

PHYSICAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH CHRONIC CHOLECYSTITIS

Oleg KIRGACH, Maria SUBIL'

Lviv state institute of physical culture

Abstract. Chronic cholecystitis one of the frequent pathologies in gastroenterology. Traditional ways of curing have been described in this work as well as modern trends in curing and prophylaxis of this pathology have been analysed.

This work deals with development and implementation of means of remedial gymnastics and massage of chronic cholecystitis. Successful combination of means of physical rehabilitation as well as taking into account functional abilities of patients stipulates the effectivity of it.

Key words: Chronic cholecystitis, physical rehabilitation, massage, liver indicators.

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПРИ КОНСЕРВАТИВНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ПОШКОДЖЕННЯМ РОТАТОРНОЇ МАНЖЕТИ ПЛЕЧА

Андрій КІФА

Національний університет фізичного виховання і спорту України

Постановка проблеми. Патологія плечового суглоба різноманітна. Існує велика група захворювань і наслідків травм для якої характерні такі загальні симптоми, як біль і обмеження амплітуди рухів. Але більшість вітчизняних і закордонних авторів вважає, що найчастіше серед структур плечового суглоба пошкоджується (більш ніж 70% всіх захворювань) ротаторна манжета плеча (РМП). [3, 7, 9] Основне місце у відновному лікуванні хворих із захворюваннями частковими пошкодженнями РМП належить фізичній реабілітації, яка проводиться на фоні загальноприйнятого медикаментозного лікування.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Ротаторна манжета плеча утворена чотирма короткими м'язами – надостним (зверху), підостним (ззаду), малим круглим (ззаду) і підлопатковим (спереду), які відходять від лопатки і прикріплюються до анатомічної шийки плечової кістки. Сухожилки перших трьох прикріплюються до великого бугорка плечової кістки, а останнього – до малого.

Основна біомеханічна роль РМП – це притискання голівки плечової кістки до суглобової западини в початковій фазі відведення верхньої кінцівки у плечовому суглобі.

Відповідно концепції С. S. Neer (1972) у основі більшості пошкоджень РМП лежить „імпічмент синдром”, тобто „синдром зіткнення”. Цей синдром відображає процес стискання і пошкодження сухожилок РМП між голівкою плеча і ригідним корако-акроміальним склепінням.

Інші автори [3, 8] виділяють дві групи механізмів виникнення уражень РМП умовно розподіляючи їх на зовнішні – це макротравми і мікротравми та внутрішні –

гіповаскуляризація, дегенерація періартикулярних тканин, а також анатомічні особливості будови акроміона.

Як вважає С. S. Neer (1972), пошкодження РМП від зіткнення розвивається у три стадії, починаючи з набряку та крововиливу, прогресуючи через фіброз і тендиноз до розриву ротаторної манжети, сухожилок двоголового м'яза плеча і змін у кістках. Стадії захворювань РМП не мають чітких меж.

У більшості випадків лікування пошкоджень РМП проводиться консервативно [4, 8]. Лікувальна фізична культура широко використовується на всіх етапах консервативного лікування при пошкодженнях РМП. Клініко-фізіологічним і педагогічним обґрунтуванням застосування фізичних вправ та інших засобів фізичної реабілітації у таких хворих є можливість з їх допомогою вирішувати основні медичні та педагогічні завдання лікування на основі зіставлення патологічних процесів в організмі хворого і характеру впливу на ці процеси вибраних засобів. [4, 6]

Велика кількість наукових праць обґрунтовують широке застосування фізичних вправ при різній патології опорно-рухового апарату. Відмічено, що фізичні вправи у першу чергу приводять до активізації м'язових скорочень і у зв'язку з цим посилюється артеріальний кровообіг у м'язах. На основі посилення обміну речовин змінюється хімізм м'язового скорочення і краще протікають ферментативні і енергетичні процеси у м'язах, що в цілому покращує їх енергетичні можливості [4]

Як вважає А. Ф. Каптелін (1986) та ряд інших авторів [4, 6] регулярні заняття фізичними вправами сприяють збільшенню об'єму м'яза за рахунок товщини м'язових волокон, мають певний вплив на м'язовий тонус і на можливість розвитку м'язами тривалого статичного напруження яке чергується з розслабленням. Таким чином, під впливом регулярних і дозованих фізичних вправ м'язи укріплюються, зберігається їх еластичність і рухомість зв'язково-капсульного апарату, що в свою чергу сприяє профілактиці тугорухомості суглобів і м'язовій атрофії [4]. При даній патології ряд авторів [4, 6] рекомендують застосовувати пасивно-активну, активну, активно-пасивну, симетричну гімнастику, тренажерну гімнастику, лікувальну гімнастику в теплій воді. М.А. Хабіров, Р. А. Хабіров(1994) і ряд інших авторів [4, 5] відводять особливе місце в кінезотерапії з пошкодженнями РМП постізометричній релаксації (ПІР) м'язів РМП та абдукторів плечового суглобу.

