

травмой грудной стенки. В динамике болевой синдром снизился до 1 по ВАШ в течение первого года после операции. Всего в течение 3 лет летальный исход зарегистрирован у 5 пациентов (в единственном случае в связи с рецидивом остеомиелита грудины и развитием сепсиса).

Заключение. Реостеосинтез с использованием сетчатого титанового эндопротеза является безопасным и эффективным методом стабилизации передней грудной стенки у пациентов с послеоперационной нестабильностью грудины.

РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19, В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

¹Полянская О. С., ¹Полянский И. Ю.,
²Мавлянова З.Ф., ²Равшанова М.З.

¹Буковинский государственный медицинский университет, Украина

²Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение. Наличие перенесенного COVID-19, при котором входными воротами возбудителя служит эпителий верхних дыхательных путей и эпителиоциты желудка и кишечника, влияет на течение послеоперационного периода у хирургических больных. Поэтому индивидуально подобранная методика медицинской реабилитации у послеоперационных больных является актуальной и своевременной.

Цель: провести оценку эффективности реабилитационных мероприятий у больных, перенесших COVID-19, в послеоперационном периоде.

Материал и методы исследования. У 135 пациентов, оперированных на полых органах пищеварения, использован разработанный комплекс реабилитационных мероприятий, направленный на профилактику ранних послеоперационных осложнений. Контрольную группу составили 23 пациента с традиционным ведением раннего послеоперационного периода.

Результаты. Реабилитационные мероприятия включали как медикаментозную коррекцию имеющихся нарушений, профилактику прогнозируемых осложнений, так и немедикаментозное воздействие на восстановление функциональной активности дыхательной системы (ДС) с персонализированным подходом. Реабилитационный комплекс начинали сразу после выхода пациента из наркоза. Пассивные, а затем и активные движения конечностями, упражнения с целенаправленной нагрузкой определенных групп мышц позволяли быстро

нивелировать остаточное действие миорелаксантов, восстановить тонус мышц не только конечностей, но и всего туловища. Для восстановления функции ДС нами использован комплекс реабилитационных мероприятий, включающий, кроме раннего восстановления тонуса мышц туловища и дыхательной экскурсии грудной стенки, восстановление проходимости дыхательных путей и средств профилактики ателектаза легких. Критерием эффективности этих мероприятий было активное поведение пациента в постели к концу первых суток после операции. Так, все пациенты основной группы в течение первых суток самостоятельно меняли положение тела в постели, поворачивались на бок, поднимали выпрямленные в коленном суставе нижние конечности. Для восстановления проходимости дыхательных путей использовали сочетание массажа грудной стенки с принудительным кашлем при переднезаднем сжатии грудной стенки. Доказательством эффективности этих средств является отхождение мокроты и отсутствие сухих хрипов над трахеей и главными бронхами. У 96,3% пациентов основной группы к концу первых суток удалось достичь сатурации более 95%, тогда как в контрольной группе этот показатель наблюдался только в 52,17% пациентов. Со вторых суток послеоперационного периода больному рекомендовали принять сидячее положение. С третьего дня пациенты принимали вертикальное положение с дозированной ходьбой, наклонами туловища и приседаниями. У всех пациентов опытной группы нам удалось восстановить функцию дыхательной системы, предотвратить ателектаз легких, развитие послеоперационной пневмонии. У трех пациентов контрольной группы (13,04%), которым эти мероприятия не проводились или выполнялись в неполном объеме, возникли осложнения со стороны органов дыхания в виде гипостатической пневмонии, плевритов. Один из этих пациентов умер из-за прогрессирующей легочно-сердечной недостаточности.

Заключение. Таким образом, раннее использование реабилитационных мероприятий в послеоперационном периоде, направленных на восстановление функциональной активности дыхательной системы с учетом индивидуальных особенностей пациента, выполняемых с привлечением мультидисциплинарной команды, позволило предотвратить у пациентов основной группы возникновение осложнений, что способствовало быстрому выздоровлению пациентов. Продолжительность стационарного лечения пациентов основной группы составила $8, 2 \pm 1,31$ суток, контрольной группы - $12,32 \pm 2,54$