

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ХЕРСОНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

Медичний факультет
кафедра медицини та фізичної терапії

**ЗАСТОСУВАННЯ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ДЛЯ ХВОРИХ НА РАК
ШЛУНКА ПІСЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ВТРУЧАННЯ**

Кваліфікаційна робота (проект)

на здобуття ступення вищої освіти «бакалавр»

Виконав: студентка 4 курсу
спеціальності
227 Фізична реабілітація
Освітньо-професійної програми
«Фізична терапія, ерготерапія»
П'ятигорець Валерія Сергіївна

Керівник: к.б.н., доц. Васильєва Н.О.

Рецензент: к.м.н., доц. Гайдай М.І.

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1.Огляд літератури	
1.1.Етіологія та патогенез раку шлунка.....	5
1.2. Методи діагностики раку шлунка.....	14
РОЗДІЛ 2.Фізична терапія хворих після оперативного втручання з приводу онкологічного захворювання шлунка	
2.1.Фізіологічне обґрунтування для застосування фізичної терапії в онкології.....	17
2.2.Лікувальна фізична культура у різні періоди реабілітації.....	19
2.3.Особливості лікувальної фізичної культури, яка залежить від характеру захворювання.....	22
2.4.Масаж після оперативного втручання.....	25
2.5.Фізіотерапія після оперативного втручання.....	27
2.6.Дієтотерапія.....	30
ВИСНОВКИ	33
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	35
ДОДАТКИ	
Додаток А	39

ВСТУП

Актуальність теми. Злоякісна пухлина, яка виникає в тканинах стінок шлунка має назву – рак шлунка. Безпосередньо більшість пухлин утворюються з його слизового шару, яка в нормі продукує шлунковий сік. Ці пухлини називають аденокарциномами, вони складають 90% всіх злоякісних пухлин шлунку.

Найоптимальнішим лікуванням раку шлунка, яке проводиться з метою повного виліковування, є хірургічна операція, та лікарі визначають чи є вона резектабельна, тобто можливість повного видалення пухлини і її метастазів, якщо цю операцію не можливо провести то решта заходів спрямована на полегшення симптомів та продовження життя[7].

Після операції у пацієнтів наявні або виникають розлади, обумовлені як самим захворюванням, так і порушеннями пов'язані з оперативним втручанням, наркозом і гіпокінезією. Операція несприятливим чином впливає на організм людини і супроводжується болями, можливим переміщенням внутрішніх органів і часткове виведення їх з черевної порожнини.

Повернення до звичайного життя потребує дотримання принципів, таких як: раціональне харчування, уникання вживання алкоголю, тютюнопаління, займатися регулярно фізичною активністю, яка грає позитивну роль у відновленні організму людини після перенесеної операції, стимулює ріст і розвиток тканин, розширює функціональні можливості всіх систем організму, підвищує працездатність, підтримує функції організму на оптимальному рівні й сповільнює інволютивні процеси. Фізичні вправи запобігають загостренню і ускладненню, покращують функціональний стан системи серця, судин та дихання[18].

Для реабілітації в онкології важливим є використання лікувальної фізкультури, дозовані прогулянки, активний спосіб життя. Фізичні вправи стимулюють регенеративні процеси, попереджають виникнення спайкових процесів в черевній порожнині, зміцнюють м'язи черевного преса. Вони служать базою для включення хворих в суспільне життя, тим самим виконуючи і психотерапевтичні функції.

Безпосередньо дієтотерапія, фізіотерапія та масаж є невід'ємною частиною реабілітації пацієнта після оперативного втручання на органах черевної порожнини.

По закінченню лікування пацієнту потрібне диспансерне спостереження, метою якого є допомога в поверненні до повноцінного життя і проявляння можливих рецидивів як можна раніше. Диспансерний нагляд включає огляд, контроль аналізів крові, фіброгастроскопію, рентгенологічні дослідження або комп'ютерну томографію [38].

Мета дослідження – полягає у вивченні ефективності та необхідності використання фізичної реабілітації у прооперованих пацієнтів.

Для вирішення мети поставлені наступні завдання:

1. Визначити основні завдання лікувальної фізичної культури в передопераційному та післяопераційному періоді реабілітації;
2. Визначити вплив фізіотерапії на ріст злоякісних пухлин;
3. З'ясувати основні особливості масажу після оперативного втручання на черевній порожнині;

Об'єкт дослідження - це показники загального стану пацієнтів, які перенесли операцію з приводу захворювання на рак шлунка, в процесі дозованого впливу методів та засобів фізичної реабілітації.

Предмет дослідження - вплив методів та засобів ЛФК, фізіотерапії, дієтотерапії, їх лікувальний вплив на організм людини.

РОЗДІЛ 1

ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

1.1. Етіологія та патогенез раку шлунка

Рак шлунка займає одне з провідних місць серед пухлинних захворювань у всьому світі (4 місце за поширеністю, 2 місце в структурі онкологічної смертності) по частоті смертності займає перше місце - 30-38 % злоякісності у чоловіків, 22-29 % у жінок.

Не виявлено досі чітких етіологічних факторів раку шлунка, але одним з найважливіших є аліментарний, зокрема вплив вуглеводної їжі, нестача в їжі вітамінів А, Е, підвищений вміст нітратів і гербіцидів у питній воді, нітрати і аміни утворюють з'єднання нітрозаміни, це канцерогени, особливо вони активні при пониженій кислотності шлункової секреції. Тютюнопаління та вживання алкоголю, особливо в чистому виді, в 5 разів підвищує захворюваність на рак шлунку. Продукти високого посолу – мають більший ризик захворювання у декілька разів. Вживаючи свіжі фрукти та овачі знижується на 30% вірогідність розвитку онкології, та ще безпосередньо грає свою роль нестача кобальту магнію, надлишок - цинку, мідь в ґрунті. Розвитку раку шлунка сприяє рідке харчування з переїданням. Всі ці і чинники сприяють значній перебудові структури слизової оболонки шлунку з її метаплазією і ентерізацією[4].

Роль *Helicobacter pylori* (НР) в етіології ВХШ була доведена, включення у схеми противиразкової терапії антибіотиків, було дуже успішним, що у розвинених країнах майже повністю відмовилися від хірургічного лікування. У невеликої частини інфікованих розвивається лімфома шлунку. Введення антибіотиків проти НР в схему хіміотерапії лімфом шлунку збільшує ефективність лікування, що також під-

тверджує зв'язок інфікованості *helicobacter pylori* з цим рідкісним захворюванням.

Незважаючи на вражаючі дані про етіологію *helicobacter pylori*, існують і аргументи, які «проти», північній Нігерії є райони, ендемічні щодо захворювання, однак РШ розвивається рідко, про те, мільйони людей є носіями інфекції, і протягом всього життя у них рак не розвивається. Захворюваність серед жінок та чоловіків однакова, та все одно чоловіки хворіють на рак шлунка майже в 2 рази частіше. Досліджуються точні механізми згубного впливу НР на слизову шлунка. Тривалість НР (понад 20 років), вплив інших факторів (харчування, алкоголь, тютюнопаління) збільшують ризик раку шлунка. Багато дослідників вважають, що НР викликає РШ через розвиток гастриту, розвиток метаплазії кишечника, дисплазію. Чому рак шлунка розвивається у одних носіїв інфекції, а в інших - шлункова лімфома. Ще один інфекційний агент, виявлений у РШ, - вірус Епштейна-Барра (EBV). EBV заражається понад 90% населення. Свідченням патогенетичної ролі EBV у виникненні певних морфологічних форм РШ було виявлення вірусних маркерів (m RNA EBER-1) у 80-100% пухлинних клітин цих пацієнтів. Цих даних недостатньо для підтвердження зв'язку між EBV та РШ. Однак роль генетичного фактора у розвитку раку шлунка підозрювалась через те, що у пацієнтів із групою крові А (II) рівень захворюваності був вищим на 20%, ніж у осіб із групами О (I) та В (III)[11,43] .

Локалізація. Найчастіше рак шлунка розвивається в дистальному (пілоричному) відділі – від 40 % до 70 %, рак тіла шлунка у 22-25 % пацієнтів, у проксимальному відділі рак локалізується в 19-21 % спостережень і тотально пухлина уражає шлунок у 8-10 % пацієнтів.

