в любой области брюшной полости: в зоне желудка, желчного пузыря, двенадцатиперстной, тонкой и толстой кишок; сращения большого сальника с париетальной брюшиной, с тонкой кишкой и ее брыжейкой, с органами малого таза; сращение в зоне илеоцекального угла. Спайки вызывают деформацию соответствующих органов, сдавление привратника или двенадцатиперстной кишки, подтягивание их к печени. Иногда в эпигастральной или в правой подвздошной области имеет конгломерат спаек |
| Острая спаечно-динамическая непроходимость (первый приступ) | Спайками, как одиночными, так и множественными (в том числе и плоскостными), поражена преимущественно тонкая кишка (иногда толстая), вызывая многочисленные деформации кишечной трубки, без или с небольшим сужением ее просвета. |
| Рецидивирующая спаечная непроходимость (повторные приступы) | То же; как правило, на протяжении тонкой кишки в результате ее деформации имеется нарушение футлярности органа, сужение просвета. Выше места сужения имеется дилатация тонкой кишки |
| Обтурационная спаечная непроходимость | Спайкой (тяжем) полностью или частично пережат просвет тонкой (реже толстой) кишки. Спайками могут быть деформированы петли тонкой (редко толстой) кишки с перегибом ее под острым углом по поперечной или по продольной оси, с гофрированием, с образованием шпор, суживающих или перекрывающих ее просвет. Реже бывает сдавление (компрессия) просвета извне спаечно-воспалительным инфильтратом. Выше обструкции происходит расширение кишки и желудка, ниже препятствия — кишка в спавшемся состоянии. Брыжейка кишки не сдавлена. На месте сдавления тяжем иногда бывает очаговый некроз стенки кишки или странгуляционная борозда. Очаговые некрозы вследствие нарушения микроциркуляции и присоединения воспаления в приводящих петлях возникают поздно |
| Странгуляционная спаечная непроходимость с нарушением кровообращения в брыжейке и кишечной петле | В окне, образованном сращениями, пережата одна или несколько кишечных петель вместе с их брыжейкой. На фоне спаек может наступить заворот одной или нескольких петель тонкой (редко толстой) кишки. В брыжейке пережаты кровеносные сосуды, а также нервы. Иногда спайкой (тяжем) сдавлена одна брыжейка без пережатия просвета кишки. При сильном сдавлении нарушается не только венозный, но и артериальный кровоток. В этих случаях быстро, в течение нескольких часов, наступает некроз ущемленной петли. |

Разделение клинических проявлений у больных с брюшными сращениями на болевой синдром и кишечную непроходимость в определенной степени относительно. Заболевание может начаться с болевого синдрома, а в дальнейшем присоединяется спаечная кишечная непроходимость. При анализе выявлены следующие соотношения клинических симптомокомплексов у больных со спайками брюшной полости.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Симптомокомплекс | Абс. число | % |
| Болевой синдром с нарушением функций или морфологии органов | 182 | 32,9% |
| Рецидивирующая спаечная непроходимость кишечника | 135 | 24,3% |
| Острая спаечно-динамическая непроходимость кишечника | 102 | 18,3% |
| Обтурационная спаечная непроходимость кишечника | 90 | 16,2% |
| Странгуляционная спаечная непроходимость кишечника | 46 | 8,3% |
| Всего: | 555 | 100% |

Анализ клинических наблюдений и архивного материала, проведенный Р.М. Женчевским, показал следующее соотношение больных — носителей спаек брюшной полости по этиологическому принципу. Послеоперационные сращения составили 86,5% (449) случаев всей спаечной патологии, сращения воспалительного происхождения — 12,3% (64), травматические сращения — 0,38% (2) и врожденные сращения — 0,78% (4).

Характер заболевания и травматичность хирургического вмешательства играют важную роль в степени выраженности послеоперационных спаек брюшной полости. Кроме того, важную роль играют иммунобиологические изменения в организме больного.

Большая часть людей является носителями спаек, которые не проявляются какой-либо клиникой. У части больных возникает та или иная симптоматика. Тонкие механизмы возникновения клинической симптоматики остаются не вполне ясными.

В возникновении клинической симптоматики имеет значение тип нервной деятельности человека, порог болевой чувствительности, патоморфологические факторы: локализация сращений в брюшной полости, наличие хронического воспалительного процесса в сращениях и в системе желудочно-кишечных гормонов, которые регулируют функцию кишечного тракта, в частности перистальтическую.

