

ЕФЕКТИВНІСТЬ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ

Т.В. Бондар¹, І.М. Григус², К.Прусік³

¹Міжнародний економіко–гуманітарний університет ім. акад. С. Дем’янчука,
tkusik@yandex.ru

²Національний університет водного господарства та природокористування,
grigus.igor@yandex.ua

³Академія виховання фізичного і спорту в Гданську, prusik@hot.pl

Вступ. Захворювання органів травлення займають значне місце в патології внутрішніх органів і мають тенденцію до зростання. В Україні зареєстровано близько 5 млн. людей, хворих на виразкову хворобу шлунка та дванадцятипалої кишки, яка вражає людей у найбільш працездатному віці – від 20 до 50 років, і є не тільки медичною, але й соціальною проблемою [1,2]. Лікування даного захворювання потребує грамотної інтерпретації сучасних методів діагностики і необхідності використання останніх досягнень в галузі відновного лікування [3,4,5].

Враховуючи це, постає нагальною потреба реалізації усіх заходів для послідовного вивчення інноваційних підходів, які гарантували б упровадження найбільш ефективних методів відновного лікування, а особливо фізичної реабілітації хворих на виразкову хворобу шлунка та дванадцятипалої кишки.

Методи та організація дослідження. Для вирішення поставлених у роботі завдань ми використовували наступні методи: аналіз та узагальнення даних науково–методичної та спеціальної літератури, педагогічне спостереження, медико–біологічні методи дослідження, методи математичної статистики. Обстежено 50 хворих на виразкову хворобу, які лікувалися стаціонарно в гастроентерологічному відділенні Рівненської обласної клінічної лікарні. Спостереження за даною групою проводилось спільно з лікарями відділення, вирішуючи проблеми реабілітації таких хворих.

Результати дослідження та їх обговорення. Оскільки захворювання органів травлення є однією із частих причин втрати працездатності та інвалідності хворих, в останній час велику увагу приділяють стаціонарному етапу лікування таких хворих і при цьому суттєве значення має надаватися фізичній реабілітації на всіх етапах лікування.

Нами було сформовано контрольну та основну групи чоловіків 30–60 років з виразковою хворобою шлунка та дванадцятипалої кишки середньої важкості. Тривалість захворювання в обстежених хворих коливалась від 1 до 16 років. З метою порівняння клінічної ефективності відновного лікування всі обстежені хворі були розподілені на дві рівноцінні групи, одна з яких (контрольна група – 25 хворих) отримувала відповідне медикаментозне лікування із застосуванням традиційної програми фізичної реабілітації, та

інша (основна група – 25 хворих), де на фоні відповідного медикаментозного лікування застосовували запропоновану програму фізичної реабілітації. Лікування проводилося в умовах стаціонару та відповідної дієти. Обидві групи була ідентичними за складом, розподілом діагнозів, клінічним перебігом і морфофункціональними змінами шлунка та дванадцятипалої кишки.

Хворі, які поступають останнім часом на стаціонарне лікування в результаті загострення виразкової хвороби, мають більш глибокі зміни як травної, так і інших систем організму. Це вимагає перегляду методик застосування лікувальної фізичної культури, масажу та фізіотерапевтичних процедур при захворюваннях травної системи. При складанні індивідуальних програм фізичної реабілітації для хворих основної групи навантаження в комплексах лікувальної фізичної культури ґрунтувалося не тільки на нозології і стадії захворювання, а в основному виходячи з оцінки функціонального стану хворого, рівня його рухових можливостей, фізичного здоров'я та якості життя. Тільки за умови ретельного спеціального контролю за кардіореспіраторною та травною системою хворого може здійснюватися коригування навантажень при проведенні ЛФК.

Курс відновного лікування проводився відповідно з клінічною картиною перебігу хвороби за наступними періодами: ранній стаціонарний (2–3 дні), середній стаціонарний (3–4 дні: з 3–4 по 6–7 день госпіталізації), тренувально-відновлювальний (8–10 днів: з 8 дня до виписки зі стаціонару).

У хворих основної групи з виразковою хворобою шлунка при використанні у комплексному лікуванні запропонованої програми фізичної реабілітації на фоні напівліжкового режиму та дієти, суб'єктивні (больовий та диспепсичний синдроми) та об'єктивні (болючість та резистентність м'язів передньої черевної стінки при пальпації та перкусії) клінічні прояви зникали на $5,0 \pm 0,2$ доби ($p < 0,05$). Ознаки гастриту (гіперемія, набряк, легка ранимість) зникли у $81,8 \pm 0,1$ %; частота ерадикації слизової оболонки від Нр встановлена у 90,9 % пацієнтів. При застосуванні запропонованої композиції у хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки суб'єктивні (больовий синдром, який характеризувався ритмічністю виникнення болю, пізній, голодний і нічний біль та диспепсичний синдром) та об'єктивні клінічні прояви (болючість при пальпації та перкусії в пілородуоденальній зоні) зникали на $4,2 \pm 0,1$ доби. Ознаки дуоденіту (ерозії, вогнища гіперемії, набряк, бульбіт) зникли у $78,5 \pm 0,1$ %; частота ерадикації Нр зі слизової оболонки встановлена у 92,8 % обстежених.

У хворих контрольної групи з виразковою хворобою шлунка при використанні у комплексному лікуванні традиційної програми фізичної реабілітації на фоні напівліжкового режиму та дієти, суб'єктивні та об'єктивні клінічні прояви захворювання зникали на $7,2 \pm 0,3$ доби. Ознаки гастриту зникли у $72,7 \pm 0,1$ %; частота ерадикації Нр зі слизової оболонки становила 90,9 %. У хворих контрольної групи з виразковою хворобою дванадцятипалої кишки при таких же умовах суб'єктивні та об'єктивні клінічні прояви захворювання зникли на $6,2 \pm 0,3$ доби. Ознаки дуоденіту зникли у $71,4 \pm 0,1$ % пацієнтів; частота ерадикації Нр зі слизової оболонки склала 85,7 %.

