

- тодом тетраполярної грудної реографії. // Терапевтичний архів. — 1983. — №4. — С. 26-28.
7. Лужников Е.А., Шимухаметов А.И., Костомарова Л.Г. Комплексная оценка функционального состояния гемодинамики методом импедансной электро-плетизмографии. Методические рекомендации. М. 1985. — 24 с.
 8. Палеев Н.Р., Каевицер И.М., Агафонов Б.В. Неинвазивный способ определения объемной скорости церебрального кровотока и ее соотношение с минутным объемом сердца. // Кардиология — 1980 — №1. — С. 54-57.
 9. Шельгин С.И., Афанасьевский С.Г., Кулагина Г.А., Медведев Е.А. Показатели центральной и периферической гемодинамики, состояния вегетативной нервной системы

- у лиц с артериальной гипертензией, работающих в различных производственных условиях. // Лікарська справа. — 1995. — №5-6. — С. 80-83.
10. Шхвацабая И.К., Константинов Е.Н., Гундаров И.А. О новом подходе к пониманию гемодинамической нормы. // Кардиология. — 1981. — №3. С. 10-14.
 11. Corr P.B., Yamada K.D., Witkowski F.X. Mechanisms controlling cardiac autonomic function and their period relation to archythmogenesis. // The Heart and Cardiovascular System. N.U., 1986. — P.1343-1403.
 12. De Ferrari G.M., Vanoli E., Schwartz F.J. Cardiac vagal activity, myocardial ischemia and sudden death. // Cardiac Electrophysiology, From Sell to Bedside, 1995. — P.422-434.

Реферат

ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ И ВАРИАНТЫ ЕГО РЕГУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ВЕГЕТАТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Штомпель В.Ю.

Изучено состояние центральной, периферической гемодинамики и вегетативной нервной системы у 248 больных ИБС и с сочетанием ИБС с остеохондрозом позвоночника, дисциркуляторной энцефалопатией, гиперплазией щитовидной железы. Установлено, что состояние гемодинамики у больных зависит от вариантов его вегетативной регуляции и патогенетических механизмов их нарушений.

Summary

CHARACTERISTICS OF CARDIOVASCULAR SYSTEM FUNCTIONAL STATE AND VARIANTS OF ITS REGULATION IN CORONARY PATIENTS WITH VEGETATIVE DISTURBANCES

Shtompel' V.Yu.

The authors studied the central, peripheral hemodynamic and vegetative nervous system status in 248 patients with heart coronary disease and with association HCD and vertebral osteochondrosis, circulatory deficient encephalopathy, hyperplasia of thyroid gland. We found that status of hemodynamic is dependent from variants of its vegetative regulation and patogenetical mechanisms of their disturbances.

Ukrainian Ministry of the Health Public Service,
Ukrainian Medical Stomatological Academy,
Shevchenko Str., 23, 36024, Poltava

УДК 617.55-007.43-089.163

КОМПЛЕКСНАЯ ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ВЕНТРАЛЬНОЙ ГРЫЖЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ

Стороженко А.В., Лысенко Р.Б.

Обсуждается проблема комплексной предоперационной подготовке больных с послеоперационной вентральной грыжей и ожирением. В нашей клинике разработана методика догоспитальной предоперационной подготовки больных. Применяя этот метод, к оперативному лечению подготовлено 80 больных с послеоперационной вентральной грыжей и ожирением. Обоснованы показания и преимущества ее осуществления.

Лечение больных с послеоперационной вентральной грыжей (ПОВГ) и ожирением является одной из актуальных и наиболее трудно разрешимых проблем современной герниологии. Число больных с ПОВГ и ожирением имеет тенденцию увеличения. Летальность после операций остается на уровне 3-4 %, сохраняется высокий процент послеоперационных осложнений и рецидивов грыж [2]. Эти обстоятельства делают лечение подчас смертельно опасным для больного и не приносят морального удовлетворения хирургу. Хирургическое лечение больных с ПОВГ связано с изменением внутрибрюшного давления, что должно обусловить сдвиги гемодинамических показателей. В раннем послеоперационном периоде возможны опасные осложнения из-за резкого увеличения внутрибрюшного давления: острые дыхательная и сердечно-сосудистая недостаточность, а также парезы желудочно-кишечного тракта. Не отвергая значимости способа ушивания мышечно-апоневротического дефекта передней брюшной стенки, считаем операцией важным и неотъемлемым, но не единственным фактором, обеспечивающим лечебный эффект. Под

час решающую роль играет предоперационная подготовка больных, без которой обычно не может быть безопасным выполнение хирургического вмешательства. В период предоперационной подготовки решались следующие задачи:

1. Адаптация сердечно-сосудистой и дыхательной систем к повышенному внутрибрюшному давлению;
2. Профилактика резкого повышения внутрибрюшного давления в ранней послеоперационном периоде;
3. Коррелирующая терапия сопутствующих заболеваний;
4. Профилактика осложнений со стороны послеоперационной раны.

