

САНАТОРНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ РЕЗЕКЦІЮ ШЛУНКА У ЗВ'ЯЗКУ З ВИРАЗКОВОЮ ХВОРОБОЮ

*МАРУСЯНИЧ Б.М., МИХАЛКО О.Г., КОРОСТЕЛЬОВ В.О.,
МИХАЛКО Т.М.*

Санаторій “Поляна” об'єднання “Закарпаткурорт”

Останніми роками в санаторії “Поляна” працює відділення реабілітації гастроентерологічних хворих, які поступили на лікування через декілька тижнів після перенесеної операції. Ця нова, щойно народжена, галузь курортології потребує детального вивчення. Для успішної реабілітації цих хворих необхідно вирішити цілий ряд проблем. Найважливіші із них, на наш погляд, такі:

1. Чи всіх хворих, які перенесли операцію на органах травлення, можна відразу ж після виписки із лікарні направляти на санаторне лікування? Питання відбору таких хворих для курортного лікування має неабияке значення.

2. Які патологічні порушення з боку органів травлення потребують лікування після гастректомії? Якщо під час санаторного лікування хворих на виразкову хворобу основною проблемою була нормалізація секреторно-рухової функції шлунка, то в найближчий час після резекції шлунка такої проблеми зовсім не існує. У віддаленому періоді після резекції шлунка, якщо сформувався постгастрорезекційний синдром, санаторне лікування спрямоване на усунення локального патологічного процесу – тобто гастриту культі, рецидивної виразки, синдрому привідної петлі тощо.

3. Як впливає санаторне лікування на процес адаптації організму хворих після перенесеної операції? У зв'язку із хірургічним втручанням настає процес перебудови в роботі органів травлення, який так необхідний для компенсації втраченої функції. Така перебудова триває шість і більше місяців. Курортні засоби лікування вступають у взаємодію з організмом, результат якої залежить від багатьох факторів – особливостей його реактивності, імунної системи, попереднього стану тощо. Відомо, що основним методом лікування хворих у санаторії “Поляна” є внутрішній прийом гідрокарбонатної вуглекислої середньої мінералізації води Поляна-Купіль. Можливо, її розведення до певної концентрації підвищить ефективність лікування таких хворих.

4. Які невротичні порушення у хворих, що перенесли гастректомію, потребують корекції?

Ми спостерігали 42 хворих на виразкову хворобу шлунка (7 чол.) та дванадцятипалої кишки (35 чол.), які перенесли гастректомію в зв'язку з ускладненим перебігом хвороби – 12 жінок і 30 чоловіків віком $42,3 \pm 1,83$ років. Вік хворих перед початком захворювання – $26,2 \pm 1,55$ років.

Всі хворі пройшли повне клініко-лабораторне та психологічне обстеження з використанням опитувальної анкети Г. АЙЗЕНКА (варіант Ері), тесту малюнкової асоціації С. Розенцвейга, асоціативного експерименту, шкали реактивної стривоженості Спілбергера та скороченого варіанту Бека шкали самооцінки депресії.

У 7 чол. (16,7%) переважали явища шлункової ентероколопатії. Ці хворі скаржились на відчуття повноти і тиснення в епігастральній ділянці після їди, зниження апетиту, нудоту та пронос. Пальпаторно спостерігалась дифузна болючість у надчеревній ділянці. Рівень амілази сечі та коефіцієнт індукції холецистокініну у них частіше були заниженими. В екскрементах знаходили неперетравлені м'язові волокна, нерідко волокна сполучної тканини, зерна крохмалю та жиру.

У 16 чол. (38,1%) спостерігали явища гіпомоторної дискінезії жовчних шляхів та холецистоангіохоліту. Клінічна картина цих хворих характеризувалася постійним тупим ниючим болем, відчуттям розпирання у правому підребер'ї, поганим апетитом, іноді нудотою. Пальпаторно знаходили болісність у міхуровій точці. Іноді були позитивними симптоми Мерфі та Ортнера. Часто промацувалася чутлива та дещо збільшена печінка. Лабораторно виявляли незначне підвищення рівня холестерину крові, В-ліпопротеїдів і зростання активності лужної фосфатази. У 9-ти хворих спостерігався незначний лейкоцитоз та прискорення ШОЕ.

