

Філак Я.Ф., Філак Ф.Г.

**Особливості
санаторно-курортної реабілітації
хворих із захворюваннями хребта
після оперативного втручання
у зв'язку з виразковою хворобою
дванадцятипалої кишки**

Ужгородський національний університет,
м. Ужгород, Україна

Filak Ya.F., Filak F.G.

**Peculiarities
of sanatorium-resort rehabilitation
of patients with spine disease
after surgical intervention
in connection with duodenal
ulcer diseases**

Uzhhorod National University,
Uzhhorod, Ukraine

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

Вступ

Остеохондроз хребта є важливою проблемою сучасності, тому багато науковців ставлять його на перше місце серед усіх хронічних захворювань. Зазначена хвороба трапляється найчастіше в осіб працездатного віку, тому вона є не тільки важливою медичною проблемою, а й серйозним соціально-економічним питанням. Питома вага клінічних неврологічних проявів остеохондрозу серед захворювань периферійної нервової системи становить 67–95% [1].

Болі у спині різної інтенсивності спостерігаються у 80–100% населення. У сучасному світі у зв'язку зі зміненними умовами життя остеохондрозом хворіють від 50 до 80% жителів планети. В Україні за даними різних авторів на остеохондроз хребта страждає 60–95% населення і найбільш поширеним є біль у ділянці попереку. Численні дані статистики свідчать не тільки про значну частоту захворювань остеохондрозом, а й про відсутність тенденції до зменшення. Хвороби хребта виявляються у жінок та чоловіків приблизно однаково з більш вираженим проявом в осіб віком понад 40 років [2; 5].

Інтерес до проблеми виразкової хвороби 12-палої кишки зумовлений тим, що дане захворювання займає одне з провідних місць серед хвороб травної системи і є однією з розповсюджених форм гастроентерологічної патології у лікарській практиці. Протягом всього життя виразковою хворобою страждає до 20% дорослого населення. Ця хвороба вражає людей у найбільш працездатному віці. Попри велику різноманітність консервативних методів лікування, кількість хворих, які перенесли операцію на шлунку і 12-палій кишці у зв'язку з виразковою хворобою, не зменшується. Такі ускладнення виразкової хвороби, як кровотечі, рецидиви виразки, пенетрація, перфорація, стеноз, переродження їх, вимагають негайного хірургічного лікування. У зв'язку з характером захворювання у системі лікувально-профілактичних заходів велике значення має профілактика рецидивів [4; 6].

Патофізіологічні механізми при поперековому остеохондрозі визначаються вертебральним та судинно-корінцевими синдромами, що на рівні ураженого хребетного сегмента може призвести до негативних наслідків у вигляді порушень роботи органів травлення, зниження м'язової сили в нижніх кінцівках. Коморбідна патологія істотно посилює біль, погіршує фізичну функціональну діяльність організму. На формування коморбідності у разі поєднання захворювань органів травлення та загальносоматичних захворювань можуть впливати одні й ті ж фактори. Фактором ускладнення перебігу захворювання, як показують наші спостереження, є дегенеративно-дистрофічні та запальні зміни поперекового відділу хребта, що вражають периферійні відділи нервової системи і потенціюють негативний перебіг захворювання гастродуоденальної ділянки. Загострення захворювання хребта може бути наслідком постійних десептичних проявів та виникнення рецидивів у осіб, які перенесли оперативне втручання у зв'язку з виразковою хворобою дванадцятипалої кишки [3; 5].

Аналіз низки літературних джерел з даного питання виявив, що існує мало досліджень, пов'язаних з упровадженням у комплекс санаторного лікування хворих з остеохондрозом поперекового відділу хребта, які перенесли оперативне втручання у зв'язку з виразковою хворобою дванадцятипалої кишки, методик комплексної санаторно-курортної терапії. У наукових працях багатьох авторів доведено ефективність санаторно-курортного відновного лікування хворих на остеохондроз хребта. Водночас недостатньо вивчені підходи до комплексної реабілітації поєднаних патологій, яка б мала позитивний вплив на відновлення як стану хребта, так і травної системи. З огляду на це актуальним є пошук найбільш ефективних методів комплексного впровадження санаторно-курортної терапії для хворих, які перенесли оперативне втручання у зв'язку з виразковою хворобою дванадцятипалої кишки і які страждають на дегенеративно-дистрофічні зміни поперекового відділу хребта [7; 8; 10].

