

УДК:616.33-002.44-08

Швець Тетяна, ст. магістратури факультету здоров'я, фізичної культури і спорту; науковий керівник – ст. викладач Рижковський В. О. (Міжнародний економіко-гуманітарний університет імені академіка Степана Дем'янчука, м. Рівне)

ВІДНОВНЕ ЛІКУВАННЯ ПРИ ХРОНІЧНІЙ ВИРАЗКОВІЙ ХВОРОБИ ШЛУНКУ ТА ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

***Анотація.** У статті досліджено методіку відновного лікування хворих на виразкову хворобу шлунка та дванадцятипалої кишки. Встановлено, що застосування фізичної реабілітації поліпшує перебіг захворювання і прискорює одужання хворих*

***Ключові слова:** фізична реабілітація, виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки*

***Аннотация.** В статье исследована методика восстановительного лечения больных при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Установлено, что применение физической реабилитации улучшает течение заболевания и ускоряет выздоровление больных*

***Ключевые слова:** физическая реабилитация, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.*

***Annotation.** In the article the method of restorative treatment of gastric ulcer and duodenal ulcer is investigated. It was established that the course of physical rehabilitation improves the run of the disease and accelerates the recovery of patients.*

***Key words:** physical rehabilitation, gastric ulcer and duodenal ulcer.*

Не зважаючи на зростаючу кількість методів консервативного і хірургічного лікування виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки, кінцеві результати не завжди досягають поставленої мети. Це, зумовлено недооцінкою або неадекватним застосуванням засобів і методів фізичної реабілітації з урахуванням етіології, патогенезу, характеру захворювання і наявності ускладнень [1; 2; 3; 4; 5; 6].

Проблему відновного лікування хворих на виразкову хворобу шлунка та дванадцятипалої кишки досліджували відомі вчені, серед яких слід виділити роботи Д. Л. Долгова, О. В. Козирьової, В. І. Мулярчука, В. П. Мурзи, В. М. Мухіна, Б. К. Панфілова, І. І. Пархотика, С. Н. Попова, А. М. Поради, О. В. Поради та В. П. Правосудова. Проте, окремі аспекти зазначеної проблеми розкриті недостатньо, що зумовило актуальність нашого дослідження.

Метою нашої статті є дослідження комплексу заходів відновного лікування та їх впливу на фізичний стан хворих при хронічній виразковій хворобі шлунку та дванадцятипалої кишки.

В процесі дослідження було проведено клініко-інструментальне обстеження 32-х хворих із загостренням хронічної виразкової хвороби шлунку та дванадцятипалої кишки.

Перед лікуванням всі хворі були розподілені на дві приблизно рівноцінні клінічні групи: основну (14 осіб) та контрольну (18 осіб). При цьому, за статтю, віком, клінічною картиною, тривалістю виразкової хвороби основна та контрольна групи істотно не відрізнялися. Хворі основної та контрольної груп отримували базове лікування. Однак, хворим основної групи призначили комплекс засобів і методів фізичної реабілітації.

У 32-х хворих на хронічну виразкову хворобу шлунка і дванадцятипалої кишки проводили фізикальне обстеження із визначенням загальних аналізів крові, сечі, біохімічних показників крові: рівень загального білка, загального білірубіну, цукру, натрію і калію, активності аспартатамінотрансферази і аланінамінотрансферази; коагулограми: час згортання крові, тривалість кровотечі, протромбіновий індекс, протромбіновий час, фібриноген плазми крові; інструментальні: рентгенографія, фіброгастродуоденоскопія, ультрасонографія, електрокардіографія; оперативні і консервативні: ушивання перфоративної виразки дванадцятипалої кишки, антибактеріальна, анти-секреторна, антацидна, дезінтоксикаційна, спазмолітична терапія; відновне лікування: лікувальна фізкультура, лікувальний масаж, фізіотерапія; методи статистичної обробки отриманих даних.

Рентгенологічне дослідження застосовувалося у разі перфорації виразки. За його допомогою визначалася серпоподібна тінь повітря над печінкою і діафрагмою, яке вийшло зі шлунка або дванадцятипалої кишки при перфорації виразки. Таким методом було обстежено 2-х хворих.

