МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

**ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ**

Факультет гуманітарних наук, психології та педагогіки

кафедра здоров´я людини та фізичного виховання

**Коваленко М.М.**

**Випускна кваліфікаційна робота бакалавра**

**Фізична терапія хворих після оперативного лікування виразкової хвороби шлунку**

Сєвєродонецьк

2021

**СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ**

# Факультет гуманітрних наук, психології та педагогіки

(повне найменування інституту, факультету)

# Кафедра здоров´я людини та фізичного виховання

(повна назва кафедри)

## ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА

**до випускної кваліфікаційної роботи бакалавра**

**освітньо-кваліфікаційного рівня** \_\_\_\_бакалавр\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(бакалавр, спеціаліст, магістр)

напряму підготовки \_\_\_227 – Фізична терапія, ерготерапія\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(шифр і назва напряму підготовки)

на тему: «Фізична терапія хворих після оперативного лікування виразкової хвороби шлунку».

Виконав: студент групи ЗЛ-17з Коваленко М.М.

Керівник: д. психол. н., доц. Завацький Ю.А.

Завідувач кафедри здоров´я людини

та фізичного виховання:

д. психол. н., доц. Завацький Ю.А.

Рецензент: д. мед. н., проф. Зєльоний І.І.

Сєвєродонецьк – 2021

**СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ**

# Факультет гуманітарних наук, психології та педагогіки

(повне найменування інституту, факультету)

# Кафедра здоров´я людини та фізичного виховання

(повна назва кафедри)

освітньо-кваліфікаційного рівня \_\_\_\_бакалавр\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(бакалавр, спеціаліст, магістр)

напряму підготовки 227 – Фізична терапія, ерготерапія \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(шифр і назва напряму підготовки)

# ЗАТВЕРДЖУЮ

**Завідувач кафедри**

**здоров´я людини**

**та фізичного виховання**

**доц. Завацький Ю.А.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

“26” березня 2021\_року

## З А В Д А Н Н Я

### НА ВИПУСКНУ КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ БАКАЛАВРА

**Коваленка Михайла Михайловича**

Тема роботи: «Фізична терапія хворих після оперативного лікування виразкової хвороби шлунку».

## Керівник роботи Завацький Ю.А., д. психол. н., доц.

( прізвище, ім’я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)

затверджені наказом вищого навчального закладу від “26” березня 2021 р. № 57/15.22.

2. Строк подання студентом роботи\_\_\_10.06.2021 р.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Вихідні дані до роботи: *обсяг роботи* *– 63 сторінки (1,5 інтервал, 14 шрифт з дотриманням відповідного формату), список використаної літератури – 33 дж.*

*4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки: проаналізувати наукові джерела з особливостей фізичної терапії хворих після оперативного лікування виразкової хвороби шлунку; підібрати діагностичний інструментарій згідно вивчення особливостей фізичної терапії хворих хворих після оперативного лікування виразкової хвороби шлунку; на основі проведеного констатувального експерименту розробити практичні рекомендації щодо особливостей фізичної терапії хворих після оперативного лікування виразкової хвороби шлунку.*

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов’язкових креслеників) -*.*

**6. Консультанти розділів роботи:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Розділ | Прізвище, ініціали та посада  консультанта | Підпис, дата | |
| Завдання  видав | Завдання  прийняв |
| 1. | Завацький Ю.А. – д.психол.н., доц. | 26.03.2021 р. | 26.03.2021 р. |
| 2. | Завацький Ю.А. – д.психол.н., доц. | 26.03.2021 р. | 26.03.2021 р. |

7. Дата видачі завдання 26.03.2021 р**.**

#### **КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№**  **з/п** | **Назва етапів** | **Строк виконання етапів** | Примітка |
| 1 | Визначення проблеми дослідження та розроблення плану випускної кваліфікаційної роботи бакалавра | 03.2021 р. | 03.2021 р. |
| 2 | Аналіз літератури за проблемою. Робота над теоретичною частиною дослідження. | 03.2021 р. | 03.2021 р. |
| 3 | Розробка діагностичного інструментарію та проведення констатувального експерименту | 04.2021 р. | 04.2021 р. |
| 4 | Узагальнення результатів констатувального експерименту | 04.2021 р. | 04.2021 р. |
| 5 | Розробка рекомендацій щодо фізичної терапії хворих після оперативного лікування виразкової хвороби шлунку | 05.2021 р. | 05.2021 р. |
| 6 | Підготовка випускної кваліфікаційної роботи бакалавра до захисту та її захист | 06.2021 р. | 06.2021 р. |

**Студент Коваленко М.М.**

**Керівник роботи доц. Завацький Ю.А.**

**РЕФЕРАТ**

Текст – 63 с., джерел – 33

В роботі проаналізувані наукові джерела щодо особливостей фізичної терапії хворих після оперативного лікування виразкової хвороби шлунку.

Проведено констатувальний експеримент з метою дослідження особливостей фізичної терапії хворих після оперативного лікування виразкової хвороби шлунку.

Розроблено практичні рекомендації щодо особливостей фізичної терапії хворих після оперативного лікування виразкової хвороби шлунку.

**Ключові слова:** виразкова хвороба шлунку, оперативне лікування, ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ, ЕРГОТЕРАПІЯ, ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ.

**ЗМІСТ**

ВСТУП …………………………………………………………………………….7

**РОЗДІЛ 1.** **Теоретико-методологічні підходи до вивчення проблеми ФІЗИЧНої ТЕРАПІЇ хворих після оперативного лікування виразкової хвороби шлунку .9**

1.1. Сучасні підходи до діагностики та ведення хворих на виразкову хворобу шлунку …………………………………………………………………..9

1.2. Клініко-фізіологічне обґрунтування застосування лікувальної фізичної культури в реабілітації хворих на виразкову хворобу шлунку………………………………………………………………….………...29

1.3. Особливості проведення фізичної тарпії хворих після оперативного лікування виразкової хвороби шлунку………………………………………...35

**РОЗДІЛ 2. Комплексні засоби ФІЗИЧНої ТЕРАПІЇ хворих після оперативного лікування виразкової хвороби шлунку ……................................................................................................46**

2.1. Сучасні уявлення про фізичну терапію хворих після оперативного лікування виразкової хвороби шлунку………………………………………..46

2.2. Програма фізичної терапії хворих після оперативного лікування виразкової хвороби шлунку……………………………………………………47

2.3. Комплекси процедур лікувальної гімнастики у хворих після оперативного лікування виразкової хвороби шлунку…………………….….50

ВИСНОВКИ ……………………………………………………………………..57

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ ……………………………….…60

## Вступ

**Актуальність теми**. Виразкова хвороба шлунка (пептична виразка за 10 МКХ) – хронічне рецидивуюче захворювання з утворенням виразок у слизовій оболонці шлунка або дванадцятипалої кишки, яке має схильність до прогресування.

Виразкова хвороба (ВХ) залишається однією із важливих проблем сучасної медицини.

На неї страждають 6,0-10,0% населення розвинених країн, а смертність коливається від 6 до 9,7 на 100 тис. населення.

В Україні захворюваність на виразкову хворобу залишається високою і згідно статистичним даним, зареєстровано близько 5 млн. хворих [2, 7].

ВХ шлунка є розповсюдженим захворюванням, яким страждають в основному особи молодого та середнього віку.

Досить часто в цьому віці виникають важкі ускладнення, які потребують оперативного втручання [1].

Для України характерною є висока захворюваність та частота рецидивування (20-25%), в порівнянні із європейськими країнами.

Щорічно вперше вона діагностується у 70 тис. осіб, при цьому кожен другий лікується в стаціонарі.

Зростає кількість пацієнтів, в тому числі працездатного віку, які потребують профілактики, медичної допомоги та реабілітації (Зарянський М. В., Семенів В. О.).

У вивченні ВХ накопичений значний досвід, є достатньо даних, присвячених проблемі медикаментозного, оперативного лікування ВХ [3, 4, 7] та призначенню й використанню окремих засобів фізичної реабілітації – ЛФК, лікувального масажу, фізіотерапії, та є поодинокі роботи, які присвячені поєднаному призначенню засобів фізичної реабілітації з урахуванням періоду хвороби [6, 8].

Тим часом багато аспектів цієї проблеми до теперішнього часу не вирішено.

Зокрема, дуже актуальними є питання застосування засобів фізичної терапії в комплексному лікуванні цього захворювання.

**Обʼєкт дослідження –** фізична терапія хворих з виразковою хворобою шлунку.

**Предмет дослідження –** особливості фізичної терапії хворих після оперативного лікування виразкової хвороби шлунку.

**Мета дослідження –** теоретично обгрунтувати та експериментально дослідити особливості фізичної терапії хворих після оперативного лікування виразкової хвороби шлунку.

**Завдання дослідження:**

1. Розкрити сучасні підходи до діагностики та ведення хворих на виразкову хворобу шлунку.

2. Надати клініко-фізіологічне обґрунтування застосування лікувальної фізичної культури в реабілітації хворих на виразкову хворобу шлунку.

3. Визначити особливості проведення фізичної терапії хворих після оперативного лікування виразкової хвороби шлунку.

4. Запропонувати комплексну програму фізичної терапії хворих після оперативного лікування виразкової хвороби шлунку.

**Методи дослідження** – теоретичний аналіз науково-методичної та спеціальної літератури, методи аналізу, синтезу, узагальнення, клінічні методи дослідження (контент-аналіз історій хвороби, огляд).

**Практичне значення отриманих результатів.** Розроблені комплексні засоби та програми фізичної терапії хворих після оперативного лікування виразкової хвороби шлунку дозволили підвищити ефективність відновного лікування. Дані дослідження можуть бути використанні в роботі медичних закладів, реабілітаційних центрах, санаторіях та під час навчального процесу у вищих навчальних закладах з фізичної терапії та ерготерапії.

**РОЗДІЛ 1**

**Теоретико-методологічні підходи до вивчення проблеми ФІЗИЧНої ТЕРАПІЇ хворих після оперативного лікування виразкової хвороби шлунку**

**1.1. Сучасні підходи до діагностики та ведення хворих на виразкову хворобу шлунку**

На сьогодні виразкова хвороба (ВХ) шлунка та дванадцятипалої кишки (ДПК) є значно поширеним захворюванням в усьому світі, яке виявляють у 10–20% усього дорослого населення.

Нерідко виразкова хвороба є причиною інвалідності, може давати ускладнення, які у деяких випадках призводять до летальних наслідків.

У структурі поширеності захворювань органів травлення в Україні на ВХ шлунка та ДПК припадає 13,29%.

За даними МОЗ України, захворюваність на ВХ шлунка і ДПК в Україні становила 129,8 особи на 100 тис. населення (абсолютні значення – 60 303,0), поширеність – 2303,2 на 100 тис. населення (абсолютне значення – 1 093 531,0).

Ситуація ускладнюється з огляду на те, що за даними ВООЗ, 50% хворих не виконують рекомендації лікаря, з них 70% роблять це свідомо, 30% не мають можливості вчасно їх дотримуватися.

У 58% пацієнтів з ВХ шлунка та ДПК контроль перебігу лікування з боку медичного персоналу відсутній [4, 5].

Виразкова хвороба, або пептична виразка – це захворювання, що характеризується виникненням виразкового дефекту на слизовій оболонці шлунка і/або ДПК, в основі якого лежить запальний процес, зумовлений зниженням захисних властивостей слизової оболонки, і/або підвищення агресивності шлункового вмісту у зв’язку з персистенцією здебільшого Hр-інфекції, а також впливом низки внутрішніх та зовнішніх чинників [2, 3].

Діагноз «пептична виразка шлунка/ДПК» встановлюється за наявності виразки слизової оболонки шлунка або ДПК (відповідно) під час проведення ендоскопічного обстеження.

Останнім часом основними етіологічними чинниками ВХ вважають інфікування H.pylori та вживання ульцирогенних лікарських засобів (нестероїдних протизапальних препаратів – НПЗП, гормонів, цитостатиків).

Фактори, які сприяють виникненню ВХ [7]:

• порушення режиму і характеру харчування (зловживання гострими стравами, кавою, алкогольними напоями, їжею «всухом’ятку», нерегулярне харчування, споживання їжі перед сном тощо);

• тютюнопаління (випалювання більше 10 цигарок протягом дня);

• зловживання алкоголем;

• нервово-психічні перенапруження;

• тяжка фізична праця;

• генетичні фактори (спадкова обтяженість, гіперпепсиногенемія, гіпергастринемія, гіперплазія або гіперфункція пілоричних G-клітин, дефіцит мукопротеїнів у слизовій оболонці гастродуоденальної зони);

• конституційні фактори.

