

# Клініко-фізіологічне обґрунтування застосування лікувальної фізичної культури в реабілітації хворих на виразкову хворобу шлунка та дванадцятипалої кишки

Бондар Т. В.

*Міжнародний економіко-гуманітарний університет імені академіка Степана Дем'ячука***Анотація:**

Висвітлені дані про вплив фізичних вправ при реабілітації хворих. Наведено методичні рекомендації, структура занять, основні вправи. Рекомендовано застосовувати гантелі вагою до 2-4 кг, набивні м'ячі вагою не більше 2-3 кг, вправи на спортивних снарядах. Поступово в заняття включаються і ускладнюються вправи на увагу. Поступово зростає (приблизно до 40-50%) і інтенсивність виконання вправ на опір. Для боротьби з дискінезією товстого кишечника частішає зміна вихідних положень, виключаються різкі рухи.

**Бондар Т.В. Клинико-физиологическое обоснование применения лечебной физической культуры в реабилитации больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.** Представлены данные о влиянии физических упражнений при реабилитации больных. Приведены методические рекомендации, структура занятий, основные упражнения. Рекомендовано применять гантели весом до 2-4 кг, набивные мячи весом не больше 2-3 кг, упражнения на спортивных снарядах. Постепенно в занятие включаются и усложняются упражнения на внимание. Постепенно возрастает (приблизительно до 40-50%) и интенсивность выполнения упражнений на сопротивление. Для борьбы с дискинезией толстого кишечника учащаются изменения исходных положений, исключаются резкие движения.

**Bondar T.V. Clinical-physiological ground of application of medical physical culture in the rehabilitation of patients ulcerous illness of stomach and duodenum.** The data on influence of physical exercises are submitted at an aftertreatment of patients. Methodical references, frame of employment, the basic exercises are resulted. It is recommended to apply dumbbells in weight up to 2-4 kg, stuffed balls in weight not more than 2-3 kg, exercises on sports shells. Gradually in employment are included and complicated exercises on attention. Gradually grows (approximately up to 40-50 %) an intensity of performance of exercises by resistance. For struggle against a dyskinesia of a thick intestine change of starting positions becomes frequent, sharp movements are excluded.

**Ключові слова:**

*фізична реабілітація, виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки, фізичні вправи.*

*физическая реабилитация, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, физические упражнения.*

*physical rehabilitation, gastric ulcer and duodenal ulcer, physical exercises.*

**Вступ.**

Виразкова хвороба – хронічне захворювання, основним морфологічним проявом якого є рецидивуюча виразка шлунка або дванадцятипалої кишки, як правило, виникаюча на фоні гастриту, викликаного інфекцією *Helicobacter pylori*. Важливо підкреслити, що медицина завжди розділяла виразкову хворобу і симптоматичні виразки слизової оболонки шлунка і дванадцятипалої кишки. Такі виразки можуть виникати при ендокринній патології, при стресах, гострих або хронічних порушеннях кровообігу, алергії, при прийомі нестероїдних протизапальних засобів. В англійській літературі часто вживається термін “пептична виразка” для позначення власне виразкової хвороби, і симптоматичної виразки слизової оболонки шлунку і дванадцятипалої кишки [3, 9].

Діагностика загострення захворювання не викликає утруднень, оскільки в більшості випадків симптоматика типова. При локалізації виразки в дванадцятипалій кишці характерні пізні (через 1-1/2 години після їжі), нічні, “голодні” болі в епігастральній області або правому підребер'ї, які проходять після прийому їжі, антацидних лікувальних засобів (ранітидина, омепразола). Можливе виникнення блювання кислим вмістом шлунку; після блювоти пацієнти відчують полегшення (деякі з них самостійно викликають блювоту для зменшення болю). Переважні також наступні прояви хвороби – нудота, печія, відрижка. Але зустрічаються випадки з нетиповими симптомами: відсутність характерного больового синдрому, відсутність сезонних загострень. Проте ці прояви не виключають даного діагнозу. Складно виявити і правильно розпізнати так звані “німі” загострення захворювання, а, за даними деяких авторів, безсимптомні рецидиви

зустрічаються майже у 50% пацієнтів з виразковою хворобою шлунка і дванадцятипалої кишки, підтвердженою при інструментальному обстеженні [8].

