DOI 10.24144/2077-6594.4.1.2022.277082
УДК 616.33-002-022.258:616.711:615.8

Філак Я.Ф., Філак Ф.Г.

Особливості реабілітації хворих на хронічний гастродуоденіт в поєднанні з ураженням хребта дегенеративно-дистрофічного та запального генезу

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

Filak Ya.F., Filak F.G.

Peculiarities of rehabilitation of patients with chronic gastroduodenitis in combination with spinal damage of degenerative-dystrophic and inflammatory genesis

Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

yaroslav.filak@uzhnu.edu.ua, felix.filak@uznhu.edu.ua

Вступ

Хронічний гастродуоденіт – досить складне захворювання, яке зумовлено дією різних факторів – ендогенних (внутрішніх) та екзогенних (зовнішніх). Через запальний процес порушуються процеси травлення, а саме вироблення шлункового соку, моторика кишківника, що позначається на перетравленні їжі в цілому. Внутрішні фактори пов'язані з підвищеним утворенням кислоти в шлунку, зниженим виробленням слизу та порушенням секреції гормонів. В більшості випадків порушуються функції жовчовивідних шляхів, печінки, підшлункової залози. До внутрішніх причин також відносять спадкову схильність, захворювання ендокринної та нервової систем, алергічні реакції, дуоденогастральний рефлюкс, що супроводжується закиданням у шлунок вмісту дванадцятипалої кишки, що сприяє пошкодженню епітелію слизової оболонки [1,3].

За даними науковців хронічним гастродуоденітом страждають близько 30% людей. При чому патологія часто зустрічається у осіб працездатного віку і, як правило, причиною цього є бактерія Helicobacter pylori. Для хронічного гастродуоденіту характерна поступова втрата клітинами регенеративних функцій. Запалення починається у шлунку і поширюється на дванадцятипалу кишку, що призводить до порушення секреторних, моторних та евакуаторних функцій пілоричного відділу шлунка та дванадцятипалої кишки, потім розвивається метаплазія [1,4].

Важкість перебігу захворювання на хронічний гастродуоденіт оцінюється за рядом факторів: тривалістю і вираженістю больового синдрому, диспепсичних проявів, змін ендоскопічної та морфологічної картини та наявністю супутніх патологій. Ускладнюючим фактором перебігу захворювання, я показують наші спостереження є дегенеративно-дистрофічні та запальні зміни хребта, що вражають периферійні відділи нервової системи і потенціюють перебіг захворювань травної системи. Дегенеративними захворюваннями хребта страждає 75-85% дорослого населення України. За даними різних авторів від 50 до 80% населення працездатного віку періодично лікуються від больових відчуттів у грудному і поперековому відділах хребта, які у 80% спостережень пов'язані з патологією міжхребцевих дисків. Синергія гастроентерологічних та неврологічних порушень зумовлює посилення різноманітних симптомів, які залежать насамперед від локалізації патологічного процесу в певному руховому сегменті хребта [2,5].

Аналіз ряду літературних джерел з даного питання виявили, що існує мало, досліджень, пов'язаних з упровадженням у комплекс санаторного лікування хворих, на хронічний гастродуоденіт, які страждають на дегенеративно-дистрофічні та запальні зміни хребта методик комплексної санаторно-курортної терапії. У наукових працях багатьох авторів доведено ефективність санаторно-курортного відновного лікування хворих на хронічний гастродуоденіт. Разом з тим недостатньо вивчені підходи до комплексної реабілітації поєднаних патологій, яка б мала позитивний вплив на відновлення функціонального стану гастродуоденальної зони та хребта. Тому впровадження найбільш ефективних методів комплексної санаторно-курортної реабілітації хворих на хронічний гастродуоденіт, які страждають на дегенеративно-дистрофічні та запальні зміни хребта є актуальним напрямом медичної науки [3,7].

Мета дослідження: науково обґрунтувати та удосконалити комплексну програму реабілітації для хворих на хронічний гастродуоденіт, які страждають на дегенеративно-дистрофічні та запальні зміни хребта в умовах санаторію.