Для ВХ із шлунковою локалізацією у фазі загострення характерна наявність виразки та поєднаного з нею хронічного активного гастриту, асоційованого з H.pylori, а для ВХ ДПК – виразки і хронічного активного дуоденіту, асоційованого з H.pylori.

При цьому ступінь Нр-інфікованості слизової оболонки пропорційний активності запалення, наявності шлункової метаплазії епітелію та атрофії залоз [8].

Роль H.pylori у розвитку ВХ подвійна:

• по-перше, у процесі своєї життєдіяльності, утворюючи аміак із сечовини, H.pylori постійно залужнює антральний відділ шлунка, що призводить до гіперсекрецїї гастрину, постійної стимуляції обкладкових клітин (парієтальних гландулоцитів) і гіперпродукції соляної кислоти;

• по-друге, низка штамів H.pylori виділяють цитотоксини, які ушкоджують слизову оболонку, що призводить до розвитку антрального гастриту (гастрит типу В), шлункової метаплазії дуоденального епітелію, міграції H.pylori у ДПК і розвитку дуоденіту, а за наявності генетичної схильності – і ВХ. H.pylori виявляють майже у 95% хворих із виразковим ураженням ДПК та у 60–70% – із шлунковою локалізацією виразки.

Порушення рівноваги між агресивними властивостями шлункового соку (соляна кислота, пепсин) і захисними можливостями слизової оболонки шлунка і ДПК (утворення слизу та бікарбонатів, нормальний вміст простагландинів у стінці слизової оболонки, активні регенераторні процеси та адекватне кровопостачання слизової оболонки, імунний захист) відіграють основну роль у патогенезі ВХ.

Зниження стійкості слизової оболонки до дії агресивних факторів (посилення впливу кислотно-пептичного чинника, пов’язане зі збільшенням маси секреторних клітин, продукування надмірної кількості хлористоводневої кислоти і пепсину; порушення моторно-евакуаторної функції шлунка і ДПК) відбувається, головним чином, під впливом обсіменіння слизової оболонки мікроорганізмами H.pylori.

У патогенезі ВХ також мають значення порушення моторики шлунка і ДПК, дуоденогастральний рефлюкс, погіршення кровопостачання слизової оболонки, вживання деяких медикаментозних препаратів, передусім НПЗП і глюкокортиокстероїдів (ГКС).

Спадковість посідає важливе місце в розвитку ВХ, особливо дуоденальної локалізації, однак успадковується не саме захворювання, а високий ризик розвитку ВХ ДПК.

З морфологічної точки зору виразка, яка виникає в гастродуоденальній зоні, є глибоким дефектом слизової оболонки з обов’язковим руйнуванням власної м’язової пластинки, під час загоєння якої утворюється сполучнотканинний рубець.

Численними дослідженнями було визначено, що посилення дії агресивних чинників пов’язане переважно з гіперсекрецією хлористоводневої кислоти, а ослаблення чинників захисту слизової оболонки гастродуоденальної зони – з її запаленням.

Основою обох процесів є тривале інфікування слизової оболонки шлунка і ДПК H.рylori, що бере участь у патогенезі розвитку виразкового дефекту, впливаючи на чинники як «захисту», так і «агресії». Робоча класифікація виразкової хвороби

За наявності H.pylori:

• Нр-позитивна;

• Нр-негативна.

За локалізацією:

• виразка шлунка (кардіального та субкардіального відділів, тіла шлунка, антрального відділу, пілоричного каналу);

• виразка ДПК (ампули, позаампульного відділу);

• поєднані виразки шлунка та ДПК;

• виразка гастроентероанастомозу.

За розмірами виразкового дефекту:

• мала виразка (до 0,5 см);

• середніх розмірів (0,6–1,0 см);

• велика (понад 1 см);

• гігантська – понад 3 см для шлунка, понад 2 см для ДПК.

Стадії:

• загострення;

• рубцювання (стадія «червоного» та «білого» рубця);

• ремісії;

• рубцево-виразкова деформація шлунка та ДПК;

• уперше виявлена.

За перебігом:

• легкий ступінь (частота рецидивів – один раз на рік і рідше);

• середньої тяжкості (частота рецидивів – два рази на рік);

• тяжкий ступінь (частота рецидивів – понад два рази на рік або наявність ускладнень).

Ускладнення:

• стеноз антрального відділу шлунка;

• пенетрація;

• перфорація;

• кровотеча;

• перигастрит та перидуоденіт;

• малігнізація.

Симптоматичні виразки:

• стресові;

• медикаментозні;

• при ендокринних захворюваннях (синдром Золлінгера–Еллісона, гіперпаратиреоз);

• при захворюваннях внутрішніх органів (гепатогенні, панкреатогенні, при хронічному обструктивному захворюванні легень – ХОЗЛ, атеросклерозі).

Локалізація виразок шлунка різна: найчастіше вони зустрічаються на малій кривині (46–50%), у воротарному і передворотарному відділах (38–45%), значно рідше – у верхньому відділі шлунка (8–10%), на передній і задній стінках тіла шлунка (3–5%) і дуже рідко – у ділянці дна і великої кривини шлунка (0,1–0,2%).

Правильно зібраний анамнез при ВХ має не менше значення, ніж лабораторне та інструментальне обстеження.

Основними клінічними проявами ВХ є больовий і диспепсичний синдроми.

При ВХ дуоденальної локалізації біль характеризується періодичністю (чергуванням періодів загострення і ремісії), ритмічністю, пов’язаною зі споживанням їжі, сезонністю (весняні та осінні загострення).

Біль виникає натще (часто вночі) і зменшується чи повністю минає після їжі або вживання антацидних препаратів, холінолітиків.

Диспепсичний синдром таким пацієнтам менше властивий, ніж больовий.

При ВХ шлунка сезонність захворювання виражена менше; больовий синдром триваліший; антацидні препарати менш ефективні, а їжа швидше спричиняє біль, ніж усуває його.

Ранній біль властивий виразкам, розташованим у верхньому відділі шлунка, для виразок шлунка в ділянці воротарної ділянки та ДПК характерний пізній (через 1,5–2 год після їжі) і нічний біль, що зменшується або навіть припиняється після споживання їжі.

Нудота, відсутність апетиту і блювання більш властиві шлунковій локалізації виразки.

Регулярне щоденне блювання, особливо ранкове, залишками напередодні спожитої їжі характерне для порушення її евакуації через набряк і спазм воротаря й особливо стеноз антрального відділу шлунка.

Із диспепсичних явищ при ВХ найчастіше виникає печія (у 60–80% усіх хворих на ВХ), причому не тільки в періоди загострень.

Печія може протягом багатьох років передувати періодам загострень.

Вона має ті самі типові риси, що і біль (періодичність, сезонність), пов’язана з порушенням моторної функції стравоходу та шлунка і є ознакою наявності у хворого гастроезофагального рефлюксу.

Апетит у хворих на ВХ збережений, а інколи навіть значно посилений.

Втрату маси тіла констатують майже в усіх хворих у період загострення, а відновлення її часто асоціюється з початком ремісії.

У деяких хворих на ВХ періодично спостерігається посилене слиновиділення, якому передує нудота.

Закрепи, незалежно від локалізації виразки, частіше виникають у період загострення ВХ і зумовлені характером харчування хворих, ліжковим режимом і, головним чином, нервово-м’язовою дистонією товстої кишки вагусного походження.

Іноді закрепи виникають або посилюються внаслідок вживання антацидних препаратів, зокрема, солей кальцію.

Проноси зустрічаються рідко і зумовлені супутніми ураженнями тонкої кишки, що супроводжуються порушенням функцій перетравлювання і всмоктування.

Під час огляду порожнини рота у хворих на ВХ часто виявляють каріозні зуби, а також супутній періодонтит і/або пародонтоз, що негативно впливають на якість механічного оброблення їжі.

Язик у хворих на ВХ із супутнім гастритом може бути вкритий білувато-жовтим нальотом, а в разі прогресування атрофічного гастриту зі зниженою секреторною функцією шлунка загладжуються сосочки язика.

Під час поверхневої пальпації передньої черевної стінки при загостренні ВХ часто визначають локальну помірну болючість у надчеревній ділянці зліва (при медіогастральних) або справа (при пілоричних або дуоденальних виразках) від середньої лінії, а іноді (в разі локалізації виразкового дефекту в кардіальному і субкардіальному відділах шлунка) – безпосередньо біля мечоподібного відростка.

Болючість під час поверхневої пальпації живота у хворих на ВХ часто поєднується з помірною резистентністю м’язів передньої черевної стінки у верхній третині правого (при дуоденальній локалізації виразки) або лівого (при медіогастральних виразках) прямого м’яза живота, що пов’язано з реакцією парієтальної очеревини.

Певне значення в діагностиці загострення ВХ має позитивний симптом Менделя: поява чіткої локальної болючості під час ривкової пальпації у надчеревній ділянці.

Позитивний симптом Менделя зникає після затухання загострення захворювання. Проте загалом фізикальне обстеження хворого на ВХ малоінформативне [1,10].

Необхідні лабораторні обстеження:

1. Загальний аналіз крові (ознаки хронічної залізодефіцитної анемії).

2. Аналіз калу на приховану кров (за підозри на шлунково-кишкову кровотечу).

3. Визначення вмісту у крові білірубіну, загального білка, білкових фракцій у сироватці крові, пепсину у сироватці крові та шлунковому вмісті, активності лужної фосфатази, АЛТ, АСТ, електролітів (калій, натрій, кальцій), рівня гастрину в сироватці крові.

4. Діагностика інфекції H.pylori:

• прямі методи, що виявляють або не виявляють бактерію (гістологія, мікробіологічний метод розведення);

• репрезентативний антиген (антиген-тест випорожнення);

• специфічний продукт обміну речовин (аміак при проведенні швидкого уреазного тесту, двоокис вуглецю при дихальному тесті з сечовиною).

Необхідні інструментальні методи обстеження:

1. Езофагогастродуоденоскопія (ЕФГДС) застосовується для верифікації діагнозу, а також для контролю за лікуванням хворих із пептичною виразкою.

2. Рентгеноскопія шлунка (за неможливості проведення ЕФГДС).

Необхідні консультації суміжних спеціалістів:

1. Гастроентеролога (у разі пептичної виразки шлунка, рецидивуючого та ускладненого перебігу пептичної виразки, невдалій ерадикації інфекції H.рylori).

2. Хірурга (за наявності ознак ускладнень пептичної виразки: шлунково-кишкової кровотечі, стенозу воротаря шлунка, пенетрації, перфорації).

3. Онколога (у разі виявлення ознак малігнізації виразки шлунка).

Необхідно диференціювати пептичні виразки насамперед з раком шлунка, гастроезофагеальною рефлюксною хворобою (ГЕРХ), функціональною диспепсією, симптоматичними виразковими дефектами, зумовленими ендокринною патологією.

Хворі на рак шлунка скаржаться на безпричинну загальну слабкість, зниження працездатності, немотивоване зниження апетиту іноді аж до відрази до їжі, чи окремих її видів (м’ясо, риба тощо), явища шлункового дискомфорту (відчуття переповнення шлунка, розпирання, важкість у надчеревній ділянці, можливі нудота і блювання). Блювотні маси у хворих на рак шлунка нерясні, складаються із шлункового соку та їжі, майже постійно в них знаходять домішки крові.

У разі розпаду пухлини буває гнилісний запах. Деякі прояви раку шлунка залежать від його локалізації, характеру росту та метастазування.

Так, раку воротарного відділу властиве порушення евакуації зі шлунка; рак кардії найчастіше супроводжується дисфагією; рак тіла шлунка тривалий час може проявлятися лише загальними порушеннями.

Для карциноми шлунка, що ускладнилась виразкою, характерні шлункова диспепсія, постійний біль у надчеревній ділянці; нерідко першим проявом такої пухлини може бути шлункова кровотеча, а в деяких випадках – лихоманка.

Множинна біопсія, виконана не менше ніж з 5 місць країв і дна виразкового дефекту, сприяє встановленню правильного діагнозу. За наявності ГЕРХ основними симптомами є печія, рідше – біль, що виникає або посилюється в положенні лежачи, при згинанні, нахилі тулуба вперед.

Біль, що локалізується лише в надчеревній ділянці, змушує насамперед думати про наявність ВХ, а іррадіація болю за груднину, поєднання його з печією частіше зустрічається в разі приєднання до ВХ шлунково-стравохідного рефлюксу.

Таке поєднання трапляється досить часто. Спеціальні проби (на кліренс стравоходу, його рН, тощо) та ЕФГДС дозволяють уточнити діагноз.

При невиразковій (функціональній) диспепсії скарги хворих дуже схожі зі скаргами при ВХ.

