

## КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ

Лупальцов В.И., Зайцев В.П., Манучарян С.В.  
Харьковский национальный медицинский университет  
Харьковская государственная академия физической культуры

**Аннотация.** В статье представлены клинико-физиологическое обоснование физической реабилитации больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки на стационарном этапе и современный взгляд ученых на данную патологию. В процессе физической реабилитации на стационарном этапе применяется комплексный подход. На стационарном этапе реабилитации больным можно рекомендовать все средства лечебной физической культуры: физические упражнения, естественные факторы природы, двигательные режимы, лечебный массаж, механотерапию и трудотерапию.

**Ключевые слова:** классификация, клиника, комплекс реабилитации, лечебная физическая культура, лечебное питание.

**Анотація.** Лупальцов В.І., Зайцев В.П., Манучарян С.В. Комплексна реабілітація хворих виразковою хворобою шлунка й дванадцятипалої кишки на стаціонарному етапі. У статті представлені клініко-фізіологічне обґрунтування фізичної реабілітації хворих виразковою хворобою шлунка і дванадцятипалої кишки на стаціонарному етапі і сучасний погляд вчених на дану патологию. У процесі фізичної реабілітації на стаціонарному етапі застосовується комплексний підхід. На стаціонарному етапі реабілітації хворим можна рекомендувати всі засоби лікувальної фізичної культури: фізичні вправи, природні фактори природи, рухові режими, лікувальний масаж, механотерапію й трудотерапію.

**Ключові слова:** класифікація, клініка, комплекс реабілітації, лікувальна фізична культура лікувально харчування.

**Annotation.** Lupal'tsov V.I., Zaitsev V.P., Manucharyan S.V. Complex aftertreatment of patients with the peptic ulcer of the ventriculus and the duodenum at the stationary stage. In the article presented clinicophysiological ground of physical rehabilitation of patients by ulcerous illness of stomach and duodenum on the stationary stage and modern look of scientists to this pathology. During a physical aftertreatment at a stationary stage the integrated approach is applied. At a stationary stage of an aftertreatment patients can recommend all means of medical physical training: physical exercises, natural factors of the nature, motorings, medical massage, therapy and an occupational therapy.

**Keywords:** classification, clinic, complex of rehabilitation, medical physical culture, medical feed.

### Введение.

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки – гетерогенное, с различной периодичностью хроническое рецидивирующее заболевание, с разными вариантами течения и прогрессирования, приводящее у части больных к серьезным осложнениям. Это заболевание является одним из наиболее распространенных патологий желудочно-кишечного тракта. Согласно данным современных исследований этим заболеванием страдают до 10% жителей стран Европы, США и СНГ. В соответствии с Международной статистической классификацией болезней, травм и причин смерти 10-го пересмотра ВОЗ выделяют язву желудка, язву двенадцатиперстной кишки, пептическую язву неуточненной локализации, гастроэюнальную язву. Язва двенадцатиперстной кишки встречается в 4 раза чаще, чем язва желудка. Отмечается преобладание данного заболевания среди мужчин.

Хотя исследований, посвященных этому заболеванию, очень много [1, 2, 3, 11], разработки непосредственно комплексной реабилитации в условиях стационара встречается в единичных случаях [4, 5, 6].

Работа выполнена по плану НИР Харьковской государственной академии физической культуры

### Цель, задачи работы, материал и методы.

В связи с изложенным, поставлена цель: изложить современный подход комплексной физической реабилитации больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Для выполнения данной цели сформулированы задачи: изучить литературные источники по этой проблеме; отразить клинико-физиологическую характеристику язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки; разработать комплексную физическую реабилитацию при этом заболевании на стационарном этапе.