Рости пухлина частіше починає по малій кривині і переходячи по передній та задній стінці. В бік кардії або стравоходу пухлина рос-

те без обмеження. У дистальному напрямку пухлина досягає воротаря, та частіше за все, на дванадцятипалу кишку не переходить[8].

Патогенез пухлин. Вони можуть бути, як доброякісними так і злоякісними. Доброякісні складаються з однотипних клітин, які не відрізняються по морфології від нормальних клітин, з малою потенцією до зросту, які не мають здатність до інвазії і метастазування. Вони зберігають ці риси на протязі всього життя людини, рідко перероджуючись до відповідних злоякісних пухлин. Однак доброякісні пухлини можуть бути етапом розвитку раку та саркоми.

Безпосередньо ніхто не знає про те, що відбувається в організмі на різних стадіях розвитку хвороби. Проблема в тому, що сама пухлина виявляється лише на завершальних стадіях, а всі процеси, які виникають раніше - інші захворювання організму. Серед них це - хронічний ахілічний гастрит, поліпоз і виразки шлунка, анемія. У 50-60% випадків злоякісні пухлини розвиваються на тлі атрофічного хронічного гастриту. Не менш небезпечним, але більш рідкісним ґрунтом для раку є хвороба Менетрія - передує патогенезу пухлини у 10% випадків. Те, що виразки мають властивість бути злоякісними, медикам було давно відомо. На тлі хронічного захворювання, яке залишається доброякісним протягом деякого часу, може виявитися вогнище злоякісного зростання, це клітина пухлини, яка обумовлена злоякісністю одного з країв виразки. Можна отримати найбільш точну інформацію про це, виконавши гістологічне дослідження, таке обстеження дає можливість зрозуміти, як довго розвивається рак шлунка в організмі і що можна зробити в цей момент часу[26].

Передракові захворювання та стани слизової шлунка, які при відповідних умовах можуть призвести до виникнення злоякісної пухлини: хронічний гастрит, хронічна виразка, поліпи, оперований шлунок. Передракові зміни супроводжуються гістологічно підтвердженими змінами слизової шлунку, що визначає розвиток злоякісної дегенера-

ції (дисплазія різного ступеня). До місцевих передракових захворювань належать: 1) резекція шлунка - частота переродження досягає 20%, пікова захворюваність відзначається через 15-20 років після резекції. 2) атрофічний гастрит (при дисплазії епітелію) - злоякісність до 13%. 3) дисгармонійний (метапластичний) гастрит 4) складчастий гіперпластичний гастрит (хвороба Менетрія) - злоякісність від 8 до 40%. 5) аденоматозні поліпи: поодинокі - 60%, множинні - 100% ймовірність розвитку раку. 6) анемія завжди супроводжується атрофічним гастритом і призводить до злоякісності 10 - 20%. 7) хронічна виразка шлунка, особливо у літніх людей, слід розглядати як потенційнущильність. Морфологічно передракові стани характеризуються проліферативними змінами епітелію з порушенням дозрівання клітин та має назву дисплазія.

Перша форма раку, яка діагностується тільки мікроскопічно, — карцинома *insitu*, що безпосередньо характеризується морфологічними змінами, властивими раку, за винятком проростання базальної мембрани. Друга форма— ранній рак - це невелика пухлина (0,5–3 см), яка не проникає за межі слизової та підслизової оболонки, практично не метастазує та становить 10–15% усіх діагностованих випадків цієї пухлини.

Згідно з Класифікацією японського товариства гастроентерологів виділяють типи раннього раку шлунка, основні: I — поліповидний; II — поверхневий (піднесений, плаский, поглиблений); III — виразковий (екскавований). Часто виявляють змішані форми пухлин.

Ранній рак часто має структуру тубулярної або папілярної аденокарциноми — до 90%. Зауважують також перснеподібно-клітинний і недиференційований (анапластичний) рак. В результаті прогресування рак на ранній стадії трансформується в широко поширений.

Залежно від характеру пухлини та вторинних некротичних змін виділено кілька макроскопічних форм раку шлунка, що мають характерну рентгенологічну картину:

- рак шлунку в основному з екзофітним експансивним ростом: бляшкоподібний, поліпозний (включаючи ті, що розвиваються з поліпів шлунка); фунгозний (грибоподібний); виразковий (злоякісні виразки), який включає первинно-виразкову форму раку шлунку; блюдцеподібний рак (виразковий рак) та рак з хронічної виразки (виразка-рак);
- рак шлунку в основному з ендофітним інфільтруючим ростом: інфільтративна виразка, дифузна (обмежена або із загальним ураженням шлунка);
- екзо-ендофітний рак шлунку, зі змішаною росту — перехідною формою. За даними дослідження операційного матеріалу, раки з переважно екзофітними розростаннями зустрічаються набагато частіше (71,8%), ніж ендофітні карциноми (28,2%)[6].

Стадії раку шлунка.

Перша стадія – пухлина розміром до 3 см, що проростає в слизову оболонку і підслизовий шар, метастази в лімфатичні вузли відсутні.

Друга стадія - пухлина розміром понад 3 см, але без проростання в м'язовий шар або пухлина будь-яких розмірів, що проростає м'язовий шар, але без ураження серозного шару. Стадія 2А - метастази в лімфатичні вузли відсутні. Стадія 2Б - метастази поодинокі (не більше 2) в регіонарні лімфатичні вузли.

Третя стадія - пухлина будь-якого розміру, що проростає всю стінку шлунка або переходить на стравохід або дванадцятипалу кишку. Стадія 3А - метастази в лімфатичні вузли відсутні. Стадія 3Б - є множинні метастази в регіонарних лімфатичних вузлах.

Четверта стадія - пухлина, що проростає в навколишні органи і тканини або пухлина з метастазами у віддалені органи.

Гістологічна класифікація пухлин шлунка розрізняє: 1) аденокарциному (папілярний, тубулярний, слизовий та перснеподібно-клітинний рак); 2) залозистий плоскоклітинний, плоскоклітинний, недиференційований і некласифікований рак. За ступенем диференціації аденокарциноми поділяють на високо, помірно- і низькодиференційовані. Часто зустрічають аденокарциному, трохи рідше — недиференційований і перснеподібно-клітинний рак, інші форми — дуже рідкісні. Аденокарцинома має характер екзофітного, експансивного росту, а недиференційований і перснеподібно-клітинний рак має схильність до переважно ендофітного, інфільтруючого росту[5].

До 90-х років ХХ ст. була висунута гіпотеза, що приблизно в 10% випадків виразка шлунка буде перетворена на рак шлунку. Однак новітні дослідження показали, що більшість випадків так званої пухлинної трансформації - ранній рак шлунка з виразками. Однак справжня злоякісність виразки шлунка можлива, але зустрічається менше ніж у 1% випадків.

РШ, що розвивається на основі хронічного атрофічного гастриту, завжди супроводжується гіпохлоргідрією або ахлоргідрією. Тому всі пацієнти з діагнозом хронічний гастрит повинні перебувати під постійним наглядом лікаря і проходити профілактичні огляди не рідше 2 разів на рік, щоб виявити ранні ракові захворювання шлунка. Діагностика гастриту включає клінічне представлення, ендоскопічне та морфологічне обстеження та підтвердження лікаря. Рекомендовано 6 точок взяти біопсії:

1. Середина антрального відділу по малій кривині.
2. Кут шлунка.
3. Середина тіла шлунка по малій кривині (посередині між кутом і кардією).

4. Середина антрального відділу по великій кривизні.

5. Точка навпроти кута шлунка (по великій кривизні в ділянці антрального відділу).

6. Середина тіла по великій кривизні (точка посередині між входом в антральний відділ і дном).

Гіперпластичні поліпи – це форма поліпів шлунка, яка найчастіше діагностується. Вони рідко перевищують 1,5 см у розмірі і зустрічаються у 75-95% випадків. Ймовірність злоякісності цих поліпів низька (близько 0,5% випадків). Злоякісність поліпів більше 2 см зустрічається частіше. Аденоматозні поліпи ідентифікуються рідко, а злоякісність їх відбувається у 40% випадків, особливо якщо розмір поліпів більше 2 см.