Матеріали та методи

Дослідження проведені у 40 пацієнтів на хронічний гастродуоденіт з підвищеною секрецією, які також страждають на дегенеративно-дистрофічні та запальні зміни хребта, які перебували на санаторно-курортному лікування в санаторії «Орлине гніздо». Вік пацієнтів

становив від 40 до 50 років, з них 18 чоловіків і 22 жінки. Контрольну групу становили 20 хворих на хронічний гастродуоденіт з підвищеною секрецією, у яких також виявили дегенеративно-дистрофічні та запальні зміни хребта, які отримали стандартний курс санаторно-курортного лікування. При поступленні на відновне лікування в санаторій пацієнти були детально обстежені. Діагноз хронічний гастродуоденіт з підвищеною секреторною функцією шлунка базувався на даних клініко-лабораторних та інструментальних методів дослідження, дегенеративно-дистрофічні та запальні зміни хребта встановлювалися за результатами комп'ютерної томографії, або магнітно-резонансної томографії які проводилися за місцем проживання. Для контролю за функціональним станом пацієнтів проводили дослідження на початку і в кінці курсу реабілітації. Всім пацієнтам проводили фіброгастродуоденоскопію (ФГДС), функціональний стан шлунку вивчався інтрагастральною РН-метрією, яка проводилася за допомогою двохелектродного рН-зонда на рівні тіла і антрального відділу. Для визначення рухливості хребта проводились проби:

- проба Отта – проводиться для встановлення рухливості грудного відділу хребта у сагітальній площині – при нахилі вперед відстань між остистими відростками хребців Т1-Т12 в нормі збільшується на 4-6 см.
- проба Шобера проводиться для визначення рухливості поперекового відділу хребта у сагітальній площині – в нормі при нахилі тулуба вперед відстань між остистими відростками Т12 і L1 хребців збільшується на 6-8 см.
- проба Томайєра застосовується для оцінки загальної рухомості хребта. Визначається шляхом вимірювання в сантиметрах відстані від кінців ІІІ-х пальців витягнутих рук до підлоги при максимальному нахилі тулуба вперед. У нормі ця відстань дорівнює 0 см і збільшується при обмеженні згинання хребта.
- проба Сєдіна – дослідження рухливості хребта у сагітальній площині за допомогою сантиметрової стрічки. Вихідне положення пацієнта – стоячи. Верхній кінець сантиметрової стрічки фіксують на остистому паростку VII шийного хребця. Вимірюють відстань від вищевказаного остистого паростка до крижової кістки. Після цього пацієнт робить нахили вперед і назад з максимально можливою амплітудою. У нормі при нахилі вперед відстань збільшується на 7-8 см, а при нахилі назад зменшується на 5-6 см.

Статистична обробка матеріалів дослідження і результати експерименту проводилася за t-критерієм Стьюдента.

Результати дослідження та їх обговорення

За даними опитування 80,0% хворих скаржилися на відчуття важкості в епігастрії, який поступово посилювався при ходьбі, печію натще відзначали 60,0% пацієнтів, нудоту, закрепи відзначали відповідно 50,0%. При пальпації болючість в епігастрії та в ділянці проекції 12-палої кишки відзначали 60,0% пацієнтів, іррадіацію болів в спину – 40,0% хворих. Болі в нижньогрудному і поперековому відділах хребта відзначали 70,0% хворих. При визначенні рухливості хребта, як засвідчують проби, обмеження рухливості в попереку та напруження м'язів спини виявляли у 80,0% пацієнтів. При ендоскопічному обстеженні гастродуоденальної зони ерозивний гастродуоденіт виявлений у 30,0% пацієнтів, дуоденіт помірно виражений відповідно у 40,0% хворих. Виражений дуоденіт – у 30,0% хворих. Гастрит помірно виражений виявлений відповідно у 60,0% хворих на гастродуоденіт, виражений гастрит – відповідно 40,0% хворих. Тобто до початку відновного лікування вираженість супутнього гастриту та дуоденіту, виявлених при ФГДС мали місце у всіх хворих на хронічний гастродуоденіт з підвищеною секрецією.

