

УДК 616.366-002

Ігор Григус

Ефективність фізичної реабілітації хворих на хронічний холецистит

Міжнародний економіко-гуманітарний університет імені академіка Степана Дем'янчука (м. Рівне)

Постановка наукової проблеми та її значення. Останніми роками простежується значне зростання й поширення захворювань печінки, жовчного міхура та жовчних шляхів у населення України. Це пов'язано з гіпокінезією людини, алкоголізмом, уживанням жирної й гострої їжі, впливом токсичних чинників.

Захворювання системи органів травлення належать до найбільш поширених як у нашій країні, так і у світі загалом. На сьогодні в індустріально розвинених країнах на хронічний холецистит хворіють від 10 до 50 % дорослого населення, і його частота має тенденцію до зростання. Останнім часом 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; 4; 6].

Хронічний холецистит знижує працездатність людини, викликає зміни в інших органах травної системи хворого й у низці випадків стає причиною оперативних втручань. Найчастіше їх проводять у порядку швидкої невідкладної допомоги, що сильно ускладнює перебіг післяопераційного періоду в цих хворих.

Дослідження виконано відповідно до НДР Міжнародного економіко-гуманітарного університету імені академіка Степана Дем'янчука "Ефективність фізичної реабілітації осіб різного віку при порушенні функціонування систем організму", номер державної реєстрації 0109U003032.

Аналіз останніх досліджень і публікацій із цієї проблеми. Кількість хворих, які страждають на холецистит, із року в рік неспинно зростає й на сьогодні досягає більше 40 % серед усіх захворювань шлунково-кишкового тракту. Щорічно у 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 – 18–24 % [6; 7].

За останні десятиріччя в Україні суттєво зросла захворюваність на хронічну патологію печінки й 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 із 2002 по 2009 рр. поширеність хронічного холециститу зросла в 2,1 раза; захворюваність на хронічний холецистит населення Сумської області збільшилась у 3,2 раза, Запорізької – у 2,3 раза, Черкаської – у 2,2 раза [5; 6; 7].

Установлено, що в таких умовах хронічний холецистит нерідко має тривалий перебіг, із частими загостреннями й недостатньою ефективністю загальноприйнятого лікування, не розроблені також, виходячи з цього, раціональні способи лікування та медичної реабілітації хворих на хронічний холецистит [2; 3; 4].

Аналізуючи перспективи оптимізації відновного лікування та медичної реабілітації хворих на хронічний холецистит, ми звернули увагу на можливість використання з цією метою фізичної реабілітації.

Завдання дослідження – перевірити ефективність застосування розробленої програми фізичної реабілітації хворих на хронічний холецистит.

Виклад основного матеріалу й обґрунтування отриманих результатів дослідження. Проблема відновного лікування хворих на хронічний холецистит обумовлена відсутністю загальноприйнятої та добре аргументованої точки зору на літогенез і, як наслідок, – на патогенетичну терапію [1; 2].

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

Дослідження проводилося на базі гастроентерологічного відділення Рівненської центральної міської лікарні. Під нашим наглядом перебувало 42 жінки першого й другого зрілого віку з діагнозом “хронічний холецистит”, які методом рандомізації були розподілені на дві групи: основну (22 жінки) та контрольну (20 жінок).

Діагноз хронічного холециститу встановлено за даними анамнезу, клінічної картини захворювання та результатами фізикального обстеження пацієнтів. Проведено ультразвукове та рентгенологічне обстеження органів черевної порожнини для уточнення тяжкості захворювання й показань для гостіталізації й здійснення необхідних лабораторних обстежень.