Робота виконана згідно теми: «Ефективність фізичної реабілітації осіб різного віку при порушенні функціонування систем організму» (номер державної реєстрації 0109U003032).

**Мета, завдання роботи, матеріал і методи.**

*Мета роботи* – визначити фізіологічні основи для застосування лікувальної фізичної культури при даній хворобі, деякі методичні рекомендації, а також приблизну структуру занять і основні вправи.

*Методи дослідження* – аналіз сучасної науково-методичної літератури.

**Результати дослідження.**

Виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки є розповсюдженим захворюванням, яким страждають в основному особи молодого та середнього віку. Досить часто в цьому віці виникають важкі ускладнення, які потребують оперативного втручання [3].

Імпульси від рецепторів внутрішніх органів надходять у центральну нервову систему, сигналізуючи про інтенсивність функціонування та стан органів і систем. При захворюванні відбувається порушення рефлекторної регуляції, виникають патологічні домінанти і патологічні рефлекси [6].

Важливо відзначити, що можливі різні серйозні ускладнення виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки: кровотеча, перфорація, пенетрація, малігнізація, стеноз, часті рецидиви [6, 7]. Ризик злоякісної трансформації при цьому захворюванні невеликий. При першому виявленні виразки в шлунку принципове значення має ретельна морфологічна верифікація діагнозу для виключення первинно-виразкової форми раку шлунку [8].

Пацієнтів з виразковою хворобою шлунка і дванадцятипалої кишки як при загостренні захворювання, так і в період ремісії лікують комплексно: призначають медикаменти, дієтотерапію, пиття мінеральної води, засоби фізичної реабілітації [7].

Реабілітація хворих на виразкову хворобу шлунка і дванадцятипалої кишки – одна з важливих медико-соціальних проблем гастроентерології. Ці хвороби перебігають довго, мають негативний вплив не тільки на морфофункціональний стан гастродуоденальної системи та інших органів, але і практично на багато сторін життя хворого: побутові, соціальні, психоемоційні. Із урахуванням клініко-ендоскопічних, морфологічних особливостей хвороби, основні задачі медичної реабілітації зводяться для досягнення стійкої і тривалої фази ремісії, ліквідації хронічного запального процесу в гастродуоденальній зоні, попередження загострень, відновлення або покращання морфо-функціонального стану шлунка, дванадцятипалої кишки, фізичної працездатності і психологічного стану пацієнта, і на кінець – до досягнення в низці випадків повного одужання [1, 3, 7].

Хвороба пригнічує і дезорганізує рухову активність – неодмінна умова нормального формування і функціонування будь-якого живого організму. Тому лікувальна фізична культура (ЛФК) є дуже важливим елементом відновлювального лікування хворих із виразковими процесами [1, 2].

Вже відомо, що виконання дозованих фізичних вправ супроводжується позитивними зрушеннями у функціональному стані регуляторних центрів і підвищенням рівня основних життєвих процесів, викликає позитивні емоції (психогенний і умовно-рефлекторний впливи). Особливо це необхідно при виразковій хворобі, коли нервово-психічний стан пацієнтів знижений. Слід відзначити ефективність впливу фізичних навантажень на нервову регуляцію травного апарату [6].

При регулярному виконанні фізичних вправ, як і в процесі фізичного тренування, поступово зростають енергетичні запаси, збільшується утворення буферних з'єднань, відбувається збагачення організму ферментними сполуками, вітамінами, іонами калію і кальцію. Це призводить до активізації окислювально-відновлювальних процесів і до підвищення стійкості кислотно-лужної рівноваги, що в свою чергу сприятливо позначається на рубцюванні виразкового дефекту (вплив на трофічні і регенеративні потенції тканин шлунково-кишкового тракту) [2, 5].