Фіброгастродуоденоскопія була застосована з метою огляду верхніх відділів травної системи для діагностики захворювань шлунка і дванадцятипалої кишки виразкової етіології, прохідності пілоробульбарного відділу та визначення патології стравоходу. Крім того, проводилося взяття біоптату для виявлення бактерії *Helicobacter pylori* шляхом постановки швидкого уреазного тесту з відповідним хімічним реактивом.

Ультразвукове дослідження було застосоване з метою огляду біліарнопанкреатодуоденальної зони для диференціальної діагностики з жовчнокам'яною хворобою. УЗД високоінформативна і не має ніяких протипоказань. Таким методом було обстежено 5 хворих.

Стандартна електрокардіографія була виконана з метою диференціальної діагностики з гострим інфарктом міокарда у пацієнтів старше 40 років і у всіх хворих, яким здійснили хірургічне лікування перфорації виразки дванадцятипалої кишки.

Дослідження компенсаторно–адаптаційної здатності серцево-судинної системи проводилося з метою оцінки реакції хворого на задане фізичне навантаження, його суб'єктивного відчуття, даних частоти серцевих скорочень і артеріального тиску до, під час і після процедури ЛФК [7; 8; 9].

Існує чотири типи реакцій у відповідь на фізичне навантаження: 1) Нормотонічний: а) помірне почастішання частоти серцевих скорочень і підйом систолічного артеріального тиску; б) помірне зниження діастолічного артеріального тиску поряд з почастішанням частоти серцевих скорочень і підвищенням систолічного артеріального тиску; 2) астенічний: виражене почастішання частоти серцевих скорочень без зміни артеріального тиску з подовженим відновним періодом; 3) гіпертонічний: підйом систолічного і діастолічного артеріального тиску поряд зі значним почастішанням частоти серцевих скорочень та тривалим часом відновлення; 4) дистонічний: різке почастішання пульсу, підвищення систолічного і значне пониження діастолічного артеріального тиску зі тривалим відновлювальним періодом.

Критерієм адекватності фізичного навантаження слугує фізіологічна реакція (нормотонічний тип). Наявність інших типів є результатом швидкої виснажливості компенсаторних механізмів. Перехід з одного рухового режиму на інший можливий тоді, коли на застосований раніше комплекс закріпилася адекватна стійка позитивна реакція хворого (за артеріальним тиском і частоті пульсу) і в той же час спостерігається закономірне зниження частоти серцевих скорочень і енергетичних витрат на застосовуване фізичне навантаження.

Фізіологічна реакція слугує підставою для переведення хворого на новий, більш високий рівень (режим) рухової активності, проміжна вимагає стабілізації фізичної активності на доступному рівні з обов'язковим контролем через 3-4 дні, патологічна – перегляду всієї програми фізичної реабілітації в сторону її зниження.

В останні роки широке поширення набуло визначення компенсаторно–адаптаційної здатності серцево-судинної системи за допомогою навантажувальних тестів (VELOEROMETRIA, STEP-TEST). У своїй роботі ми застосовували орієнтовне дозоване фізичне навантаження (STEP-TEST) за методикою Б. К. Панфілова. На підставі дозованих фізичних навантажень, можна об'єктивніше оцінювати компенсаторну здатність серцево-судинної системи з приводу призначень комплексів ЛФК. Особливо це актуально в старших вікових групах. Цьому сприяли таблиці: «Показники орієнтованого фізичного навантаження» і «Одиниці потужності орієнтовного фізичного навантаження», які були запозичені нами у авторів, що показує вираження потужності фізичного зусилля [10]. Орієнтовне дозоване фізичне навантаження застосовувалося у основній групі хворих.

Під час дослідження була розроблена і використана експериментальна схема відновного лікування хворих. Вона включала 5 елементів: обстеження, оцінку, діагностику, прогноз та втручання.