Хвороба Менетріє (гіпертрофічна гастропатія) - рідкісне захворювання шлунка, яке характеризується гіперплазією епітелію слизової оболонки шлунка та різким потовщенням його складок, зниженням кислотоутворювальної функції та ентеропатією із втратою білка. Клінічна картина: біль в епігастральній ділянці, втрата ваги та нудота. Хвороба має хронічний перебіг. Виявляють спонтанне одужання або перехід до хронічного атрофічного гастриту. Рак зустрічається приблизно у 15% пацієнтів[10].

Ріст та розповсюдження. На підслизовому шарі уздовж стінки шлунка: при екзофітних пухлинах ракові пухлини виявляються на відстані 2–3 см від видимого краю пухлини; при ендофітних - 8–10 см.

Проростання пухлини:

- у малий та великий сальник;
- у печінку;
- у діафрагму;
- у підшлункову залозу;
- у селезінці;

- у жовчовивідні шляхи;
- у поперечну ободову кишку;
- у передню черевну стінку.

Метастазування лімфогенним шляхом:

- в регіонарних лімфовузлах від лімфовузлів I до IV груп;
- до віддалених лімфатичних вузлів (метастаз Вірхова - до позалімфатичних вузлів зліва між ніг грудинно-лімфатичного потоку через грудні лімфатичні протоки); ліві пахвові лімфатичні вузли;
- в пупку (метастази сестер Джозеф), у яєчниках (метастази Крукенберга) — при ретроградному дренажі лімфи, у разі метастатичної закупорки ортоградних лімфатичних шляхів круглої зв'язки печінки).

Метастазування гематогенним шляхом:

- в печінку;
- в легенях;
- до кісток;
- в мозок.

Імплантаційні метастази:

- поширення по очеревині локальне або тотальне;
- на очеревину малого таза (метастаз Шніцлера).

Основні фактори ризику , які сприяють розвитку раку шлунка:

- Підвищений рівень *Helicobacter Pylori*.
- Хронічний гастрит (запалення шлунка) або виразкова хвороба.
- Кишкова метаплазія (стан, при якому нормальний епітелій слизової шлунка заміщається клітинами, що вистилають кишечник).
- Сімейний аденоматозний поліпоз або поліпи шлунка.

- Харчування: дієта з високим вмістом солоні, гострі, копчені їжі, а також низьким вмістом фруктів і овочів.
- Вживання в їжу неякісних і протрочених продуктів.
- Чоловіки і люди похилого віку (старше 60 років).
- Куріння, надмірне вживання алкоголю.
- Генетична схильність (мати, батько, сестра або брат, у яких був рак шлунка).
- Операції на шлунку, резекція (видалення частини) шлунка збільшує ризик раку шлунка в 1,5-3 рази;
- Раса (рак шлунка частіше зустрічається у людей народжених в Азії та Африці);
- Професійні шкідливості: видобуток вугілля, обробка металу, виробництво гуми.

Клінічна картина раку шлунка відрізняється великим різноманітністю, в залежності від попереднього стану шлунка прийнято розділяти три клінічні типи захворювання: 1) рак, як розвинувся без попередніх симптомів захворювання шлунку; 2) рак на фоні виразкової хвороби шлунку; 3) рак на фоні хронічного гастриту і поліпоза.

На жаль, ранні стадії захворювання часто протікають безсимптомно, тому на момент постановки діагнозу у багатьох пацієнтів рак є вже широко поширений (це означає, що пухлина поширилася вже на інші органи і системи).

Ранні симптоми для підозри раку шлунка:

- втрата або зниження апетиту;
- дискомфорт в шлунку, відчуття важкості, здуття, а також відчуття переповнення шлунка після їжі;
- відраза до деяких видів їжі, часто до рибних або м'ясних (білкових) продуктів;

- нудота та блювання, яке не приносить полегшення (блювання з домішками крові - «кавовою гущею» - потребує негайного медичного лікування, тобто зупинки кровотечі);
- слабкість і втома при невеликих фізичних навантаженнях, апатія, депресія.

Пізні симптоми раку шлунка проявляються:

- порушення прохідності твердої, а потім рідкої їжі (дисфагія); відбувається звуження просвіту шлунка через зростання пухлин;
- збільшення живота в розмірах за рахунок збільшення рідини в черевній порожнині, має назву -асцит);
- больовий синдром, загалом біль локалізується в надчеревній області. Біль тупий, постійний, з відчуттям тиску та підтримки в області надниркових залоз. При проростанні пухлини шлунка в інші органи, підшлункова залоза, діафрагма, печінка можуть давати біль в поперековій ділянці та в серцевій ділянці[39].

1.2.Методи діагностики раку шлунка.

При діагностиці раку шлунка використовується:

Збір анамнезу - уточнюються скарги, наявність хронічних хвороб шлунка у пацієнта, його найближчих родичів.

Фізикальний огляд - увага акцентується на забарвленні шкірних покривів (блідість при анемії, жовтушність при метастазах в печінку), сухість шкіри, повільне расправление шкірної складки, зменшення товщини підшкірно-жирової клітковини. Пальпація живота і поверхневих лімфатичних вузлів (та можливе збільшення печінки, поява метастазів в підключичній області, в яєчниках).

Проводиться пальцеве ректальне дослідження у чоловіків для визначення метастазів в параректальні лімфатичні вузли, безпосеред-

ньо виконується ректовагінальне дослідження у жінок для визначення метастазів в параректальні лімфатичні вузли і яєчники.

ФГДС з біопсією – дає можливість візуально визначити наявність пухлини, оцінити її розміри, характер росту, наявність виразок і взяти шматочок пухлини для подальшого морфологічного дослідження.

Ендоскопічне ультразвукове дослідження - допомагає дослідженню стінок шлунка і стравоходу. Такий спосіб з дуже високою точністю показує межі пухлини. Дає можливість виявити рак на усіх його етапах, всі передракові стани. При ранньому раку зміни іноді виявити важко.

Морфологічне дослідження (гістологічне та імуногістохімічне дослідження) - дослідження пухлинної тканини під мікроскопом, що дозволяє встановити вид пухлини і призначити відповідне лікування.

Рентгенологічне дослідження шлунка з використанням контрастної речовини - дозволяє визначити форму, розмір пухлини, її поширеність. Рентгеноскопія шлунка з введенням контрастного препарату (сульфат барію) пероральним шляхом, є одним основним методом визначення довжини та локалізації пошкодження стінок шлунка. Рентгенологічними ознаками раку є:

1. Присутність дефекту наповнення;
2. Розтягнення шлункової стінки та втрата її еластичності;
3. Зміна розмірів та форми шлунка;
4. Зменшення перистальтики в області пухлини;
5. Змінений рельєф слизової оболонки в місці розташування пухлини;

УЗД шийно-надключичній області, органів черевної порожнини, заочеревинного простору і малого тазу - дозволяє визначити поширеність пухлини, наявність метастазів.

Рентгенографія органів грудної клітини - дозволяє встановити наявність метастазів в легені.

Комп'ютерна томографія дозволяє визначити на скільки далеко поширився рак, як локально та чи розповсюдились метастази в інші органи.

Лапароскопія - огляд черевної порожнини через прокол передньої черевної стінки за допомогою спеціального приладу. Проводиться для уточнення поширення раку на сусідні органи і структури, по очеревині, виявлення асцити.

Остеосцинтиграфія - проводиться при підозрі на наявність метастазів в кістках

Колоноскопія.

Загальний аналіз крові (визначення кількості еритроцитів, лейкоцитів, рівня гемоглобіну, ШОЕ).

Пухлинні онкомаркери, вони є високоспецифічні (95%) за те малочутливі - РЕА, СА 72-4, СА 19.9. В даний час дана комбінація маркерів рекомендується для діагностики раку шлунка, моніторингу перебігу хвороби та ефективності терапії.