Функціональна диспепсія частіше спостерігається в осіб юнацького та молодого віку.

Періодичний біль виникає переважно вночі, іррадіація болю схожа на таку, що характерна для ВХ. Іноді після вживання антацидних і спазмолітичних засобів настає полегшення. Періодичність болю не так чітко окреслена, як при ВХ.

Таким хворим можна рекомендувати ендоскопічне та рентгенологічне дослідження, визначення Н.pylori у слизовій оболонці шлунка. У сумнівних випадках рекомендується пробне лікування протягом 7–10 днів, якщо воно не допомагає, потрібне повторне діагностичне обстеження.

При синдромі подразненого кишечнику біль нагадує кишкову кольку, локалізується у нижніх відділах живота, часто супроводжується метеоризмом.

На відміну від ВХ біль далеко не завжди пов’язаний з їжею і часто супроводжується закрепами з виділенням великої кількості слизу.

Наявність або відсутність виразки шлунка/ДПК остаточно підтверджується завдяки ЕФГДС.

Встановлено, що на тлі синдрому подразненого кишечнику досить часто згодом виникає ВХ.

При хронічному порушенні дуоденальної прохідності (хронічній дуоденальній непрохідності – ХДН, дуоденостазі) хворі протягом багатьох років скаржаться на біль, нудоту, блювання, що виникає внаслідок ускладнення пасажу харчового хімусу по ДПК і затримання евакуації його у нижче розташовані відділи тонкої кишки.

Найчастіше причиною ХДН є артеріомезентеріальна компресія, опущення ДПК, укорочення зв’язки Трейтца, перидуоденіт тощо.

При декомпенсації ХДН виникають гіпотонія, атонія і дилатація ДПК, розвиваються атрофія та ерозивно-виразкове ураження її стінки, недостатність функції сфінктера Одді, що створює передумови для розвитку панкреатиту.

Хворі скаржаться на загальну слабкість, швидку втомлюваність, зниження працездатності, схуднення, безсоння, іноді – субфебрилітет. Для діагностики ХДН використовують релаксаційну дуоденографію з подвійним контрастуванням.

При декомпенсації спостерігають стійку атонію і розширення ДПК понад 60 мм, контрастна речовина внаслідок дуоденогастрального рефлюксу, що з’являється при ХДН, пасивно переміщується у шлунок і назад у кишку.

Гастродуоденальні виразки у хворих на гіперпаратиреоз відрізняються від ВХ наявністю ознак підвищеної функції паращитоподібних залоз (м’язова слабкість, біль у кістках, спрага, поліурія).

Діагноз підтверджується за допомогою УЗД щитоподібної та прищитоподібних залоз, лабораторного визначення рівнів іонізованого кальцію, фосфору і паратгормону у крові.

Гіпергастринемія (синдром Золлінгера–Еллісона) характеризується тріадою симптомів: рецидивуючі постбульбарні виразки ДПК, виражена шлункова базальна гіперсекреція, аденома підшлункової залози.

Захворювання проявляється рецидивуючими виразками слизової оболонки гастродуоденальної зони у поєднанні з діареєю, що пов’язано з надмірною секрецією хлористоводневої кислоти та інактивацією панкреатичної ліпази.

Діарея в більшості випадків зустрічається одночасно з виразкою, а в 20–40% її виявляють як першу ознаку захворювання.

Слід зазначити, що величина вільної хлористоводневої кислоти, яка перевищує нормальні її показники в 4–10 разів, властива лише гастриномі.

Як відомо, рівень гастрину в сироватці крові у хворих на ВХ суттєво не відрізняється від норми, тоді як у хворих на гастриному він може бути у 10 разів вищий.

Підтверджують діагноз провокаційні проби з глюкагоном, УЗД та комп’ютерна томографія підшлункової залози, визначення паратгормону та гастрину у крові радіоімунним методом.

Алгоритм лікування виразкової хвороби шлунка/ДПК включає:

Схеми ерадикаційної антихелікобактерної терапії NB!

Лікарські засоби необхідно приймати перед їжею. Трикомпонентна терапія:

• ІПП у стандартній дозі 2 рази на добу + амоксицилін 1000 мг 2 рази на добу + кларитроміцин 500 мг 2 рази на добу протягом 10–14 днів. У разі алергії на пеніцилін:

• ІПП у стандартній дозі 2 рази на добу + кларитроміцин 500 мг 2 рази на добу + метронідазол 500 мг 2 рази на добу протягом 7–14 днів. NB! Використання високих доз ІПП останнього покоління (езомепразол 40 мг 2 рази на добу) приводить до підвищення ефективності трикомпонентної схеми. Послідовна терапія:

• ІПП у стандартній дозі 2 рази на добу + амоксицилін 1000 мг 2 рази на добу 5 днів з подальшим переходом на ІПП + кларитроміцин 500 мг 2 рази на добу + метронідазол (або тинідазол) 500 мг 2 рази на добу 5 днів. Терапія другої лінії (квадротерапія):

• призначається у разі неефективності трикомпонентної або послідовної терапії, при непереносимості або резистентності до кларитроміцину;

• ІПП у стандартній дозі 2 рази на добу + вісмуту субсаліцилат 120 мг 4 рази на добу + метронідазол 500 мг 3 рази на добу + тетрациклін 500 мг 4 рази на добу протягом 10–14днів. Терапія «порятунку»:

• призначається за відсутності ерадикації інфекції H.pylori після другого курсу лікування;

• ІПП у стандартній дозі 2 рази на день + амоксицилін 1000мг 2 рази на добу + левофлоксацин 500мг 1 раз на добу або рифабутин 300мг 1 раз на добу протягом 10–14 днів [5].

Особливості фармакотерапії за наявності пептичної виразки

• Доцільне призначення пробіотиків у період антихелікобактерної терапії протягом 14 днів, оскільки вони підвищують ефективність ерадикації та запобігають розвитку дисбіотичних порушень кишечнику.

• Після проведення ерадикаційної терапії пептичної виразки, асоційованої з вживанням НПЗП, необхідне призначення ІПП у стандартній дозі або антагоністів Н2 -рецепторів у подвійній дозі; додатково можуть бути призначені сукральфат або вісмуту субсаліцилат.

Тривалість лікування становить 14–28 днів залежно від локалізації виразки [1].

• При неускладненій пептичній виразці ДПК подальше призначення ІПП не потрібне.

• До отримання результатів біопсії для полегшення симптомів пептичної виразки за необхідності можуть бути призначені антагоністи Н2 -рецепторів, антациди, альгінати, спазмолітичні засоби.

• Після закінчення комбінованої ерадикаційної терапії залежно від рівня кислотопродукції у шлунку можна продовжити лікування з використанням антисекреторних (ІПП, блокатори Н2 -рецепторів гістаміну), а також цитопротекторних препаратів [11, 12].

Якщо повторні курси антихелікобактерної терапії не приводять до ерадикації Нр-інфекції, показана тривала антисекреторна терапія.

Як варіанти розглядають:

1. Тривалу (протягом кількох місяців і навіть років) підтримувальну терапію антисекреторним препаратом у половинній дозі (20 мг фамотидину, 20–40 мг омепразолу, 30–60 мг лансопразолу, 20–40 мг пантопразолу, 20–40 мг рабепразолу, 20–40 мг езомепразолу).

Показання до цього виду лікування такі:

• неефективність проведеної ерадикаційної терапії;

• ускладнення перебігу ВХ (в анамнезі шлунково-кишкова кровотеча або перфорація);

• наявність супутніх захворювань, що вимагають лікування НПЗП;

• супутній рефлюкс-езофагіт чи рефлюкс-гастрит;

• хворі віком понад 60 років із щорічними рецидивами ВХ попри адекватну курсову дозу;

• деякі види симптоматичних виразок (при синдромі Золлінгера–Еллісона, цирозі печінки тощо);

• грубі рубцеві зміни з явищами перивісцериту;

• затяті курці.

2. Профілактичне лікування «за потреби» проводять у разі появи симптомів, характерних для ВХ.

Застосовують один з антисекреторних препаратів у повній добовій дозі протягом 3–4 днів, а потім у половинній – протягом 2 тиж.

Якщо після такого лікування повністю зникають симптоми загострення, препарат відміняють, коли ж ознаки загострення рецидивують, проводять ЕФГДС та інші необхідні дослідження. Однак у разі шлункової локалізації виразки така терапія не рекомендується.

3. Переривчасту терапію проводять зазвичай на підставі ендоскопічних даних (наявність «активної» виразки) за відсутності Нр-інфекції.

Полягає вона у призначенні антисекреторних препаратів у первинній добовій дозі 2–3-тижневими курсами з перервами у 2 тиж.

4. Терапія вихідного дня – підтримувальні дози антисекреторних препаратів застосовують тільки 3 дні на тиждень (у п’ятницю, суботу та неділю).

Лікування пептичних виразок, неасоційованих з Н.pylori, здійснюється шляхом монотерапії стандартними дозами ІПП або Н2 -гістаміноблокаторів протягом 4–6 тиж (при дуоденальних виразках) або 6–8 тиж (при виразках шлунка).

У разі відсутності ефекту (чи недостатнього ефекту) рекомендують цитопротекторні препарати, що діють локально: сукральфат (0,5–1 г 4 рази на день) чи колоїдний вісмуту субсаліцилат (120 мг 4 рази на день) протягом 2–4 тиж [14].

У хворих із помірним підвищенням кислотопродукуючої функції шлунка, особливо зі шлунковою локалізацією виразки, для зменшення агресивності шлункового вмісту можна застосовувати антацидні препарати: фосфалюгель 1–2 пакети 2–3 рази на день за 30 хв до їди; маалокс 1 пакет 3–4 рази на день за 30 хв до їди; альмагель 1–2 чайні ложки за 30 хв до їди і перед сном тощо.

Антацидні препарати нейтралізують соляну кислоту у шлунковому вмісті, не впливаючи на її продукування.

Для підвищення резистентності слизової оболонки шлунка і ДПК призначають гастроцитопротектори.

Мізопростол (цитотек) – синтетичний аналог ПГЕ, що підвищує вироблення слизовою оболонкою шлунка бікарбонатів, слизу; сприяє утворенню епітеліальними клітинами шлунка сурфактантподібних з’єднань, нормалізує кровотік у мікросудинах слизової оболонки шлунка; впливає на трофіку слизової оболонки шлунка і ДПК; гальмує виділення хлоридної кислоти, пепсину, запобігає негативним впливам НПЗП на слизову оболонку травного тракту.

Препарат призначають по 0,2 мг 3–4 рази на день після їди протягом 4–8 тиж. Енпростил (арбопростил, тимопростил) – синтетичний аналог ПГЕ2 , механізм дії такий самий, як мізопростолу, застосовують у капсулах по 35 мг 3 рази на день після їди протягом 4–8 тиж.

Де-нол – колоїдний вісмуту субсаліцилат, застосовують у таблетках по 0,12 г. У разі вживання таблеток усередину утворюється колоїдна маса, що розподіляється на поверхні слизової оболонки шлунка й обволікає парієтальні гландулоцити, справляючи при цьому антацидну і цитопротекторну дію.

Крім того, препарат має антихелікобактерні властивості. Вживають його по 0,12 г за 1–1,5 год до їди 3 рази на день і перед сном протягом 4–8 тиж.

Сукральфат (вентер, антепсин) – основна алюмінієва сіль сульфатованої сахарози. Має цитопротекторну дію, що базується на зв’язуванні з білками змертвілої тканини у складні комплекси.

Ці комплекси утворюють міцний бар’єр, що має захисні властивості в місці локалізації виразкового дефекту.

Приймають у таблетках або пакетиках по 1 г за 40 хв до їди 3 рази на день і перед сном протягом 3–4 тиж.

Для курсового лікування препарат найдоцільніше призначати хворим з уперше виявленою ВХ та відсутністю тривалого анамнезу.

З метою сприяння захисним механізмам у пацієнтів з ВХ призначають препарати, що покращують репаративні процеси, стимулюють слизоутворення і захищають слизову оболонку шлунка від кислотно-пептичного впливу.

Як засоби, що впливають на тканинний обмін (репаранти), використовують солкосерил (щоденно по 2–4 мл), алантон (по 0,1 г 3–4 рази на день за 30 хв до їди), вінілін (перорально по 3–5 капсул перед сном), облепихову олію (перорально по 10 мл), натрію нуклеїнат (перорально по 0,5 г 3–4 рази на день), вітаміни групи В, екстракт алое (по 1 мл підшкірно), білкові гідролізати, анаболічні гормони (ретаболіл, неробол тощо), піримідинові похідні (метилурацил по 0,5 г 4 рази на день, калію оротат по 0,5 г 2 рази на день після їди).