Результати досліджень піддалися математичній обробці за допомогою комп'ютерної програми Microsoft Excel. Були визначені такі показники: n – число спостережень; M – середнє значення; σ – середньоквадратичне відхилення; m – середньоарифметична похибка.

Тривалість виразкового анамнезу складала від декількох днів до 20-и років, а середня тривалість захворювання становила $(6,75 \pm 2,39)$ роки. Хворих віком 22–49 років було 15 (47 %); 50–59 років – 8 (25 %); 60–69 років – 7 (22 %); 70–72 роки – 2 хворих (6 %); з них – 28 (87,5 %) чоловіків, 4 (12,5 %) – жінок.

У стаціонарні відділення хворі поступали, головним чином, з больовим синдромом в животі. Типовий больовий синдром в епігастрії був встановлений у 22 хворих. Серед них перший напад болу спостерігався у 11 хворих, а у інших випадках ці напади повторювались багаторазово. Гострий біль часто супроводжувався диспепсичними розладами. У 7 випадках, болі в епігастрії не були типовими для виразкової хвороби. Тут переважали тупі, ниючі болі з диспепсичним синдромом, зустрічалася кардіалгія. Виникнення больового синдрому в животі хворі пояснювали порушенням дієти. Троє хворих потрапили в хірургічне відділення з клінікою перфоративної виразки, у яких визначався в анамнезі надзвичайно інтенсивний («кинджальний») біль.

При об'єктивному обстеженні практично у всіх (31 пацієнт) язик був обкладений сіруватим нашаруванням, живіт у 23 хворих болючий, здутий та обмежений в акті дихання у верхніх відділах з ослабленою перистальтикою кишечника. При перфорації виразки при пальпації визначався «дошко-подібний живіт», різко позитивний симптом Щьоткіна-Блюмберга в епігастральній ділянці живота.

За даними термометрії у 5-ти хворих спостерігали збільшення температури тіла до субфебрильних показників; у решти – була визначена нормальна температурна реакція. В гострому періоді захворювання у 52 % спостерігали стан середньої важкості або важкий, обумовлений перфорацією виразки, приєднанням ендотоксикозу та синдрому перитоніту. При огляді у 6-ти хворих після гострих болів в епігастрії був виявлений жовтуватий колір склер малої інтенсивності; в 4-х випадках визначалися закрепи.

При обстеженні системи органів дихання в період загострення виразкової хвороби була задишка внаслідок частого, поверхневого дихання у 14 хворих. Часто спостерігали відставання правої половини грудної клітки при диханні, зменшення екскурсії легень.

При загально-клінічному обстеженні серцево-судинної системи виявлялись різноманітні порушення. Серед обстежених у 10-ти хворих була встановлена кардіалгія. Кардіалгію охарактеризували у двох варіантах:

поєднану з аритмією і ангінозноподібну зі змінами на ЕКГ, які характерні для ішемічної хвороби серця. При першому варіанті кардіалгія носила колочий або ниючий характер в поєднанні з серцебиттям, транзиторною екстрасистолією. Перш за все при цій формі спостерігалися поодинокі суправентрикулярні екстрасистоли. Раніше ці хворі відчували тупий біль в епігастрії. У 3-х хворих больові відчуття в ділянці серця з'являлись в різні терміни між рецидивами захворювання. У 2-х хворих віком 35–45 років були виявлені ниючі болі в серці, які виникали між рецидивами виразкової хвороби і у 2-х жінок кардіалгія поєднувалась з ознаками клімаксу. Значне підвищення больового синдрому в серці після 50 років у 6 хворих було обумовлено наявністю супровідної серцево-судинної патології, а саме: ішемічної хвороби серця, гіпертонічної хвороби.

Показники концентрації загального білірубину плазми крові у 31 хворого коливались від 4,5 до 19,5 мкмоль/л ($6,21 \pm 1,6$) мкмоль/л. Концентрація глюкози плазми крові у хворих була ($6,74 \pm 0,2$) ммоль/л, а загального холестерину серед обстежених коливалася від 1,8 до 8,6 ммоль/л ($5,9 \pm 0,2$) ммоль/л, сечовини ($6,7 \pm 1,2$) ммоль/л. Серед електролітів у обстежених рівень K^+ становив ($3,9 \pm 0,1$) ммоль/л, Na^+ – ($142,3 \pm 0,6$) ммоль/л, а рівень Ca^{++} був ($2,4 \pm 0,1$) ммоль/л.