У відновлювальному лікуванні травм і захворювань опорно-рухового апарату, в тому числі і ураженнях РМП, масаж є неодмінним компонентом реабілітаційного процесу, що стимулює регенерацію тканин, попереджає розвиток атрофій, контрактур, сприяє швидкому відновленню функцій [1, 2]. Ряд авторів [1, 4] при даній патології рекомендують виконувати масаж м'язів шиї та верхнього плечового поясу. Окрім лікувального масажу є дані про успішне застосування контрастного масажу [1, 2].

Із фізіотерапевтичних процедур найбільш широке застосування при лікуванні консервативно-дистрофічних захворювань пов'язаних з обмеженням обсягу руху становлять теплові процедури [4, 5]

За даними ряду авторів [3, 5], застосування магнітотерапії, діадинамотерапії, лазеротерапії, сприяє подоланню запального процесу, зниженню в'язкості крові і, відповідно, нормалізація біомеханіки у плечовому суглобі.

А.Н. Белова, О. Н. Щепетова(1999), И. Ф. Самосюк, та інші [5] відмічали ефективність лазеротерапії в знеболюванні лазером інфрачервоного діапазону в області плечового суглоба у трьох взаємоперпендикулярних площинах у точках 15 II, 16II, 10VI.

Таким чином, у наукових повідомленнях про методи відновного лікування ушкоджень РМП описані підходи до розробки і використанню у лікувальній практиці прийомів фізичної реабілітації. Але ці дані малочисельні, неповні, іноді протилежні, тому потребують подальшої розробки.

Мета роботи. Розробити комплексну програму фізичної реабілітації хворих ушкодженням РМП і визначити її ефективність.

Методи та організація досліджень. У роботі були застосовані методи досліджень: теоретичний аналіз і узагальнення спеціальної вітчизняної і зарубіжної наукової літератури, анкетування та аналіз його результатів, клінічні, антропометричні

Дослідження були проведені на базі науково-дослідного інституту травматології і ортопедії АМН України (м. Київ) разом зі спеціалістами 9-ї клініки реконструктивної хірургії кисті та відділенням реабілітації і функціональної діагностики.

Досліджено у динаміці 32 пацієнта основної і 32 пацієнта контрольної груп ушкодженням РМП у віці від 40-50 років. Причиною ушкодження пацієнтів РМП: 20(62,5%) була побутова травма, у 8(25%)виробнича, у 4(12,5%)інші травми основній групі, і відповідно 21(65,6%), 9(28,1%), 2(6,3%) у контрольній групі.

Основними скаргами хворих були біль та обмеження руху у плечовому суглобі.

Розроблений нами комплекс фізичної реабілітації проводився за трьома періодами і включав лікувальну фізичну культуру, масаж, методи фізіотерапії, рефлексотерапію, ароматерапію.

У першому періоді фізичної реабілітації із засобів ЛФК застосовували статичні і динамічні дихальні вправи, загальнорозвиваючі вправи для здорових кінцівок тулуба, а також спеціальні вправи для пошкодженої верхньої кінцівки – активні для ліктьового і променево-зап'ясткового суглобів, пасивні (з допомогою методиста чи допомогою здорової руки) рухи – згинання, розгинання, відведення, приведення зовнішню і внутрішню ротації в ураженому плечовому суглобі, вправи на розслаблення м'язів верхньої кінцівки. З другого-п'ятого дня, в залежності від загального стану хворого, призначали блокову механотерапію та "маятникові" рухи у різних напрямках. В міру покращення стану хворого включали вправи з невеликим обтяження (1-3 кг).

При вираженому больовому синдромі хворому дозволяли виконувати тільки пасивні рухи в ушкодженому суглобі, вільні рухи у сагітальній та фронтальній площині (у межах 20–30°) та активні рухи для ліктьового і променево-зап'ясткового суглобів.