### Результаты исследования.

Проведя анализ литературных источников и собственных наблюдений, в зависимости от остроты и особенностей течения процесса язвы подразделяют на: острые с кровотечением, острые с прободением, острые с кровотечением и прободением, острые без кровотечения или прободения, хронические или уточненные с прободением, хронические или неуточненные с кровотечением, хронические или неуточненные с кровотечением и прободением, хронические без кровотечения или прободения. Формулировка диагноза язвенной болезни основана на клинико-эндоскопических данных и включает: название и фазу болезни (обострение, затухающее обострение, ремиссия), ее морфологический субстрат (язва, постязвенный рубец, деформация, гастрит, дуоденит, эзофагит с указанием локализации, распространения), осложнения - кровотечение, пенетрация, стеноз, перфорация и малигнизация. С учетом литературных источников и собственных наблюдений предлагаем классификацию язвенной болезни:

- I стадия - предязвенное состояние (антральный гастрит типа В seu, хронический первичный гастродуоденит) и

легкое течение язвенной болезни (со «светлыми» промежутками между рецидивами от 2 до 7 лет).

- II стадия - язвенная болезнь средней тяжести и тяжелого течения.
- III стадия – осложнения.
- IV стадия - рецидив язвенной болезни после хирургического лечения (резекции желудка различных видов ваготомий).

По тяжести: легкая, средней тяжести и тяжелая.

Неосложненная и осложненная язвенная болезнь.

По фазам болезнь подразделяется на: активную (период обострения, период неполной ремиссии после заживления язв) и неактивную (стадия полной ремиссии после заживления эрозивно-язвенных поражений).

Последствия перенесенных операций: резецированный желудок состояние после ваготомии, ушивания перфоративной язвы, постваготомный синдром.

Нарушения функционального состояния желудка и двенадцатиперстной кишки (функции - секреторная, кислотообразующая, пепсинообразующая, моторно-эвакуаторная, кислотонейтрализующая).

Варианты тяжести течения язвенной болезни:

- Легкое течение: периоды обострения не чаще одного раза в 1-2 года, клинические проявления выражены не резко, легко поддаются лечению, трудоспособность во время ремиссии сохранена полностью.

- Течение средней тяжести: обострение 1- 2 раза в год, выраженные клинические проявления, требующие более длительного стационарного лечения, в патологический процесс вовлечены и другие органы пищеварения, ремиссия в течение долгого времени является неполной - остаются те или иные проявления заболевания, трудоспособность нередко ограничена.

- Тяжелое течение: резко выражены функциональные расстройства и соответствующие клинические проявления, которые протекают тяжело, плохо поддаются длительному консервативному лечению, часто наблюдаются различные осложнения, сколько-нибудь стойкая ремиссия отсутствует, трудоспособность значительно снижена, нередко из-за неэффективности терапевтического лечения показано хирургическое вмешательство. Обострение случается несколько раз в год.

Генетическая предрасположенность, нарушение равновесия между факторами агрессии и защиты, наличие *Helicobacter pylori* (НР) – три основных фактора, которые лежат в основе появления язвенной болезни и возникновения ее рецидивов. Наряду со множеством причин, одной из важных является периодические нарушения равновесия между факторами агрессии и защиты. Среди агрессивных факторов, имеющих наибольшее значение в развитии язвенной болезни: кислотность желудочного сока, пепсин, желчные кислоты, а у части больных – и НР.

Роль НР (различных штаммов, стимулирующих синтез эпителием желудка провоспалительных медиаторов-цитоксинов, ассоциированных с различными генами) далеко не однозначна. Считается, что цитокины воспалительного инфильтрата играют важную роль в повреждении слизистой оболочки желудка. Не исключая других этиологических факторов риска заболевания, все же по современным представлениям НР является одним из основных факторов возникновения и рецидивирования язвенной болезни у большинства людей.

По времени появления болей после приема пищи они делятся на ранние, возникающие вскоре после еды, поздние (через 1,5 - 2 ч) и ночные. Ранние боли свойственны язвам, расположенным в верхнем отделе желудка. Для язв антрального отдела желудка и язв двенадцатиперстной кишки характерны поздние и ночные боли, которые могут быть и "голодными".