Призначають 1–2 препарати на 20–30 днів. Вони прискорюють загоєння виразок гастродуоденальної зони, стимулюють проліферацію клітин поверхнево-ямкового епітелію слизової оболонки, сприяють реепітелізації та формуванню рубця.

Однак достатньо переконливих доказів ефективності цих засобів для профілактики рецидиву ВХ немає [13].

Важливе значення у лікуванні хворих на ВХ має нормалізація моторної функції шлунка та ДПК, що досягається призначенням препаратів прокінетичної дії: домперидон (мотиліум) по 10–20 мг або цизаприд (координакс) по 5–40 мг 3–4 рази на день за 10–20 хв до їди.

Хворим із ВХ з вираженим больовим синдромом призначають спазмолітики: дротаверин (но-шпа) по 0,04–0,08 г 2–3 рази на день (перорально і внутрішньом’язово), бускопан по 0,01–0,02 г 2–3 рази на день (перорально, у свічках, внутрішньом’язово).

Для хворих на ВХ із супутньою артеріальною гіпертензією та ішемічною хворобою серця, а також для пацієнтів похилого віку препаратами вибору є блокатори кальцієвих каналів (дилтіазем по 60–120 мг 2–3 рази на день, верапаміл по 80–120 мг 2–3 рази на день), які також знижують продукування Н+-іонів.

З урахуванням ролі кортиковісцеральних порушень у патогенезі ВХ для нормалізації нейрогуморальної регуляції використовують психотропні засоби.

У разі тривоги та неспокою з порушенням сну застосовують транквілізатори (еленіум або тазепам по 0,01 г 2–3 рази на день), тривожно-депресивний стан є показанням до призначення антидепресантів (амітриптилін або триптизол по 0,025 г 2–3 рази на день).

Якщо у хворого виражений больовий синдром, сповільнення евакуації зі шлунка, дуоденостаз, дуоденогастральний і гастроезофагальний рефлюкси, призначають психотропний препарат сульпірид (еглоніл) у дозі 0,05–0,1 г 2–3 рази на день, який гальмує мозкову фазу секреції хлористоводневої кислоти та гастрину і забезпечує спазмолітичний ефект.

Призначення у схемі комплексного лікування лікарських рослин хворим на ВХ пов’язане з їхніми протизапальними (кора дуба, трава звіробою, листки подорожника, корінь та кореневища оману, квітки календули), спазмолітичними (квітки ромашки, корінь солодки, листки м’яти, плоди фенхеля), послаблюючими (кора крушини, корінь ревеня, листя сени) властивостями.

У літній період хворим рекомендують також споживати свіжі ягоди полуниць і чорниць, які мають протизапальну, знеболювальну, ранозагоювальну дію і є джерелом вітамінів.

Значно прискорює рубцювання гастродуоденальних виразок свіжий сік капусти, а для нейтралізації кислого шлункового вмісту застосовують картопляний сік.

Мінеральні води показані практично всім хворим на ВХ у стадії ремісії, за винятком хворих, які погано їх переносять.

Призначають переважно води малої та середньої мінералізації (не вище ніж 2%), гідрокарбонатно-натрієві, гідрокарбонатно-сульфатно-натрієві води (слов’янська, єсентуки № 4, моршинська № 6, поляна квасова, боржомі тощо).

Хворим із підвищеною або нормальною секреторною і нормальною евакуаторною функцією шлунка воду слід пити теплою за 1,5 год до їди, зі зниженою секрецією – за 40 хв – 1 год до їжі, зі сповільненою евакуацією зі шлунка – за 1 год 45 хв – 2 год до їди по 150–200 мл.

Хворим із високою секрецією та кислотністю мінеральні води призначають і після їди в тих самих дозах. Середня тривалість курсового лікування мінеральними водами становить 20–24 дні.

Фізіотерапевтичні методи можна застосовувати хворим із неускладненою ВХ у фазі:

• загострення: синусоїдальні модульовані струми, діадинамічні струми Бернара, мікрохвильова терапія, інтраназальний електрофорез із розчином даларгіну, гіпербарична оксигенація, низькоенергетичне лазерне опромінення (гелій-кадмієвий, аргоновий, неоновий і криптоновий лазери);

• затухання загострення: теплові процедури (грязеві, торфяні, озокеритові, парафінові аплікації), електрофорез препаратів (папаверин, платифілін, новокаїн, даларгін тощо) на надчеревну ділянку, гідротерапія;

• ремісії: ультразвук, мікрохвильова терапія, діадинамічні синусоїдальні модульовані струми, електрофорез із застосуванням лікарських засобів, ванни (хвойні, перлинні, кисневі, радонові), локальні теплові процедури, голкорефлексотерапія.

Первинна профілактика ВХ включає в себе комплекс соціальних, медичних і виховних заходів, спрямованих на запобігання захворюванню завдяки усуненню причин і умов їхнього виникнення та розвитку, а також на підвищення стійкості організму до впливу несприятливих чинників навколишнього, виробничого і побутового середовища.

Під час проведення первинної профілактики ВХ виділяють два напрямки:

1. Усунення чинників ризику у здорових осіб без клінікоінструментальних даних, що свідчать про наявність гастродуоденальної патології.

2. Профілактика в осіб з уже сформованими локальними механізмами виразкового генезу, що розцінюють як передвиразковий стан, з метою стримати його прогресування і запобігти загостренню.

Існує зв’язок ВХ з низкою хронічних захворювань внутрішніх органів, які самі по собі можуть спричиняти розвиток симптоматичних виразок, а також сприяти виникненню ВХ.

Це, насамперед, системний атеросклероз, ХОЗЛ, легенево-серцева недостатність, хронічна хвороба нирок, хронічні захворювання гепатобіліарної системи і підшлункової залози, посттравматична енцефалопатія.

Вторинна профілактика.

Усі хворі на ВХ повинні бути взяті на диспансерний облік відразу після виявлення виразок.

Диспансерному обліку підлягають і хворі, які перенесли оперативне втручання з приводу ВХ, а також хворі на первинний гастродуоденіт та особи, які мають чинники ризику його виникнення.

Хворі з уперше виявленим гастродуоденітом (пілоробульбітом), антрум-гастритом, ВХ ДПК неускладненого перебігу з давністю останнього загострення до 5 років перебувають під активним диспансерним обліком у поліклініці у сімейного лікаря.

За відсутності загострення протягом 5 років пацієнтів знімають з активного обліку. У разі загострення, що виникло після 5-річної ремісії, пацієнт знову підлягає активному диспансерному обліку.

Хворі з ускладненим перебігом ВХ ДПК і шлунка перебувають на диспансерному обліку у гастроентеролога [6].

Прогноз у хворих із неускладненою ВХ позитивний. У разі досягнення ерадикації рецидиви протягом першого року виникають лише у 6–7%. Рання діагностика і своєчасне лікування запобігають розвитку ускладнень і сприяють одужанню.

Прогноз погіршується у хворих із тривалою ВХ у поєднанні з частими рецидивами, ускладненими формами, особливо в разі злоякісного переродження виразки.

**1.2. Клініко-фізіологічне обґрунтування застосування лікувальної фізичної культури в реабілітації хворих на виразкову хворобу шлунку**

Виразкова хвороба – хронічне захворювання, основним морфологічним проявом якого є рецидивуюча виразка шлунка або дванадцятипалої кишки, як правило, виникаюча на фоні гастриту, викликаного інфекцією Helicobacter pylori.

Важливо підкреслити, що медицина завжди розділяла виразкову хворобу і симптоматичні виразки слизової оболонки шлунка і дванадцятипалої кишки.

Такі виразки можуть виникати при ендокринній патології, при стресах, гострих або хронічних порушеннях кровообігу, алергії, при прийомі нестероїдних протизапальних засобів.

В англомовній літературі часто вживається термін “пептична виразка” для позначення власне виразкової хвороби, і симптоматичної виразки слизової оболонки шлунку і дванадцятипалої кишки [3, 9].

Діагностика загострення захворювання не викликає утруднень, оскільки в більшості випадків симптоматика типова.

При локалізації виразки в дванадцятипалій кишці характерні пізні (через 1-1/2 години після їжі), нічні, “голодні” болі в епігастральній області або правому підребер’ї, які проходять після прийому їжі, антацидних лікувальних засобів (ранітидина, омепразола).

Можливе виникнення блювання кислим вмістом шлунку; після блювоти пацієнти відчувають полегшення (деякі з них самостійно викликають блювоту для зменшення болів).

Переважні також наступні прояви хвороби – нудота, печія, відрижка. Але зустрічаються випадки з нетиповими симптомами: відсутність характерного больового синдрому, відсутність сезонних загострень.

Проте ці прояви не виключають даного діагнозу.

Складно виявити і правильно розпізнати так звані “німі” загострення захворювання, а, за даними деяких авторів, безсимптомні рецидиви зустрічаються майже у 50% пацієнтів з виразковою хворобою шлунка і дванадцятипалої кишки, підтвердженою при інструментальному обстеженні [8].

Виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки є розповсюдженим захворюванням, яким страждають в основному особи молодого та середнього віку.

Досить часто в цьому віці виникають важкі ускладнення, які потребують оперативного втручання [3].

Імпульси від рецепторів внутрішніх органів надходять у центральну нервову систему, сигналізуючи про інтенсивність функціонування та стан органів і систем.

При захворюванні відбувається порушення рефлекторної регуляції, виникають патологічні домінанти і патологічні рефлекси [6].

Важливо відзначити, що можливі різні серйозні ускладнення виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки: кровотеча, перфорація, пенетрація, малігнізація, стеноз, часті рецидиви [6, 7].

Ризик злоякісної трансформації при цьому захворюванні невеликий.

При першому виявленні виразки в шлунку принципове значення має ретельна морфологічна верифікація діагнозу для виключення первинновиразкової форми раку шлунку [8].

Пацієнтів з виразковою хворобою шлунка і дванадцятипалої кишки як при загостренні захворювання, так і в період ремісії лікують комплексно: призначають медикаменти, дієтотерапію, пиття мінеральної води, засоби фізичної реабілітації [7].

Реабілітація хворих на виразкову хворобу шлунка і дванадцятипалої кишки – одна з важливих медикосоціальних проблем гастроентерології.

Ці хвороби перебігають довго, мають негативний вплив не тільки на морфофункціональний стан гастродуоденальної системи та інших органів, але і практично на багато сторін життя хворого: побутові, соціальні, психоемоційні.

Із урахуванням клініко-ендоскопічних, морфологічних особливостей хвороби, основні задачі медичної реабілітації зводяться для досягнення стійкої і тривалої фази ремісії, ліквідації хронічного запального процесу в гастродуоденальній зоні, попередження загострень, відновлення або покращання морфо-функціонального стану шлунка, дванадцятипалої кишки, фізичної працездатності і психологічного стану пацієнта, і на кінець – до досягнення в низці випадків повного одужання [1, 3, 7].

Хвороба пригнічує і дезорганізує рухову активність – неодмінна умова нормального формування і функціонування будь-якого живого організму. Тому лікувальна фізична культура (ЛФК) є дуже важливим елементом відновлювального лікування хворих із виразковими процесами [1, 2].

Вже відомо, що виконання дозованих фізичних вправ супроводжується позитивними зрушеннями у функціональному стані регуляторних центрів і підвищенням рівня основних життєвих процесів, викликає позитивні емоції (психогенний і умовно-рефлекторний впливи).

Особливо це необхідно при виразковій хворобі, коли нервово-психічний стан пацієнтів знижений.

Слід відзначити ефективність впливу фізичних навантажень на нервову регуляцію травного апарату [6].

При регулярному виконанні фізичних вправ, як і в процесі фізичного тренування, поступово зростають енергетичні запаси, збільшується утворення буферних з'єднань, відбувається збагачення організму ферментними сполуками, вітамінами, іонами калію і кальцію.

Це призводить до активізації окислювальновідновлювальних процесів і до підвищення стійкості кислотно-лужної рівноваги, що в свою чергу сприятливо позначається на рубцюванні виразкового дефекту (вплив на трофічні і регенеративні потенції тканин шлунково-кишкового тракту) [2, 5].

Вплив фізичних вправ визначається їх інтенсивністю і часом застосування.

Невеликі та помірні м'язові напруги стимулюють основні функції шлунковокишкового тракту, тоді як інтенсивні – пригнічують. Відзначається сприятливий вплив ЛФК на органи кровообігу і дихання, що також розширює функціональні можливості організму і підвищує його реактивність.

Залежно від клінічної спрямованості захворювання та функціональних можливостей хворого застосовуються різні форми та засоби.

Так як звичайно застосовують за можливості загальнорозвиваючий оздоровчий комплекс вправ.