У даному періоді фізичної реабілітації застосовували сегментарно-рефлекторний масаж, а також прийоми класичного масажу м'язів шиї та плечового поясу. При проведенні сеансу масажу з метою зниження больового синдрому використовували композицію ароматичного масла м'яти і ялиці з оливковою олією.

Проводили рефлексотерапію гольчастими аплікаторами з двох металів (мідь і оцинковане залізо) на комірцеву зону.

Застосовували також діадинамотерапію плечового суглоба впродовж 6-8 днів, магнітотерапію плечового суглоба протягом 15–20 днів, ультразвукову терапію плечового суглоба чи фонофорез гідрокортизона 12–15 процедур через день.

Основне завдання другого періоду – відновлення амплітуди активних рухів у плечовому суглобі, функції м'язів РМП і дельтоподібного м'яза.

Укріплення м'язів РМП досягали використовуючи активну, активно-пасивну, ізометричну гімнастику, вправи з опором, з обтяженням, яке поступово збільшувалось з одного до п'яти кілограм. Рухи, які виконувались у першому періоді

для пошкодженого суглоба пасивно, у другому періоді виконувались активно, спочатку з допомогою здорової руки і спеціальних пристосувань, а потім переходили до ізотонічного відведення у плечовому суглобі до 45° і утримання кінцівки у такому положенні. У кінці цього періоду хворі виконували активні рухи у плечовому суглобі з помірним обтяженням.

Активне укріплення надостного м'яза проводили при відведенні до 80-90° прямої прорвованої руки з вихідного положення максимального приведення. Спочатку рухи виконували тільки з подоланням ваги самої кінцівки, в подальшому для обтяження використовували вагу від 1 до 5 кг.

У другому періоді виконували класичний масаж плечового суглоба, м'язів плечового поясу та шиї. В процедурі застосовували всі прийоми масажу, але основним прийомом було розминання.

Проводили постізометричну релаксацію (ПІР) м'язів ротаторної манжети плеча та шиї.

Застосовували і фізіотерапевтичні процедури на область суглоба: парафіно-ваксеритові аплікації, новокаїн – електрофорез, магнітотерапію, МРТ (мікрохвильова терапія), ДДТ (діадінамотерапія).

Основне завдання третього періоду ЛФК – відновлення сили м'язів плечового поясу і верхніх кінцівок до рівня індивідуальних потреб пацієнта, пов'язаних з особливостями його трудової діяльності. Застосовували лікувальну гімнастику, а також пристрої і тренажери, які сприяли нормалізації сили м'язів і функції плечового суглоба у повній мірі. Після закінчення третього періоду пацієнти поступово приступали до попередньої трудової діяльності.

Результати дослідження та їх обговорення. Відомо, що основними завданнями реабілітаційного процесу хворих з пошкодженням РМП є ліквідація болювого синдрому збільшення обсягу активних рухів у плечовому суглобі. У зв'язку з чим для визначення ефективності лікування з включенням розробленої комплексної фізичної реабілітації вивчалися характер і динаміка скарг хворих основної та контрольної груп, а також зміна обсягу рухів у плечовому суглобі пошкодженої кінцівки обох груп.

Дані досліджень представлені в таблицях 1 і 2.

Таблиця 1

Характер і динаміка основних скарг хворих з пошкодженням РМП

Характер скарги	Вихідні показники				Кінцеві показники			
	Основна група (n-32)		Контрольна група (n-32)		Основна група (n-32)		Контрольна група (n-32)	
	Кількість хворих	%	Кількість хворих	%	Кількість хворих	%	Кількість хворих	%
Наявність болю	30	93,8	30	93,8	3	9,4	8	25
Нічний біль	31	96,9	31	96,9	3	9,4	9	28,1
Біль при русі	32	100	32	100	6	18,8	14	43,8
Біль при відведенні руки	32	100	32	100	1	3,1	5	15,6

Аналіз динаміки основних скарг хворих з пошкодженням РМП показав, що кількість хворих яких турбував біль у стані спокою після проведеного курсу реабілітації зменшився на 84,4%, нічний біль – на 87,5%, біль при русі на 81,2%, біль при відведенні руки на 96,9% у основній групі і відповідно на 68,8%, 68,8%, 68,8% та 84,4% у контрольній групі.

Таблиця 2.