Рвота при язвенной болезни возникает без предшествующей тошноты, на высоте болей в разгар пищеварения, при различной локализации язвенного процесса частота ее варьирует. Из диспепсических явлений при язвенной болезни чаще возникает изжога (у 60-80% всех больных язвенной болезнью), а аппетит не только сохранен, но иногда даже резко усилен. Запоры нередко отмечаются в период обострения. Они обусловлены характером питания больных, постельным режимом и главным образом нервно-мышечной дистонией толстой кишки вагусного происхождения.

По клиническому течению различают острые, хронические и атипичные язвы. Не всякая острая язва является признаком язвенной болезни. Типичной хронической форме язвенной болезни свойственны постепенное начало, нарастание симптомов и периодическое (циклическое) течение.

Первая стадия - прелюдия язвы, характеризуется выраженными нарушениями деятельности вегетативной нервной системы и функциональными расстройствами желудка и двенадцатиперстной кишки, вторая - появлением органических изменений вначале в форме структурной перестройки слизистой оболочки с развитием гастродуоденита, третья - образованием язвенного дефекта в желудке или двенадцатиперстной кишке, четвертая - развитием осложнений.

Длительность периодов ремиссии при язвенной болезни колеблется от нескольких месяцев до многих лет. Рецидив заболевания может быть вызван психическим и физическим напряжением, инфекцией, вакцинацией, травмой, приемом лекарств (салицилаты, кортикостероиды и др.), инсоляцией.

При назначении лечебного питания следует учитывать наличие сопутствующих заболеваний органов пищеварения и индивидуальной переносимости некоторых продуктов питания, например молока. Пища принимается дробно, небольшими порциями, каждые 2-3 часа. Диета должна быть богатой белками, так как терапевтический

эффект наступает быстрее, ускоряются заживление язв и стихание воспалительного процесса. С первых дней обострения больным рекомендуются трижды в день мясные и рыбные блюда, блюда из яиц, свежеприготовленного творога, сливочное масло, овощные, ягодные сладкие соки, настой шиповника.

Запрещаются очень горячие и холодные напитки, мороженое. Диета должна быть щадящей. Из рациона исключают продукты, сильно возбуждающие желудочную секрецию: крепкие мясные, овощные, грибные бульоны, жареные блюда, крепкий чай и кофе, соленые и копченые мясо и рыба, перец, горчица, лук, чеснок.

При язвенной болезни в комплексном лечении используют смесь отвара трав, физиотерапию, а также лечебную физическую культуру. Физические упражнения назначают при затухании острых явлений - исчезновении или значительном уменьшении болей в эпигастральной области. Такое состояние обычно наступает на 5-7-й день после госпитализации. На первых занятиях приучают больного к брюшному дыханию при малой амплитуде колебаний брюшной стенки. Эти упражнения содействуют улучшению кровообращения и нежному массажу органов брюшной полости, уменьшению спастических явлений и нормализации перистальтики. Занятия лечебной гимнастикой проводятся в исходном положении лежа, сидя и стоя по 15-20 минут. После исчезновения болей и других признаков обострения во время занятий лечебной гимнастикой можно использовать упражнения с гантелями весом 1-2 кг на гимнастической стенке и скамейке. Упражнения с резкими и быстрыми движениями, усиливающими колебания внутрибрюшного давления, противопоказаны. В режиме дня таких больных обязательными компонентами являются утренняя гигиеническая гимнастика и прогулки.

При регулярном выполнении физических упражнений, как и в процессе физической тренировки, постепенно возрастают энергетические запасы, увеличивается образование буферных соединений, происходит обогащение организма ферментными соединениями, витаминами, ионами калия и кальция. Это приводит к активизации окислительно-восстановительных процессов и к повышению устойчивости кислотно-щелочного равновесия, что, в свою очередь, благоприятно отражается на рубцевании язвенного дефекта: влияние на трофические и регенеративные потенции тканей желудочно-кишечного тракта.

Влияние физических упражнений определяется их интенсивностью и временем применения. Небольшие и умеренные мышечные напряжения стимулируют основные функции желудочно-кишечного тракта, когда как интенсивные - угнетают. Отмечается благоприятное влияние занятий лечебной физической культурой на кровообращение и дыхание, что также расширяет функциональные возможности организма и повышают его реактивность.