Мета – теоретично обґрунтувати та удосконалити засоби санаторно-курортної терапії для хворих, які перенесли оперативне втручання у зв'язку з виразковою хворобою дванадцятипалої кишки і які страждають на остеохондроз поперекового відділу хребта.

У **завданні** дослідження входило: 1) вивчення літературних джерел, присвячених методам реабілітації хворих на остеохондроз поперекового відділу хребта і які перенесли оперативне втручання у зв'язку з виразковою хворобою дванадцятипалої кишки; 2) аналіз методик санаторно-курортної реабілітації хворих з поєднаною патологією.

Матеріали та методи дослідження

Дослідження були проведені у 30 хворих на остеохондроз поперекового відділу хребта, які перенесли оперативне втручання у зв'язку з виразковою хворобою дванадцятипалої кишки та перебували на санаторно-курортному лікуванні в санаторії «Орлине гніздо». Вік пацієнтів становив від 45 до 55 років, з них – 25 чоловіків і 5 жінок. Контрольну групу становили 15 хворих з коморбідною патологією, які отримали стандартний курс санаторно-курортного лікування. Під час поступлення на відновне лікування в санаторій пацієнти були детально обстежені. Діагноз базувався на даних клініко-лабораторних та інструментальних методів дослідження.

Дослідження проводили на початку і в кінці курсу санаторно-курортної терапії. Для оцінки функціонального стану хребта проводились тести:

а) визначення гнучкості хребта в поперековому відділі при нахилі тулуба вперед з висхідного положення стоячи (основна стійка). При цьому пацієнт повинен нахилити тулуб і доторкнутися підлоги пальцями, а краще долонями, не згинаючи ніг у колінах. Якщо пальці не досягають підлоги, то рухливість (гнучкість) недостатня. Відстань від підлоги до пальців вимірюється сантиметровою стрічкою (для порівняння з наступними вимірюваннями (рис. 1);

б) тест Шобера характеризує рухливість хребта в поперековому відділі у сагітальній площині при нахилі вперед. Спочатку відзначають рівень остистого відростка L5 хребця на лінії, що з'єднує остисті відростки хребців. Верхній пункт вимірювання розташовується на 10 см вище цієї точки, нижній – на 5 см нижче. Обстежуваний робить нахил тулуба вперед з випрямленими колінами, після чого проводять другий вимір. Різниця у здорових осіб становить у середньому $7,45 \pm 0,24$ см;

в) витривалість м'язів черевного преса. Ефективність впливу на моторну, секреторну функцію органів шлунково-кишкового тракту й шлунка оцінювалася за зміною витривалості сили м'язів черевного преса. Для цього з вихідного положення – лежачи на спині, руки уздовж тулуба, ноги прямі – хворим для даної вікової категорії пропонувалося підняти прямі ноги

під кутом 45° відносно опори і втримувати в цьому положенні максимально можливий час (min 10 с, max 35 с). Результат оцінювався так: 30–35 с – відмінно; 25–30 с – добре; 20–25 с – задовільно; 15–20 с – незадовільно;

г) функціональний стан шлунка вивчався інтрагастральною рН-метрією;

д) психологічне обстеження проводилось з використанням психодіагностичної шкали – опитувальної анкети для визначення нейротизму Г. Айзенка /варіант ЕРІ/ та скороченого варіанту Бека шкали самооцінки депресії. Тест спрямований на оцінку основних властивостей особистості.