Классически (с первых лет изучения проблемы «спаечная болезнь») считалось, что клиническая картина заболевания связана с самими сращениями. Предрасполагающим фактором в возникновении непроходимости кишечника являются наличие спаек и постепенно нарастающие патоморфологические изменения в кишечных петлях.

Разрешающими факторами (пусковой толчок) являются неблагоприятные условия внешней среды: физическое перенапряжение, нарушение диеты (употребление грубой пищи, переедание), развитие кишечной инфекции (энтерит) и др. На фоне предрасполагающих факторов разрешающий момент вызывает усиление или извращение перистальтики и приводит к декомпенсации функции кишечника и появлению приступа механической спаечной или рецидиву спаечно-динамической непроходимости кишечника.

Другой механизм в развитии непроходимости наблюдается при ранней послеоперационной спаечной непроходимости, которая возникает на фоне перитонита в первые 21-25 дней после операции. В данной ситуации у большей части больных, во-первых, не имеется старых, ранее сформировавшихся спаек, во-вторых, термин «спаечная непроходимость» применим здесь условно, так как образовавшиеся фибринозные наложения и плоскостное слипание петель кишечника еще не успели организоваться в соединительную ткань.

Болевой синдром с нарушением функции органов брюшной полости — самое частое клиническое проявление спаек брюшной полости. Основная масса больных с этой патологией лечится в поликлиниках, терапевтических отделениях и в санаторно-курортных учреждениях.

Интенсивность болей колеблется в широких пределах — от умеренных до резко выраженных колик. Боли часто бывают постоянными, тянущими, ноющими, могут вызывать чувство жжения. Типичным считается усиление болей при тряске, при повороте в кровати на сторону, противоположную локализации спаек, после приема пищи. Локализация болей зависит от расположения спаек. При выраженных приступообразных или схваткообразных болях больные мечутся в кровати, принимают вынужденную позу. Возникновение сильных болей может сопровождаться урчанием в животе, рвотой, чувством неотхождения газов и др.

Можно выделить следующие группы клинических симптомокомплексов:

1. Болевой синдром, сопровождающийся дискинезией тонкой кишки. Самая многочисленная группа.
2. Эпигастральный синдром — при наличии сращений в эпигастральной области, вызывающих нарушение функции желудка.
3. Перидуодениты — при сращениях, локализующихся по ходу двенадцатиперстной кишки и желчных путей, вызывающих вторичный дуоденостаз, дискинезию желчных путей, холестаз, острую дуоденальную непроходимость.
4. Синдром натянутого сальника — при сращении дистальной части большого сальника.
5. Синдром терминальной петли — при сращениях и рубцовом процессе стенки терминального отдела подвздошной кишки и ее брыжейки (хронический мезоилеит), приводящих к деформации и дискинезии тонкой кишки.
6. Периколиты — при сращениях, локализующихся преимущественно по ходу толстой кишки и вызывающие ее деформацию и нарушение функции.
7. Спайки брюшной полости и кишечные свищи.
8. Абдоминальный криз — при спайках брюшной полости с ложной клинической картиной «острого живота».
9. Хроническая гипотония желудочно-кишечного тракта (синдром «большого живота»).
10. Спайки брюшной полости и послеоперационные грыжи живота.

После операции на органах брюшной полости у большей части больных остается спаечный процесс.

**ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ СПАЕК**

Мероприятия по предупреждению послеоперационных спаек условно разделяются на три группы: предохранительные меры во время операции, в том числе перитонизация дефектов брюшины; введение лекарственных препаратов и растворов в конце операции и в последующие дни с целью предупреждения послеоперационного спаечного процесса; своевременное восстановление перистальтики в послеоперационном периоде.

В настоящее время следует различать следующие методы лечения: консервативный, чисто оперативный и оперативное вмешательство в сочетании с противорецидивным лечением в ближайшем послеоперационном периоде.

На фоне спаечного процесса в брюшной полости возникает множество разнообразных симптомокомплексов: от умеренно выраженного болевого синдрома до возникновения тяжелых приступов спаечной непроходимости. Ориентация преимущественно на консервативное лечение приводит к увеличению летальности и числа тяжелых инвалидов с рецидивирующей непроходимостью кишечника.