Завдання лікувальної фізичної культури при виразковій хворобі шлунка та дванадцятипалої кишки: нормалізація тонусу центральної нервової системи; поліпшення психоемоційного стану; активізація кровообігу та лімфообігу; обмінних та трофічних процесів у шлунку, дванадцятипалій кишці; стимуляція регенеративних процесів і прискорення загоєння виразки; зменшення спазму м’язів шлунка; нормалізація секреторної і моторної функції шлунка та кишечнику; попередження застійних явищ та спайкових процесів у черевній порожнині.

Лікувальну фізичну культуру призначають після стихання гострих проявів захворювання.

Принцип індивідуалізації при застосуванні лікувальної фізичної культури при даному захворюванні обов'язковий.

Протипоказана лікувальна фізична культура при значних болях, багаторазовому блюванні, постійній нудоті, кровотечі.

Загальнотонізуючий режим вправ призначають після зникнення болів і явищ загострення, при відсутності скарг на основні ознаки та зникнення небезпечних проявів захворювання, при загальному поліпшенні стану. Строки призначення – через 20-26 днів.

Завдання – відновлення адаптації хворого до навантажень розширеного режиму, зростаюча стимуляція обмінних процесів, вплив на врегулювання процесів збудження і гальмування в корі головного мозку, вплив на нормалізацію вегетативних функцій, боротьба з застійними явищами в черевній порожнині, сприяння регенеративним процесам у шлунковокишковому тракті.

Зміст режиму – при відносному щадіння області живота проводять вправи з невеликою силою і витривалістю.

Поступово розширюється амплітуда рухів у великих суглобах і поглиблюється дихання до максимально можливого в кожному випадку.

Для боротьби з дискінезією товстого кишечнику частішає зміна вихідних положень, виключаються різкі рухи.

Характеристика застосовуваних фізичних вправ: із вихідних положень лежачи, на боці, поступово розширюють рухи до повної амплітуди для великих суглобів у повільному і середньому темпі; включають вправи для всіх м'язів черевного пресу, що виконуються в повільному темпі з обмеженням амплітуди і з виключенням різких рухів.

Поступово зростає (приблизно до 40-50%) і інтенсивність виконання вправ на опір для м'язів плечового поясу і міжреберних м'язів з метою рефлекторного впливу на органи травлення.

Можна застосовувати гантелі вагою до 2-4 кг, набивні м'ячі вагою не більше 2-3 кг, вправи на спортивних снарядах.

Для боротьби з застійними явищами хороший ефект має діафрагмальне дихання з різних вихідних положень, яке доводиться до великої глибини, що чергується з грудним та повним дихання; допомагає також більш часта зміна вихідних положень, вправ, ігор та навантажень.

Поступово в заняття включаються і ускладнюються вправи на увагу. Щільність занять при цьому залишається не вищою за середню. Ходьба поступово доводиться до 4-5 км на день.

При загальному доброму самопочутті та відсутністю Педагогіка, психологія та медико-біологічні болю дозволяється гра з м'ячем (волейбол) з урахуванням індивідуальних реакцій, тривалістю не більше 25-35 хвилин.

Включення до режиму різного виду ігор сприяє підтримці інтересу і підвищує продукцію позитивних емоцій при загальному фізичному навантаженні.

У процесі всього курсу слід вказувати пацієнтам на позитивні зрушення, досягнуті в його розвитку і фізичному стані, що порушення з боку шлунка незначні і їх легко виправити (психологічний вплив) [4, 5].

ЛФК ефективна тільки за умови тривалого, систематичного проведення занять з поступовим збільшенням навантаження.

При цьому повинно враховуватися стан, реакція, особливості клінічного перебігу, супутні захворювання і фізична підготовленість пацієнта.

Це повинен знати і реабілітолог і пацієнт для досягнення належних результатів. Звичайно, курс лікування не може прийматися як стандарт – кожний реабілітолог вносить свої поправки і доповнення і створює свою, не схожу на всі інші курси, специфічну тактику і методику вправ.

Важливо й інше: займаючись фізичними вправами, хворий сам бере активну участь у лікувально-оздоровчому процесі, а це благотворно впливає на його психоемоційну сферу.

Заняття ЛФК переходять в загальні заняття фізкультурою, стають потребою людини і після одужання.

Виразкова хвороба – хронічне захворювання, основним морфологічним проявом якого є рецидивуюча виразка шлунку або дванадцятипалої кишки.

Хворі на виразкову хворобу, які систематично використовують засоби та форми лікувальної фізичної культури у поєднанні з медикаментозним лікуванням, мають значно кращі показники здоров’я, на відміну від хворих, які не займалися лікувальною фізичною культурою.

Застосування лікувальної фізичної культури при виразковій хворобі шлунка і дванадцятипалої кишки являється ефективним методом фізичної реабілітації хворих.

**1.3. Особливості проведення фізичної тарпії хворих після оперативного лікування виразкової хвороби шлунку**

ВХ шлунка і дванадцятипалої кишки – поліетіологічне захворювання. За тривалу історію вивчення ВХ було запропоновано багато теорій її виникнення.

Численні клінічні і експериментальні дослідження останніх років істотно розширили наші уявлення про механізми ульцерогенезу.

Безпосередньо утворення виразки відбувається в результаті порушення рівноваги між «агресивними» (шлунковий сік) і захисними ( шлунковий слиз, слиз дванадцятипалої кишки, захисна дія деяких кишкових гормонів) чинниками.

Особливе значення має зниження стійкості слизової оболонки, її здібності протистояти ушкоджуючій дії кислого шлункового соку.

Нині встановлено, що найважливішу роль в посиленні агресивних властивостей шлункового вмісту і ослабленні захисних властивостей слизової оболонки шлунку і дванадцятипалої кишки відіграють мікроорганізми Helicobacter pylori (НР), виявлені в 1983 р. австралійськими ученими Б. Маршаллом (B.Marshall) і Дж.Уорреном (J.Warren).

Ці мікроорганізми виявляються у 90-95% хворих з виразками дванадцятипалої кишки і у 70-85% пацієнтів з виразками шлунку.

На сьогодні можна вважати доведеною роль Нр в розвитку хронічного гастриту і ВХ [9, с. 141; 10, с. 51].

Проникнення Нр в стінку шлунку викликає запальний процес, що сприяє дії агресивного вмісту на слизову оболонку.

Ці бактерії синтезують велику кількість агресивних ферментів (уреазу, протеазу, фосфоліпазу) і цитотоксини, які руйнуюче діють на захисний бар’єр слизової оболонки.

Клінічна картина захворювання характеризується болем в епігастральній або пілородуоденальної області відразу або через деякий час після їди, в залежності від локалізації виразки.

До частих симптомів захворювання відносяться диспептичні явища: відрижка повітрям, кислим, нудота, печія.

Пацієнтів з ВХ шлунка і дванадцятипалої кишки як при загостренні захворювання, так і в період ремісії лікують комплексно: призначають медикаменти, дієтотерапію, пиття мінеральної води, засоби фізичної реабілітації [5].

Лікування ВХ шлунка і дванадцятипалої кишки включає проведення медикаментозної та немедикаментозної схеми терапії.

До медикаментозного варіанту належить призначення антибактеріальних, антихелікобактерних препаратів, гастропротекторов, прокінетиків, засобів, що містять вісмут і антисекреторних препаратів.

Найбільш важливими завданнями при лікуванні виразкової хвороби є усунення симптомів загострення ВХ (болю та диспептичних розладів), досягнення в найкоротші терміни загоєння виразкового дефекту та попередження рецидивів захворювання.

У періоди ремісій основне завдання – запобігти повторним загострення, відновити захисні сили організму і здатність до природної саморегуляції.

Сучасні методи лікування виразки шлунка побудовані так, що в результаті успішної ерадикації бактерії відразу настає регенерація тканин і загоєння виразки. Немає необхідності застосовувати додаткові антисекреторні засоби.

Фізичну реабілітацію можна розділити на 3 етапи: стаціонарний, поліклінічний і санаторний.

На кожному із етапів надається перевага тим чи іншим засобам впливу.

Перший етап – стаціонарний.

Він розпочинається з моменту виявлення хвороби і закінчується виздоровленям.

Тривалість першого етапу залежить від багатьох факторів але в першу чергу від важкості хвороби, вчасності і адекватності проведеного лікування.

Головним завданням стаціонарного етапу є усунення етіологічного фактору, ліквідація структурних змін в органах і системах, ліквідація, а при неможливості компенсація порушених функцій.

Етіологічна терапія проводиться тільки на першому етапі.

Принцип медикаментозного лікування ВХ передбачає застосування базових засобів і допоміжних препаратів.

Базові засоби (антисекреторні, гастроцитопротектори і антихелікобактерні) – це основні засоби в лікуванні.

До допоміжних засобів відносяться стимулятори репаративних процесів (солкосерил, етаден, гастрофарм), засоби, що впливають на моторну функцію шлунка і дванадцятипалої кишки (гастрокінетики: церукал, мотиліум) і засоби центральної дії (еглоніл, даларгін, транквілізатори та седативні).

Фармакотерапія є основним методом лікування на першому етапі реабілітації. З кожним наступним етапом роль цього лікування значно зменшується.

Крім медикаментозної терапії на стаціонарному етапі важливим є дотримання лікувально-оздоровчого режиму.

Такий режим передбачає створення умов для максимального щадіння органів травної системи, а також захист ЦНС від надмірних зовнішніх подразників.

Важливим аспектом стаціонарного етапу реабілітації є дієта. В окремих випадках дієтотерапія набуває патогенетичного забарвлення.

Лікувальне харчування при ВХ полягає в наступному:

- раціон повинен мати підвищену поживну цінність і включати достатню кількість жирів, білків, вуглеводів, мінеральних солей і вітамінів (обов’язково А, С і вітаміни групи В);

- їжа не повинна подразнювати слизову оболонку шлунку і дванадцятипалої кишки;

- харчування має бути частим – приблизно кожні 3-4 год.;

- забороняється вживати дуже гарячу або холодну їжу, вона має бути кімнатної температури;

- продукти, що входять в раціон, не повинні мати сильної сокогонної дії;

- необхідно скоротити щоденне вживання кухонної солі до 10-12 г.

При ВХ шлунку і дванадцятипалої кишки необхідно виключити з раціону м’ясні і рибні блюда (жирні сорти м’яса і риби, смажене м’ясо і рибу), міцні м’ясні, овочеві та грибні бульйони, солоні і гострі блюда, ковбаси, консерви, хліб і хлібобулочні вироби (здобне тісто, житній хліб), алкогольні напої, морозиво, міцний чай і каву, солоне і копчене м’ясо і рибу, перець, гірчицю, цибулю, часник.

Фізичні вправи призначають при загасанні гострих явищ – зникненні або значному зменшенні болю в епігастральній області.

Такий стан зазвичай наступає на 5-7-й день після госпіталізації.

На перших заняттях привчають хворого до черевного дихання при малій амплітуді коливань черевної стінки.

Ці вправи сприяють поліпшенню кровообігу і ніжному масажу органів черевної порожнини, зменшенню спастичних явищ і нормалізації перестальтики.

Вплив фізичних вправ визначається їх інтенсивністю і часом застосування.

Невелика і помірна м’язова напруга стимулює основні функції шлунковокишкового тракту, тоді як інтенсивні – пригнічують.

Відзначається сприятливий вплив занять ЛФК на кровообіг і дихання, що також розширює функціональні можливості організму і підвищують його реактивність.

Протипоказаннями до занять фізичними вправами є свіжа виразка в гострому періоді; виразка, ускладнена кровотечею; преперфоративний стан; виразка, ускладнена стенозом у стадії декомпенсації; свіжі масивні парапроцеси при пенетрації; виражені диспепсичні розлади; сильні болі.

Слід зауважити, що вправи для м’язів черевного пресу в підгострому періоді захворювання виключаються.

Значне місце, але в основному як доповнююче, на першому етапі реабілітації відводиться фізіотерапевтичним процедурам.

Фізіотерапію призначають з перших днів перебування хворого у лікарні.

Завдання фізіотерапії: зниження збудливості ЦНС, поліпшення регуляторної функції вегетативної нервової системи; усунення або зменшення болю, рухових та секреторних розладів; активація кровообігу, переміщення лімфи, трофічних і регенеративних процесів у шлунку, стимуляція рубцювання виразки.

Застосовують спочатку медикаментозний електрофорез, електросон, солюкс, індуктотермію, ультразвук, а при затуханні процесу – діадинамотерапію, мікрохвильову терапію, магнітотерапію, ультрафіолетове опромінення, парафіново-озокеритні аплікації, ванни хвойні, радонові, циркулярний душ, аероіонотерапію.