На підставі аналізу отриманих результатів обстеження всіх пацієнтів при поступленні ми розробили план реабілітаційного втручання за програмою фізичної реабілітації для пацієнтів основної групи, урахувавши індивідуальні потреби. Із хворими основної групи, поряд із медикаментозним лікуванням, ми проводили (за їх згодою) фізичну реабілітацію. Розроблена нами методика ЛФК в основній групі складалася з процедур кінезотерапії в сполученні з регламентованими дихальними вправами, вісцерального масажу й аутогенного тренування. Методика застосовувалася з урахуванням віку хворих, фізичної підготовленості жінок і типу супутньої дискінезії жовчовивідної системи. У контрольній групі ЛФК проводилися 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 та зміцнення організму.
2. Зменшення застійних явищ у печінці й 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 з метою утримання органів черевної порожнини в нормальному положенні, а також урегулювання відправлень шлунка й кишечника.
8. Поповнення дефіциту м'язової активності (головного стимулятора функції внутрішніх органів), викликаного хворобою.

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

ЛФК повністю протипоказана лише в гострий період хвороби за високої температури тіла, ШОЕ і сильних болей.

Комплекс вправ складався з урахуванням стадії захворювання, індивідуальних особливостей хворого, принципів використання фізичних вправ із лікувальною метою. Вправи спеціального характеру виконувалися в поєднанні із загальнорозвивальними, дихальними з різних вихідних положень. Ми наголошували нашим пацієнтам, що позитивний ефект від лікувальної фізичної культури досягається за систематичних і регулярних занять протягом тривалого часу під контролем лікаря й фізичного реабілітолога. Комплекси ЛФК застосовувалися в певній послідовності. Навантаження підсилювалося в міру збільшення тренуваності.

Нами відзначено, що найкращий ефект лікувальної фізичної культури під час хвороби 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).

Розміщення 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. У той же час це положення різко обмежує застосування різноманітних вправ, необхідних для покращення діяльності інших функцій організму.

Початкове положення лежачи на спині дає змогу значно розширити коло вправ для черевного преса, кінцівок і діафрагмального дихання, однак ефективність використання вправ 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, який 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 низку вправ 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 межу рухових, дихальних та ігрових вправ. Останнє особливо важливо у роботі з дітьми.

До комплексу входили в певній послідовності гімнастичні вправи з різних вихідних положень, що впливають на різні відділи діяльності людського організму. При цьому особливу увагу приділено вправам специфічного характеру, необхідним саме для цього захворювання. У питанні дозування не було яких-небудь загальних рекомендацій. Воно проводилося в кожному конкретному випадку індивідуально. Регулярне застосування фізичних вправ має не тільки лікувальне, а й важливе профілактичне значення. Також ми проводили масаж живота та кишечника.

Застосовувалися вправи для м'язів тулуба, в положенні стоячи, сидячи, верхи на лаві, а також лежачи, із поступовим збільшення 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.

Проведене анкетне опитування показало, що жінки основної й контрольної груп під час первинного обстеження на більшість запитань відповіли майже однаково. Перед випискою зі стаціонару (18–20 день) жінкам основної та контрольної груп, хворим на хронічний холецистит, знову було запропоновано відповісти на запитання розробленої нами анкети, щоб з'ясувати, як змінилося ставлення жінок до лікувальної фізичної культури загалом, а особливо до кінезотерапії й ЛГ із регламентованими дихальними вправами в основній групі. Застосування кінезотерапії в основній групі значно покращило настрій і самопочуття хворих на заняттях ЛФК.

Ефективність фізичної реабілітації оцінювалася за динамікою клінічних симптомів, вираженою в бальній системі [1], даними лабораторного дослідження крові й дуоденального вмісту.

Під час первинного обстеження хворих діапазон балів перебував у межах від 0 до 3 і відображав міру вираженості больового, диспепсичного та інших симптомів. Бальна система дає змогу простежити динаміку процесу й дати оцінку ефективності реабілітаційних заходів в інтегральних показниках, особливо в стадії ремісії захворювання із-за 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. Підрахунок балів робився шляхом ділення суми балів на кількість хворих. Для кожної групи розраховували інтегральний показник (ІП) на початку й наприкінці лікування, а за динамікою цих показників – міру поліпшення клінічної картини хвороби. Коефіцієнт клінічної ефективності розраховували шляхом ділення ІП на початку лікування на ІП у групі наприкінці лікування. Розрахунок коефіцієнта клінічної ефективності дає можливість об'єктивно оцінити результативність реабілітаційної терапії, що проводиться.