Також важливими є лабораторні методи обстеження:

- клінічний аналіз крові;
- біохімічний аналіз крові (загальний білок, альбумін, білірубін, сечовина, креатинін, електроліти, амілаза);
- анемія;
- підвищення ШОЕ;
- коаулограма;
- гіперфібриногенемія більше 6 г/л (2-4 г/л - норма) ;
- реакція на приховану кров в калі (р-ція Грегерсена);
- р-ція з бензидином[16].

РОЗДІЛ 2

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ХВОРИХ ПІСЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ВТРУЧАННЯ З ПРИВОДУ ОНКОЛОГІЧНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ШЛУНКА

2.1. Фізіологічне обґрунтування для застосування фізичної терапії в онкології

Після операції у прооперованих пацієнтів спостерігаються розлади, спричинені захворюванням або порушеннями в організмі пов'язаними з оперативним втручанням, наркозом і гіпокінезією. Хірургічна операція негативно впливає на організм людини і супроводжується болем. При абдомінальних операціях переміщення внутрішніх органів та часткове виведення їх з порожнини черева, що супроводжується охолодженням, "пересиханням" і значним натягом брижі, викликають подразнення блукаючого нерва, та внаслідок чого можуть розвинути явища операційного шоку: хворий блідий, зменшується пульс, потім прискорюється, знижується АТ. У центральній нервовій системі переважа гальмівних процесів і порушення рівноваги між процесами. Змінюється активність системи судин і серця, зменшується ударний і хвилиний об'єм серця, сповільнюється кровообіг, незважаючи на помірну тахікардію, що розвивається, зменшується маса циркулюючої крові, збільшується її в'язкість та згортання. Після операції біль по ходу ранина черевній стінці утруднює дихання та діафрагма - частково іноді повністю виключається з акудихання. Глибина вдиху значно знижується, зменшується ємність легенів, порушується вентиляція легень, особливо в її нижніх відділах. Функція війкового епітелію дрібних і середніх бронхів знижується, в наслідок порушується дренажна функція, призводить до накопичення мокротин-

ня, непрохідності бронхів, розвивається ателектаз легень і пневмонія, при цьому порушується обмін газів між легеньми і кров'ю[1].

Після операційного втручання на органах черевної порожнини порушується діяльність шлунково-кишкового тракту, що пов'язана як з операцією, так і з гіпокінезією. Секреторна і моторна функція шлунково-кишкового тракту знижується. Евакуація зі шлунка в першу добу після операції різко знижується та загальмовується. Може розвинути-ся атонія, та іноді кишковий парез. У зв'язку з цим посилюється метеоризм, затримується стул, збільшується хворобливість в операційній рані, ускладнюється сечовипускання, що призводить до зменшення сечовиділення та застою в сечовому міхурі. Гіпоксія впливає на діяльності всіх органів і тканин, але перш за все на ЦНС - особливо чутливої до гіпоксії. Найяскравіші прояви включають задишку, ціаноз шкіри, особливо помітний на губах, кінчику носа і на всіх кінцівках. Усі ці порушення можуть виникати при загальному задовільному стані пацієнта[21].

У деяких випадках в післяопераційному періоді, білок що потрапляє з їжею погано засвоюється організмом, це пов'язано з порушенням функції печінки. Гіпокінезія призводить до зниження всмоктування вітамінів, як наслідок - погіршення процесів регенерації тканин, імунобіологічних властивостей організму. Зміни, що спостерігаються, приводять до зниження опорності організму, роблячи пацієнта більш чутливим до зараження грипу, ГРВІ та ангіни. Розвиток загального захворювання може призвести до гнійних процесів в області післяопераційної рани як зовні, так і всередині порожнини черевної, викликати розбіжність швів, перитоніт та інші ускладнення. Характерним для пацієнтів, які перенесли операцію на черевній порожнині, є порушення постави. Звичайно у цих пацієнтів характерна зовнішність: тулуб трохи нахилений вперед, голова і плечі опущені, живіт підтримується руками, щоб зменшити біль в операційній області під час

рухів. Ця поза ускладнює діяльність дихальної системи та систем серця і судин[24,33].

2.2. Лікувальна фізична культура у різні періоди реабілітації

При хірургічних втручаннях лікувальна фізична культура проводиться як в передопераційному, так і в післяопераційному періодах.

Післяопераційний період поділяється на: ранній післяопераційний, який триває 3-5 днів, є катаболічною фазою післяопераційного захворювання; пізній - до виписки пацієнта з лікарні (анаболічна фаза післяопераційна хвороба); віддалений - до відновлення здоров'я та працездатності хворого (з 15-20 дня до стабілізації стану пацієнта).

Після виписки з лікарні хворі продовжують лікування та одужання в поліклініках або санаторіях існують такі режими: щадний, щадно-тренеруючий та тренуючий.

Застосувати для пацієнта реабілітацію у передопераційний період можна тільки при плановому проведенні оперативного втручання.

Лікувальна фізична культура застосовується з урахуванням патогенезу захворювання, клінічної картини, відповідно руховому режиму, віку, статі, стану тренуваності й поставлених лікувальних завдань.

Заняття ЛФК складається з трьох частин: вступна, основна та заключна.

Для отримання поставлених завдань перед виконанням вправ ЛФК, необхідно дотримуватися деяких принципів: поступове збільшення навантаження та інтенсивності вправ протягом всього курсу лікування, послідовність та систематичність виконання вправ, дотримання циклічності у чергуванні вправ, застосовувати доступні вправ для кожного пацієнта[3,17].

Передопераційний період.

Завданнями ЛФК в передопераційному періоді є такі:

- підвищення психоемоційного тону;
- поліпшення діяльності системи серця, судин та дихання;
- покращення діяльності ШКТ;
- навчання пацієнтів вправам раннього післяопераційного періоду, діафрагмальному диханню.

Протипоказання до заняття лікувальної гімнастики: важкий загальний стан хворого внаслідок основного чи супутнього захворювання; висока температура (38 – 39); наявність больового синдрому; ризик кровотечі.

При відсутності протипоказань ЛГ призначається у перші дні перебування пацієнта в стаціонарі. Вправи виконуються у в.п. - лежачи на спині, на боці, сидячи та стоячі. Дозуються навантаження за клінічними проявами захворювання, віком пацієнта та його фізичною і функціональною підготовленістю. Заняття проводяться 1-2 рази в день, індивідуальним чи малогруповим методом.

Ранній післяопераційний період. Залежить безпосередньо від патологічного процесу, хірургічного втручання, реактивності організму, може затягнутися через біль в операційній рані, легенеvu гіповентиляцію (гіпоксі і гіперкапнія), шлункова атонія та парез кишечника.

Завданнями ЛФК є: профілактика можливих ускладнень (атонія шлунка і кишечника, утворення тромбозів, профілактика спайкового процесу, гіпостатична пневмонія, атонія шлунка і кишечника, утворення тромбозів, профілактика спайкового процесу, формування еластичного рухливого рубця). Поліпшення загального та місцевого кровообігу та лімфоутворення, підвищення психоемоційного рівня і навчання пацієнта навичкам самообслуговування.

Протипоказання до виконання вправ при загальному важкому стані хворого, зумовлені шоком, кровотечею, гострою ССН, розлитим перитонітом, інтоксикацією організму.

Суворо-постільний режим: положення хворого обов'язково лежачи на спині; якщо не має протипоказань, то ЛГ призначається в перші години після операції; в заняття включаються дихальні вправи статистичного походження з використанням прийомів відкашлювання і динамічних вправ для дистальних відділів кінцівок.

Постільний режим: положення хворого лежачи, напівсидячи і сидячи; широко використовується в заняттях вправи для всіх суглобів у поєднанні з вправами дихання статичного і динамічного характеру. ЛГ проводиться 3-4 рази в день по 5-7 хвилин індивідуально. Також рекомендуються самостійні заняття.

Пізній післяопераційний період. У цей період нормалізується симпато-адреналова активність, знижується інтенсивність білково-жирового катаболізму. У більшості пацієнтів біль припиняється, показники гемодинаміки стають стабільними, нормально працює травний тракт.

Завданнями ЛФК у пізньому післяопераційному періоді є: відновлення кровообігу, дихання, травлення, обміну речовин, стимуляція процесів регенерації в області хірургічного шва, зміцнення м'язів живота, адаптація серцево-судинної системи й органів дихання до зростаючих фізичних навантажень.