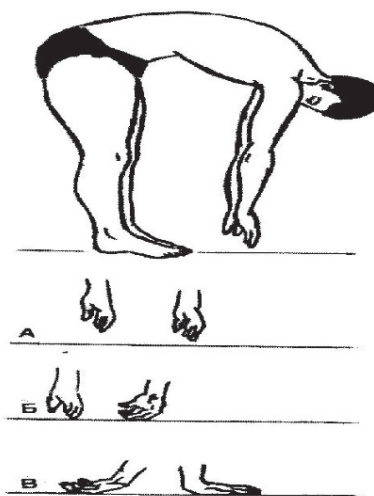


Рис. 1. Визначення рухливості хребта при нахилі вперед: А – гіпорухливість; Б – нормальна рухливість; В – гіперрухливість

Результати дослідження та їх обговорення

Згідно з даними опитування практично всі хворі скаржилися на дискомфорт, ниючі болі в поперековому відділі хребта. Обмеження рухливості в попереку відзначали 90% пацієнтів. Ниючий біль в епігастрії, який поступово посилюється під час ходьби, відзначали 63,3% опитаних. Здуття живота, бурчання по ходу кишківника відзначали 83,3%. Порушення загального стану у вигляді погіршення сну, загальної слабості, дратівливості відзначали 56,7% хворих з поєднаною патологією. Під час дослідження рухливості хребта з вихідного положення стоячи нахилом тулуба вперед виявлено, що у 93,3% хворих спостерігалось обмеження гнучкості хребта в попереку. Серед них – у 47,7% пацієнтів відстань від кінця III пальця до початку вимірювальної лінійки становила до 5 см, у 53,3% пацієнтів – до 10 см. При нахилі тулуба у сагітальній площині (проба Шобера) рухливість поперекового відділу хребта між відповідними лініями відносно L5 хребця становила $5,25 \pm 0,18$ см (норма $7,5 \pm 0,24$ см). Витривалість м'язів черевного преса

для хворих становила відповідно $19,2 \pm 1,6$ с (незадовільний результат). За показниками рН у хворих, які перенесли оперативне втручання у зв'язку з виразковою хворобою 12-палої кишки, відзначається гіпоацидний стан в тілі і антральному відділі шлунка. Середній показник рівня рН тіла шлунка хворих становив $2,99 \pm 0,40$, антрального відділу – $5,24 \pm 0,46$. За даними опитувальної анкети Г. Айзенка у хворих виявлені дещо знижені оцінки за шкалою екстраверсії-інтроверсії ($11,3 \pm 0,39$ бала) і високі за шкалою нейротизму ($17,2 \pm 0,49$ бала). Підвищена активність вегетативної нервової системи, як правило, пов'язана зі схильністю до інтроверсії, яка, на думку Г. Айзенка, є основою для виникнення страху. За даними шкали самооцінки Бека, рівень депресії хворих після перенесеного оперативного втручання складав $19,3 \pm 1,12$ бала. Найбільш високі оцінки виявлені за такими симптомами шкали, як підвищена дратівливість, втрата задоволення, знижений настрій, низька працездатність та порушення сну.

Таким чином, у більшості хворих з остеохондрозом поперекового відділу хребта, які перенесли оперативне втручання у зв'язку з виразковою хворобою 12-палої кишки, відзначається знижена секреторна функція тіла і антрального відділу шлунка, розлади моторно-евакуаторної функції кишківника та обмеження амплітуди рухів і гнучкості хребта. Такі хворі відзначались підвищеною тривожністю, емоційною нестійкістю, зниженням працездатності, поганим настроєм, почуттям невдоволення собою у зв'язку зі станом свого здоров'я.

Комплексна програма реабілітації включала: лікувальну гімнастику, внутрішній прийом мінеральної води Поляна Квасова, масаж, бішофітні ванни, ампліпульстерапію на ділянку епігастрію, озокерит на попереки, вправи на профілакторі Євмінова, підводний душ, масаж спини, живота. Комплекс вправ лікувальної гімнастики спрямований на зміцнення м'язового та зв'язкового апаратів поперекового відділу хребта, покращення трофіки ушкодженої ділянки, збільшення висоти міжхребцевих дисків та міжхребцевих отворів. Також фізичні вправи спрямовані на покращення моторно-евакуаторної функції пілородуоденального відділу, нейрогуморальної регуляції органів травлення, крово- і лімфообігу в органах черевної порожнини, нормалізацію тонуусу жовчного міхура, підвищення секреторної функції підшлункової залози, а також зміцнення м'язів живота і тазового дна з підвищенням внутрішньочеревного тиску в чергуванні з вправами на розслаблення. Тривалість занять лікувальної гімнастики становила 40 – 45 хвилин. Мінеральну воду Поляна Квасова внутрішньо призначали температури 42°C за 45 хвилин до прийому їжі по 200 мл три рази на день і через 60 хвилин після їжі по 100 мл 3 рази на день. Це сприяло нормалізації моторно-евакуаторної функції травної системи. Лікувальний масаж застосовували для нормалізації тонуусу напружених м'язів спини, покращення

