

УДК 615.825:616.366-002

ЗАСТОСУВАННЯ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ

Ігор ГРИГУС, Ірина ПРОШАК

Міжнародний економіко-гуманітарний університет імені академіка Степана Дем'янчука

Аноація. У статті налізуються особливості застосування фізичної реабілітації у хворих на хронічний холецистит у лікарняний період. Основу запропонованої програми становить кінезотерапія й регламентовані дихальні вправи. Застосування розробленої програми фізичної реабілітації на фоні медикаментозного лікування дозволило поліпшити настрій і самопочуття жінок основної групи, у них зникли більшість проявів диспепсичного синдрому, істотно зменшилася вираженість больового синдрому, поліпшилися дані лабораторних обстежень.

Ключові слова: хронічний холецистит, фізична реабілітація, кінезотерапія, дихальні вправи.

Постановка проблеми. Останніми роками спостерігається значне зростання й поширення захворювань печінки, жовчного міхура і жовчних шляхів у населення України. Це пов'язано з гіпокінезією людини, алкоголізмом, вживанням жирної і гострої їжі, впливом токсичних чинників.

Захворювання системи органів травлення належать до найпоширеніших як в нашій країні, так і в цілому світі. На сьогодні в індустриально розвинених країнах на хронічний холецистит хворіють від 10 до 50% дорослого населення і його частота має тенденцію до зростання. Щорічно в Україні госпіталізують близько мільйона хворих на хронічний холецистит, а загальна кількість ліжко-днів у стаціонарі становить понад 15 мільйонів, що свідчить про подальше збільшення захворюваності на цю патологію [2, 5, 8].

Хронічний холецистит знижує працездатність людини, викликає зміни в інших органах травної системи хворого і в деяких випадках стає причиною оперативних втручань. Найчастіше такі оперативні втручання проводять в порядку швидку невідкладну допомогу, що дуже ускладнює перебіг післяопераційного періоду в цих хворих.

Дослідження виконано відповідно до НДР «Ефективність фізичної реабілітації осіб різного віку при порушенні функціонування систем організму», номер державної реєстрації 0109U003032.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Кількість хворих, які страждають на холецистит з рік у рік неспинно зростає і на сьогодні досягає більше ніж 40% серед усіх захворювань шлунково-кишкового тракту. Щорічно в світі виконується близько 2,5 млн оперативних втручань на жовчному міхурі та жовчовивідних шляхах. Післяопераційна летальність у середньому становить 6 – 9%, а в осіб віком понад 50 років вона досягає 18 – 24% [6, 8].

За останні десятиріччя в Україні суттєво зросла захворюваність на хронічну патологію печінки та жовчовивідних шляхів, у тому числі на хронічний некалькульозний холецистит, особливо серед осіб молодого, найбільш працездатного віку. За даними статистичного огляду захворюваності населення України за період від 2002 до 2009 рр., поширеність хронічного холециститу зросла у 2,1 разу; захворюваність на хронічний холецистит населення Сумської області збільшилася в 3,2 разу, Запорізької – у 2,3 разу, Черкаської – у 2,2 разу [6, 7, 8].

Встановлено, що в таких умовах хронічний холецистит нерідко має тривалий перебіг, з частими загостреннями та недостатньою ефективністю загальноприйнятого лікування, не розроблені також раціональні способи лікування та медичної реабілітації хворих на хронічний холецистит [2, 4, 5].

При аналізі перспектив оптимізації відновного лікування та медичної реабілітації хворих на хронічний холецистит, нашу увагу привернула можливість використання для цього фізичної реабілітації.

Мета роботи – розробити ефективну методику фізичної реабілітації хворих на хронічний холецистит.

Результати дослідження та їх обговорення. Проблема відновного лікування хворих на хронічний холецистит обумовлена відсутністю загальноприйнятої і добре аргументованої точки зору на літогенез і, як наслідок, – на патогенетичну терапію [1, 2].

Сучасна система реабілітації при хронічних захворюваннях органів гепатобіліарної системи реалізується через формування здорового способу життя і відповідної рухової активності. Систематичні заняття різними видами і формами лікувальної фізичної культури дають можливість впливати як на функціональний стан всього організму, підвищуючи загальну працездатність і неспецифічний імунітет, так і на патологічний осередок, поліпшуючи його активність.

Дослідження проводилося на базі гастроентерологічного відділення Рівненської центральної міської лікарні. Під нашим наглядом знаходилося 42 жінки першого і другого зрілого віку з хронічним холециститом, які були довільно розподілені на дві групи: основну (22 жінки) та контрольну (20 жінок).