Спостереження за хворими основної й контрольної груп у процесі лікування дало змогу виявити різну динаміку клінічних проявів. В основній групі до кінця курсу реабілітації зникли більшість проявів диспепсичного синдрому, істотно зменшилася вираженість больового синдрому. Інтегральний індекс у цій групі після закінчення лікування склав 0,08, а ефективність лікування – 92,8 %. У контрольній групі динаміка клінічних симптомів до кінця реабілітації була менш виражена, ефективність лікування склала 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 у контрольній групі аналогічні показники зменшилися на 10,0 % і 8,0 %, відповідно. У крові хворих основної групи встановлено зниження підвищеної активності лужної фосфатази, АСАТ й АЛАТ. Отримані дані свідчать про регрес холестатичного синдрому та 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 умісту холестерину, ліпопротеїдів високої щільності – на 15,7 %. У контрольній групі хворих динаміка аналогічних показників була неістотна.

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

Кінезотерапія сприяла поліпшенню лімфо- й кровообігу черевної порожнини, нормалізації тону гладкої мускулатури стінок жовчного міхура та проток, полегшувала відтік жовчі з міхура, сприяла дренажу жовчовивідних шляхів.

Висновки. Розроблена програма фізичної реабілітації хворих на хронічний холецистит у лікарняному періоді дала змогу досягти позитивної динаміки клінічних проявів, ефективності лікування в основній групі до 92,8 %. Застосування кінезотерапії й регламентованих дихальних вправ в основній групі на фоні медикаментозного лікування сприяло покращенню настрою та самопочуття жінок основної групи. У них зникли більшість проявів диспепсичного синдрому, істотно зменшилася вираженість болювого синдрому, покращилися дані лабораторних обстежень.

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

Література

1. Демешкіна Л. В. 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. Скірда, 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 / Барановский А. Ю. – СПб. : Фолиант, 2001. – 416 с.
3. Епифанов В. А. Лечебная физическая культура : учеб. пособие / Епифанов В. А. – М. : ГЭОТАРМЕД, 2002. – 560 с.
4. Медична реабілітація хворих на хронічний некалькульозний холецистит із зон радіоактивного забруднення внаслідок аварії на ЧАЕС / [І. Р. Мисула, О. М. Лаврінченко, В. І. Мартинюк та ін.] // Вісн. наук. дослідж. – 2008. – № 4. – С. 39.
5. Щегольков А. М. Актуальные проблемы медицинской реабилитации / А. М. Щегольков, А. А. Анучкин // Воен.-мед. жур. – 2008. – Т. 329. – № 12. – С. 73–74.
6. 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.
7. 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 імунodefіцитних станів : дис... д-ра мед. наук : 14.01.02 / Соцька Яна Анатоліївна. – Луганськ, 2009. – 377 с.

Анотації

У статті розглядаються особливості застосування фізичної реабілітації у хворих на хронічний холецистит у лікарняний період. Основа запропонованої програми включала кінезотерапію й регламентовані дихальні вправи. Застосування розробленої програми фізичної реабілітації на фоні медикаментозного лікування дало змогу покращити настрій і самопочуття жінок основної групи, у них зникли більшість проявів диспепсичного синдрому, істотно зменшилася вираженість болювого синдрому, покращилися дані лабораторних обстежень.

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

Игорь Григус. Эффективность физической реабилитации больных на хронический холецистит. 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.*

Ihor Hryhus. Physical Rehabilitation Effectiveness of Patients With Chronic Cholecystitis. *The peculiarities of physical rehabilitation of patients with chronic cholecystitis in the hospital period are covered in the article. The basis of the offered program includes kinesitherapy and regulated breathing exercises. The use of the developed program of physical rehabilitation along with medical treatment improved the mood and the feeling of well-being of women. The most symptoms of dyspeptic syndrome disappeared, pain significantly decreased and laboratory tests data improved.*

Key words: *chronic cholecystitis, physical rehabilitation, kinesitherapy, breathing exercises.*