Поширеним методом лікування є лазеротерапія. При ВХ шлунку і дванадцятипалої кишки вона показана у стадії загострення, що протікає із стійким больовим синдромом, при частих рецидивах захворювання, непереносимості фармакологічних засобів.

Другий етап – поліклінічний. Основним завданням другого етапу є закріплення результатів лікування на стаціонарному етапі, відновлення і нормалізація функцій і ліквідація патологічних змін в органах.

На перше місце виходять фітотерапія, лікувальна фізкультура, фізіотерапія і масаж.

Як доповнення використовуються медикаментозні засоби, лікувально-охоронний режим, психотерапія і при необхідності дієтотерапія.

Використання фітотерапії виправдано, оскільки тривале використання медикаментозних засобів небезпечне побічними ефектами, чого практично не викликають лікарські рослини.

Із медикаментозних засобів, крім патогенетичних і симптоматичних, використовують неспецифічну фармакотерапію (стимулятори імуногенезу, вітаміни, ферментні препарати і ін.).

Фармакотерапевтичні засоби сприяють ліквідації залишкових патологічних змін в органах і системах, нормалізують реактивність організму і підвищують фізичну і розумову працездатність.

Суттєву роль, при більшості захворювань, на етапах реабілітації відіграє психотерапія, оскільки у значної частини хворих виникають тривожні стани зумовлені невротичною фіксацією на своїй неповноцінності, а це сповільнює процеси видужання і адаптації.

Вживання мінеральних вод на цьому етапі нормалізує функцію слизових оболонок органів травної системи.

Залежно від фізико-хімічного складу, характеру захворювання, стану секреторної, моторно-евакуаторної функції шлунку, часу прийняття їжі мінеральні води можуть підвищувати секрецію і кислотність шлункового соку або гальмувати їх.

Так, для стимуляції секреторної діяльності, зменшення швидкості евакуації шлункового вмісту воду п’ють за 10-15 хв. до їжі, а при підвищеній секреції і кислотності шлункового соку – за 1,5 год.

Проходячи далі травним шляхом мінеральна вода позитивно впливає на тонкий і товстий кишковик, секреторну функцію підшлункової залози, жовчовивідну функцію печінки.

При ВХ шлунку та дванадцятипалої кишки на поліклінічному етапі реабілітації доцільно застосовувати такі форми ЛФК: лікувальну і ранкову гігієнічну гімнастику, вправи на тренажерах, теренкур, прогулянки на свіжому повітрі, плавання, катання на велосипеді, ковзанах, прогулянки на лижах, спортивні ігри.

Лікувальний масаж призначають у лікарняний і післялікарняний періоди реабілітації у вигляді сегментарно-рефлекторного, точкового і класичного масажу.

Залежно від застосованих прийомів масаж може підсилювати або послаблювати перистальтику шлунку та кишок, діяти спазмолітично або стимулююче і таким чином сприяти нормалізації видільної, рухової та евакуаторної функцій.

Масаж активізує крово- і лімфообіг в черевній порожнині, покращує мікроциркуляцію, обмінні і трофічні процеси в стінці шлунку і кишок, що зменшує запалення і позитивно впливає на процес загоєння виразок.

ЛФК і масаж проводяться з урахуванням характеру захворювання і за індивідуальним планом.

За даним деяких авторів [5, 6] завданнями ЛФК і фізіотерапії в період повної або неповної ремісії в умовах поліклініки або санаторію є підтримання нормальної діяльності ЦНС і вегетативної нервової системи, стимуляція обмінних і трофічних процесів, нормалізація секреторної та моторної функції травної системи, зміцнення м’язів живота, адаптація до фізичних навантажень, підвищення неспецифічної опірності та загальне зміцнення організму, попередження загострень виразкової хвороби, ускладнення її та подовження періоду ремісії, попередження загострень супутньої соматичної патології.

Фізіотерапія проводиться як природне продовження раніше розпочатих фізіотерапевтичних процедур.

Серед фізіотерапевтичних процедур, що застосовують при лікуванні виразкової хвороби шлунку й дванадцятипалої кишки найбільше часто використовуються наступні:

• Індуктотермія на область шлунку й дванадцятипалої кишки. Збільшує кровообіг, інтенсивність обмінних процесів, синтез глюкокортикоїдів і звільнення їх із зв’язаного з білками стану, розсмоктуються запальні вогнища, знижується тонус поперечної смугастої і гладкої мускулатури, у тому числі судинних стінок, знижується артеріальний тиск, проявляє загальну седативну дію, знижується збудливість центральної і периферичної нервової систем, має болезаспокійливу дію.

• Аплікація озокериту на область епігастрію й сегментарно. Сприяє поліпшенню крово- і лимфообігу, процесів репарації, моторики.

• Пелоідотерапія на область епігастрію. Поліпшує крово- і лімфообіг, процесів репарації, моторики.

• Бальнеотерапія. Радонові ванни.

Для поліпшення функціонального стану нервової, серцево-судинної систем, обміну речовин, поліпшення кровопостачання шлунку, інших органів черевної порожнини, зменшення спастичних явищ, дискінезії, підвищення загальної імунологічної резистентності.

Лазеротерапія також застосовується у стадії ремісії для закріплення результатів проведеного лікування і профілактики рецидивів захворювання. З урахуванням важливої ролі психоемоційного чинника в етіології і патогенезі виразкової хвороби, особливо дванадцятипалої кишки, ефективне застосування методу електросну і його сучаснішого варіанту – центральної електроаналгезії.

Вони забезпечують хороший і довготривалий антистресорний, транквілізуючий ефект, стабілізацію вегетосудинних проявів. Використання процедур електросну і центральної електроаналгезії можливо на будь-якому етапі лікування виразкової хвороби.

Третій етап – санаторний. Він має вирішальне значення для нормалізації функцій ушкоджених систем, а також забезпечує ліквідацію патологічних змін, властивих для періоду залишкових явищ.

Особлива увага на санаторному етапі реабілітації приділяється відновленню і розширенню фізичної і психічної діяльності.

В санаторних умовах назначається тонізуючий режим і завершується перебування в санаторії тренувальним режимом. При цьому режимі значно збільшується загальне рухове навантаження, вводяться всі види трудової діяльності і самообслуговування. Все це сприяє кращій адаптації організму.

Медикаментозне лікування передбачає використання в основному неспецифічної терапії, а специфічна фармакотерапія на цьому етапі відходить на другий план.

Харчування хворого з виразковою хворобою у фазі стійкої ремісії не слід строго обмежувати, воно повинне наближатися до раціонального, збалансованого.

Проте слід утримуватися від вживання продуктів і блюд, що мають сокогонну дію і подразнюючих слизову оболонку шлунку і дванадцятипалої кишки.

У санаторіях є можливість приймати хвойні, перлинні, киснево-натрієві ванни. Після такої ванни проходить втома, зникає безсоння, йдуть тривожні думки і страхи.

Якщо ж прогулянки на свіжому повітрі, прийняття ванн не допомагають зняти напруга і больові відчуття, у розпорядженні санаторіїв і курортів є сильніші і ефективніші методи дії на нервову систему. У більшості сучасних курортних комплексів є кабінети електросну.

В умовах санаторіїв і курортів обсяг та інтенсивність занять ЛФК збільшуються.

Тривалість процедури лікувальної гімнастики доводять до 25-30 хв. У заняття включають вправи для всіх м’язових груп і суглобів, вправи з дозованим навантаженням для м’язів черевного преса, рухливі ігри та елементи деяких спортивних ігор.

Поява болісності в ділянці живота потребує заборони ігор. Неприпустимими є різкі рухи тулуба.

Слід широко використовувати прогулянки, плавання, катання на велосипеді, ходьбу на лижах, теренкур. Маршрут повинен виключати підйоми і спуски з крутизною понад 15-20°.

Вирішення задач реабілітації засобами ЛФК досягається поступовістю, від простого до більш складного, систематичністю і доступністю.

Масаж широко використовується на всіх етапах реабілітації і особливо на третьому.

Це зумовлено його впливом практично на всі системи організму. Так, під впливом масажу покращується скоротлива функція м’язів, збільшується еластичність і рухливість в суглобах, змінюється лімфообіг і кровообіг, функціонування нирок, дихальної і нервової системи.

Масаж проявляє нормалізуючу дію на нервово-регуляторний апарат шлунку і кишковика, внаслідок чого покращується їх секреторна і моторна діяльність, активізується кровообіг як в черевній порожнині, так і власне шлунку і дванадцятипалої кишки.

Таким чином, прискорюючи процес одужання, масаж є ефективним додатковим лікувальним методом.

Надзвичайно важлива роль на цьому етапі належить фізіотерапевтичним заходам.

Вони можуть проводитись як з допомогою різноманітних апаратів (індуктотермія, електросон, дарсонвалізація, УВЧ, гальванізація, електрофорез, магнітотерапія) так і неапаратного лікування (аеротерапія, геліотерапія, таласотерапія, грязелікування, водні процедури і ін.).

Всі перераховані методи лікування сприяють загартуванню організму, відновлюють порушену реактивність та нормалізують функціональний стан організму.

Ефективність фізіотерапії в санаторно-курортних умовах вища, ніж в поліклініці і стаціонарі, оскільки на організм хворого проявляє комплексну дію цілий ряд чинників – клімат, ландшафт, дієтичне харчування, ЛФК, відпочинок. У період ремісії показане санаторно-курортне лікування на бальнеопиттєвих курортах (Миргород, Моршин, Трускавець, Одеса, Сонячне Закарпаття, Березівські мінеральні води та інші), якщо немає протипоказань з боку інших органів і систем.

Фізична реабілітація ВХ шлунка має проводитися з урахуванням відповідних методичних та організаційних принципів.

Основні із них наступні:

• Реабілітаційні заходи мають розпочинатись як можна раніше, при перших проявах хвороби і процес реабілітації має здійснюватись безперервно, аж до досягнення максимального відновлення здоров’я;

• Реабілітація на всіх етапах має проводитись послідовно і з урахуванням спадкоємності;

• Реабілітаційні заходи необхідно проводити з урахуванням індивідуальних особливостей особистості і властивих даному індивіду перебігу патологічного процесу;

• Виконання реабілітаційних заходів має бути комбінованим, що передбачає використання різноманітних впливів: медикаментозного, фізіотерапевтичного, психотерапевтичного і т.п.

Позитивних успіхів в проведені реабілітаційних заходів можна досягти лише при повному дотриманні перерахованих принципів і до того ж на всіх етапах реабілітації.

**РОЗДІЛ 2**

**Комплексні засоби ФІЗИЧНої ТЕРАПІЇ хворих після оперативного лікування виразкової хвороби шлунку**

**2.1. Сучасні уявлення про фізичну терапію хворих після оперативного лікування виразкової хвороби шлунку**

Для хворих на виразкову хворобу ЛФК застосовують у період затишшя або при нерізкому загостренні.

Протипоказанням до призначення ЛФК є свіжа виразка в гострому періоді, кровотеча, пенетруюча виразка, гострий перивісцерит, різке звуження пілоруса.

Завдання ЛФК:

- нормалізація діяльності ЦНС і відновлення порушених кортиковісцеральних зв’язків;

- поліпшення кровообігу, окисно-відновних процесів, зменшення і ліквідація місцевих запальних явищ;

- стимуляція трофічних і репаративних процесів у шлунку і дванадцятипалій кишці;

- усунення порушень функції травного апарату, що виникає при виразковій хворобі;

- поліпшення психоемоційного стану хворого.

Слід пам’ятати, що скарги хворого не завжди відповідають анатомічним змінам слизової оболонки шлунка і дванадцятипалої кишки і прогресування виразки може відбуватися при повному суб’єктивному благополуччі.

У зв’язку з цим відсутність або наявність болів, а також їх інтенсивність не дають можливості судити про глибину, величину виразки, тенденції її до збільшення, проникнення в суміжні органи, процесу загоєння.

При неускладненій виразковій хворобі больовий синдром є єдиним її клінічним проявом, що, проте, не може бути мірилом анатомічного стану виразки; і затихання болів, яке нерідко настає вже після короткочасного перебування хворого у стаціонарі, не є критерієм зменшення виразкового процесу.

Така своєрідність клінічного перебігу виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки утруднює використання ЛФК.

Тому при лікуванні хворих на виразкову хворобу необхідно щадити ділянку живота і дуже обережно, поступово включати до занять ЛФК вправи для м’язів черевного преса.

Однак варто поступово активізувати руховий режим хворого за рахунок зростаючого загального навантаження при виконанні більшості вправ, у тому числі у діафрагмальному диханні та для м’язів черевного преса.