Вплив фізичних вправ визначається їх інтенсивністю і часом застосування. Невеликі та помірні м'язові напруги стимулюють основні функції шлунково-кишкового тракту, тоді як інтенсивні – пригнічують. Відзначається сприятливий вплив ЛФК на органи кровообігу і дихання, що також розширює функціональні можливості організму і підвищує його реактивність.

Залежно від клінічної спрямованості захворювання та функціональних можливостей хворого застосовуються різні форми та засоби. Так як звичайно застосовують за можливості загальнорозвиваючий оздоровчий комплекс вправ.

Завдання лікувальної фізичної культури при виразковій хворобі шлунка та дванадцятипалої кишки: нормалізація тону центральної нервової системи; поліпшення психоемоційного стану; активізація кровообігу та лімфообігу; обмінних та трофічних процесів у шлунку, дванадцятипалій кишці; стимуляція регенеративних процесів і прискорення загоєння виразки; зменшення спазму м'язів шлунка; нормалізація секреторної і моторної функції шлунка та кишечника; попередження застійних явищ та спайкових процесів у черевній порожнині.

Лікувальну фізичну культуру призначають після стихання гострих проявів захворювання. Принцип індивідуалізації при застосуванні лікувальної фізичної культури при даному захворюванні обов'язковий.

Протипоказана лікувальна фізична культура при значних болях, багаторазовому блюванні, постійній нудоті, кровотечі.

Загальнотонізуючий режим вправ призначають після зникнення болів і явищ загострення, при відсутності скарг на основні ознаки та зникнення небезпечних проявів захворювання, при загальному поліпшенні стану. Строки призначення – через 20-26 днів.

Завдання – відновлення адаптації хворого до навантажень розширеного режиму, зростаюча стимуляція обмінних процесів, вплив на врегулювання процесів збудження і гальмування в корі головного мозку, вплив на нормалізацію вегетативних функцій, боротьба з застійними явищами в черевній порожнині, сприяння регенеративним процесам у шлунково-кишковому тракті.

Зміст режиму – при відносному щадінні області живота проводять вправи з невеликою силою і витривалістю. Поступово розширюється амплітуда рухів у великих суглобах і поглиблюється дихання до максимально можливого в кожному випадку. Для боротьби з дискінезією товстого кишечника частішає зміна вихідних положень, виключаються різкі рухи.

Характеристика застосовуваних фізичних вправ: із вихідних положень лежачи, на боці, поступово розширюють рухи до повної амплітуди для великих суглобів у повільному і середньому темпі; включають вправи для всіх м'язів черевного пресу, що виконуються в повільному темпі з обмеженням амплітуди і з виключенням різких рухів. Поступово зростає (приблизно до 40-50%) і інтенсивність виконання вправ на опір для м'язів плечового поясу і міжреберних м'язів з метою рефлекторного впливу на органи травлення. Можна застосовувати гантелі вагою до 2-4 кг, набивні м'ячі вагою не більше 2-3 кг, вправи на спортивних снарядах. Для боротьби з застійними явищами хороший ефект має діафрагмальне дихання з різних вихідних положень, яке доводиться до великої глибини, що чергується з грудним та повним диханням; допомагає також більш часта зміна вихідних положень, вправ, ігор та навантажень. Поступово в заняття включаються і ускладнюються вправи на увагу. Щільність занять при цьому залишається не вищою за середню.

Ходьба поступово доводиться до 4-5 км на день. При загальному доброму самопочутті та відсутності

болю дозволяється гра з м'ячем (волейбол) з урахуванням індивідуальних реакцій, тривалістю не більше 25-35 хвилин. Включення до режиму різного виду ігор сприяє підтримці інтересу і підвищує продукцію позитивних емоцій при загальному фізичному навантаженні.