трофіки, обмінних процесів у змінених спинномозкових сегментах, підвищення рухливості хребта. Підводний душ, масаж спини, черевної порожнини призначали з метою покращення кровообігу у всьому організмі, усунення невралгічних проявів остеохондрозу, підтримання рухливості хребта, активізації обмінних процесів, прискорення регенеративних процесів, нормалізації моторно-евакуаторної функції травної системи, поліпшення загального стану організму.

Усі хворі пройшли повний курс відновного санаторно-курортного лікування, спрямованого на усунення болю, диспептичних явищ, нормалізацію секреторної, моторно-евакуаторної функції органів травної системи, усунення дискомфорту в попереку, покращення гнучкості хребта, стабілізацію нервової системи. У результаті проведеного курсу реабілітаційних заходів у 86,7% хворих з поєднаною патологією відзначалося покращення клінічних та функціональних показників. Болі в поперековому відділі хребта у хворих з коморбідною патологією зменшилися зі 100% до 16,7%, обмеження рухливості в попереку – з 90% до 23,3%. Ниючий біль в епігастрії після курсу санаторно-курортної реабілітації відзначали 13,3% пацієнтів. Здуття живота, бурчання по ходу кишківника зменшилося з 83,3% до 20%. Порушення загального стану у вигляді погіршення сну, загальної слабкості, дратівливості після курсу реабілітаційних заходів відзначали 16,7% хворих з поєднаною патологією. Під час повторного дослідження рухливості хребта з вихідного положення стоячи нахилом тулуба вперед було визначено, що у 57,6% пацієнтів нормалізувались показники гнучкості хребта. Обмеження згинання, а саме відстань від кінця III пальця до 5 см на початку вимірювальної лінійки в кінці курсу реабілітаційних заходів відзначали 43,3% пацієнтів. Обмеження рухливості до 10 см після курсу санаторно-курортної реабілітації пацієнти не відзначали. При повторно проведеній пробі Шобера гнучкість хребта в поперековому відділі між відповідними лініями відносно L5 хребця збільшилась з $5,25 \pm 0,18$ см до $7,09 \pm 0,14$ см ($P < 0,05$), що становить нижню межу норми.

Вправи для м'язів черевного преса використовувалися з метою нормалізації секреторної та моторної функцій шлунка, а також для підвищення або нормалізації рівня внутрішньочеревного тиску, поліпшення кровопостачання і трофічних процесів в органах шлунково-кишкового тракту, зокрема шлунка. У ході контрольного тестування пацієнти виконували тест з утримання прямих ніг під кутом 45° градусів з в.п. лежачи на спині, руки вздовж тулуба можливу кількість часу. Після проведеного курсу санаторно-курортної реабілітації в обстежених пацієнтів цей час дорівнював $29,3 \pm 1,4$ с, а покращення результатів становило 10,1 с. Застосування комплексної санаторної терапії також вплинуло і на функціональний стан шлунка та дванадцятипалої кишки. Рівень рН тіла шлунка у хворих достовірно знизився з $2,99 \pm 0,40$ до $2,07 \pm$