Палатний режим: у заняттях ЛГ використовуються активні вправи для всіх суглобів і м'язових груп та вправи, що спрямовані на покращення дихання (статичні і динамічні) і для м'язів тулуба, що хворий виконує в в.п. - лежачи і сидячи. Тривалість заняття складає від 10 до 15 хвилин, проводиться 2-3 рази на день індивідуально чи по малій груповій методиці. Рекомендовані дозовані прогулянки, елементи трудотерапії, малорухливі ігри.

Вільний режим: заняття ЛГ проводяться в гімнастичному залі мало груповим чи груповим методом протягом 20-30 хвилин. Динамічні і статичні фізичні вправи широко застосовуються для всіх м'язових груп і тулуба; вправи з гімнастичними інструментами, з вагою і опором, у гімнастичної стінки. Вихідні положення при виконанні вправ повинні бути різноманітними: лежачи, сидячи та стоячи. Рекомендується дозована ходьба в середньому темпі, малорухомі ігри, трудотерапія. Можливі водні процедури: обтирання, обливання і сонячні ванни (від 5 до 10 хвилин).

Віддалений післяопераційний період. Одужуючий організм пацієнта переходить на новий функціональний рівень, який характеризується мобілізацією ендокринно-вегетативних механізмів, спрямованих на стимуляцію процесів синтезу, глікогенів та білків.

Метою ЛФК є: тренування ССС й дихання до подальшого зростаючого фізичного навантаження, повне відновлення працездатності пацієнта, після його виписки з лікарні необхідно продовжувати регулярні заняття в поліклініці чи санаторії. В ЛГ використовуються фізичні вправи, що мають загальну тонізуючу дію на різні системи організму, вправи для зміцнення м'язів черевного преса, коригуючі вправи для формування правильної постави, вправи на рівновагу, координацію рухів, включають дозовану ходьбу на різні дистанції, теренкур, елементи спортивних ігор, катання на лижах, плавання[36, 41].

2.3. Особливості лікувальної фізичної культури, яка залежить від характеру захворювання

Проводячи заняття лікувальної фізичної культури важливо застосовувати індивідуальний підхід до кожного хворого, враховуючи його рухові можливості, характер та ступінь порушення функцій, пристосованістю до фізичних вправ та до різних видів навантажень.

Особливістю реабілітації в онкологічних хворих є постійний ризик виникненню рецидиву чи метастазів пухлини, тому реабілітаційні заходи повинні бути дуже тісно пов'язані з методами комплексного лікування. Практично реабілітаційні заходи у онкологічних хворих важко відокремити від компонентів комплексного лікування: вони починаються зразу після видалення первинної пухлини. Повна реабілітація онкохворих складається з медичної реабілітації, психологічних, педагогічних і трудових заходів, тому - це складна система заходів, спрямованих на організм для запобігання розвитку патологічних процесів, які призводять до постійної втрати працездатності[12,32].

Можливості реабілітації конкретного хворого розглядається індивідуально з урахуванням таких факторів: 1) локалізація і стадія пухлини; 2) морфологічна будова; 3) характер проведеного лікування; 4) ступінь анатомофункціональних порушень; 5) біологічних і соціальні характеристики: вік, стать, професія, становище в суспільстві, сім'ї. Можливість функціонально щадного лікування з подібною поширеністю процесу дуже вузька. Найчастіше адекватне видалення пухлини та лімфовузлів вимагає виконання важких операцій у поєднанні з променевою терапією і хіміотерапією, тим самим викликаючи виражений анатомічний та функціональний дефект. В деяких випадках це призводить до повної втрати функції органу чи системи і супроводжуючись вираженою інвалідизацією. Група несприятливого прогнозу з прогресуванням пухлинного процесу, після неефективного лікування II-III стадії та з вперше виявленої IV стадією захворювання.

Завданням лікування цих хворих - уповільнити по можливості прогресування захворювання за допомогою використання променевої і хіміотерапії, а також виправлення порушень функції органів, наприклад маніпуляція трахеостомія при стенозі гортані і трахеї, гастростомія при пухлинній дисфагії. А також полегшення хронічного болю. Групові прогнози визначають мету реабілітації:

1.Відновлювальний, який має повне або часткове відновлення працездатності, як правило, для пацієнтів зі сприятливим прогнозом;

2.Підтримка, пов'язана з втратою працездатності, інвалідизацією. Вона спрямована на адаптацію пацієнта до нового психофізичного стану, ситуація в сім'ї та суспільстві. Відноситься до групи хворих з II-III стадією захворювання;

3.Паліативні, спрямовані на створення комфортних умов життя в умовах прогресування та генералізації злоякісної пухлини, що викликає несприятливий прогноз життя.

Можна відзначити, що чітких меж у визначенні цілей реабілітації немає в кожному конкретному випадку, так як очевидно те, що особливості перебігу пухлинного процесу мають індивідуальні особливості. Наприклад, прогресування пухлини після радикального лікування змінює мету реабілітації з відновлювальної на паліативну. Для досягнення цілей реабілітації онкохворих застосовуються спеціальні методи або компоненти реабілітації. В сучасній клінічній онкології поняття лікування та реабілітація нерозривні, що забезпечує безперервність і послідовність стадій загального лікування. Лікувальний компонент є основним, визначаючи як результат лікування так і реабілітації. Процес реабілітації повинен носити безперервний характер. Це єдиний спосіб досягти успіху у відновленні онкохворого.

Щоб скласти якісну програму реабілітації, потрібно виокремити її основні компоненти:

- реабілітаційне обстеження для визначення основних проблем;
- прогнозування результатів реабілітаційного втручання;
- планування реабілітаційного втручання;
- виконання реабілітаційного втручання;
- оцінювання результатів реабілітаційного втручання та порівняння їх з прогнозованими показниками.

Кожен компонент програми фізичної реабілітації визначає зміст наступного компоненту. Чітка послідовність виконання дій дозволяє забезпечити якість реабілітаційних втручачьвтручань, та як наслідок, досягнути позитивного результату [35].

2.4.Масаж після оперативного втручання

Післяопераційний період. Він характеризується крайньою нестабільністю функціональних параметрів системи дихання та кровообігу. Тому швидкість і повнота відновлення здоров'я пацієнтів після операції залежить від компенсаторної перебудови всіх систем організму. Перебудова може бути досягнута безпосередньо медикаментозно та з використанням ЛФК в ранні терміни, але й важливим є застосуванням загального та пізніше сегментарного масажу.

У перші дні після операції фізичні можливості пацієнтів обмежені, вони часто відмовляються виконувати рекомендовані фізичні вправи. Техніка масажу в ранньому післяопераційному періоді була розроблена і впроваджена в медичну практику В.И. Дубровським.

Завданнями раннього масажу - покращити загальний стан організму пацієнта, підвищити тонус, покращити кровообіг, дихання, стимулювати регенеративні процеси та запобігти ряду післяопераційних ускладнень (особливо пневмонії, тромбофлебіту і емболії).

Масаж покращується кровообіг та лімфообіг, усувається застійні явища в легенях і паренхіматозних органах, з тим самим покращуються трофічні процеси в м'язах, прискорюються окислювально-відновні процеси, підвищується температура шкіри, поліпшується функція шлунково-кишкового тракту. Масаж впливає тонізуюче на центральну нервову систему й периферичну, систему судин та серця, знижує психогенне гальмування, яке часто виникає після важких операцій, сприяє тонізуючому впливу на нервово-психічну сферу[13].

Протипоказанням до загального масажу є:

- Гостра серцево-судинна недостатність.
- Емболія артерії легеневої.
- Ниркова і печінкова недостатність.
- Гострі шкірні алергійні реакції.

Методика загального масажу.

Перша процедура загального масажу проводиться після закінчення операції, а в наступні дні в реанімаційному відділенні чи в післяопераційній палаті 1-3 рази в день протягом 3-5 доби. Хворого роздягають і масажують, потім вкривають ковдрою і призначають вдихання зволоженого кисню через маску на 10-15 хв.

