

Список литературы:

1. Дмитриев А.Л., Солтан С.А. Особенности медицинской реабилитации больных с заболеваниями и повреждениями позвоночника. Сб. науч. ст. - Медико-социальная экспертиза и реабилитация: - Минск: НИИ МСЭ и Р, 2008. Вып. 10 - С. 113-116.
2. Rissanen A., Kalimo H., Alaranta H. Effekt of intensive training on isokinetic strength and structure of lumbar muscles in patient with chronic low back pain // Spine. – 1995. - V. 20. № 3. – P. 333-340.
3. Судаков К.В. Системное построение функций человека. - М.: «Sovero press», 1998. – 24 с.

**ФИЗИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ
БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ В
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ**

*Дубровщик О.И., Довнар И.С., Пакульневич Ю.Ф.,
Мирошниченко И.А.*

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно
УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно», Гродно*

Неуклонный рост заболеваемости панкреатитом разных групп населения обуславливает актуальность проблемы его лечения и профилактики. Существующий в настоящее время комплексный подход к лечению больных как острым, так и обострения хроническим панкреатитом, занимающим 2-3-е место в структуре неотложной хирургической патологии живота, требует, нередко, сочетания оперативных и консервативных методов с использованием большого количества лекарственных препаратов. Применение же различных видов аппаратной физиотерапии, играющих большую роль в лечении больных с заболеваниями органов пищеварения, в ряде случаев ограничено используется в практике лечения панкреатита, что связано с выраженным тепловым или раздражающим действием физических факторов на секреторный аппарат поджелудочной железы, активизацией панкреатических ферментов, возникновением протеазно-ингибиторного дисбаланса и развитием рецидива заболевания.

Хирургическое лечение хронического панкреатита показано в первую очередь при осложненных формах заболевания, сопровождающихся обтурационной желтухой (индуративный и псевдотуморозный панкреатит), болевых формах панкреатита, когда консервативное лечение неэффективно, при вирсунголитиазе и исходе хронического панкреатита в кисту. Относительные показания к операции могут возникнуть при тех формах заболевания, которые развиваются на фоне язвенной болезни, хронического калькулезного холецистита и другой патологии.

При назначении хирургического лечения необходимо помнить о его нередко ограниченных возможностях. Операция, предпринимаемая по поводу хронического панкреатита, не должна быть опаснее самого заболевания.

Оперативное вмешательство по поводу хронического панкреатита должно преследовать три основные цели: устранение первопричины заболевания, снятие болевого синдрома и обеспечение нормального оттока в кишечник панкреатического сока и желчи. Только при хроническом панкреатите с исходом в кисту можно говорить об устранении «следствия» заболевания, т. е. самой кисты.

В послеоперационном периоде в первую очередь следует обращать внимание на реакцию со стороны поджелудочной железы, состояние желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы.

Наиболее частыми осложнениями являются послеоперационный панкреатит и парез кишечника, который сопровождается икотой, рвотой, метеоризмом, задержкой стула и газов. В тяжелых случаях рвота становится упорной, происходит большая потеря жидкости и питательных веществ.

Мы располагаем опытом 166 операций при хроническом панкреатите за последние 10 лет, которые были выполнены 77 женщинам и 89 мужчинам в возрасте от 20 до 70 лет. Наибольшее число больных были в возрасте от 40 до 60 лет.

В комплексе лечебных мероприятий физиотерапевтические методы применяли у 157 (94,5 %) больных на этапах лечения и медицинской реабилитации в послеоперационном периоде с целью воздействия на различные звенья патогенеза заболевания.

Физиотерапевтическое лечение назначали для купирования

болевого синдрома (анальгетические методы), спазма кишечника (спазмолитические методы), снижения воспаления железистой ткани (противовоспалительные методы), усиления эндокринной функции поджелудочной железы (инсулинстимулирующие методы), усиления катаболических процессов (антигипоксические методы) и купирования астеноневротических состояний (седативные методы).

В комплекс лечения входило множество физических факторов – это ультразвук, токи, лазер, магнитное поле, различные виды излучений (ультрафиолетовое, инфракрасное), механические факторы (лечебный массаж, акупунктура), ЛФК, гипербарическая оксигенация и другие. Электрофорез и фонофорез занимают промежуточное положение между физиотерапией и фармакотерапией, так как при этих физиотерапевтических процедурах электрический ток или ультразвук используются для доставки лекарственных веществ через кожу и слизистые.

Для борьбы с парезом производили электростимуляцию кишечника. Хорошо восстанавливает перистальтику гипербарическая оксигенация, которая применялась у больных.

Одним из широко применяемых методов являлась лазеротерапия. Ее применяли для лечения больных хроническим панкреатитом сразу же после проведения операции на поджелудочной железе. Сканируют лазерным лучом послеоперационную рану с дистанции 1 см. Продолжительность лазерного сканирования -10 минут. Курс лечения составлял 10-15 ежедневных процедур, начиная с первых же суток после операции.

Лазеротерапия способствовала ускорению заживления послеоперационной раны, а также оказывала противовоспалительное и анальгетическое действие.

В лечении хронического панкреатита также использовалось переменное магнитное поле низкой частоты, которое, в отличие от высокочастотных электромагнитных полей, не обладает тепловым эффектом. Клинические исследования показали, что магнитотерапия обладает многими достоинствами - она оказывает умеренное противовоспалительное действие, снимает боль. По литературным данным, магнитотерапия стимулирует иммунную систему, улучшает показатели крови, усиливает микроциркуляцию в тканях.

В качестве анальгетических методов применялось СУФ-облучение в эритемных дозах.

С противовоспалительной целью использовали низкоинтенсивную УВЧ-терапию, инфракрасную лазеротерапию.

В качестве антигипоксических методов применялась гипербарическая оксигенация.

В позднем послеоперационном периоде присоединялись седативные методы, в состав которых входила электросонотерапия.

Применяется сочетанный метод гипербарической оксигенации и КВЧ-терапии в лечении деструктивного панкреатита малоинвазивными технологиями в послеоперационном периоде.

В комплекс лечебных мероприятий у 49 больных также включали низкоэнергетическое лазерное излучение и электрофорез димексида на проекцию поджелудочной железы с целью сочетания противовоспалительного и анальгетического действия.

Применение физиотерапевтических методов лечения приводило к более быстрому улучшению состояния больных в послеоперационном периоде на основе данных температуры тела, количества лейкоцитов и лимфоцитов в крови, анализа мочи, частоты пульса, частоты дыхания, клинической картины панкреатита, начиная с 3-4-й физиотерапевтической процедуры, а также приводило к укорочению длительности госпитализации.

Таким образом, включение в лечебный комплекс больных хроническим панкреатитом физиотерапевтического лечения в послеоперационном периоде улучшает течение заболевания.

ПРИЧИНЫ, ДИАГНОСТИКА, МНОГОКОМПОНЕНТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСТТРОМБОФЛЕБИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

***Дубровицк О.И., Мармыш Г.Г., Хильмончик И.В., Жук Д.А.,
Казеннов С.С., Баковец Л.С.***

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно
УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно», Гродно*

Посттромбофлебитическая болезнь (ПТФБ) нижних конечностей развивается у пациентов, перенесших тромбоз