0,42 ($P < 0,01$), в антральному відділі шлунка рівень рН знизився з $5,24 \pm 0,46$ до $4,42 \pm 0,51$ ($P < 0,05$). За даними опитувальної анкети Г. Айзенка у хворих знижені оцінки за шкалою екстраверсії-інтроверсії ($11,3 \pm 0,39$ бала) дещо підвищились. Початково високі показники за шкалою нейротизму ($17,2 \pm 0,49$ бала) достовірно знизились і становили $14,5 \pm 0,41$ бала ($P < 0,05$). За даними шкали самооцінки Бека рівень депресії хворих з коморбідною патологією після комплексу реабілітаційних санаторно-курортних заходів знизився з $19,3 \pm 1,12$ бала до $13,5 \pm 1,14$ бала ($P < 0,05$). Проведені дослідження свідчать, що після комплексу реабілітаційних заходів у хворих з коморбідною патологією покращується самопочуття, нормалізується психоемоційний стан, підвищується працездатність, нормалізується сон.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з подальшим удосконаленням комплексної санаторно-курортної реабілітації, підвищенням якості життя хворих з поєднаною патологією.

Висновки

Проведені дослідження окремих клінічних і функціональних показників стану хребта у хворих з остеохондрозом поперекового відділу хребта, які перенесли оперативне втручання у зв'язку з виразковою хворобою 12-палої кишки, показали, що найбільш характерним є зниження амплітуди рухів у поперековому відділі хребта, який відзначали 100% хворих, зниження секреторної функції шлунка, розлади моторно-евакуаторної функції травної системи. Такі хворі відзначались підвищеною тривожністю, емоційною нестійкістю, зниженим настроєм, почуттям невдоволення собою у зв'язку зі станом свого здоров'я.

Розроблена нами комплексна програма санаторно-курортної реабілітації спрямована на одночасне покращення клінічних показників, функціонального стану хребта, травної системи у хворих з коморбідною патологією. Водночас нормалізується психоемоційний стан, підвищується працездатність пацієнтів.

Література

1. Андрійчук ОЯ. Методичні основи фізичної терапії хворих на дегенеративно-дистрофічні захворювання опорно-рухового апарату. Art of medicine. 2018; 3: 174-177.
2. Афанасьєв СМ. Теоретико-методичні основи фізичної реабілітації осіб з функціональними порушеннями і дегенеративно-дистрофічними захворюваннями опорно-рухового апарату: автореф. дис. ... д-ра наук з фіз. виховання та спорту: 24.00.03; МОНУ, НУФВСУ. Київ. 2018: 44 с.
3. Баннікова Р, Кормильцев В, Брушко В, Балаж М. Фактори, що визначають спрямованість процесу фізичної реабілітації чоловіків з остеохондрозом поперекового відділу хребта в стадії ремісії. Слобожанський науково-спортивний вісник. 2019; 1(69): 43-47.
4. Свінціцький АС, Абрагамович ОО, Боднар ПМ та ін.; за ред. АС. Свінціцького. Внутрішня медицина: poradnik лікарю загальної практики: навчальний посібник. Київ: ВСВ «Медицина»; 2014. 1272 с.
5. Григус ІМ, Нестерчук НС, Крук ІМ, Кособуцький ЮФ, Петрук ЛА. Теоретичне обґрунтування засобів фізичної терапії хворих на остеохондроз поперекового відділу хребта. Art of Medicine. 2022; 1 (21): 144-148.
6. Соколов ІВ, Іванов ВП, Яковенко ОІ та ін. Лікування та реабілітація хворих на виразкову хворобу шлунка та дванадцятипалої кишки: методичні рекомендації. Київ: Український науково-медичний центр гастроентерології МОЗ України; 2013. 57 с.
7. Михайловська НС, Лісова ОО, Стецюк Ю. 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». Запоріжжя: ЗДМУ; 2021. 158 с.
8. Михайловська НС, Лісова ОО, Антипенко ОО. Основні принципи діагностики та лікування найбільш поширених захворювань шлунково-кишкового тракту в клініці внутрішніх хвороб: навчальний посібник для здобувачів ступеня доктора філософії за третім освітньо-науковим рівнем за програмою навчальної дисципліни «Сучасні аспекти вивчення внутрішніх хвороб». Запоріжжя: ЗДМУ; 2020. 163 с.
9. Попадюха ЮА. Сучасні комплекси, системи та пристрої у реабілітаційних технологіях: навчальний посібник. Київ. Центр учбової літератури; 2018: 656 с.
10. Філак ЯФ., Філак ФГ. Фізична терапія хворих після хірургічного лікування виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки. Вісник Прикарпатського університету. Серія: «Фізична культура». 2019; 33: 102–107.
11. Яковенко НП, Самойленко ВБ. Фізіотерапія: підручник для студентів. 2-е вид. Київ: Медицина; 2018. 256 с.