Необходимо отметить, что с целью обеспечения оптимизации условий для проведения предоперационной терапии (подготовки), а также сокращение сроков пребывания больных в стационаре до операции, разработана методика догоспитальной предоперационной подготовки. При обращении пациента в клинику, разъясняли цель подготовки и выдавали "памятку" по

ее проведению. Применяя такой метод, к оперативному лечению подготовлено 80 больных с ПОВГ и ожирением. Длительность предоперационной (п/о) подготовки не менее 3-4 недель, зависит от сложности основной патологии, сопутствующей патологии и общей физической подготовки. "Памятка" рекомендует придерживаться таких мер:

1. Уменьшение массы тела на 10 - 15 и более процентов. Для этого необходимо применять:

- диетическое лечение. Необходимо уменьшить потребление высококалорийных пищевых продуктов; придерживаться режима 5 - 6 разового питания без увеличения энергетической ценности пищи; систематически контролировать количество потребляемой пищи и жидкости (не больше 1,5 л/сутки); ограничить количество жиров до 80-90г/сутки, соли до 5г/сутки, увеличить потребление белков (больше за счет растительного происхождения, например сок) до 120 - 160 г/сутки, растительных жиров, витаминов, микроэлементов (минеральная вода типа "Миргородская"); прекратить курение и употребление алкоголя, устраивать 1-2 раза в неделю разгрузочные дни (яблочные, творожные, белковые);
- Регулярная физическая активность (с бандажом - смотри п.3); минеральная нагрузка - ходьба до 2-2,5 часов в день (100-150 шагов в минуту), или 80-45 минут (1-3 км) быстрой ходьбы (не больше 80 шагов в минуту) 3-5 раз в неделю, утренняя гигиеническая гимнастика (20-40 минут до завтрака, с дальнейшим растиранием влажным полотенцем);
- Массаж или самомассаж;
- Водолечение (обтирание, минеральные ванны, душ, подводные кишечные промывания).

Рекомендованные продукты для диеты больных ожирением (в сутки):

Продукты	Вес продуктов (г) у перерасчете на калорийность	
	1800ккал	1200 ккал
Молоко или кефир	300-400	200-300
Мясо нежирное	150-200	150-200
Рыба	100	100
Сыр	100-200	100
Яйцо	1 яйцо	1 яйцо
Масло	20	15
Масло растительное	25	15
Сметана	15-20	10-15
Капуста белокачанная	300-400	200-250
Морковь, огурцы и др. овощи	300-400	200-300
Картофель	200	200
Яблока	200	200
Хлеб ржаной	100-200	-

2. Повышение тонуса мышц, особенно брюшной и грудной стенки. Для этого необходимо выполнять некоторые физические упражнения:

- общеукрепляющая гимнастика (утренняя и вечерняя гигиеническая гимнастика)
- дозированная тренировочная ходьба или ходьба по ступенькам. По ступенькам необходимо ходить спокойно, равномерно дыша. Для облегчения ходьбы по лестнице и тренировки дыхания можно применять такие методы: 1 - вдох, на выдохе

большой поднимается на 2 - 3 ступеньки. Следующий вдох: тоже в покое. 2. Для больных с хорошей физической подготовкой: на вдохе - подниматься на 1-2, на выдохе - на 2-3 ступеньки.

- лечебная гимнастика.

Основными задачами ее являются: повышение общего сосудистого тонуса, сопротивляемости организма, жизненной емкости легких, укрепление мышц брюшного пресса, снижение выраженности невротических симптомов. Рекомендуемые упражнения: 1) Исходное положение (И.П.) лежа на спине, ноги согнуты в коленях. Руки на животе, умеренно сдавливают его. Вдох - сначала грудной клеткой, потом выпячивая живот. Выдох - живот втягивается, грудная клетка спадается. Выдох - производят медленно, до паузы. Вдох через нос, выдох через рот. 2) И.п. - лежа на спине, полотенцем или покрывалом сдавить нижние отделы грудной клетки. Зафиксировать грудную клетку полотенцем - вдох: расслабить давление на грудную клетку - выдох. 3) И.п. - лежа на спине. Руки подняты вверх - вдох; сесть, наклонится вперед - выдох. 4) На вдохе - выпячивается живот, потом умеренно напрягается, дыхание на несколько минут задерживается. Выдох - медленный, до паузы. Продолжительность каждого занятия - 20-30 минут 2-3 раза в день. Одновременно больные осваивают физические упражнения в сочетании с правильным дыханием, которые будут применяться в раннем послеоперационном периоде, учатся поворачиваться на бок, подымать таз из положения лежа на спине, откашливаться и правильно, без резкого напряжения мышц брюшного пресса вставать и ложиться после операции.