За показниками рН у 70,0% хворих на хронічний гастродуоденіт з підвищеною секрецією, які також страждають на дегенеративно-дистрофічні та запальні зміни хребта відзначається гіперацидний стан в тілі і антральному відділі шлунка. Середній показник рівня рН тіла шлунка становив 2,05±0,36, антрального відділу – 2,88±0,25. Внаслідок проведених проб виявлені такі показники рухливості хребта: при нахилі тулуба вперед (проба Отта) відстань між остистими відростками хребців Т1-Т12 становила 3-4 см. (норма 4-6 см); при нахилі тулуба (проба Шобера) рухливість поперекового відділу хребта у сагітальній площині між остистими відростками Т12 і L1 хребців становив 4-5 см. (норма 6-8 см); проба Томайєра, що характеризує загальну рухливість хребта становить 8 см. У нормі ця відстань дорівнює 0 см; при проведені проби Сєдіна – амплітуда рухів хребта від VII шийного хребця до крижової кістки при нахилі тулуба вперед відстань збільшилася на 4-5 см, при нахилі дозаду – на 2-3 см. У нормі при нахилі вперед відстань збільшується на 7-8 см, а при нахилі назад зменшується на 5-6 см. Таким чином, результати проб свідчать, що у хворих на хронічний гастродуоденіт з підвищеною секрецією, які страждають на дегенеративно-дистрофічні та запальні зміни хребта відзначається обмеження амплітуди рухів та гнучкості хребта.

Комплексна програма реабілітації включала: ранкову гігієнічну гімнастику (РГГ), лікувальну гімнастику внутрішній прийом мінеральної води Поляна Квасова, лікувальний масаж, бішофітні ванни. ампліпульстерапія, плавання. Лікувальна гімнастика направлена на відновлення адаптації організму до навантажень, врегулювання процесів збудження і гальмування в ЦНС, нормалізація вегетативних функцій, зміцнення м'язів живота, покращення обмінних і регенеративних процесів, зменшенню запального процесу гастродуоденальної зони, нормалізації тонусу і перистальтики тонкого кишківника. В комплекс лікувальної гімнастики тривалістю 35-40 хв. включали вправи для всіх м'язових груп, з різних вихідних положень, вправи для м'язів черевного пресу, повороти і нахили тулуба, вправи на координацію, в чергуванні з дихальними вправами і вправами на розслаблення.

Внутрішній прийом мінеральних вод – є одним із основних методів відновного лікування. Мінеральну воду

Поляна Квасова призначали температури 42°С за 45 хвилин до прийому їжі по 200 мл. три рази на день і через 60 хвилин після їжі по 100,0 мл. 3 рази на день, яка сприяла нормалізації моторно-евакуаторної функції шлунка і кишківника. органів Гідрокарбонати відіграють велику роль у підтримці кислото – лужного балансу. Під впливом гідрокарбонат-іонів зменшується кислотний вміст шлункового соку, його подразнююча дія на слизову оболонку шлунка та дванадцятипалої кишки, при цьому усуваються диспептичні явища, а саме: печія, відрижка, відчуття тяжкості в надчеревній ділянці. Зв'язування соляної кислоти в шлунку сприяє прискоренню евакуації нейтралізованого шлункового вмісту в кишечник, зменшенню спазмів шлунку і кишківника. Мінеральна вода покращує засвоєння мікро- і макроелементів, посилює діурез. впливає на секрецію інтестинальних гормонів, що сприяє відновленю порушених фізіологічних функцій. Лікувальний масаж застосували для зниження тонусу напружених м'язів спини, покращення трофіки, обмінних процесів в дегенеративно-дистрофічно змінених спинномозкових сегментах, підвищення рухливості хребта. Використовували прийоми, які впливали на секреторну функцію шлунка, перистальтику тонкого кишківника, поліпшення регенеративних процесів та усунення неврологічних проявів, що сприяло нормалізації секреторно-евакуаторної функцій травної системи. Тривалість масажу 25 хвилин, на курс 15 процедур. Ампліпульстерапію (апарат «Радіус-01») призначали II-IV роди роботи, глибина модуляцій 50%, частота – 75Гц, на ділянку на ділянку епігастрію №8 через день і на поперековий відділ хребта №8 через день, тривалість процедери10 хв. Бішофітні ванни призачають температури води у ванні 36-37°С, тривалість процедури 10-12 хв. Курс 10 процедур. Бішофіт мінерал містить велику кількість хлориду магнію, який регулює правильне засвоєння кальцію, перешкоджаючи його накопиченню в м'яких тканинах та суглобах. За рахунок цього він підтримує здоров'я хребта і робить кісткову тканину міцнішою. Застосування бішофітних ванн сприяло зменшенню болю спини, набряків та запалення суглобів, хребців, зв'язок, м'язів, що є ефективним при дегенеративно-дистрофічних та запальних змінах хребта. У програму дозованого плавання включають пропливання відрізків в довжину з пірнанням. Заняття з лікувальної плавання проводились через день при температурі води 27°С, тривалість занять плавання 40-50 хвилин. На курс 25 процедур.