References

1. Andriyчук O. Metodichni osnovy fizichnoi terapii hворих na degeneratyvno-dystrofični zahvoriuvannya oporno-ruhovogo aparatu. Art of medicine. 2018; 3(7):174-177. [in Ukrainian].
2. Afanasyev SM. Teoretyko-metodychni osnovy fizichnoyi rehabilitatsiyi osib z funktsional'nymy porushennyamy i deheneryatyvno-dystrofičnymy zakhvoryuvannyamy opornorukhovoho aparatu. Kvalifikatsiyina naukova pratsya. Kyiv. 2018. P.44. [in Ukrainian].
3. Bannikova R, Kormiltsev V, Brushko V, Balaz M. Faktory scho viznachayut spryamovanist protsesy fizichnoi rehabilitatsii cholovikiv z osteohondrozom poperekovoho viddily hrebta v stadii remisii. Slobozanskiy naykoviy visnyk. 2019; 1(69):43-47. [in Ukrainian].
4. Medicina interna: Consiliario generali medico: studio rector / A.S. Svintsitskyi, O.O. Abrahamovych, P.M. Bodnar [et alii]; sub editorship A.S. Svintsitsky - K.: VSV "Medicinae", 2014. 1272 p. [in Ukrainian].
5. IM. Nesterchuk, IM. Kruk, YF. Kosobutskyi, LA. Petruk Theorica justificationis physicae therapiae pro aegris osteochondrosis lumborum spiniae. Ars medica, 2022. 1 (21). P. 144-148. [in Ukrainian].

6. Curatio et rehabilitatio aegrotorum cum morbo ventriculi et duodeni ulceris peptici: emendatiorem commendationem / I. V. Sokolov, V. P. Ivanov, O. I. Yakovenko et alios. - Kyiv: centrum scientificum et medicinae Ucrainae gastroenterologiae Ministerii Salutis Ucrainae, 2013. 57 p. [in Ukrainian].

7. Mykhailovska NS. 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].

8. Praecipua principia diagnosis et curationis morborum frequentissimi tractus gastrointestinalis in medicina interna clinica: doctrina. manual pro PhD gradum tenentes in tertio gradu scholastico et scientifico secundum rationem disciplinae studiorum "Modern aspectus studiorum morborum internorum" / NS. Mykhaylovskaya, OO. Lisova, .O. Antipenko. – Zaporizhzhia: ZDMU, 2020. 163 p. [in Ukrainian].

9. Popadiukha YuA. Suchasni komplekxy, systemy ta prystroi u reabilitatsiinykh tekhnolohiakh: Navch. posib. / Yu.A. Popadiukha. - K.: Tsentr uchbovoi literatury, 2018. - 656 s. [in Ukrainian].

10. Filak YF., Filak FG. Curatio corporis aegrorum post chirurgicam curationem ulceris peptici ventriculi et duodeni morbi / Bulletin of the University of Carpathian. Series: Physical cultura. Ivano-Frankivsk, 2019. P. 102 – 107. [in Ukrainian].

11. Yakovenko, NP. Physiotherapy: artem. pro alumnis / N. P. Yakovenko, V. B. Samoilenko. - 2nd ed., ed. – Kyiv : Medicina, 2018. – 256 p. [in Ukrainian].

Мета – теоретично обґрунтувати та удосконалити засоби санаторно-курортної терапії для хворих, які перенесли оперативне втручання у зв'язку з виразковою хворобою дванадцятипалої кишки і які страждають на остеохондроз поперекового відділу хребта.