Ультразвукове обстеження жовчного міхура підтвердило діагноз.

У 9-ти хворих (21,4%) переважали явища реактивного або персистуючого гепатиту. В клінічній картині на першому плані були скарги на незначний біль у правому підребер'ї, відчуття тиснення й повноти у підребер'ї, здуття живота, сухість і гіркоту в роті, пожовтіння склер, астеновегетативні розлади тощо. Печінка збільшена на 1,5–3 см, з гладкою поверхнею, дещо щільнуватої консистенції, трохи болісна. Під час лабораторного обстеження в сироватці крові виявляли зниження вмісту альбуміну, рідше – загального білка, холестерину і протромбіну та незначне (в 1,5–3 рази) підвищення трансаміназ (аспарагінової та аланінової). За даними копрограми – наявність великої кількості кристалів жирних кислот. Під час дослідження сечі – уробілікурія.

У 10 чол. (23,8%) виявили ознаки панкреатиту. Найтипівішим клінічним проявом був біль у надчерев'ї.

Менш інтенсивний перед сніданком, після їди він значно посилювався і набував тиснучого або сверблячого характеру. У зв'язку в цим деякі хворі самі обмежували кількість вживаної їжі. Частими були також скарги на нудоту й блювання до їжі, здуття живота, проноси. Під час пальпації виявляли незначну болісність в точках Дежардена, Шаффара та Мейо-Робсона.

Лабораторно в крові виявляли помірну анемію, незначний лейкоцитоз та прискорене ШОЕ. Дослідження амілази в сироватці крові та сечі допомагало встановити надмірне надходження панкреатичних ферментів (феномен ухилення). У випорожненнях знаходили неперетравлені м'язові волокна, нейтральний жир, мило та крохмальні зерна.

Психологічне обстеження хворих, які перенесли гастректомію, виявило такі особливості. Емоційна депривація в дитинстві (відсутність або алкоголізм одного з батьків, розлучені або багатодітні сім'ї, психічні захворювання серед батьків тощо) мала місце у 91% чол. Астенічні прояви в дитинстві спостерігались у 61% чол. Після одруження 86% хворих мали значні проблеми в сімейному житті – насамперед, це алкоголізм, невірність, розлучення, втрата чоловіка чи жінки, бездітність тощо.

Під час дослідження акцентуацій особистості (К.Леонгард, 1981) частіше виявляли збудливі та демонстративні риси характеру, а також тривожну, емотивну і ефективно-лабільну акцентуації темпераменту. За даними опитувальної анкети виявлені низькі оцінки за шкалою екстраверсії-інтраверсії (11,2±0,50 бала) і високі за шкалою нейротизму (15,6±0,67 бала). Рівень реактивної стривоженості по шкалі Спілбергера рівнявся 55,7±1,44 бала. Сумарний рівень депресії за шкалою Бека становив 19,9±1,12 бала. Особливо високі оцінки виявлені по таких симптомах шкали, як знижений настрій, втрата задоволення, песимізм, підвищена дратівливість, погана працездатність, порушення сну тощо. Під час дослідження толерантності до фрустрації у хворих переважали екстрапунітивна спрямованість та упертий тип реакцій.

В цілому у хворих, які перенесли гастректомію в зв'язку з виразковою хворобою, невротичний стан мав свою психопатологічну характеристику. Насамперед це підвищена дратівливість, неадекватна реакція на різні подразнення, велика уразливість, напруженість, песимізм, почуття тривоги, хворобливі побоювання та страх, нездатність до зосередження, підвищена психічна стомлюваність, часті істеричні реакції тощо. Все це, як правило, проявилось на депресивному та іпохондричному тлі.