Динаміка обсягу рухів у плечовому суглобі хворих з пошкодженням РМП

Види руху	Вихідні показники				Кінцеві показники			
	Основна група(n-32)		Контрольна група(n-32)		Основна група(n-32)		Контрольна група(n-32)	
	Кут °	%	Кут °	%	Кут °	%	Кут °	%
Відведення	21,5±1,1	12	20,2±1,0	11,2	139,5±7,0	77,5	121,3±6,1	67,4
Згинання	33,6±1,7	19	31,3±1,6	17,4	158,6±7,9	88	130,4±6,5	72,4

Рівень значущості (p < 0,05)

Як видно з даних, наведених у таблиці 2, обсяг активного відведення у пошкодженому плечовому суглобі збільшився на 65,5%, а активного згинання на 69% у основній групі. У контрольній групі відповідно значення збільшення обсягу руху склали: відведення на 56,2%, згинання на 55%.

Таким чином на основі аналізу проведених досліджень виявлено більш високу ефективність відновного лікування при використанні розробленої нами програми фізичної реабілітації хворих у основній групі, у порівнянні з показниками ефективності лікування таких хворих у контрольній групі, фізична реабілітація яких проводилась за загальноприйнятною програмою.

Висновок

Розроблена нами комплексна програма фізичної реабілітації хворих з пошкодженням РМП, яка включала лікувальну гімнастику, різні види масажу, ароматерапію, ряд фізіотерапевтичних процедур, ППР, ППР, рефлексотерапію є ефективною і може бути рекомендована до застосування у комплексному відновному лікуванні даного контингенту хворих.

Література

1. Бирюков А.А. *Лечебный массаж. Учебное пособие.* – К.: Олимпийская литература, 1995.- 200 с.
2. Васичкин В.И. *Справочник по массажу.* Л. Медицина. – 1991.
3. Прудников О.Е. *Повреждения вращательной манжеты плеча, сочетанные с поражениями плечевого сплетения.*// Автореферат на соискание ученой степени доктора мед. наук Санкт-Петербург, 1985.
4. *Руководство по реабилитации больных с двигательными нарушениями: В 2-х т. / Под.ред. А.Н. Беловой, О.Н. Щенетовой.* – М.: АОЗТ "Антидор", 1998 – Том 1. - 224 с. – Т. 2 – 648с.
5. Сосин И.Н., Ланцман Ю.В. *Физиотерапия в хирургии травматологии и нейрохирургии.* Ташкент: Медицина, 1994.– 182с.
6. Юмашев Г.С., Ренкер К. *Основы реабилитации.* – М. Медицина, 1973.
7. Codman A. E.: *The shoulder. Rupture of supraspinatus tendon and lessions in about the subacromial bursa.* – Boston, 1934.
8. McLaughlin H.L. *Common shoulder injuries*// *Am J Surg.* – 1947. - №74. – P. 282
9. Neer C.S. *Anterior acromioplasty for chronic impingement syndrome in the shoulder* / *J Bone Joint Surg Am.* – 1972. -№54. – P. 41-50.

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ
ПРИ КОНСЕРВАТИВНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ
З ПОШКОДЖЕННЯМ РОТАТОРНОЇ МАНЖЕТИ ПЛЕЧА

Андрій КІФА

Національний університет фізичного виховання і спорту України

Анотація: У роботі відображені результати застосування програми комплексної фізичної реабілітації при консервативному лікуванні хворих з ураженнями ротаторної манжети плеча.

Ключові слова: фізична реабілітація, ротаторна манжета плеча.

ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ
ПРИ КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ
С ПОРАЖЕНИЯМИ ВРАЩАТЕЛЬНОЙ МАНЖЕТЫ

Андрей КИФА

Национальный университет физического воспитания и спорта Украины

Аннотация: В работе представлены результаты применения комплексных реабилитационных мероприятий при консервативном лечении больных с поражениями вращательной манжеты плеча.

Ключевые слова: физическая реабилитация, вращательная манжета плеча.

PHYSICAL REHABILITATION DURING CONSERVATIVE TREATMENT
OF PATIENTS WITH TRAUMATIZED ROTATOR CUFF OF SHOULDER

Andriy KIFA

The National University of the Physical Education and Sport of Ukraine

Abstract: In this article we are showing the results of complex physical rehabilitation program during conservative treatment of patients with traumatized rotator cuff of shoulder.

Keywords: physical rehabilitation, rotator cuff of shoulder.