З обстежених хворих за даними ФГДС виразкові дефекти слизової були різних розмірів, які коливались від 0,5 до 2,5 см ($0,7 \pm 1,3$) см, здебільшого округлої форми. У 2-х хворих виявили дзеркальні виразки цибулини дванадцятипалої кишки. У 5-ти хворих за даними УЗД був встановлений збільшений жовчний міхур з ознаками хронічного холециститу, у 2-х випадках печінка була збільшеною, де її розмір по середньо-ключичній лінії становив відповідно 15 і 16 см. При огляді стандартної ЕКГ у хворих були виявлені ті чи інші зміни в 11 випадках.

Варто зауважити, що серед обстежених 32-х хворих у 27-ми був супровідний хронічний гастрит, у 21-го – гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, у 25-ти – хронічний дуоденіт, у 16-ти – ерозії слизової верхнього травного каналу. Також виявились різні захворювання інших внутрішніх органів і систем. Так, у 5-ти хворих був встановлений хронічний безкам'яний холецистит; у 2-х – хронічний гепатит; у 11-ти – ішемічна хвороба серця, гіпертонічна хвороба, аритмія; у 4-х хворих був хронічний бронхіт; 1 хворий страждав на цукровий діабет; у 4-х була варикозна хвороба вен нижніх

Серед тематичних хворих за даними ФГДС у 25-ти осіб була встановлена виразкова хвороба дванадцятипалої кишки, у 7-ми – виразкова хвороба шлунка. Крім того, у хворих виявились ерозії шлунка, цибулини дванадцятипалої кишки, хронічний гастродуоденіт, дуодено-гастральний рефлюкс, гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба. Переважно виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки асоціювалась з бактерією *Helicobacter pylori*.

Для лікування хворих нами було розроблено спосіб реабілітаційно-етапного лікування при виразковій хворобі шлунка і дванадцятипалої кишки. Основними принципами реабілітації були рання діагностика, адекватна кинезітерапія, диференційований підхід до призначення відновлювальної терапії з акцентом на не медикаментозні засоби лікування, етапність лікування, суворі спадкоємність на етапах реабілітації.

Етапна схема реабілітації застосовувалася хворим з в'яло (торпідно) протікаючою виразковою хворобою шлунка або дванадцятипалої кишки з частими рецидивами; хворих з виразкою, що мляво рубцюється; при виразковій хворобі шлунка або дванадцятипалої кишки за наявності в анамнезі перфорації або кровотечі; виразкові хвороби, що поєднуються з іншими захворюваннями органів травлення; поєднаній формі виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки.

У випадку тільки медикаментозного лікування виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки (основне лікування, медична реабілітація), засоби і методи фізичної реабілітації застосовувалися починаючи з 6–7 доби стаціонарного етапу лікування, продовжували їх на амбулаторно-поліклінічному етапі (відновне лікування). У випадку хірургічного втручання (ушивання перфоративної виразки) відновне лікування застосовували починаючи з раннього післяопераційного періоду (на 1–2 добу після операції), продовжуючи його на амбулаторно-поліклінічному етапі.

Основними принципами фізичної терапії були диференційований вибір адекватних процедур, поступове підвищення дозування, інтенсивності та тривалості впливу фізичних факторів. Для виконання поставлених завдань були розроблені індивідуальні програми фізичної реабілітації з використанням найбільш ефективних методик, які загально визнані у світі. Особливістю індивідуальної методики реабілітації є те, що вона є гармонійним складником цілого комплексу реабілітаційних заходів, які мають взаємодоповнюючий та підсилюючий відновний ефект. Усі вони використовувались у певному порядку і послідовності.