В зависимости от клинической направленности заболевания и функциональных возможностей больного применяются различные средства, формы и методы лечебной физической культуры.

К противопоказаниям к занятиям физическими упражнениями относятся: свежая язва в остром периоде; язва, осложненная кровотечением; преперфоративное состояние; язва, осложненная стенозом в стадии декомпенсации; свежие массивные парапроцессы при пенетрации; выраженные диспепсические расстройства; сильные боли; общие противопоказания.

Принцип индивидуализации при применении лечебной физической культуры при данном заболевании обязателен. Основными ее задачами являются:

- Урегулирование процессов возбуждения и торможения в центральной нервной системе.
- Нормализация нервно-психологического тонуса больного.
- Улучшение функции дыхания, кровообращения и пищеварения, окислительно-восстановительных процессов.
- Противодействие различным осложнениям, сопровождающим язвенную болезнь (спаечные процессы, застойные явления и др.).
- Повышение функционального состояния опорно-двигательного аппарата.
- Нормализация мышечного тонуса (являющегося мощным регулятором внутренних органов), повышение мышечной силы, проприоцептивной чувствительности.
- Выработка необходимых моторных качеств, навыков и умений (дыхания, расслабления мышц, элементов аутогенной тренировки, координации движений и др.).

И.И. Пархотик [7], Валеев Н.М. [9] наиболее подробно описывают как задачи, так и средства лечебной физической культуры, а также формы ее занятий в зависимости от назначенного двигательного режима. Проанализировав труды ученых [6-8, 10-12], мы решили дополнить их рассуждения своими разработками.

В процессе занятий лечебной физической культурой больным, страдающим язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, можно использовать в зависимости от условий, обстоятельств и этапов реабилитации все средства: физические упражнения, естественные факторы природы, двигательные режимы, лечебный массаж, а также трудотерапию и механотерапию. Среди форм занятий обычно рекомендуются утренняя гигиеническая гимнастика, лечебная гимнастика, дозированная ходьба, тренировочная ходьба по ступенькам лестницы, дозированное плавание, самостоятельные занятия физическими упражнениями и др. Причем выполнение этих форм занятий можно проводить индивидуальным, малогрупповым (4-6 чел.) и групповым (12-15 чел.) методами.

Все эти средства лечебной физической культуры ее формы занятий и методы применять в зависимости от назначенного двигательного режима: в стационаре – постельного, палатного, свободного; в поликлинике и санатории – щадящего, щадяще-тренирующего, тренирующего.

Утренняя гигиеническая гимнастика преследует цели общего развития и укрепления здоровья, повышения работоспособности и помогает закаливанию, содействует более полноценному переходу из заторможенного состояния в бодрствующее, устраняет застой крови в различных отделах. В утренней гигиенической гимнастике используют небольшое (8-10) число упражнений, охватывающих основные мышечные группы; физические упражнения должны быть простыми.

Лечебная гимнастика является одной из основных форм лечебной физической культуры. Кроме общеразвивающих упражнений, применяют специальные упражнения для мышц брюшного пресса и тазового дна, дыхательные упражнения (статические и динамические), упражнения в произвольном расслаблении мышц.

Следует заметить, что упражнения для мышц брюшного пресса в подостром периоде заболевания исключаются. Упражнения в произвольном расслаблении мышц снижают возбудительные процессы в ЦНС, способствуют ускорению процессов восстановления работающих мышц, понижают тонус не только мышц, участвующих в расслаблении, но (рефлекторно) и гладкой мускулатуры внутренних органов желудка и кишечника, снимают спазм кишечника, привратника желудка и сфинктеров.

Терапевтический эффект лечебной гимнастики будет значительно выше, если специальные физические упражнения будут выполняться группами мышц, получающими иннервацию от тех же сегментов спинного мозга, что и заболевший орган. Это упражнения с участием мышц шеи, трапециевидных, поднимающих лопатку, большой и малой ромбовидных, диафрагмы, межреберных мышц, передней стенки живота, подвздошно-поясничной, запирающей, мышц стопы и голени.