Для оцінки ефективності впливу комплексної програми реабілітації на динаміку клінічних показників та функціональний стан секреторної і моторно-евакуаторної функцій шлунка та 12-палої кишки, функціональний стан та амплітуду рухів хребта, усім пацієнтам в кінці курсу програми реабілітації проведені повторні обстеження. В кінці курсу проведених реабілітаційних заходів у 80,0% пацієнтів, у яких поєднана патологія гастродуоденальної системи і хребта покращились клінічні показники. Відчуття важкості та дискомфорту в епігастрії зменшилися з 80,0% до 20,0%. Печію після курсу реабілітаційних заходів відзначали 10,0% хворих. Нудоту, закрепи після курсу реабілітації відзначали відповідно 5,0% і 10,0%, хворих. Болі в нижньогрудному і поперековому відділах хребта зменшилися у 50,0% хворих. Обмеження рухливості хребта в попереку та напруження м'язів спини в кінці курсу реабілітації відзначали лише 5,0% хворих. При повторно проведеній проби Отта відстань між остистими відростками хребців Т1-Т12 збільшилася з 3-4 см. 5-6 см., що становить норму. При нахилі тулуба вперед (проба Шобера) рухливість в поперековому відділу хребта між остистими відростками Т12 і L1 хребців сзбільшилася з 4-5 см до 5-6 см, що становить нижню межу норми. Проба Томайєра, що характеризує загальну рухливість хребта вірогідно зменьшилася з 8 см. до 2 см. У нормі ця відстань дорівнює 0 см. при Повторно проведена проба Сєдіна свідчить що амплітуда рухів хребта від VII шийного хребця до крижової кістки при нахилі тулуба вперед збільшилася з 4-5 см до 5-6 см, при нахилі дозаду – з 2-3 см до 4-5 см.

Таким чином, повторно проведені проби показують збільшення амплітуди рухливості хребта, що засвідчує результативність застосованої комплексної програми реабвілітації.

Комплексна санаторно-курортна терапія позитивно вплинула на функціональний стан шлунка і дванадцятипалої кишки. Середній показник рН тіла шлунка у хворих вірогідно підвищилися з достовірно знизився з 2,05±0,36 до 3,16±0,18 (P<0,05), в антральному відділі шлунка середній показник рН антруму підвищився знизився з 2,88±0,25 до 3,65±0,23 до (P<0,01).

Перспективи подальших досліджень повязані з подальшим удосконаленням комплексної санаторно-курортної реабілітації, підвищення якості життя пацієнтів з поєднаною патологією.

Висновки

У більшості хворих на хронічний гастродуоденіт з підвищеною секрецією, які страждають на дегенеративно-дистрофічні та запальні зміни хребта симптоми обох захворювань потенціюються внаслідок синергії.

Розроблена нами комплексна реабілітаційна програма направлена одночасно на відновлення на клінічних показників та функціонального стану діяльності гастродуоденльної системи, та хребта, покращує водночас і психоемоційний стан пацієнтів.

Література

1. Внутрішня медицина: порадник лікарю загальної практики: навчальний посібник / А.С. Свінціцький, О.О. Абрагамович, П.М. Боднар [та ін.]; за ред. А.С. Свінціцького. – К.: ВСВ «Медицина», 2014. – 1272 с.