3. При вправимой грыже - ношение бандажа, после предварительного вправления содержимого грыжи в брюшную полость. Бандаж рекомендуется наматывать с помощью простыни, сложенной по диагонали к ширине, что приравнивается высоте живота. Занятие проводить несколько раз в день (3-4) от 15-20 минут до нескольких часов, (в дальнейшем) постоянно дозировано, затягивая живот простыней, ориентируясь на самочувствие. Больным с невправимой грыжей рекомендуем применять накладывание грузов (от 1-2 до 4-5 кг) на область брюшной стенки, приближенную к грыже, комбинируя с дыхательными упражнениями.

4. При наличии другой сопутствующей патологии придерживаться рекомендаций врачей-специалистов для полной компенсации состояния.

5. Также рекомендуем измерять и отмечать частоту сердечных сокращений и артериальное давление после физических упражнений каждый день и массу тела раз в неделю. При появлении жалоб на неприятные ощущения (боль в груди, одышка, усталость и т.д.) необходимо прекратить занятия или облегчить технику выполнения упражнений, дополнительно ввести дыхательные упражнения, упражнения на расслабление.

6. Для более полного очищения кишечника слабительные препараты (бисалодил, сеннадексин) и очистительные клизмы каждый день.

7. Каждодневный гигиенический душ, особенно уделить внимание мытью щетками с мылом кожи передней брюшной стенки и области грыжи.

8. Санация пупка, паховых складок и складок под молочными железами, обработка их 40-50% спиртом.

Применение комплексной предоперационной подготовки больных с ПОВГ и ожирением позволило без значительных технических трудностей ушивать дефект брюшной стенки, резко снизить послеоперационные осложнения и летальность. Летальных исходов, обусловленных значительным повышением внутрибрюшного давления, не было.

Таким образом, предоперационная подготовка больных с ПОВГ и ожирением занимает наиболее важное место в комплексе лечебных мероприятий, от которых зависит успех хирургического лечения.

Литература

1. Антропова Н.В., Шулуто А.М.. Тактика лечения больных п/о грыжами с учетом индекса риска //Хирургия.—1996. — №6. — с.45-48.
2. Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Грыжи живота. М.: Медицина, 1983.
3. Черенько М.П., Фелештинский Я.П., Игнатовский Ю.В. и др. П/о подготовка и хирургическое лечение больных пожилого и старческого возраста с грыжей живота // Клин.хирургия. — 1992. — №2. — С.1-4.
4. Черенько М.П., Фелештинский Я.П. Клинико-функциональная оценка эффективности послеоперационной подготовки больных с послеоперационной грыжей живота //Клин.хирургия. — 1990. — №2. — С.4-6.

Реферат

КОМПЛЕКСНА ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНА ПІДГОТОВКА ХВОРИХ З ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОЮ ВЕНТРАЛЬНОЮ ГРИЖЕЮ ТА ОЖИРІННЯМ

Стороженко О.В., Лисенко Р.Б.

Обговорюється проблема комплексної передопераційної підготовки хворих з післяопераційною вентраною грижею та ожирінням. У нашій клініці розроблено методику догоспітальної передопераційної підготовки хворих. До оперативного лікування підготовлено із застосуванням цього методу до хворих з післяопераційною вентральною грижею та ожирінням. Обґрунтовано показання та їхні переваги.

Summary

COMPLEX BEFOREOPERATIVE PREPARATION OF PATIENTS WITH POSTOPERATION VENTRAL HERNIA AND OBESITY

Storozhenko A.V., Lysenko R.B.

The article is devoted to the problem of complex beforeoperative preparation of the patients with postoperative ventral hernia and obesity. Methodics of beforehospital preparation of such patients is developed in our clinic. By applying this method to operative treatment, 80 patients with postoperative ventral hernia and obesity have been prepared for operation. The indications and advantages of its application are substantiated.

Ukrainian Ministry of the Health Public Service,
Ukrainian Medical Stomatological Academy,
Shevchenko Str., 23, 36024, Poltava