Тривалість масажу залежить від віку пацієнта, обсягу операції коливається від 15 до 25 хв. Перед процедурою потрібно виміряти пульс, артеріальний тиск і частоту дихання.

Важливим є дотримання послідовності масажу:

1. Масаж нижніх і верхніх кінцівок.
2. Масаж грудної клітки та шиї.
3. Масаж живота.
4. Масаж спини.

Масаж складається з підготовчої, основної і заключної частин. Метою підготовчої частини - впливати на екстерорецепторний апарат шкіри і поліпшити крово- і лімфотока масажуючої області. У підготовчій частині масажу використовують площинне і обхоплююче поглажування. В основній частині масажу проводять розтирання, енергійне розминання, вібрацію. У заключній частині застосовують поглажування і струшування м'язів. Враховуючи характер операції масаж проводять у положенні хворого на спині, а масаж спини виконують у положенні - на боці. Після операції на області черевної порожнини обов'язково здійснюють вплив на

паравертебральну ділянку таких сегментів S5 - S1, L5 - L1, D12 - D7[19].

2.5. Фізіотерапія після оперативного втручання на органах черевної порожнини

Вплив фізіотерапевтичних процедур на організм людини після оперативного втручання з приводу раку шлунка проявляється у ліквідації больового синдрому, нормалізації секреторної та моторної функції внутрішніх органів, зменшення активності запальних процесів, поліпшення трофіки органів, поліпшення регенеративних процесів.

Існує 10 класів штучних та природних фізіотерапевтичних факторів. До 1-го класу відносяться електричні струми низької напруги: гальванічний струм і лікарський електрофорез, імпульсні струми постійного і перемінного напрямку; до 2-го електричні струми високої напруги: дарсонвалізація і діатермія; до 3-го електричні і магнітні поля: постійне електричне поле високої напруги, постійне магнітне поле низької частоти, перемінне магнітне поле високої частоти, перемінне електричне поле ультрависокої частоти, електромагнітне поле надвисокої частоти; до 4-го світло: інфрачервоне, видиме, ультрафіолетове, монохроматичне (когерентне) випромінювання; до 5-го механічні коливання: інфразвук - вібрацію, ультразвук; до 6-го штучне повітряне середовище аероіони, гідроаероіони, аерозолі і електроаерозолі; до 7-го змінюваний повітряний тиск; до 8-го радіоактивні фактори: радонова вода, альфа-аплікатори; до 9-го водолікувальні фактори: прісна вода, мінеральні води, що готуються штучно; до 10-го теплолікувальні фактори: грязі, торф, парафін, озокерит[29].

Для фізичної реабілітації пацієнтів з захворюваннями органів черевної порожнини використовують наступні фізіотерапевтичні процедури.

У період підготовки пацієнта до операції, за відсутності протипоказань, доцільно застосовувати електро-світлолікування, аеро-іонотерапію та аерозольну терапію.

З метою посилення седативного ефекту раціональної психотерапії та лікувальної гімнастики застосовують електросон, гальванізація.

Припустимо проведення процедур електросну одночасно декільком хворим у загальній палаті - з урахуванням їхнього нервово-психічного стану, тоді коли ослабленні гальмовні процесів. Доцільно використовувати низькі частоти (4-15 Гц при силі струму до 15 мА). Методом вибору при цьому є транскраніальна стимуляція, зокрема, мезодієнцефальна модуляція з застосуванням апарата МДМ-101 протягом 15-20 хвилин щодня.

У всіх випадках майбутньої інгаляційної анестезії, особливо у людей похилого віку, з супутніми захворюваннями системи серця та легень доцільне проведення гелій-кисневих інгаляцій. Співвідношення компонентів дихальної суміші в цьому випадку: кисню - 33 %, гелію - 67 %; процедури проводяться щоденно по 20-30 хвилин. При супутній бронхіальній астмі експозицію процедур слід збільшувати до 45 хвилин 2-3 рази день.

Ультрафіолетове опромінення (УФО) у передопераційному періоді проводять у вигляді загальних групових чи індивідуальних опромінь, починаючи з 1/4 біодози, доводячи до 3 біодоз на передній і задній поверхні по черзі. За показаннями застосовують місцеве опромінення комірцевоїділянки по 3 поля щодня. Лазерне опромінення у виді сегментарного локального сканування точко-

вих рефлекторних впливів, можна використовувати як червоний, так і інфрачервоний лазер.

Фізіотерапія після операцій на органах черевної порожнини застосовується при ускладненнях: при інфільтратах, флегмоні в області післяопераційного шва, застосовуються УВЧ на область шва через пов'язку, опромінення лампою соллюкс; УФО області рани і навколишньої шкіри по 3-4 біодози під час перев'язок.

При утворенні спайок в черевній порожнині після операцій для тонізації і зміцнення м'язів черевної стінки застосовують такі види фізіотерапевтичних процедур: індуктотермію, сантиметрові хвилі (СМХ), діадинамотерапію (ДДТ) на область сонячного сплетіння, грязьові, парафінові чи озокеритові аплікації на область живота.

Протизапальні методи УВЧ-терапія. Цей метод прискорює регіонарну гемодинаміку і лімфодинаміку, в тому числі і в судинах мікроциркуляторного русла; усуває спазм гладких м'язів судин, сприяє збільшенню змісту фібриногену, активації тромбопластину і підвищенню плазмо стійкості до гепарину в перші 2-3 добу після утворення рани, а також у подальшій активації плазминогену, що збільшує синтез фібрину. Електричне поле УВЧ сприяє відокремленню вогнища запалення, підвищенню проникності ендотелія, міграції в рань поліморфно-клітинних лейкоцитів, макрофагів з активацією лейкоцитарних і лізосомальних ферментів - протеаз, кислих фосфатаз.

На другій фазі ранового процесу застосування електричного поля УВЧ стимулює функціональну активність, ріст судинних елементів грануляційної тканини. У першій фазі ранового процесу УВЧ-терапію призначають у нетермічних дозах, у другій фазі - у субтермічних і термічних. Можна використовувати цей метод на третій фазі - для поліпшення епітелізації (теплові дозування). Застосовують електрич-

ногополя УВЧ з частотою 40,68 і 27,12 МГц, потужністю 20-40 Ут. Призначають щодня протягом 10-12 хв.; курс від 5 до 10 процедур (залежно від фази запалення - призначенні лише на першій фазі курс коротший).

Парафіноterapia. Покращує кровообіг в рані, в наслідок чого відбувається розсмоктування інфільтратів і стимуляції проліферативних та репаративних процесів у тканинах організму. Застосовується переважно в третій фазі загоєння ран, але для прискорення росту грануляцій дозволено використовувати в другій фазі. У таких випадках роблять аплікацію парафіну на очищену поверхню рани із широким захопленням навколишньої здорової шкіри через 2-3 шаруючи стерильної марлевої серветки на 1-3 г (щодня, курс 6-10 процедур) або тривалого застосування (до 4-7 діб): свіжий парафін, двічі проціджений і кип'ячений, наносять на рану пульверизатором, потім зверху шар парафіну кюветно-аплікаційним способом (аплікацію прибинтовують). Цей спосіб фізичного лікування підсилює стимуляцію тканин під парафіноюю «пломбою» продуктами розпаду, тому що вони не можуть бути вилучені з ексудатом. Процедури не проводять при рясному гнійному виділінні, наявності сірих гранул із гнійним нальотом, запальних змінах шкіри навколо рани. З появою ознак інтоксикації (підвищення температури тіла, озноб) аплікацію необхідно негайно зняти. Можливе застосування суміші Лепського (75 % парафіну, 25 % рослинної чи олії риб'ячого жиру, з додаванням 0,1 мл риванолу), що наносять у розігрітому виді і залишають на кілька днів, процедури проводять щодня; курс 8-10 процедур[23].

2.6. Дієтотерапія

Дієтотерапія є невід'ємною частиною всебічної реабілітації пацієнта які перенесли операцію на органах черевної порожнини.