Кожному хворому за індивідуальною методикою створювався напрям реабілітації. При цьому методи і засоби фізичної реабілітації добиралися залежно від розладів життєво важливих функцій організму, об'єму, обсягу і характеру патологічного процесу (діаметру і глибини виразки), протіканням хвороби (відсутністю або наявністю ускладнень).

На етапах реабілітації перевагу віддавали індивідуальним комплексам ЛФК в поєднанні з масажем, фізіотерапією, лікувальним харчуванням, питтям мінеральних вод. ЛФК складало постійну і провідну ланку комплексної реабілітації. Основним засобом дії були фізичні вправи, застосування яких в більшій мірі визначало кінцевий результат відновного лікування. Режими рухової активності призначалися з урахуванням особливостей клінічного перебігу хвороби та етапу відновного лікування.

При загостренні виразкової хвороби призначався постільний режим з використанням статичних і динамічних дихальних вправ у поєднанні з гімнастикою для кінцівок. Вони були особливо ефективні при вираженій емоційній лабільності, за наявності «подразненого» шлунка. При великій калькозній виразці, дотримувалися необхідної особливої обережності у виборі засобів і методів фізичної терапії. Інтенсивність фізичного навантаження збільшували виважено і поступово.

В період нестійкої ремісії, поряд з динамічними вправами застосовували ізометричні вправи для м'язів живота, оскільки вони забезпечують поліпшення трофіки і підвищення обмінних процесів в органах черевної порожнини. Дозування статичних вправ залежало від ступеня і тривалості ізометричної напруги м'язів, які змінювалися залежно від етапу відновного лікування виразкової хвороби. Мінімальна тривалість ізометричної напруги для м'язів кінцівок (при зникненні больового синдрому) і м'язів черевного преса 2–4 с, з поступовим збільшенням до 6–9 с. За сприятливої реакції з урахуванням індивідуальних можливостей час збільшували до 10–15 с, але не більше. При виконанні вправ з ізометричним напругою м'язів зверталася увага на ритмічне дихання без його затримки.

В процесі дослідження було виявлено, що найбільш характерними вправами ЛФК для хворих виразковою хворобою шлунка і дванадцятипалої кишки є: дихальні вправи статичного і динамічного характеру, елементарні вправи для кінцівок і тулуба, ізометричні для м'язів черевного преса, тазового дна, вправи на розслаблення.

У міру рубцювання виразки застосовувалися вправи, що активно залучають у роботу м'язи живота, дихальні вправи з поступово зростаючою амплітудою до повної глибини дихання. При цьому акцент робився на розвиток діафрагмального дихання. Темп виконання вправ був повільним. Початкове положення лежачи на спині, боці, колінно-кисткове, колінно-лікткове, поступовий перехід у вихідне положення стоячи, сидячи. На поліклінічному етапі допускалося застосування вправ з великим навантаженням для м'язів черевного преса, статичних і динамічних вправ повної глибини. Темп виконання був повільним і середнім. Вихідне положення будь-яке. На всіх етапах не застосовувалися силові вправи, які супроводжуються напругою та струсом тіла, при яких можливі удари в живіт.

Додатковими заходами, що підсилювали ефективність вибраного способу ЛФК були теренкур та працетерапія. Лікувальна дія фізичних вправ посилювалася при поєднанні з різними видами лікувального масажу. Особливо ефективний вплив мав масаж рефлексогенної зони спини, грудної клітки, області шийних симпатичних вузлів, а також масаж живота.

Ефективність реабілітаційних заходів багато в чому залежала від цілеспрямованого застосування поряд з ЛФК дієтотерапії, різних взаємодоповнюючих засобів і методик фізіотерапії з урахуванням стадії

захворювання та етапу відновного лікування (електрофорез, УВЧ, ультразвук, КВЧ-терапія, мінеральні води).

За результатами лікування було встановлено, що вони були позитивними як у основної, так і контрольної груп. Однак, в основній групі покращення стану здоров'я, самопочуття і даних ФГДС після 14 денного курсу відновного лікування було значно ефективніше і одужання наставало швидше. Хворі після виписки почувалися краще, майже повністю зникали болісні відчуття та диспепсичні явища.