До недавнего времени существовало правило: применять по мере возможности консервативную терапию, а к операции прибегать только по жизненным показаниям. Накопленный практический опыт свидетельствует, что консервативное лечение обычно носит симптоматический характер, вызывает временное улучшение, но не приводит к рассасыванию имеющихся сращений. При умеренно выраженных болевых синдромах оно бывает адекватным, но его нельзя противопоставлять оперативному лечению.

Обнадеживающие результаты экспериментов по использованию пролонгированных ферментов и клинический опыт последних лет показывают, что оперативный метод в сочетании с противорецидивным лечением начинает занимать важное место в лечении больных со сращениями брюшной полости.

Наиболее часто послеоперационные спайки возникают именно в зоне послеоперационного рубца. Важен также подбор шовного материала. Наиболее выраженную воспалительную реакцию тканей вызывают оставляемые в брюшной полости кетгутовые лигатуры. Это связано, во-первых, с тем, что кетгут пропитан йодом и йодидом калия, во-вторых, он может давать аллергическую воспалительную реакцию и приводить к возникновению инфильтратов и спаек. Наиболее инертны и приемлемы современные шовные материалы из полимеров.

Консервативное лечение показано при наличии умеренно выраженного болевого синдрома, сочетаний болей с дисфункцией одного из органов брюшной полости при сращениях брюшной полости, сочетающихся с хроническим рубцующимся мезоилеитом или мезосигмоидитом, при редких кишечных коликах и редко повторяющихся приступах спаечной непроходимости. Кроме того, комплекс консервативного лечения следует проводить при абдоминальных кризах на фоне спаек, приступах спаечно-динамической непроходимости и при возникшей хронической гипертонии кишечного тракта.

Необходимо подчеркнуть, что у некоторых больных затруднительно сразу выбрать метод лечения. Это касается прежде всего больных с выраженным болевым синдромом и редко повторяющимися приступами рецидивирующей спаечной непроходимости кишечника. В таких случаях вначале целесообразно провести консервативное лечение.

Из терапевтических методов лечения наиболее часто использовали различного рода тепловые процедуры: грязелечение, парафиновые и озокеритовые аппликации, лепешки из глины. Применяли также различные методы электролечения: электрофорез новокаина, папаверина, иодида калия, ихтиола, а также диатермию, коротковолновую терапию, рентгенотерапию. Чаще других применяли электрофорез йодида калия и лидазы.

В последующие годы для лечения больных со спайками стали применять УЗ-терапию и воздействие ультразвука с лечебной грязью.

**РЕАБИЛИТАЦИЯ**

После выписки из стационара об окончательном результате проведенного лечения можно судить через несколько лет. В связи с этим больные со спаечной болезнью подлежат диспансерному наблюдению участкового терапевта и хирурга поликлиники. После окончания лечения и выписки на работу ряд больных нуждается во временном переводе на облегченный труд сроком на 3—6 мес. Повторные осмотры в течение первого года проводят через 2—3 мес. Выясняют субъективное состояние, физикально исключают возможное появление инфильтратов, конгломератов кишечных петель, выясняют функцию желудочно-кишечного тракта. В первые 2—3 мес. После выписки больной должен соблюдать диету с исключением из рациона винограда, кукурузы и другой грубой и острой пищи. В дальнейшем диету постепенно расширяют, индивидуально подбирают приемлемые блюда и продукты. Основной принцип режима питания — не употреблять одномоментно большой массы пищевых продуктов. Дневной рацион блюд распределяют на 4—5-разовый прием.

Если спаечный процесс брюшной полости имел системный характер и занимал всю или значительную часть брюшной полости или же имелись очаги хронического воспалительного процесса, необходимо проводить повторные реабилитационные курсы лечения, заключающиеся в проведении электрофореза трипсина в сочетании с биостимуляторами. Такие курсы лечения проводят в профилактории, поликлинике через 1-2 мес. после выписки, а если возникает необходимость — повторяют еще раз через 6 мес. Нормализация показателей крови, концентрации фибриногена и сиаловых кислот свидетельствует о затухании хронического перитонита.

Наличие сопутствующих заболеваний требует проведения соответствующего комплексного лечения с привлечением специалистов. Важное место в реабилитации больных должно занять санаторно-курортное лечение. Его необходимо проводить в первую очередь больным с сопутствующими заболеваниями. Курортное лечение желательно проводить в ранние сроки преимущественно в санаториях гастроэнтерологического профиля (Ессентуки, Железноводск, Трускавец и др.). Лечение сопутствующих заболеваний нередко приводит к окончательному выздоровлению.

**ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА**

В комплексе реабилитационных мероприятий очень важное место занимает лечебная гимнастика и своевременная активизация физической подвижности выписанных больных. Гимнастические упражнения проводят с целью укрепления брюшного пресса, поднятия тонуса мускулатуры полых внутрибрюшных органов и улучшения в них микроциркуляции. Для этого подбирают упражнения, сопровождающиеся сокращениями мышц живота и значительными перепадами внутрибрюшного давления — упражнения лежа, волевые сокращения мышц брюшного пресса с глубоким брюшно-диафрагмальным дыханием. К комплексу гимнастических упражнений добавляют массаж брюшной стенки. Рационально сочетание гимнастических упражнений с одновременным самомассажем брюшной стенки.

Спаечный процесс брюшной полости может отягощать течение болезней резецированного желудка. Реабилитация этих больных бывает особенно сложной. Комплексную терапию им следует проводить в стационаре гастроэнтерологического профиля, а затем в санатории. Им индивидуально подбирают диету, медикаментозную терапию. Этих больных часто приходится переводить на инвалидность.

Отдельную группу составляют лица, у которых заболевание возникло на фоне патологии центральной нервной системы (шизофрения, эпилепсия, сегментарное выпадение иннервации в связи с патологией спинного мозга). В реабилитации этих больных активное участие должен принимать невропатолог. Восстановление проведения импульсов по проводящим путям спинного мозга и регулирующей функции вегетативной нервной системы может способствовать восстановлению активной функции внутрибрюшных органов. Многократные операции, привыкание к наркотическим средствам, нарушают функцию как вегетативной нервной системы, так и желудочно-кишечных гормонов. Только длительная консервативная терапия в сочетании с диетой постепенно восстанавливает функцию кишечного тракта.

Комплекс упражнений лечебной гимнастики для больных со спаечной болезнью в период реабилитации.

1. Лежа на спине, руки на животе, выполнять брюшно-диафрагмальное дыхание: во время вдоха предельно выпячивать переднюю брюшную стенку, во время выдоха — втягивать, придавливая сверху кистями.
2. Лежа на спине, руки вдоль туловища. На выдохе сгибать ноги в тазобедренных суставах. На вдохе — разгибать до исходного положения.
3. Лежа на спине. На выдохе подтянуть ноги к животу, обнять их руками. На вдохе — разогнуть в исходное положение.
4. Лежа на спине. На выдохе согнуть обе ноги и без помощи рук подтянуть их к груди. На вдохе — вернуться в исходное положение.
5. Лежа на спине завести руки под голову, согнуть ноги в коленях. На выдохе пытаться сесть, на вдохе — вернуться в исходное положение.
6. Лежа на спине согнуть ноги в коленях, руки вдоль туловища. На выдохе приподнимать таз, втягивать живот. На вдохе — вернуться в исходное положение.
7. Лежа на спине, руки под голову, ноги прямые. На выдохе пытаться сесть. На вдохе — вернуться в исходное положение.
8. Лежа на спине, руки разведены в стороны, ноги подтянуты и согнуты в коленях. На выдохе дважды наклонять согнутые ноги влево. На вдохе — вернуться в исходное положение. То же в правую сторону.
9. Лежа на спине, руки вдоль туловища. На выдохе сесть. На вдохе вернуться в исходное положение.
10. Сидя на стуле. На вдохе развести руки в стороны. На выдохе обхватить руками колено и подтянуть его к животу.
11. Сидя на стуле, выполнять брюшно-диафрагмальное дыхание. На вдохе выпячивать брюшную стенку. На выдохе — глубоко втягивать ее, производя массирующее движение кистями рук справа налево.
12. Стоя, руки вперед. Поочередно сгибать ноги в тазобедренных суставах, не сгибая в коленных.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Блинов Н.И. Спаечная болезнь, ее профилактика и лечение. Л., Медицина, 1968. - 168 с.
2. Женчевский Р.А. Спаечная болезнь. М., Медицина,1989. - 192 с.
3. Торопов Ю.Ю. Отдаленные результаты оперативного лечения острой спаечной непроходимости // Хирургия, 1978, №3.- с. 55-59
4. Хамдаков Х.Х., Сабиров Б.У. Лечение спаечной непроходимости // Хирургия, 1981,№8.- с. 27-29
5. Чухриенко Д.П. Спаечная болезнь. К., Здоровье, 1972. - 215 с.