Харчування в післяопераційний період засноване на тому, що в багатьох пацієнтів розвивається дефіцит білка, вітамінів, схильність до ацидозу, зневоднювання. Дієтотерапія спрямована на виправлення порушень обміну речовин, забезпечення фізіологічних потреб організму в поживних речовинах та енергії, захист уражених органів і стимуляцію загоєння операційної рани.

Дієта № 0, 0б, 0в – застосовується у перші дні після операцій на стравоході, шлунку і кишках, прийом їжі і рідини через рот забороняється.

Дієта № 1-хірургічна, для оперованих пацієнтів на РШ. Харчування проводиться невеликими порціями не менш 6 раз на добу. Не допускається одночасно більше двох приймів їжі. Рекомендується вживати її в горизонтальному положенні, що дозволяє трохи зменшити евакуаторну функцію шлунка. Не слід вживати їжу, багату грубою рослинною клітковиною, та продукти, що підсилюють перистальтику кишок, це такі як - чорнослив, свіжий кефір, холодні стравий. На дієті № 1 пацієнт повинен перебувати не менш 3 місяців, поки не наступлять стабілізація зв'язаних з операцією функцій органів травлення і пристосування організму до нових умов. Необхідно дотримуватися 4-5-разові прийоми їжі з її обмеженням.

У перші 3 місяці після операції дозволено: хліб білий черствий, сухарі білі; чай слабкий, молоко, цільні, сухі, згущені вершки, сметана свіжа некисла, молочнокислі продукти; вершкове масло, сир плавленій, яйця з м'яким відваром, омлет з яєць; супи молочні, вегетаріанські з круп і овочів (крім капусти); м'ясо (яловичина, курка, індичка, кролик) у вареному виді, парові котлети, риба (нежирні сорти) відварна; каші розварені (крім пшона); пудинги і запіканки з сиру, круп, вермішелі, сирники запечені; овочі - картопля, морква, буряк, кабачки, кольорова капуста, гарбуз - відварні, мілкорублені, у вигляді пюре; помідори, огірки свіжі, очищений від шкірочки, горошок зелений, салат

зелений; компоти і киселі з фруктів і ягід; запечені яблука; соки овочеві і фруктові натуральні (крім томатного), відвар шипшини; цукор 20-40 г на день, мед, варення замість цукру в обмеженій кількості. Не вживати в їжу: хліб чорний, м'які сорти хліба, тісто здобне, кава міцна, натуральний м'ясний бульйон, риба і гриби, усі страви у смаженому вигляді, баранина, свинина, гусаки, качки, тушковані яйця, маринади, копчені продукти, соління, консерви, зелена цибуля, редиска, ріпа, часник, капуста, агрус, червона смородина, охолодженні напої, морозиво, торти, креми, шоколад, гострі соуси і приправи - хрін, гірчиця; різко обмежені: вуглеводи (цукор, мед, варення, цукерки, компоти, киселі), каші, особливо молочні, солодкі, гарячі страви, молоко. Їжу приймають 6-8 разів на день.

Через 3 міс. після операції дозволено: несвіжий хліб "Український", "Столовий", варені ковбаси і сосиски, оселедець, супи зі свіжої капусти, борщ з нежирного бульйону, м'ясо тушковане, фрукти, ягоди, овочі. Не вживати в їжу: гострі соуси і приправи, маринади, копченості, соління, консерви, гриби, смажене м'ясо[20].

ВИСНОВКИ

1. Застосування ЛФК в передопераційному періоді, для підготовки пацієнтів до оперативного втручання на органах черевної порожнини, щоб запобігти ускладнень, як з боку системи дихання так і системи судин та серця, сприяє більш швидкому загоєнню післяопераційних ран.

Основними завданнями фізичної терапії є: а) зміцнення здоров'я і загартовування організму пацієнта; б) правильний фізичний розвиток і вдосконалення фізичних якостей; в) формування рухових навичок; г) формування вольових і моральних якостей.

Система заходів, щозастосовується у фізичній реабілітації, повинна бути спрямована на відновлення або компенсацію фізичних можливостей організму, поліпшення функціонального стану організму, розвиток необхідних фізичних якостей та психоемоційної стійкості пацієнта. Фізична реабілітація має прямий вплив на психічну сферу та відбивається на фізичному відновленні.

Використання методів фізичної реабілітації якомога раніше, починаючи з перших годин після операції, а саме ЛФК, це дає можливість уникнути післяопераційних ускладнень боку з системи дихання та уникнення можливих контрактур.

2. Фізіотерапія має велике значення в реабілітації хворих на онкологію, під впливом постійного електричного струму спостерігалась затримка росту деяких пухлин і не виникало жодних випадків метастазування пухлин. Постійний струм використовується також для електрофорезу протипухлинних препаратів, забезпечують сильний протипухлинний ефект, як максимальні дози препаратів, що вводяться звичайним шляхом, але без гноблення організму та процесу кровотворення. Електричний струм підвищує чутливість пухлини до опромі-

нення і може використовуватися в якості протектора нормальних тканин при променевої терапії.

Найбільш ефективним у лікуванні злоякісних пухлин є поєднання центральної і місцевої дії магнітного поля з умовою створення реакції активації на рівні організму і реакції стресу на пухлина. Застосовують магнітне поле при лікуванні раку шлунка.

Розсмоктування пухлини починалося з боку оточуючих здорових тканин, потім відбувалося концентричне зменшення пухлини.

3.Застосування масажу після оперативного втручання є важливим для таких хворих, відбувається повернення м'язам черевного корсету тону, який втратився внаслідок гіпокінезії, підготовка організму до основних навантажень, скоріше повернення людини до звичного способу життя. Використання масажу запобігає порушенню кровообігу, які можуть відбуватися за рахунок гіпокінезії, та відбувається відновлення функцій шлунково-кишкового тракту.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бедров Б.А. Комбинированное лечение рака желудка с передоперационным и интраоперационным облучением/ Б.А. Бердов, В.Ю. Скоропад, К.В. Пахоменко, Г.А. Хичева.//Практическая онкология №3, 2001. – 227 с.
2. Білінський Б.Т. Онкологія/ Б.Т. Білінський, Н.А. Володько, А.І. Гнатишак Підручник. Київ, Здоров'я. - 2004. – 306с.
3. Боголюбов В.М., Медична реабілітація, Том 1 / В.М. Боголюбов. - М.: 2007. – 507-530с.
4. Болюх Б.А. Рак шлунка. / Лекції клінічної онкології. Б.А. Болюх. - Вінниця, 2000. - 169–192с.
5. Бондар Г. В. Рак шлунка/ Вибрані лекції з клінічної онкології //Г.В. Бондар, О. Ю. Попович. — Луганськ, 2009. - 208–232 с.
6. Бондарь Г.В.Лекції з клінічної онкології за редакцією / Г.В. Бондаря, С.В. Антіпової, Ю.В. Думанського, - 2009. – 132 с.
7. Бюлетень Національного реєстру України/Рак в Україні, 2009-2010 // Бюлетень Національного реєстру України. Видання №12. Київ – 2011.
8. Василенко І.В. Передрак і рак шлунку: етіологія, патогенез, морфологія, лікувальний патоморфоз / І. В. Василенко, В.Д. Садчиков, К. А. Галахін, 2001. – 321с.
9. Вашакмадзе Л. А. Рак желудка/ Онкология. Национальное руководство// Л. А. Вашакмадзе, А. В. Бутенко, В. М. Хомяков, - М.: Геотар-Медиа, 2008. -677–697с.
10. Воробьев А.И. Полный справочник практикующего врача / А.И. Воробьев- М.: ОНИКС, 2010. – 880с.
11. Ганина К. П. Специальные методы исследования при опухолевых процессах желудка / К.П. Ганина, А. К. Зиневич, С.В. Жеро. – Киев: Наук.думка, 1988.