Діагноз хронічного холециститу був встановлений за даними анамнезу, клінічної картини захворювання та результатами фізикального обстеження пацієнтів, було проведено ультразвукове та рентгенологічне обстеження органів черевної порожнини для уточнення тяжкості захворювання і показань для госпіталізації та проведені необхідні лабораторні обстеження.

На підставі аналізу отриманих результатів обстеження всіх пацієнтів при поступленні ми розробили план реабілітаційного втручання за програмою фізичної реабілітації для пацієнтів основної групи, враховуючи індивідуальні потреби. З хворими основної групи, поряд з медикаментозним лікуванням, ми проводили (за їх згодою) фізичну реабілітацію. Розроблена нами програма в основній групі складалася з процедур кінезотерапії в сполученні з регламентованими дихальними вправами [3], вісцерального масажу і аутогенного тренування. Методика застосовувалася з урахуванням віку хворих, фізичної підготовленості жінок і типу супутньої дискінезії жовчовивідної системи. В контрольній групі ЛФК проводилася за загальноприйнятою методикою.

На початку проведення фізичної реабілітації ми ознайомили хворих із завданнями лікувальної фізичної культури при хронічному холециститі, які нам потрібно вирішити:

1. Поліпшення обміну речовин, оздоровлення і зміцнення організму.
2. Зменшення застійних явищ у печінці та жовчному міхурі.
3. Зняття спазматичних явищ у жовчному міхурі та протоках.
4. Збільшення рухливості діафрагми – головного регулятора внутрішньочеревного тиску.
5. Поліпшення кровообігу в печінці та інших органах черевної порожнини.
6. Сприяння відтоку жовчі в жовчному міхурі.
7. Зміцнення черевного преса для утримання органів черевної порожнини в нормальному положенні, а також врегулювання роботи шлунка і кишечника.
8. Поповнення дефіциту м'язової активності (головного стимулятора функції внутрішніх органів), викликаного хворобою.

Відповідно всі хворі були також ознайомлені з тим, що заняття лікувальною фізичною культурою показані у період госпіталізацій за відсутності частих нападів та загострення. При цьому не є протипоказанням: наявність субфебрильної температури тіла; наявність болючості при пальпації в ділянці жовчного міхура, невелике збільшення печінки, також легкі хворобливі відчуття в ділянці печінки; незначна жовтяниця іноді виникає у хворих на ангіо-холециститом унаслідок затримки відтоку жовчі з жовчного міхура, тому що вправи для м'язів черевного преса і дихальні вправи сприяють поліпшенню жовчовиділення та швидкої ліквідації жовтяниці.

ЛФК повністю протипоказана лише в гострий період хвороби при високій температурі тіла, ШОЕ і сильних болях.

Комплекс вправ складався з урахуванням стадії захворювання, індивідуальних особливостей хворого, принципів використання фізичних вправ із лікувальною метою. Вправи спеціального характеру виконувалися у поєднанні з вправами для загального розвитку, дихаль-

ними з різних вихідних положень. Ми наголошували нашим пацієнтам, що позитивний ефект від лікувальної фізичної культури досягається при систематичних і регулярних заняттях упродовж тривалого часу під контролем лікаря й фізичного реабілітолога. Комплекси ЛФК застосовувалися в певній послідовності. Навантаження підсилювалося в міру збільшення тренованості.

Ми відзначили, що найкращий ефект лікувальної фізичної культури при хворобах печінки, зокрема для відтоку жовчі, поза сумнівом, досягається у вихідному положенні лежачи, при цьому з 4-х можливих положень кожне має свої особливості (лежачи на спині, животі, на правому боці, на лівому боці).

Розташування біліарної системи в черевній порожнині визначає найкраще вихідне положення лежачи на лівому боці. При цьому забезпечується вільне переміщення жовчі в жовчному міхурі до його шийки по протоці міхура. Водночас це положення різко обмежує застосування різноманітних вправ, необхідних для поліпшення діяльності інших функцій організму. Початкове положення лежачи на спині дозволяє значно розширити коло вправ для черевного преса, кінцівок і діафрагмального дихання. Однак ефективність використання вправ у цьому вихідному положенні для відтоку жовчі трохи нижча, ніж у першому варіанті. Початкове положення лежачи на животі забезпечує підвищення тиску черевної порожнини. За рахунок утворення так званого пресорного тиску на жовчний міхур виникає додатковий вплив, що сприяє його спорожненню. Початкове положення лежачи на правому боці несприятливе для відтоку жовчі, оскільки її надходження в шийку жовчного міхура ускладнюється. Однак у цьому положенні рекомендується застосовувати вправи для діафрагмального дихання. У цьому вихідному положенні значно поліпшується екскурсія правого купола діафрагми, що веде до збільшення кровообігу в печінці. У вихідному положенні стоячи створюється можливість застосування широкого комплексу гімнастичних вправ. Це положення менш сприятливе для відтоку жовчі, зате розширює можливість рухових, дихальних та ігрових вправ. Останнє особливо важливо при роботі з дітьми.