Після виписки зі стаціонару хворі продовжували дотримуватися відновного лікування, дієтерапії, рекомендацій лікаря та реабілітолога.

Застосування засобів фізичної реабілітації дозволило також підвищити загальний тонус організму та покращити настрій хворих; поліпшити діяльність серцево-судинної і дихальної системи; попередити рецидиви захворювання.

В процесі дослідження було визначено на скільки лікування за допомогою методів фізичної реабілітації ефективніше ніж звичайне традиційне лікування виразки шлунку і дванадцятипалої кишки. Для цього ми скористалися такими формулами:

$$BVI = KDI/KD \times 100 \% \quad (1)$$

де *BVI* – відсоток кількості ліжко-днів, проведених у стаціонарі хворими основної групи;

KDI – кількість ліжко-днів, проведених у стаціонарі хворими основної групи;

KD – загальна кількість ліжко-днів двох груп (основної і контрольної).

При цьому, був отриманий такий результат: $BVI = 126/294 \times 100\% = 43 \%$;

$$BVII = KDII/KD \times 100 \% \quad (2)$$

де *BVII* – відсоток кількості ліжко-днів, проведених у стаціонарі хворими контрольної групи;

KDII – кількість ліжко-днів проведених у стаціонарі хворими контрольної групи;

KD – загальна кількість ліжко-днів двох груп.

При цьому, отримали такий результат: $BVII = 168/294 \times 100\% = 57 \%$.

Отже, основна група хворих була 43 % ліжко-днів у стаціонарі, а контрольна – 57 %, що на 14 % менше. Таким чином, застосування методів і засобів фізичної реабілітації на 14 % покращує і пришвидшує процес видужання пацієнтів з виразковою хворобою шлунку і дванадцятипалої кишки на стаціонарному етапі відновного лікування, що, в свою чергу, зменшує кількість днів їх тимчасової непрацездатності.

Узагальнюючи результати проведеного дослідження можна зробити висновок, що застосування в адекватному дозуванні відповідно до клінічного стану хворих і етапу відновного лікування різних засобів і форм лікувальної гімнастики в поєднанні з іншими фізичними факторами сприяє поліпшенню перебігу виразкової хвороби, зменшенню днів тимчасової непрацездатності та профілактиці подальшого прогресування захворювання. Об'єктивні критерії оцінки результатів фізичної реабілітації засвідчили покращання загального стану хворих та зменшення кількості ліжко-днів їх стаціонарного етапу лікування на 14 %.

1. Козырева О. В. Лечебная физкультура при заболеваниях органов пищеварения / О. В. Козырева. – М., 1993. – 342 с. **2.** Лечебная физическая культура / под ред. проф. С. Н. Попова. – М. : «Академия», 2004. – 410 с. **3.** Мурза В. П. Фізична реабілітація / В. П. Мурза. – К. : «Орлан», 2004. – 599 с. **4.** Мухін В. М. Фізична реабілітація / В. М. Мухін. – К. : «Олімпійська література», 2005. – 473 с. **5.** Пархотик И. И. Физическая реабилитация при заболеваниях органов брюшной полости / И. И. Пархотик. – К. : «Олимпийская литература», 2003. – 223 с. **6.** Sinaki V. Basic Clinical Rehabilitation Medicine / V. Sinaki // Toronto Philadelphia : D. C. Decker, INS, 1987. – 228 p. **7.** Порада А. М. Медико-соціально-реабілітація і медичний контроль / А. М. Порада, О. В. Порада – К.: «Медицина», 2011. – 295 с. **8.** Учебник инструктора по лечебной физической культуре / Под общей ред. В. П. Правосудова. – М. : «Физкультура и спорт», 1980. – 415 с. **9.** Физическая реабилитация / под ред. С. Н. Попова. – Ростов : «Феникс», 2005. – 608 с. **10.** Панфилов Б. К. Сердечные факторы риска в хирургии холецистита / Б. К. Панфилов, Д. Л. Долгов, В. И. Малярчук. – М., 1998. – 267 с.