Така неспроможність або фіктивне пристосування хворих до стресу сприяли підвищенню рівня збудження в центральній нервовій системі та в ділянці нейроендокринної регуляції. В результаті виникали різні соматичні, невротичні порушення. Найбільш характерними були серцебиття, пітливість, підвищена фізична стомлюваність, важкість в голові, головний біль під час емоційного напруження або спроби зосередитись, коливання кров'яного тиску, відчуття клубка в горлі, тривале м'язове напруження, трясіння тощо.

Звісно, що така погана адаптація до стресу значно підвищує чутливість організму до різних хвороб.

За психопатологічними синдромами хворі були розподілені таким чином: астеничний синдром виявлений у 6% чол., депресивний – у 8%, фобічний – у 12%, тривога – у 25%, істеричний – у 16% та іпохондричний – у 33% чол.

Таким чином, у зв'язку з виразними невротичними порушеннями хворі потребували психотерапевтичної корекції, яка в деяких випадках допомогла б уникнути необхідності хірургічного втручання. Після перенесеної операції необхідність у проведенні психотерапії цим хворим, на нашу думку, ще більше зросла.

Всі хворі, які перенесли гастректомію, пройшли повний курс санаторного лікування, основними принципами якого було: усунення болю та інших неприємних відчуттів, застосування засобів, які сприяють нормалізації секреторної, ферментотвірної та моторно-евакуаторної функції органів травлення, прискорення регенеративних процесів, корекції імунної системи, нормалізація діяльності усієї нервової системи, а в разі необхідності – лікування загального процесу. Мінеральну воду для внутрішнього прийому призначали по 50–200 мл за 40 хвилин до їди, підігріту до 42°C. При наявності незначного запального процесу з боку органів травлення мінеральну воду розводили у співвідношенні 1:1. Хворі харчувались шість разів на добу, застосовувались похідні дієти № 1 за Певзнером. Широко використовували настої із жовчогінних, протизапальних та заспокійливих лікарських трав: валеріани, ромашки, шипшини, безсмертника, м'яти, чебрецю тощо. Збудженим хворим призначали хвойні ванни індеферентної температури (36–34°C), циркулярний душ, легкий загальний масаж та електролікування: електросон, бром-електрофорез ділянки “коміра” тощо. В'ялим апатичним хворим призначали вуглекислі мінеральні ванни. З метою корекції імунної системи широко використовували КВЧ-терапію. Із медикаментозних засобів частіше призначали вітаміни групи В, аскорбінову, нікотинову кислоти, алое, фестал тощо.

Обов'язковим методом лікування цих хворих була психотерапія в різних модифікаціях – гіпноз, медитація раціональна тощо. Якщо в результаті лікування хворим не вдається стати зовсім спокійними, витриманими та зрівноваженими людьми, то, у всякому разі, вони стають працездатними, соціально корисними та цілком терпимими у співжитті, чого не можна було сказати про них на початку лікування. Необхідно відзначити, що у міцних вольових хворих, які люблять свою справу, “горять” на роботі й зайняті розв'язанням важливих проблем, процес адаптації після гастректомії проходив значно легше й швидше в порівнянні з пасивними, слабохарактерними та егоцентричними хворими.

В результаті комплексного санаторного лікування хворих, які перенесли резекцію шлунка у зв'язку з ускладненим перебігом виразкової хвороби, виписано з покращенням, і навіть значним, 95% чол.

Summary

REHABILITATION OF PATIENTS AFTER STOMACH RESECTION IN A HEALTH RESORT

Marusanich B.M., Mihalko O.G., Korostelyov V.O., Mihalko T.M.

Sanatorium "Polyana" Ass." Zakarpaturort"

42 patients with duodenal and gastric ulcer who had undergone gastrectomy because of complications of the disease received a course of complex treatment in the health resort "Polyana". It was revealed that 16,7% of patients had symptoms of gastric enteropathy, 38,1% – biliary dyskinesia and cholecystoangiocholitis, 21,4% – hepatitis, 23,8% – pancreatitis. The complex of treatment, which included diet, mineral water Polyana-Kupil intake, extract of medicinal herbs, pine-scented or mineral baths, massage, hydrotherapy, physio- and psychotherapy, had a positive effect (in 95% of patients) on the duration of the disease.