У комплексі були в певній послідовності гімнастичні вправи з різних вихідних положень, що впливають на різні системи людського організму. При цьому особлива увага була приділена вправам специфічного характеру, необхідним саме для цього захворювання. У питанні дозування не було яких-небудь загальних рекомендацій. Воно проводилося в кожному конкретному випадку індивідуально. Застосовувалися вправи для м'язів тулуба, в положенні стоячи, сидячи, верхи на лаві, а також лежачи, з поступовим збільшенням амплітуди рухів і навантаження на черевний прес (пресорна дія на жовчний міхур). Застосовуючи вправи для черевного преса, уникали статичної напруги. Звертали увагу на розвиток діафрагмального дихання. Для цього дихальні вправи застосовували в положенні лежачи на спині, при зігнутих ногах (для розслаблення м'язів живота). Посилення впливів діафрагми на кровообіг у печінці досягалося дихальними вправами в положенні лежачи на правому боці. Регулярне застосування фізичних вправ має не тільки лікувальне, а й важливе профілактичне значення. Також ми проводили масаж живота. Тривалість реабілітації становив 21 день.

Проведене анкетне опитування показало, що жінки основної і контрольної груп при первинному обстеженні на більшість запитань відповіли майже однаково. Перед виписуванням зі стаціонару (18–20 день) жінкам основної та контрольної груп, хворим на хронічний холецистит, знову було запропоновано відповісти на запитання нашої анкети, щоб з'ясувати, як змінилося ставлення жінок до кінезотерапії і регламентованих дихальних вправ в основній групі. Застосування кінезотерапії в основній групі значно поліпшило настрій і самопочуття хворих на заняттях.

Ефективність фізичної реабілітації, що проводилася, оцінювалася за динамікою клінічних симптомів, виражених у бальній системі [3], даними лабораторного дослідження крові і дуоденального вмісту.

При первинному обстеженні хворих діапазон балів перебував у межах від 0 до 3 і відображав міру вираженості больового, диспепсичного та інших симптомів. Бальна система дозволяє прослідкувати динаміку процесу та оцінити ефективність реабілітаційних заходів в ін-

тегральних показниках, особливо у стадії ремісії захворювання через малої вираженості їх проявів. Бальна оцінка передбачала такі характеристики, виявлені методом суб'єктивного дослідження: 0 балів – симптомокомплекс відсутній; 1 бал – симптоми виражені трохи; 2 бали – симптоми виражені помірно; 3 бали – симптоми виражені різко. Щоб підрахувати бали, ділили суму балів на число хворих. Для кожної групи розраховувався інтегральний показник (ІП) на початку і наприкінці лікування, а за динамікою цих показників – міра поліпшення клінічної картини хвороби. Коефіцієнт клінічної ефективності розраховувався шляхом ділення ІП на початку лікування на ІП групи наприкінці лікування. Розрахунок коефіцієнта клінічної ефективності дає можливість об'єктивно оцінити результативність реабілітаційної терапії, що проводиться.

Спостереження за хворими основної і контрольної групи в процесі лікування дозволило виявити різну динаміку клінічних проявів. В основній групі до кінця курсу реабілітації зникли більшість проявів диспепсичного синдрому, істотно зменшилася вираженість больового синдрому. Інтегральний показник у цій групі після закінчення лікування становив 0,08, а ефективність лікування – 92,8%. У контрольній групі динаміка клінічних симптомів до кінця реабілітації була менш виражена, ефективність лікування становила 48%.

Дослідження дуоденального вмісту показало позитивну динаміку (при застосуванні фізичної реабілітації на тлі дієтотерапії) запально-мезенхімальних показників: кількість лейкоцитів зменшилася на 30,0%, білірубінату натрію – на 28,6%, тоді як в контрольній групі аналогічні показники зменшилися на 10,0% і 8,0% відповідно. У крові хворих основної групи встановлено зниження підвищеної активності лужної фосфатази, АСАТ і АЛАТ. Отримані дані свідчать про регрес холестатичного синдрому і стабілізації мембранодеструктивних процесів у гепатоцитах. Динаміка ліпідних порушень, виявлених у хворих основної групи спостереження, характеризувалася зниженням загального холестерину на 6,36%, тригліцеридів – на 18,2%, збільшенням вмісту холестерину, ліпопротеїдів високої щільності – на 15,7%. У контрольній групі хворих динаміка аналогічних показників була неістотна.