При заболеваниях органов пищеварения эффективность лечебной гимнастики во многом зависит от выбора исходных положений, позволяющих дифференцированно регулировать внутрибрюшное давление. Наиболее часто применяются и.п. лежа с согнутыми ногами (на левом или правом боку, на спине), в упоре, стоя на коленях, четвереньках, стоя и сидя. И.п. лежа рекомендуются в период обострения и непосредственно после его, как наиболее щадящие, способствующие наименьшим функциональным сдвигам, обеспечивающие наилучшие условия для выполнения дыхательных упражнений (лежа на спине с согнутыми ногами), произвольного расслабления мышц. Эти исходные положения удобны также и при выполнении упражнений для мышц брюшного пресса и тазового дна.

Анатомо-топографические взаимоотношения желчного пузыря, общего желчного протока и двенадцатиперстной кишки позволяют рекомендовать и.п. лежа на левом боку, стоя на четвереньках, при которых отток желчи по направлению к шейке пузыря и ампуле осуществляется под влиянием гидростатического давления. Дополнительно ускоряет отток желчи в этих исходных положениях повышение внутрибрюшного давления (при полном дыхании с акцентом на диафрагму) с некоторым участием мышц брюшного пресса.

И.п. стоя на коленях (на четвереньках) применяются при необходимости ограничить воздействие на мышцы живота, вызвать механическое перемещение желудка и петель кишечника; и.п. стоя и сидя используются для наибольшего воздействия на органы пищеварения.

Лечебная гимнастика в водной среде проводится в бассейнах с пресной или минеральной водой. Упражнения выполняются из и.п. лежа с плавучими приспособлениями или у поручня, сидя на подвесном стульчике стоя и в движении. Продолжительность занятия от 20 до 40 минут. Температура воды +24-26 °С. На курс лечения 12-15 процедур. Занятия проводят индивидуальным или малогрупповым методом.

Лечебную гимнастику назначают по прошествии острого периода заболевания. Следует осторожно выполнять упражнения, если они усиливают боли. Жалобы часто не отражают объективного состояния, и язва может прогрессировать при субъективном благополучии (исчезновение болей и др.). В связи с этим при лечении больных следует щадить область живота и очень осторожно, постепенно повышать нагрузку на мышцы брюшного пресса. Можно постепенно расширять двигательный режим больного путем возрастания общей нагрузки при выполнении большинства упражнений, в том числе упражнений при диафрагмальном дыхании и упражнений для мышц брюшного пресса.

Занятия лечебной гимнастикой сначала с больными начинают с постельного режима. В первые занятия необходимо научить больного брюшному дыханию при небольшой амплитуде колебаний брюшной стенки. Эти упражнения, вызывая незначительные изменения внутрибрюшного давления, содействуют улучшению кровообращения и нежному массажу органов брюшной полости, уменьшению спастических явлений и нормализации перистальтики. Движения в крупных суставах конечностей выполняют сначала с укороченным рычагом и небольшой амплитудой. Можно использовать упражнения в статическом напряжении мышц пояса верхних конечностей, брюшного пресса и нижних конечностей. Поворачиваться в постели и переходить в положение сидя необходимо спокойно, без значительных напряжений. Продолжительность занятий 8-12 минут.

При заметном стихании болей и других явлений обострения, исчезновении или уменьшении ригидности брюшной стенки, улучшении общего состояния назначают палатный режим: примерно через 2 недели после поступления в стационар. Упражнения из и.п. лежа, сидя, стоя, в упоре стоя на коленях выполняют с постепенно возрастающим усилием для всех мышечных групп (за исключением мышц брюшного пресса), с неполной амплитудой в медленном и среднем темпе. Допускаются кратковременные умеренные напряжения мышц брюшного пресса в положении лежа на спине. Постепенно углубляется диафрагмальное дыхание. Продолжительность занятий 15-18 ми-

нут.