У процесі всього курсу слід вказувати пацієнтам на позитивні зрушення, досягнуті в його розвитку і фізичному стані, що порушення з боку шлунка незначні і їх легко виправити (психологічний вплив) [4, 5].

ЛФК ефективна тільки за умови тривалого, систематичного проведення занять з поступовим збільшенням навантаження. При цьому повинно враховуватися стан, реакція, особливості клінічного перебігу, супутні захворювання і фізична підготовленість пацієнта. Це повинен знати і реабілітолог і пацієнт для досягнення належних результатів. Звичайно, курс лікування не може прийматися як стандарт – кожний реабілітолог вносить свої поправки і доповнення і створює свою, не схожу на всі інші курси, специфічну тактику і методику вправ. Важливо й інше: займаючись фізичними вправами, хворий сам бере активну участь у лікувально-оздоровчому процесі, а це благотворно впливає на його психоемоційну сферу. Заняття ЛФК переходять в загальні заняття фізкультурою, стають потребою людини і після одужання.

#### **Висновки.**

Виразкова хвороба – хронічне захворювання, основним морфологічним проявом якого є рецидивуюча виразка шлунку або дванадцятипалої кишки. Хворі на виразкову хворобу, які систематично використовують засоби та форми лікувальної фізичної культури у поєднанні з медикаментозним лікуванням, мають значно кращі показники здоров'я, на відміну від хворих, які не займалися лікувальною фізичною культурою.

Застосування лікувальної фізичної культури при виразковій хворобі шлунка і дванадцятипалої кишки являється ефективним методом фізичної реабілітації хворих.

*Перспективні напрями подальшого* вивчення ефективності фізичної реабілітації хворих на виразкову хворобу вбачаємо в індивідуалізації комплексів ЛФК, починаючи зі стаціонарного етапу.

#### Література:

1. Афанасьєв С. В. Інвалідність і реабілітація хворих з ускладненнями хірургічного лікування захворювань органів травлення / С. В. Афанасьєв. – Д. : Пороги, 2005. – 183 с.
2. Внутрішні хвороби / [Сабадишин Р. О., Баніт В. М., Григус І. М. і ін.] / Під ред. д.мед.н., проф. Сабадишина Р. О. – Рівне : ВАТ «Рівненська друкарня», 2004. – 544 с.
3. Григус І. М. Лікування та медикаментозна реабілітація осіб із хворобами оперованого шлунка / І. М. Григус // Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології : зб. наук. праць. – Київ; Луганськ; Харків. – 2000. – Вип. 5 (31). – С. 285-290.
4. Драгомирецька Н. В. Рання курортна реабілітація та відновлювальне лікування в гастроентерології : монографія / Н. В. Драгомирецька. – О. : ОРІДУ НАДУ, 2007. – 176 с.
5. Дудченко М. О. Патогенетичне комплексне лікування виразкової хвороби шлунка та реабілітація післяопераційних хворих (Клініко-лабораторне дослідження) : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.03 «Хірургія» / М. О. Дудченко. – Х., 1998. – 16 с.
6. Москаленко В. В. Виразкова хвороба шлунка різної локалізації: особливості клінічного перебігу та лікування : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.02 «Внутрішні хвороби» / В. В. Москаленко. – К., 2002. – 20 с.
7. Мухін В. М. Фізична реабілітація / В. М. Мухін. – К.: Олімпійська література, 2000. – 423 с.
8. Койко М. А. Виразкова хвороба шлунка як передрак. Хірургічні аспекти : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.03 «Хірургія» / М. А. Койко. – Донецьк, 2002. – 18 с.
9. Яицкий Н. А. Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. – М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 376 с.

Надійшла до редакції 14.08.2010р.  
Бондарь Татьяна Викторовна  
grigus.igor@yandex.ua