Застосування фізичної реабілітації надавало загальнотонізуючу дію на нервово-психічну сферу хворого й обмін речовин, при цьому відбуваються оздоровлення і зміцнення всього організму, поліпшення кровообігу в черевній порожнині, тренування повного дихання, зменшення застійних явищ у жовчних протоках, збільшення рухливості діафрагми (основного регулювальника внутрішньочеревного тиску), зміцнення м'язів черевного преса, поліпшення відтоку жовчі в дванадцятипалу кишку.

Висновок. Застосування кінезотерапії, регламентованих дихальних вправ і масажу в основній групі на фоні медикаментозного лікування дозволило поліпшити настрій і самопочуття жінок основної групи, у них зникли більшість проявів диспепсичного синдрому, істотно зменшилася вираженість больового синдрому та інтегральний показник клінічних проявів, поліпшилися дані лабораторних обстежень.

Перспективи подальших досліджень. Вважаємо доцільним вивчення ефективності застосування засобів фізичної реабілітації в післялікарняному періоді.

Список літератури

1. Анкетування як метод оперативного контролю стану та подальшого поліпшення медичної допомоги хворим з патологією шлунка та дванадцятипалої кишки в умовах поліклініки / Л. В. Демешкіна, І. Ю. Скирда, Л. М. Петречук, Н. Г. Гравіровська // Охорона здоров'я України. – 2008. – № 1. – С. 72–74.
2. Барановский А. Ю. Реабилитация гастроэнтерологических больных в работе терапевта и семейного врача / А. Ю. Барановский. – СПб.: Фолиант, 2001. – 416 с.
3. Бісмак О. В. Диференційне застосування регламентованих дихальних вправ при хронічному безкам'яному холециститі / О. В. Бісмак // Молода спортивна наука України : зб. наук. пр. з галузі фіз. культури та спорту. – Л., 2002. – Вип. 6. – Т.2. – С. 268–270.
4. Епифанов В. А. Лечебная физическая культура : учебное пособие / В. А. Епифанов. – М. : ГЭОТАРМЕД, 2002. – 560 с.

5. Медична реабілітація хворих на хронічний некалькульозний холецистит із зон радіо-активного забруднення внаслідок аварії на ЧАЕС / І. Р. Мисула, О. М. Лавріненко, В. І. Мартинюк та ін. // Вісн. наук. досліджень. – 2008. – № 4. – С. 39.

6. Соцька Я. А. Клініко-патогенетичні особливості, лікування та медична реабілітація хворих на хронічний некалькульозний холецистит, поєднаний з хронічним вірусним гепатитом С мінімального ступеня активності на тлі вторинних імунодефіцитних станів : дис... доктора мед. наук : 14.01.02 / Соцька Яна Анатоліївна. – Луганськ, 2009. – 377 с.

7. Щегольков А. М. Актуальные проблемы медицинской реабилитации / А. М. Щегольков, А. А. Анучкин // Воен.-мед. журнал. – 2008. – Т. 329, № 12. – С. 73–74.

8. Щербиніна М. Б. Епідеміологічний аналіз поширеності та захворюваності на жовчнокам'яну хворобу в Україні / М. Б. Щербиніна, М. І. Бабець // Охорона здоров'я України. – 2008. – № 1. – С. 67–71.

ПРИМЕНЕНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Игорь ГРИГУС, Ирина ПРОШАК

*Международный экономико-гуманитарный университет
имени академика Степана Демьянчука*

Аннотация. В статье рассматриваются особенности применения физической реабилитации у больных хроническим холециститом в больничный период. Основу предложенной программы включала кинезотерапия и регламентированные дыхательные упражнения. Применение разработанной программы физической реабилитации на фоне медикаментозного лечения позволило улучшить настроение и самочувствие женщин основной группы, у них исчезло большинство проявлений диспепсического синдрома, существенно уменьшилась выраженность болевого синдрома, улучшились данные лабораторных обследований.

Ключевые слова: хронический холецистит, физическая реабилитация, кинезотерапия, дыхательные упражнения.

USE OF PHYSICAL REHABILITATION IN PATIENTS WITH CHRONIC CHOLECYSTITIS

Igor HRYHUS, Irina PROSHAK

*International University of Economics and Humanities
named after Academician Stepan Demyanchuka*

Annotation. In the article the features of application of physical rehabilitation are examined for patients with a chronic cholecystitis in a hospital period. Basis of the offered program was included by a kinesitherapy and respiratory exercises are regulated. Application of the worked out program of physical rehabilitation on a background medicinal treatment allowed to improve mood and feel of women of basic group, most displays of dyspepsia syndrome disappeared for them, the expressed of pain syndrome diminished substantially, data of laboratory inspections became better.

Key words: chronic cholecystitis, physical rehabilitation, kinesitherapy, respiratory exercises.