Матеріали та методи. Дослідження проведені у 30 хворих, які перенесли оперативне втручання у зв'язку з виразковою хворобою дванадцятипалої кишки і страждають на остеохондроз поперекового відділу хребта, які перебували на лікуванні в санаторії «Орлине гніздо». Вік пацієнтів становив від 45 до 55 років. Для оцінки функціонального стану хребта проводились такі тести: визначення гнучкості хребта в поперековому відділі при нахилі тулуба вперед, тест Шобера, витривалість м'язів черевного преса. Функціональний стан шлунка вивчався інтрагастральною рН-метрією.

Результати. У результаті проведених комплексних реабілітаційних заходів поряд з покращенням клінічної картини відзначається покращення показників лабораторних методів дослідження, а саме: показників рухливості хребта з вихідного положення стоячи нахилом тулуба вперед, показників за тестом Шобера, рН-метрії. Рухливості хребта з вихідного положення стоячи нахилом тулуба вперед нормалізувались у 57,6% пацієнтів. Витривалість м'язів черевного пресу збільшилось на 10,1 с. Рівень рН тіла та антрального відділу шлунка вірогідно знизився.

Висновки. Розроблена комплексна програма санаторно-курортної реабілітації спрямована на одночасне покращення клінічних показників, функціонального стану хребта, травної системи у хворих з коморбідною патологією. Водночас нормалізується психоемоційний стан, підвищується працездатність пацієнтів.

Ключові слова: остеохондроз поперекового відділу хребта, коморбідна патологія, санаторно-курортна реабілітація.

The aim is to theoretically substantiate and improve the means of sanatorium-resort therapy for patients who underwent surgery in connection with duodenal ulcer and who suffer from osteochondrosis of the lumbar spine.

Materials and methods. The research was conducted in 30 patients who underwent surgical intervention because of duodenal ulcer disease and who suffer from degenerative-dystrophic changes in the lumbar spine, who were undergoing sanatorium-resort treatment in the "Orlyne hnyzdo" sanatorium. The age of the patients was from 45 to 55 years. To assess the functional state of the spine, tests were performed: determining the spine flexibility in the lumbar region when the body is bent forward, the Schober test, and the endurance of the abdominal muscles. The stomach functional state was studied by intragastric pH-metry. A psychological examination was conducted using a questionnaire for determining neuroticism by H. Eysenck and a shortened version of Beck's depression self-assessment scale. The comprehensive rehabilitation program included: therapeutic gymnastics, internal intake of Polyana Kvasova mineral water, rehabilitation massage, bischofite baths. amplipulstherapy on the epigastrium, ozokerite on the lower back, exercises on the Yevminov prophylactic, underwater shower, massage of the back and abdomen.

The results. As a result of the comprehensive rehabilitation measures, along with the improvement of the clinical picture, there was an improvement in the modility of the spine from laboratory methods of research, namely: indicators of the mobility of the spine from the starting position while standing with the trunk bent forward, Schober's test, PH-metry. Mobility of the spine from the starting position while standing with the body bent forward was normalized in 57.6% of patients. The spine flexibility in the lumbar region when the Shober test was repeated increased from 5.25 ± 0.18 cm to 7.09 ± 0.14 cm, which is the lower limit of normal. Improvement of the results of abdominal muscles endurance increased by 10.1 seconds. The pH level of the stomach body and antrum credibly decreased.

Conclusions. The developed complex program of sanatorium-resort rehabilitation is aimed at simultaneously improving clinical indicators, the functional state of the spine, and the digestive system in patients with comorbid pathology, at the same time normalizing the psycho-emotional state and increasing the working capacity of patients.

Key words: osteochondrosis of the lumbar spine, comorbid pathology, sanatorium-resort rehabilitation.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflict of interest: absent.

Відомості про авторів

Філак Ярослав Феліксович – кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент, завідувач кафедри фізичної реабілітації Ужгородського національного університету; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Україна, 88000.
yaroslav.filak@uzhnu.edu.ua, ORCID ID 0000-0002-7510-263X

Філак Фелікс Георгійович – кандидат медичних наук, доцент кафедри основ медицини Ужгородського національного університету; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Україна, 88000.
felix.filak@uzhnu.edu.ua, ORCID ID 0000-0001-7595-5416