**2.2. Програма фізичної терапії хворих після оперативного лікування виразкової хвороби шлунку**

Методика занять ЛФК залежить від форми захворювання (загострення, початок ремісії, ремісія).

У гострому періоді захворювання за наявності болів призначають суворий ліжковий режим.

Хворий уникає рухів навіть у постелі, щадить ділянку живота, дихання у нього переважно грудне.

У період вираженого больового синдрому ЛФК протипоказана.

У комплексне лікування хворих на виразкову хворобу ЛФК включають тоді, коли починають стихати явища загострення, через 2–5 днів після припинення гострого болю.

У розширеному постільному режимі використовують легкі для виконання, прості гімнастичні вправи для малих і середніх м’язових груп із невеликою кількістю повторень у положенні лежачи і сидячи.

Рухи у великих суглобах варто виконувати спочатку з укороченим важелем і невеликою амплітудою у полегшених вихідних положеннях.

Показані статичні дихальні вправи, що підсилюють процеси гальмування в корі головного мозку.

Виконувані у вихідному положенні лежачи на спині з розслабленням усіх м’язових груп, ці вправи можуть викликати у хворого дрімотний стан, сприяти зменшенню болів, усуненню диспептичних розладів, нормалізації сну.

Виключаються вправи для м’язів черевного преса і будь-які вправи, що призводять до підвищення внутрішньочеревного тиску.

Проте вже на перших заняттях необхідно навчати хворого черевного дихання при невеликій амплітуді коливань черевної стінки.

За поліпшення загального стану хворого і в разі наявності ознак загасання загострення (значне стихання болів, зникнення або значне зменшення ригідності черевної стінки) активізують руховий режим, збільшують загальне навантаження, призначають палатний режим.

Усі вправи виконуються з поступово зростаючим зусиллям для всіх м’язових груп (за винятком м’язів черевного преса), з неповною амплітудою, у повільному і середньому темпі.

Вихідні положення лежачи, сидячи, стоячи в упорі на колінах.

Вправи для корпуса, що викликають напруження м’язів передньої черевної стінки, слід використовувати з великою обережністю: допускаються короткочасні легкі та неповні повороти тулуба, піднімання таза в положенні лежачи на спині при зігнутих ногах, піднімання грудної клітки з опорою на лікті та деякі інші.

Поступово (під суворим контролем) поглиблюється діафрагмальне дихання.

Хворого вчать вольовому керуванню дихальними рухами, спрямованими на збільшення тривалості дихальних фаз та інтервалів між ними, що сприяють активізації окисно-відновних процесів і підвищенню тонусу всього організму.

При уповільненій евакуаторній функції шлунка у процедуру лікувальної гімнастики необхідно включати вправи лежачи на правому боці, при помірній на лівому боці.

Виключаються повні розгинання, різкі повороти і нахили тулуба в сторони, підняття і відведення прямих ніг, що призводять до підвищення внутрішньочеревного тиску.

У цей період хворим рекомендується масаж, малорухливі ігри, ходьба у повільному темпі.

Моторна щільність процедури лікувальної гімнастики середня, тривалість заняття до 15 хв.

При зникненні болів та інших ознак загострення призначається вільний руховий режим.

Загальнорозвиваючі вправи урізноманітнюються, збільшується кількість їх повторень.

Вправи для всіх м’язових груп (щадять ділянку живота, крім різких рухів) зі зростаючим зусиллям виконують із різних вихідних положень.

У заняття включають вправи з невеликими обтяженнями (до 1–1,5 кг), більш складні координаційні вправи (поєднання рухів рук і ніг, рук і корпуса), дозована ходьба, вправи в киданні та ловлі м’ячів, рухливі ігри.

Призначають більше вправ для м’язів черевного преса, що поєднуються з дихальними і вправами в розслабленні.

Діафрагмальне дихання періодично здійснюється з максимальною глибиною. Інтенсивність навантаження середня.

Тривалість процедури лікувальної гімнастики 27 20–25 хв. Щоб уникнути загострення, фізичне навантаження збільшують обережно, з урахуванням реакції хворого на попередні процедури лікувальної гімнастики.

Поява болісності в ділянці живота потребує зниження навантаження.

Важливу роль відіграють вправи прикладного характеру, їх включають у режим дня.

Такі вправи дозволяють підвищити емоційний рівень хворих, відновити адаптацію до фізичного навантаження.

В умовах санаторіїв і курортів, де хворі на виразкову хворобу лікуються у період ремісії, обсяг та інтенсивність занять ЛФК збільшуються.

Тривалість процедури лікувальної гімнастики доводять до 25–30 хв. У заняття включають вправи для всіх м’язових груп і суглобів, вправи з дозованим навантаженням для м’язів черевного преса (контроль за суб’єктивною реакцією хворого), рухливі ігри та елементи деяких спортивних ігор.

Поява болісності в ділянці живота потребує заборони ігор. Неприпустимими є різкі рухи тулуба.

Слід широко використовувати прогулянки, плавання, катання на велосипеді, ходьбу на лижах, теренкур.

Маршрут повинен виключати підйоми і спуски з крутизною по-над 15–20°.

**2.3. Комплекси процедур лікувальної гімнастики у хворих після оперативного лікування виразкової хвороби шлунку**

**2.3.1. Палатний режим**

Підготовча частина

1. В. п. — лежачи на спині, вправи у повному розслабленні м’язів (обличчя, рук, плечового пояса, ніг, черевного преса).

2. В. п. — лежачи на спині, ліва рука на грудях, права — на животі.

Дихальні вправи: повільними, переривчастими порціями повітря зробити вдих тривалістю 4 с, випинаючи черевну стінку вперед і скорочуючи діафрагму, потім перевести грудну клітку в положення верхнього вдиху, скорочуючи черевну стінку і розслаблюючи діафрагму, після чого зробити видих маленькими порціями через ніс, тривалістю 6 с; повторити 5–6 разів; після виконання вправ — довільне дихання.

3. В. п. — таке саме, ритмічне дихання (2–3 удари пульсу — вдих, 3–4 — видих), повторити 2–3 рази.

4. В. п. — лежачи на спині.

Згинання, розгинання, супінація стопи, згинання і розгинання пальців стопи; по 3–4 рази, темп середній, дихання довільне.

5. В. п. — таке саме.

Вправи для пальців кисті (мізинець відповідає меридіану тонкої кишки): зачепити мізинці один за один перед грудьми і розтягувати їх у протилежних напрямках; самомасаж мізинця правої та лівої руки.

6. В. п. — лежачи на спині, руки внизу в «замку».

Підняти руки вгору, потягнутися — вдих, повернутися у в. п. — видих; 2–3 рази, темп повільний.

7. В. п. — таке саме.

Підняти руки через сторони вгору, вдих через ніс протягом 4 с, потім повільно опустити руки — видих тривалістю 6 с; 2–3 рази, темп повільний.

8. В. п. — лежачи на спині, руки вздовж тулуба.

Відвести праву (ліву) ногу вбік — вдих, повернутися у в. п. — видих; 2–3 рази кожною ногою, темп середній.

9. В. п. — лежачи на спині; розслабитися протягом 30–40 с.

Основна частина

10. В. п. — сидячи на стільці, спиною спираючись на спинку стільця, руки: ліва — на грудях, права — на животі.

Діафрагмальне дихання: вдих тривалістю 4 с, пауза — 8 с, видих — 6 с; 2–3 рази, після кожної вправи — вільний вдих і видих 1–3 рази.

11. В. п. — сидячи на стільці, ноги на ширині плечей.

Підняти руки вгору — вдих, нахилитися до лівої ноги — видих; те ж саме — до другої ноги; 2–3 рази до кожної ноги, темп повільний.

12. В. п. — сидячи на стільці, упираючись спиною в спинку стільця.

Руки через сторони (відводячи плечі назад) уперед — вдих, з’єднавши долоні разом, притискаючи пальці один до одного, протягом 8 с затримати дихання, опустивши руки, розслабитися — активний видих; 2–3 рази, після кожної вправи — вільні вдих і видих.

13. В. п. — сидячи на краю стільця, руки в упорі позаду.

Підняти праву (ліву) ногу вгору, зігнути, випрямити й опустити; 4–5 разів кожною ногою, дихання довільне.

14. В. п. — таке саме, руки на пояс.

Повороти тулуба вправо (вліво), ліктем дістаючи спинку стільця; 2–3 рази в кожну сторону, темп середній, дихання довільне.

15. В. п. — таке саме, руки опущені.

Нахил уліво, ліву руку вниз, праву — у пахвову ямку; те ж саме — в іншу сторону; 3–4 рази, темп середній, дихання довільне.

16. В. п. — стоячи позаду стільця, упираючись руками в спинку.

Почергові махові рухи ніг у сторони і перехресно; 3–6 разів, темп швидкий, акцент на розслаблення.

17. В. п. — стоячи, ліва рука на грудях, права на животі.

Діафрагмальне дихання: вдих — 4 с, затримка на видиху — 8 с і видих — 6 с; 2–3 рази, після кожної вправи вільний вдих і видих 1–3 рази.

18. В. п. — стоячи, упираючись у спинку стільця.

Голову назад, ноги разом, сильно натиснути кистями на спинку стільця, напружуючи м’язи ніг і корпуса протягом 8 с, розслабитися, опустивши руки вниз; 2– 3 рази, дихання довільне.

19. В. п. — стоячи, руки зігнути перед грудьми, ноги — на ширині плечей.

Відвести ривками лікті в сторони, потім прямі руки в сторони долонями вгору; 2–3 рази, дихання довільне.

20. В. п. — стоячи, ходьба: на 4 кроки — вдих, 8 кроків затримувати дихання, на 6 кроків — видих, пауза на видиху — 2–3 кроки; 2–3 рази, темп повільний.

Заключна частина

21. В. п. — сидячи, кисті до плечей.

Оберти у плечових суглобах уперед та назад; 3–4 рази в кожну сторону, темп середній, дихання довільне.

22. В. п. — таке саме.

Стискати і розтискати пальці, одночасно піднімаючи й опускаючи стопи; 6–8 разів, темп середній.

23. В. п. — таке саме.

Привести кисті до плечей, підняти руки вгору, опустити кисті до плечей, опустити руки і розслабитися; 2–3 рази, темп середній, дихання довільне.

24. В. п. — таке саме, кисті на стегнах.

Повернути кисті долонями вгору — вдих, долонями вниз, розслабитися — видих; 4 рази, темп повільний.

25. В. п. — таке саме, закрити очі.

Розслабити м’язи всього тіла; тривалість 30–40 с, дихання довільне.

**2.3.2. Період ремісії**

Підготовча частина

1. В. п. — стоячи, комбінована ходьба (на носках, на п’ятах, перехресним кроком та ін.) з рухами для верхніх і нижніх кінцівок (ривки зігнутими руками в ліктях у сторони, оберти у плечових суглобах, оберти кулаків, стискання і розтискування пальців та ін.) чергуються з дихальними вправами; ходьба з прискоренням (90–100 кроків/хв), повільна ходьба на 4 кроки — вдих, на 6 кроків — видих; тривалість 2–3 хв.

2. В. п. — таке саме, ноги на ширині плечей.

Піднімаючи руки через сторони вгору — вдих тривалістю 4 с до моменту з’єднання рук над головою; піднятися на носки, пауза на вдиху тривалістю 8 с, потім різко видихнути, опускаючи руки; 2–3 рази, при затримці дихання на вдиху ізометрично напружити м’язи тулуба.

3. В. п. — таке саме.

Підняти ліву руку вбік, праву вгору, повернути тулуб уліво — вдих, повернутися у в. п. — видих; 3–4 рази, темп середній.

4. В. п. — таке саме, ноги разом, руки долонями вниз.

Підняти махом праву ногу, дістаючи ліву кисть, опустити ногу; 5–6 разів кожною ногою, темп швидкий.

5. В. п. — таке саме, руки внизу.

Підняти руки вгору, ліву ногу на носок — вдих, повернутися у в. п. — видих; 3–4 рази кожною ногою, темп повільний.

Основна частина

6. В. п. — стоячи на колінах.

Підняти руки вгору — вдих, сісти на п’яти — видих; 3–4 рази, темп середній. 7. В. п. — таке саме.

Підняти руки вгору — вдих, сісти вправо на підлогу — видих; так само — уліво; 2–3 рази в кожну сторону, темп повільний.

8. В. п. — стоячи на чотирьох кінцівках.

Правим коліном дістати (не відриваючись від підлоги) ліву кисть, повернутися у в. п.; 3–4 рази кожною ногою, темп середній, дихання довільне.

9. В. п. — таке саме, кисті всередину.

Вдих — нахилитися, торкнувшись грудьми підлоги, видих; 3–4 рази, темп середній.

10. В. п. — таке саме, кисті вперед.