2. Вороненко Ю.В., Шекера О.Г., Свиридова Н.К. та ін. Актуальні питання нервових хвороб у практиці сімейного лікаря. – Київ, 2014. – 255 с.
3. Михайловська Н.С. Реабілітація пацієнтів із захворюваннями органів травлення в практиці сімейного лікаря: навчальний посібник для студентів VI курсу медичного факультету за програмою навчальної дисципліни «Загальна практика – сімейна медицина», спеціальності «Медицина» і «Педіатрія» /Н.С. Михайловська, О.О. Лісова, І.О. Стецюк. – Запоріжжя: ЗДМУ, 2021. – 158 с.
4. Мачерет Є. Л., Чуприна Г. М., Морозова О. Г. [та ін.]. Патогенез, методи дослідження та лікування больових синдромів: посібник – Х.: ВПЦ Контраст, 2006. – 168 с.
5. Остеохондроз поперекового відділу хребта, ускладнений грижами дисків: Підручник / Мачерет Є.Л., Довгий І.Л., Коркушко О.О. – Т. 1. – К., 2006. – 256 с.
6. Попадюха Ю. А. Сучасні комплекси, системи та пристрої у реабілітаційних технологіях: Навч. посіб. / Ю.А.Попадюха. – К.: Центр учбової літератури, 2018. – 656 с.
7. Мухін В. М. Фізична реабілітація в травматології : монографія / В. М. Мухін. – Л. : ЛДУФК, 2015. – 428 с.

References

1. Vnutrishnia medytsyna: poradnyk likariu zahalnoi praktyky: navchalnyi posibnyk / A.S. Svintsitskyi, O.O. Abrahamovych, P.M. Bodnar [ta in.]; za red. A.S. Svintsitskoho. – K.: VSV «Medytsyna», 2014. – 1272 s. [in Ukrainian].
2. Voronenko Yu.V., Shekera O.H., Svyrydova N.K. ta in. Aktualni pytannia nervovykh khvorob u praktytsi simeinoho likaria. – Kyiv, 2014. – 255 s. [in Ukrainian].
3. Mykhailovska N.S. Reabilitatsiia patsiientiv iz zakhvoriuvanniamy orhaniv travlennia v praktytsi simeinoho likaria: navchalnyi posibnyk dlia studentiv VI kursu medychnoho fakultetu za prohramoiu navchalnoi dystsypliny «Zahalna praktyka – simeina medytsyna», spetsialnosti «Medytsyna» i «Pediatriia» / N.S. Mykhailovska, O.O. Lisova, I.O. Stetsiuk. – Zaporizhzhia: ZDMU, 2021. – 158 s. [in Ukrainian].
4. Macheret Ye. L., Chupryna H. M., Morozova O. H. [ta in.]. Patohenez, metody doslidzhennia ta likuvannia bolovykh syndromiv: posibnyk – Kh.: VPTs Kontrast, 2006. – 168 s. [in Ukrainian].
5. Osteokhondroz poperekovoho viddilu khrebta, uskladnenyi hryzhamy dyskiv: Pidruchnyk / Macheret Ye.L., Dovhyi I.L., Korkushko O.O. T. 1. – K., 2006. – 256 s. [in Ukrainian].
6. Popadiukha Yu. A. Suchasni kompleksy, systemy ta prystroi u reabilitatsiinykh tekhnolohiiakh: Navch. posib. / Yu. A. Popadiukha. – K.: Tsentr uchbovoi literatury, 2018. – 656 s. [in Ukrainian].
7. Mukhin V. M. Fizychna reabilitatsiia v travmatolohii : monohrafiia / V. M. Mukhin. – L. : LDUFK, 2015. – 428 s. [in Ukrainian].

Дата надходження рукопису до редакції: 25.10.2022 р.

Мета: науково обґрунтувати та удосконалити комплексну програму реабілітації для хворих на хронічний гастродуоденіт, які страждають на дегенеративно-дистрофічні та запальні зміни хребта, в умовах санаторію.