За результатами ерадикації курсове лікування з використанням запропонованої програми фізичної реабілітації при виразковій хворобі шлунка не поступається такому ж лікуванню з включенням традиційної програми, проте при виразковій хворобі дванадцятипалої кишки рівень ерадикації на 7,1 % вищий.

Дно виразки очищалося, зникав наліт, зменшувався набряк і гіперемія країв, запальний вал. Під час ЕГДС на 7–10 день виникали свіжі грануляції, дно ставало пологішим, одночасно наступала і красава епітелізація. Епітелізація йшла не тільки з країв виразки, але й шляхом виникнення острівців епітелізації з дна виразки із швидко з'єднуючими перетинками, «ніша» загоювалася з утворенням малопомітного рубця.

Ендоскопічне спостереження, доповнене гістологічними дослідженнями, дозволило зробити висновок, що стимулюючий вплив запропонованої програми фізичної реабілітації обумовлений зменшенням інтенсивності запальної реакції, прискоренням росту і розвитку грануляційної тканини з наступним прискоренням епітелізації виразкового дефекту.

Показники шлункової секреції у хворих основної групи на виразкову хворобу шлунка при госпіталізації були наступними: шлункова секреція – $76,8 \pm 1,3$ мл; дебіт вільної HCl – $1,2 \pm 0,1$ ммоль/л, дебіт HCl – $2,4 \pm 0,6$ ммоль/л, а при виписці зі стаціонару: шлункова секреція – $45,7 \pm 1,3$ мл; дебіт вільної HCl – $0,6 \pm 0,1$ ммоль/л, дебіт HCl – $1,2 \pm 0,1$ ммоль/л ($p < 0,01$). У хворих контрольної групи на виразкову хворобу шлунка при госпіталізації показники шлункової секреції були такими: шлункова секреція – $76,4 \pm 1,3$ мл; дебіт вільної HCl – $1,2 \pm 0,2$ ммоль/л, дебіт HCl – $2,5 \pm 0,4$ ммоль/л, а при виписці зі стаціонару: шлункова секреція – $76,3 \pm 1,3$ мл; дебіт вільної HCl – $1,2 \pm 0,1$ ммоль/л, дебіт HCl – $2,5 \pm 0,3$ ммоль/л ($p < 0,01$).

У хворих основної групи на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки при госпіталізації шлункова секреція складала $38,4 \pm 6,3$ мл; дебіт вільної HCl – $2,9 \pm 0,3$ ммоль/л, дебіт HCl – $5,0 \pm 0,4$ ммоль/л, а при виписці зі стаціонару: шлункова секреція – $23,4 \pm 5,4$ мл; дебіт вільної HCl – $2,0 \pm 0,3$ ммоль/л, дебіт HCl – $4,0 \pm 0,3$ ммоль/л ($p < 0,01$). У хворих контрольної групи на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки при госпіталізації показники шлункової секреції були такими: шлункова секреція – $38,0 \pm 6,1$ мл; дебіт вільної HCl – $2,8 \pm 0,4$ ммоль/л, дебіт HCl – $4,4 \pm 0,4$ ммоль/л, а при виписці зі стаціонару: шлункова секреція – $27,3 \pm 5,6$ мл; дебіт вільної HCl – $2,8 \pm 0,3$ ммоль/л, дебіт HCl – $4,3 \pm 0,4$ ммоль/л ($p < 0,05$).

Наприкінці дослідження, у результаті проведених реабілітаційних заходів, у 92,0% хворих основної групи і відповідно у 72,0% хворих контрольної групи покращилось самопочуття, зникли явища дискомфорту, швидка втомлюваність, загальна слабкість, нормалізувався стілець.

Висновки. Для підвищення якості і ефективності відновлювального лікування хворих на виразкову хворобу шлунка та дванадцятипалої кишки необхідне диференційоване та індивідуалізоване призначення фізичної реабілітації. Застосування розробленої програми фізичної реабілітації осіб на виразкову хворобу дозволяє суттєво зменшити клінічні прояви рецидивів хвороби та призводить до прискореного зникнення клінічних проявів захворювання та рубцювання виразкового дефекту.

Література

1. Аспекты диагностики и лечения Н. pylori ассоциированных заболеваний: практический опыт восточного и западного регионов Украины / А.Е. Дорофеев [и др.] // *Сучасна гастроентерологія*. – 2012. – № 6(68). – С. 22–26.
2. Гастроентерологічна допомога населенню України: основні показники здоров'я та ресурсне забезпечення у 2011 році / Ю.М. Степанов, І.Ю. Сकिда // *Гастроентерологія*. – 2013. – № 1. – С. 8–11.
3. Свінцицький, А.С. Діагностика та лікування поширених захворювань органів травлення / А.С. Свінцицький. – К.: ТОВ «ДЕГ ЛТД», 2004. – 240 с.
4. Ткач, С.М. Современные подходы к лечению язвенной болезни [Текст] / С.М. Ткач, А.П. Николаева // *Острые и неотложные состояния в практике врача*. – 2008. – № 2/1. – С. 5–7.
5. Grygus, I. Uzasadnienie poszpitalnej rehabilitacji chorych na wrzodową chorobę żołądka i dwunastnicy / I. Grygus, T. Bondar // *Journal of Health Sciences*, 2013; 3(16):239–244.