12. Генш Н.А. Справочник по реабилитации/ Ростов на Дону.: Фенікс, 2008 – 61-72с.
13. Готовцев П.І. Лікувальна фізична культура і масаж. П. І. Готовцев, А. Д. Суботін, В. П. Селиванов. – Київ. 1997. – 98-104 с.
14. Давидов М./Рак проксимального отдела желудка. Опыт лечения. // Вестник Рос. Академии М.Н. - 2002. - 332 с.
15. Давидов М. І. Современная стратегия хирургического лечения рака/ Давидов М. І., М.Д. Практическая онкология №3 2001. – 114 с.
16. Петрушенко В.В. Діагностика та лікування злоякісних новоутворен/Методичні вказівки для організації самостійної роботи студентів // В. В. Петрушенко, А. А. Ткач. - Вінниця: ДП «ДКФ», 2012. –264 с.
17. Дмитрієв А.Е. Лікувальна фізкультура при операціях на органах травлення. А. Е. Дмитрієв, А.Л. Маринченко- М., 1990. – 108-126 с.
18. Добровольский В.К. Лікувальна фізична культура в хірургії. - М, 1986. – 132 с.
19. Дубровський В.І. Лікувальний масаж/ В.І. Дубровський – М.: Владос, 2005 - 140-145 с.
20. Електронний ресурс– [http:// www. Det-dieta](http://www.Det-dieta)
21. Електронний ресурс – [http:// www. Mymassage](http://www.Mymassage)
22. Електронний ресурс– [http:// www. Rus-medserver](http://www.Rus-medserver)
23. Електронний ресурс– [http:// www.hardgainer](http://www.hardgainer)
24. Електронний ресурс - <http://xreferat>
25. Епіфанов В.А. Лікувальна фізкультура і спортивна медицина / В.А. Епіфанов – М.: Медицина, 1999 – 184-187 с.
26. Клименков А.А. Опухоли желудка / А.А. Клименков// Медицина, 1988. - 254 с.

27. Колесник Е.А. Злокачественные лимфомы пищеварительного тракта / Онкология. Е.А. Колесник. 2003 - 63–68 с.
28. Кост Е.А. Справочник по клиническим лабораторным методам исследования / - М.: Медицина - 1979. - 96-97 с.
29. Кошкалда С.А. Основы физиотерапии для медицинских училищ / - Ростов на Дону.: Фенікс, 2008 – 33-34 с.
30. Кузин М.И. Хирургические болезни / М. И. Кузин – М.: Медицина, 2002 –780 с.
31. Минимальные клинические рекомендации европейского общества медицинской онкологии (ESMO) Москва - 2010.
32. Мурза В.П. Фізична реабілітація /Навчальний посібник. - Київ: „Олан”,. 2004. - 559 с.
33. Володько Н. А. Фізична реабілітація /Н. А. Володько, А. І. Гнатишак. – К. : Здоров'я, 2004. – С. 528 с.
34. Наказ Міністерства охорони здоров'я України №554 від 17.09.2007 р. (у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України № 247 від 29.04.2011) «Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги хворим на рак шлунку».
35. Пархотік І. І. Фізична реабілітація при захворюваннях органів черевної порожнини, Пархотік І. І. – К.: Олімпійська література – 2003. –136-139, 163-169 с.
36. Попов С. Н. Фізична реабілітація. - Ростов на Дону.: Фенікс, 2008 – 378-388 с.
37. Скрипніченко Д.Ф., Невідкладна хірургія черевної порожнини / Д.Ф. Скрипніченко – К.: Здоров'я, 1986. – 22-52, 82-135 с.
38. Томашевський М.І. Наскрізна програма та методичні рекомендації для виконання навчальної науково-дослідної роботи - Горлівка 2007. - 7-18 с.
39. Трапезников Н.Н. Онкология / Учебник. Трапезников Н.Н., Шайн А.А. Медицина, 1992. – 400с.

40. Тюляндин С.А. Химиотерапия рака желудка / С.А Тюляндин
Практическая онкология №3, 2001. - 203 с.
41. Хромов Б. М. Хирургическая помощь в поликлиниках и амбула-
ториях / Б.М.Хромов, В.З. Шейко. – Л.: Медицина, 1980. – 520
с.
42. Шевченко А.І. Онкологія. А.І. Шевченко, О.Ю. Попович, О.П.
Колесник. Запоріжжя: ЗДМУ, 2009. - 309 с.
43. Щепотін І.Б. Рак желудка/Практическое руководство//І. Б. Ще-
потін, Київ. "Книга плюс", 2000. – 267 с.

**КОДЕКС АКАДЕМІЧНОЇ ДОБРОЧЕСНОСТІ
ЗДОБУВАЧА ВИЩОЇ ОСВІТИ ХЕРСОНЬСЬКОГО
ДЕРЖАВНОГО УНІВЕРСИТЕТУ**

Я, Летигорська Валерія Сергіївна,
учасник(ця) освітнього процесу Херсонського державного університету, УСВІДОМЛЮЮ, що академічна добротність – це фундаментальна етична цінність усієї академічної спільноти світу.

ЗАЯВЛЯЮ, що у своїй освітній і науковій діяльності **ЗОБОВ'ЯЗУЮСЯ**:

- дотримуватися:
 - вимог законодавства України та внутрішніх нормативних документів університету, зокрема Статуту Університету;
 - принципів та правил академічної добротності;
 - нульової толерантності до академічного плагіату;
 - моральних норм та правил етичної поведінки;
 - толерантного ставлення до інших;
 - дотримуватися високого рівня культури спілкування;
- надавати згоду на:
 - безпосередню перевірку курсових, кваліфікаційних робіт тощо на ознаки наявності академічного плагіату за допомогою спеціалізованих програмних продуктів;
 - оброблення, збереження й розміщення кваліфікаційних робіт у відкритому доступі в інституційному репозитарії;
 - використання робіт для перевірки на ознаки наявності академічного плагіату в інших роботах виключно з метою виявлення можливих ознак академічного плагіату;
- самостійно виконувати навчальні завдання, завдання поточного й підсумкового контролю результатів навчання;
 - надавати достовірну інформацію щодо результатів власної навчальної (наукової, творчої) діяльності, використаних методик досліджень та джерел інформації;
 - не використовувати результати досліджень інших авторів без використання покликань на їхню роботу;
 - своєю діяльністю сприяти збереженню та примноженню традицій університету, формуванню його позитивного іміджу;
 - не чинити правопорушень і не сприяти їхньому скоєнню іншими особами;
 - підтримувати атмосферу довіри, взаємної відповідальності та співпраці в освітньому середовищі;
 - поважати честь, гідність та особисту недоторканність особи, незважаючи на її стать, вік, матеріальний стан, соціальне становище, расову належність, релігійні й політичні переконання;
 - не дискримінувати людей на підставі академічного статусу, а також за національною, расовою, статевою чи іншою належністю;
 - відповідально ставитися до своїх обов'язків, вчасно та сумлінно виконувати необхідні навчальні та науково-дослідницькі завдання;
 - запобігати виникненню у своїй діяльності конфлікту інтересів, зокрема не використовувати службових і родинних зв'язків з метою отримання нечесної переваги в навчальній, науковій і трудовій діяльності;
 - не брати участі в будь-якій діяльності, пов'язаній із обманом, нечесністю, списуванням, фабрикацією;
 - не піддроблювати документи;
 - не поширювати неправдиву та компрометуючу інформацію про інших здобувачів вищої освіти, викладачів і співробітників;
 - не отримувати і не пропонувати винагород за несправедливе отримання будь-яких переваг або здійснення впливу на зміну отриманої академічної оцінки;
 - не залякувати й не проявляти агресії та насильства проти інших, сексуальні домагання;
 - не завдавати шкоди матеріальним цінностям, матеріально-технічній базі університету та особистій власності інших студентів та/або працівників;
 - не використовувати без дозволу ректорату (деканату) символіки університету в заходах, не пов'язаних з діяльністю університету;
 - не здійснювати і не заохочувати будь-яких спроб, спрямованих на те, щоб за допомогою нечесних і негідних методів досягати власних корисних цілей;
 - не завдавати загрози власному здоров'ю або безпеці іншим студентам та/або працівникам.

УСВІДОМЛЮЮ, що відповідно до чинного законодавства у разі недотримання Кодексу академічної добротності буду нести академічну та/або інші види відповідальності й до мене можуть бути застосовані заходи дисциплінарного характеру за порушення принципів академічної добротності.

10 квітня 2020р
(дата)

(підпис)

Валерія Летигорська
(ім'я, прізвище)