После исчезновения болей и других признаков обострения, при отсутствии жалоб и общем удовлетворительном состоянии назначают свободный режим. В этих занятиях используют упражнения для всех мышечных групп (щадя область живота и исключая резкие движения) с возрастающим усилием из различных исходных положений. Включают упражнения с гантелями (0,5-2 кг), набивными мячами (до 2 кг), упражнения на гимнастической стенке и скамейке. Диафрагмальное дыхание осуществляется с максимальной глубиной. Ходьба доводится до 2-3 км в день, ходьба по лестнице - до 4-6 этажей, желательны прогулки на открытом воздухе. Продолжительность занятия 20-25 минут.

#### **Выводы**

1. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки является и в настоящее время одной из самых распространенных патологий среди системы пищеварения.

2. В основе появления язвенной болезни желудка и возникновения рецидивов рассматриваются три основных фактора: генетическая предрасположенность, нарушение равновесия между факторами агрессии и защиты, наличие *Helicobacter pylori* (НР).

3. В процессе физической реабилитации язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки на стационарном этапе применять комплексный подход: медикаментозную терапию, лечебное питание, фитотерапию, физиотерапевтическое и психотерапевтическое лечение, лечебную физическую культуру с учетом соблюдения лечебного и двигательного режимов.

4. На стационарном этапе реабилитации больным с данной патологией с учетом возможностей лечебного учреждения и назначенного двигательного режима можно рекомендовать все средства лечебной физической культуры: физические упражнения, естественные факторы природы, двигательные режимы, лечебный массаж, механотерапию и трудотерапию. Из форм занятий – утреннюю гигиеническую гимнастику, лечебную гимнастику, дозированную лечебную ходьбу (на территории стационара), тренировочную ходьбу по ступенькам лестницы, дозированное плавание (при наличии бассейна), самостоятельные занятия. Все эти занятия можно проводить индивидуальным, малогрупповым (4-6 чел.) и групповым (12-15 чел.) методами.

Дальнейшие исследования предполагается провести в направлении изучения других проблем комплексной реабилитации больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки на стационарном этапе.

#### **Литература**

1. Василенко В.Х., Гребенев А.Л., Шептулин А.А. Язвенная болезнь. – М.: Медицина, 1987. – 288 с.
2. Дегтярева И.И., Харченко Н.В. Язвенная болезнь. – К.: Здоров'я, 1995. – 336 с.
3. Калюжнова И.А. Лечебная физкультура / И.А. Калюжнова, О.В. Перепелова. – Ростов н/Д: Феникс, 2008. – С. 5-31; 158-161.
4. Лепорский А.А. Лечебная физкультура при болезнях пищеварения. – М., 1963.
5. Лечебная физкультура и врачебный контроль / под ред. В.И.Ильинича, Г.Л. Апанасенко. – М.: Медицина, 1990. – С. 150-151.
6. Мошков В.Н. Лечебная физическая культура в клинике внутренних болезней. – М.: Медицина, 1997. – 375 с.
7. Пархотик И.И. Физическая реабилитация при заболеваниях органов брюшной полости: Монография. – Киев: Олимпийская литература, 2003. – 224 с.
8. Радбиль О.С. Фармакотерапия в гастроэнтерологии. – М.: Медицина, 1991. – 416 с.
9. Физическая реабилитация: учебник, под общей ред. С.Н. Попова. – Ростов н/Д: Феникс. – С. 5-83; 326-334.
10. Частная хирургия. – Т. 1: Учебник / Под ред. Ю.Л. Шевченко. – СПб: Специальная литература, 1998. – 517 с.
11. Шалимов А.А., Саенко В.Ф. Хирургия желудка и двенадцатиперстной кишки. – К.: Здоров'я, 1972. – 355 с.
12. Canelles P., Diago M., Tome A. et al. Ejercicio físico y secreción ácida gástrica // Rev. esp. Enjerm. Apar digest. – 1990. – 77. – № 3.

Поступила в редакцию 14.03.2009г.  
sport2005@bk.ru