Матеріали та методи. Дослідження проведені у 40 хворих на хронічний гастродуоденіт з підвищеною секрецією, які також страждають на дегенеративно-дистрофічні та запальні зміни хребта, котрі перебували на санаторно-курортному лікуванні в санаторії «Орлине гніздо». Вік пацієнтів становив від 40 до 50 років, з них 18 чоловіків і 22 жінок. Діагноз хронічний гастродуоденіт з підвищеною секреторною функцією шлунка базувався на даних клініко-лабораторних та інструментальних методів дослідження. Всім пацієнтам проводили фіброгастродуоденоскопію, функціональний стан шлунку вивчався інтрагастральною pH-метрією. Для визначення рухливості хребта проводились проби: Отта, Шобера, Томаєра, Седіна.

Результати. У результаті проведених комплексних реабілітаційних заходів, поряд з покращенням клінічної картини, відзначається покращення показників лабораторних методів дослідження, а саме: показники фіброгастродуоденоскопії, функціонального стану шлунку. Рівень pH тіла шлунка у хворих вірогідно підвищився в антральному відділі, покращилися показники амплітуди рухів хребта в поперековому і грудному відділах.

Висновки. У хворих на хронічний гастродуоденіт з підвищеною секрецією, які страждають на дегенеративно-дистрофічні та запальні зміни хребта, синергія гастроентерологічних та неврологічних порушень зумовлює посилення різноманітних симптомів, що потенціюють деструктивний вплив на стан всього організму. Комплексна санаторно-курортна реабілітація позитивно впливає на об'єктивні показники діяльності травної системи, а також на функціональний стан хребта, підвищує ефективність відновного лікування та покращує психоемоційний стан пацієнтів.

Ключові слова: хронічний гастродуоденіт, дегегеративно-дистрофічні зміни хребта, санаторно-курортна реабілітаці, фізична терапія.

The synergy of gastroenterological and neurological disorders leads to an increase in various symptoms, which depend primarily on the localization of the pathological process in a certain motor segment of the spine.

The aim: to scientifically substantiate and improve a comprehensive rehabilitation program for patients with chronic gastroduodenitis, who suffer from degenerative-dystrophic and inflammatory changes of the spine, in the sanatorium conditions.

Materials and methods. Research was conducted in 40 patients with chronic gastroduodenitis with increased secretion, who also suffer from degenerative-dystrophic and inflammatory changes of the spine, who were undergoing sanatorium-resort treatment in the "Orlyne hnizdo" sanatorium. The age of the patients was from 40 to 50 years, of which 18 were men and 22 were women.

The diagnosis of chronic gastroduodenitis with increased secretory function of the stomach was based on the data of clinical, laboratory and instrumental research methods, degenerative-dystrophic and inflammatory changes of the spine were established based on the results of computed tomography or magnetic resonance imaging, which were performed at the place of residence.

All patients underwent esophagogastroduodenoscopy, the functional state of the stomach was studied using intragastric pH-metry, which was carried out using a two-electrode pH-probe at the level of the stomach body and the antrum. To determine the mobility of the spine, the following tests were done: Ott, Schober, Thomayer, Sedin.

Results. As a result of the comprehensive rehabilitation measures, along with the improvement of the clinical picture, there is an improvement in the indicators of laboratory tests, namely: indicators of esophagogastroduodenoscopy, the stomach functional state. The pH level of the stomach body in patients increased in the antral region, the indicators of the spinal movements amplitude in the lumbar and thoracic regions improved.

Conclusions. In patients with chronic gastroduodenitis with increased secretion, who suffer from degenerative-dystrophic and inflammatory changes of the spine, the synergy of gastroenterological and neurological disorders leads to an increase in various symptoms that potentiate the destructive effect on the state of the entire organism. Complex sanatorium-resort rehabilitation has a positive effect on the objective indicators of the digestive system, as well as on the functional state of the spine, increases the effectiveness of restorative treatment and improves the psycho-emotional state of patients.

Key words: chronic gastroduodenitis, degenerative-dystrophic changes of the spine, sanatorium-resort rehabilitation, physical therapy.

Конфлікт інтересів: відсутній.
Conflicts of interest: absent.

Відомості про авторів

Філак Ярослав Феліксович – кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент, завідувач кафедри фізичної реабілітації ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; м. Ужгород, Україна.
yaroslav.filak@uzhnu.edu.ua.

Філак Фелікс Георгійович – кандидат медичних наук, доцент кафедри основ медицини ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; м. Ужгород, Україна.
felix.filak@uznhu.edu.ua.