Зробити глибокий вдих тривалістю 6 с, відтягнутися назад, сісти на п’яти, не відриваючи кистей рук від підлоги — по-вільний видих тривалістю 8 с; 2–3 рази.

11. В. п. — лежачи на животі, голова опущена на руки.

Підняти праву (ліву) ногу вгору, повернутися у в. п.; 2–3 рази кожною ногою, темп середній, дихання довільне.

12. В. п. — таке саме.

Правим коліном, розвертаючи його вбік, дістати правий лікоть, повернутися у в. п.; 2–3 рази кожною ногою, темп середній, дихання довільне.

13. В. п. — лежачи на лівому (правому) боці.

Відвести ногу назад — вдих, випинаючи черевну стінку вперед, зігнути ногу в колінному суглобі, притиснути її до живота — видих; 2–3 рази, темп повільний.

14. В. п. — лежачи на спині, ліва рука — на грудях, права — на животі, стопи ніг на себе.

Спеціальне діафрагмальне дихання: вдих тривалістю 6 с, пауза на видиху — 12 с, видих — 6 с; 2 рази; після їх виконання — довільне дихання.

15. В. п. — лежачи на спині, руки уздовж тулуба.

Глибокий вдих — затримати дихання на 12 с, одночасно ривками притискаючи праве (ліве) коліно до живота — видих; 2–3 рази, після кожної виконаної вправи вільний вдих і видих 1–2 рази.

16. В. п. — лежачи на спині, руки за голову.

Згинання і розгинання ніг у тазостегнових, колінних, гомілковостопних суглобах по черзі — імітація їзди на велосипеді; тривалість 40–50 с, темп середній, дихання довільне.

17. В. п. — таке саме, руки уздовж тулуба.

Підняти руки вгору — вдих, розслаблено опустити лікті вниз — видих, розслабитися; відпочинок 30–40 с, 2–3 рази, темп повільний.

18. В. п. — сидячи, руки в упорі позаду, відвести праву (ліву) ногу вбік і повернутися у в. п.; 4–5 разів кожною ногою, темп середній, дихання довільне.

19. В. п. — таке саме.

Підняти ноги вгору, розвести ноги нарізно і схрестити («ножиці»); 20–30 с, темп швидкий, дихання довільне.

20. В. п. — таке саме, ноги нарізно.

Підняти руки вгору — вдих, розслаблено опустити їх зліва на підлогу — видих; так само — в іншу сторону; 2–3 рази в кожну сторону, темп повільний.

21. В. п. — стоячи на колінах, руки за спиною (одна через плече, друга — під лопаткою).

Глибокий вдих тривалістю 6 с, нахилитися вперед — видих тривалістю 8 с; 2–3 рази, темп повільний.

Заключна частина

22. В. п. — стоячи, руки внизу.

Ходьба звичайна, з рухами рук вгору — вдих, опустити руки вниз із розслабленням м’язів — видих; 1–2 хв, темп повільний.

23. В. п. — таке саме.

У ходьбі погойдування рука-ми з розслабленням; 30–40 с, темп повільний, дихання довільне.

24. В. п. — таке саме.

Почергове погойдування гомілкою з розслабленням м’язів; 1 хв, темп повільний, дихання довільне.

25. В. п. — сидячи, повне розслаблення, підрахунок частоти пульсу і дихання.

**висновки**

1.Виразкова хвороба – хронічне захворювання, основним морфологічним проявом якого є рецидивуюча виразка шлунку або дванадцятипалої кишки. Хворі на виразкову хворобу, які систематично використовують засоби та форми лікувальної фізичної культури у поєднанні з медикаментозним лікуванням, мають значно кращі показники здоров’я, на відміну від хворих, які не займалися лікувальною фізичною культурою. Застосування лікувальної фізичної культури при виразковій хворобі шлунку є ефективним методом фізичної реабілітації хворих.

2.Фізична терапія виразкової хвороби шлунку має проводитися з урахуванням відповідних методичних та організаційних принципів.

Основні із них наступні:

• Реабілітаційні заходи мають розпочинатись як можна раніше, при перших проявах хвороби і процес реабілітації має здійснюватися безперервно, аж до досягнення максимального відновлення здоров’я;

• Реабілітація на всіх етапах має проводитись послідовно і з урахуванням спадкоємності;

• Реабілітаційні заходи необхідно проводити з урахуванням індивідуальних особливостей особистості і властивих даному індивіду перебігу патологічного процесу;

• Виконання реабілітаційних заходів має бути комбінованим, що передбачає використання різноманітних впливів: медикаментозного, фізіотерапевтичного, психотерапевтичного і т.п.

Позитивних успіхів у проведені реабілітаційних заходів можна досягти лише при повному дотриманні перерахованих принципів і до того ж на всіх етапах реабілітації.

3.Для хворих на виразкову хворобу шлубку фізичну терапію застосовують у період затишшя або при нерізкому загостренні.

Протипоказанням до призначення є свіжа виразка в гострому періоді, кровотеча, пенетруюча виразка, гострий перивісцерит, різке звуження пілоруса.

Завдання фізичної терапії:

- нормалізація діяльності ЦНС і відновлення порушених кортиковісцеральних зв’язків;

- поліпшення кровообігу, окисно-відновних процесів, зменшення і ліквідація місцевих запальних явищ;

- стимуляція трофічних і репаративних процесів у шлунку і дванадцятипалій кишці;

- усунення порушень функції травного апарату, що виникає при виразковій хворобі;

- поліпшення психоемоційного стану хворого.

4.Слід пам’ятати, що скарги хворого не завжди відповідають анатомічним змінам слизової оболонки шлунку і прогресування виразки може відбуватися при повному суб’єктивному благополуччі.

У зв’язку з цим відсутність або наявність болів, а також їх інтенсивність не дають можливості судити про глибину, величину виразки, тенденції її до збільшення, проникнення в суміжні органи, процесу загоєння.

При неускладненій виразковій хворобі больовий синдром є єдиним її клінічним проявом, що, проте, не може бути мірилом анатомічного стану виразки; і затихання болів, яке нерідко настає вже після короткочасного перебування хворого у стаціонарі, не є критерієм зменшення виразкового процесу.

Така своєрідність клінічного перебігу виразкової хвороби шлунку утруднює використання фізичної терапії.

Тому при лікуванні хворих на виразкову хворобу необхідно щадити ділянку живота і дуже обережно, поступово включати до занять ЛФК вправи для м’язів черевного преса.

Однак варто поступово активізувати руховий режим хворого за рахунок зростаючого загального навантаження при виконанні більшості вправ, у тому числі у діафрагмальному диханні та для м’язів черевного преса.

**Список використаної літератури**

1.Афанасьєв С. В. Інвалідність і реабілітація хворих з ускладненнями хірургічного лікування захворювань органів травлення / С. В. Афанасьєв. – Д. : Пороги, 2005. – 183 с.

2. Внутрішні хвороби / [Сабадишин Р. О., Баніт В. М., Григус І. М. і ін.] / Під ред. д.мед.н., проф. Сабадишина Р. О. – Рівне : ВАТ «Рівненська друкарня», 2004. – 544 с.

3. Григус І. М. Лікування та медикаментозна реабілітація осіб із хворобами оперованого шлунка / І. М. Григус // Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології : зб. наук. праць. – Київ; Луганськ; Харків. – 2000. – Вип. 5 (31). – С. 285-290.

4. Драгомирецька Н. В. Рання курортна реабілітація та відновлювальне лікування в гастроентерології : монографія / Н. В. Драгомирецька. – О. : ОРІДУ НАДУ, 2007. – 176 c.

5. Дудченко М. О. Патогенетичне комплексне лікування виразкової хвороби шлунка та реабілітація післяопераційних хворих (Клініко-лабораторне дослідження) : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.03 «Хірургія» / М. О. Дудченко. – Х., 1998. – 16 с.

6. Москаленко В. В. Виразкова хвороба шлунка різної локалізації: особливості клінічного перебігу та лікування : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.02 «Внутрішні хвороби» / В. В. Москаленко. – К., 2002. – 20 с.

7. Мухін В. М. Фізична реабілітація / В. М. Мухін. – К.: Олімпійська література, 2000. – 423 с.

8. Койко М. А. Виразкова хвороба шлунка як передрак. Хірургічні аспекти : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.03 «Хірургія» / М. А. Койко. – Донецьк, 2002. – 18 с.

9. Яицкий Н. А. Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. – М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 376 с

10.Григус І. М. Лікування та медикаментозна реабілітація осіб із хворобами оперованого шлунка Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології : зб. наук. праць. Київ; Луганськ; Харків. 2000. Вип. 5 (31). С. 285-290.

11. Калмикова Ю. С. Комплексна фізична реабілітація при виразковій хворобі шлунка і дванадцятипалої кишки. Харків: ХДАФК. 2013. С. 35.

12. Калмиков С. А. Фізична реабілітація при захворюваннях органів травлення : навчальний посібник. Харків : Панов А. М., 2016. 222 с.

13. Маев И.В. Язвенная болезнь. М.: Миклош, 2009. 428 с.

14. Мухін В.М. Фізична реабілітація. К.: Олімпійська література, 2005. 471с.

15. Пешкова О.В. Фізична реабілітація при захворюваннях внутрішніх органів: [навч. посібник] / О.В. Пешкова. Харків: СПДФО Бровін О.В., 2011. 312 с.

16. Середюк Н.М. Вамалюк І.П., Стасишин О.С. Внутрішня медицина. Терапія: [підручник для вищ. медич. навч. закладів]. К.:Медицина, 2007. 448с.

17. Федорів Я. – Р.М. Основи фізіотерапії: [навч. посібник]. Львів: Видавничий дім «НАУТІЛУС», 2004. 464с.

18. Циммерман Я.С. Гастроэнтерология. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. 780 с.

19. Rollan A. et al. (2000). The long-term reinfection rate and the course of duodenal ulcer disease after eradication of Helicobacter pylori in a developing country . Am. J. Gastroenterol. Vol. 5. P. 50-56.

20. Бабак О.Я., Харченко Н.В. Гастроэнтеролог. Рациональная диагностика и фармакотерапия заболеваний органов пищеварения. – Изд.: ТОВ «Доктор-Медиа», 2007. – 134 с.

21. Передерій В.Г., Ткач С.М. Основи внутрішньої медицини. – Том 3: Посібник. – К., 2010. – 1304 с.

22. 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.

23. Гастроэнтерология. Национальное руководство. Краткое издание. / Под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 480 с.

24. Наказ МОЗ України від 03.09.2014 № 613 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при пептичній виразці шлунка та дванадцятипалої кишки». Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Пептична виразка шлунка та дванадцятипалої кишки у дорослих». Адаптована клінічна настанова «Пептична виразка шлунка та дванадцятипалої кишки».

25. Очередько О.М. Медико-соціальне обґрунтування програми реабілітації хворих з виразковою хворобою шлунка та дванадцятипалої кишки / О.М. Очередько, Н.М. Кізлова // Експериментальна і клінічна 19 медицина – 2015. – Вип. 3. – С. 168–172.

26. Практическая гастроэнтерология: руководство для врачей / В.Г. Передерий, С.М. Ткач. – Винница: Каштелянов А.И., 2011. – 770 с.

27. Провідні синдроми в гастроентерології: навчальний посібник / А.Е. Дорофєєв, М.М. Руденко, О.В. Томаш [та ін.]; за ред. А.Е. Дорофєєва. – Донецьк: Донбас, 2012. – 171 с.

28. Яковлева О.О. Клінічна фармакологія лікарських засобів для лікування захворювань органів травлення: навчальнометодичний посібник / О.О. Яковлева, К.В. Півторак, І.В. Феджага. – Вінниця: Нова Книга, 2014. – 285 с.

29. Angel Lanas, Francis KL Chan (2017) Peptic ulcer disease. The Lancet, 10094: 613–624.

30. Hu Y., Zhu Y.. & Lu N.-H. (2017). Novel and Effective Therapeutic Regimens for Helicobacter pylori in an Era of Increasing Antibiotic Resistance. Frontiers in Cellular and Infection Microbiology, 7, 168.

31. O’Connor A., Fischbach W., Gisbert J.P. and O’Morain C. (2016), Treatment of Helicobacter pylori infection 2016. Helicobacter, 21: 55–61.

32. Satoh K., Yoshino J., Akamatsu Т. et al. J Evidence-based clinical practice guidelines for peptic ulcer disease 2015. Journal of Gastroenterology (2016) 51: 177.

33. Yoshida M, Kinoshita Y, Watanabe M et al. JSGE clinical practice guideline 2014: standards, methods, and process of developing guidelines. Journal of Gastroenterology. 2015; 50:4–10.