

Ефективність фізичної реабілітації при хронічному гастродуоденіті у дітей

Григус І.М.

Міжнародний економіко-гуманітарний університет імені академіка С. Дем'янчука

Анотації:

Розглянуто запропоновану спеціальну програму фізичної реабілітації, що включає модифіковані методи лікувальної фізичної культури, масаж та вживання мінеральної води «Червона калина», для реабілітації хворих на хронічний гастродуоденіт на фоні медикаментозного лікування в стаціонарі. Застосування фізичної реабілітації в комплексній терапії хронічного гастродуоденіту у дітей призводило до нормалізації кислотоутворюючої функції шлунка, сприяло більш швидкому регресу клінічних проявів захворювання, підвищувало рівень фізичного здоров'я.

Григус И.М. Эффективность физической реабилитации при хроническом гастродуодените у детей. Рассмотрено предложенную специальную программу физической реабилитации, что включает модифицированные методы лечебной физической культуры, массаж и употребление минеральной воды «Красная калина», для реабилитации больных хроническим гастродуоденитом на фоне медикаментозного лечения в стационаре. Применение физической реабилитации в комплексной терапии хронического гастродуоденита у детей приводило к нормализации кислотообразующей функции желудка, содействовало более быстрому регрессу клинических проявлений болезни, повышало уровень физического здоровья.

Grygus I.M. Efficiency of physical rehabilitation at chronic gastroduodenitis for children. For the rehabilitation of patients chronic gastroduodenitis on a background medicinal treatment the special program of physical rehabilitation is offered in permanent establishment that includes the modified methods of medical physical culture, massage and use of mineral water of «Red viburnum». Application of physical rehabilitation in complex therapy of chronic gastroduodenitis for children resulted in normalization of acidogenic function of stomach, assisted to more rapid regress of clinical displays of illness, promoted a physical health level.

Ключові слова:

гастродуоденіт, фізична реабілітація, лікувальна фізична культура, рівень фізичного здоров'я.

гастродуоденит, физическая реабилитация, лечебная физическая культура, уровень физического здоровья.

gastroduodenitis, physical rehabilitation, medical physical culture, physical health level.

Вступ.

За останніми даними, захворюваність на хронічний гастрит та дуоденіт у 2009 р. становила 422,4 на 100 000 населення, що на 3,1% більше, ніж у 2008 р. небезпека цього захворювання зумовлена, насамперед, його роллю як попередника виразкової хвороби. В останні роки його пов'язують і з виникненням раку шлунка, особливо атрофічні форми [3, 5].

Гастродуоденіт вважають найбільш частою гастроентерологічною патологією дитячого віку. Зрозуміло, що ефективне лікування хронічного гастродуоденіту передбачає не лише усунення симптомів, а й обов'язкову ерадикацію *H. pylori*. Загальноприйнятій схемі терапії включають застосування не менше двох антибактеріальних засобів, тому, природно, при цьому досить часто виникають побічні реакції, насамперед дисбактеріоз кишечника. Частіше спостерігають не виникнення дисбактеріозу, а поглиблення вже існуючого, який часто супроводжує хронічні захворювання травної системи [2, 4].

Робота виконана згідно теми: «Ефективність фізичної реабілітації осіб різного віку при порушенні функціонування систем організму» (номер державної реєстрації 0109U003032).

Мета, завдання роботи, матеріал і методи.

Мета дослідження: проаналізувати ефективність застосування програм лікування та фізичної реабілітації дітей, хворих на гастродуоденіт.

Організація дослідження. Дослідження проводилися на базі Рівненської міської об'єднаної дитячої лікарні (педіатричне відділення). Під наглядом знаходилося 42 дітей віком від 7 до 15 років з діагнозом: Хронічний гастродуоденіт. Всі обстежені діти, що знаходились на стаціонарному лікуванні, отримували базову терапію, до складу якої входила дієтотерапія, прокінетики, репаранти, за потребою ерадикаційні засоби.

Хворі були розподілені на 2 репрезентативні групи. До першої групи включено 28 дітей (основна група), які в комплексній терапії отримували додатково фізичну реабілітацію, що включала застосування мінеральної води, масаж і ЛФК. У другу (контрольну) групу увійшло 14 хворих, які отримували лише базисну терапію. Під час проведеного дослідження стимулюючих секреторну активність шлунка засобів лікування діти не отримували.

Клінічна ефективність лікування та фізичної реабілітації оцінювалася в динаміці за больовим абдомінальним, диспептичним і астеновегетативним синдромами, а також динамікою нутритивного статусу та рівнем фізичного здоров'я [1]. Порівняльна клінічна оцінка ефективності терапії проводилася на проміжному етапі спостереження (на 7 день) і після лікування (на 14 день).

Результати дослідження.

При аналізі отриманих даних визначено, що впродовж лікування і фізичної реабілітації у всіх досліджуваних хворих відмічено позитивні клінічні зміни з боку первинних симптомів захворювання (табл. 1). На початку дослідження в основній групі у 25 (89,29%) дітей та у 12 (85,71%) контрольної був виражений больовий абдомінальний синдром. Однак, зворотній розвиток симптомів був вірогідно вагоміший в основній групі обстежених. І хоча больовий синдром поступово зникав в обох групах хворих, все ж при застосуванні фізичної реабілітації вже на 7-му добу він зменшився майже втричі. В той же час у групі співставлення більше ніж половина дітей, по зрівнянні з початком спостереження, продовжувала відмічати больові відчуття (42,86%). По закінченню лікування означений синдром діагностовано лише у 2 (7,14%) дітей основної і у 5 (35,71%) хворих контрольної групи, тобто порівняльне перевернення складало біля 5 разів.

Диспепсичний синдром у вигляді нудоти, яка визначалася в 18 (64,29%) дітей з основної групи на початку лікування, на 7 добу зберігався лише в 5 (17,86%) випадках, тоді як у групи хворих співставлення фіксувався майже в 3 рази частіше. До 14 доби симптом нудоти в основній групі дітей не фіксувався зовсім. У групі контролю на 14 добу нудота утримувалася в 3 (21,43%) дітей, значно перевищуючи показники основної групи.

Здуття кишківника в середині обстеження залишалось в обох групах хворих (у 10 (35,71%) та у 6 (42,86%) відповідно). Але після закінчення терапії цей симптом при застосуванні фізичної реабілітації втричі менше турбував хворих дітей основної групи, складаючи 7,14% та 28,57% відповідно.

На цьому фоні астеновегетативні прояви більш порівняно динамічно зникали у дітей основної групи (17,86% та 3,57% на 7 і 14 дні відповідно). В групі хворих, що не отримували додатково фізичну реабілітацію, означений синдромокомплекс залишався вірогідно високим, як через тиждень (35,71%), так і наприкінці спостереження (28,57%).

На початку дослідження копрологічні синдроми зустрічались з однаковою частотою в обох групах хворих, вказуючи на порушення процесів травлення. Після завершення лікування і фізичної реабілітації порівняння цих показників показало, що в основній групі вірогідно зменшилися явища креатореї (100% і 7,14% відповідно), амилореї (57,14% і 14,29%) та стеатореї II типу (53,57% і 0,00%). У дітей з контрольної групи динаміка копрологічних синдромів була менш значущою, і наприкінці спостереження їхня питома вага вірогідно перевищувала аналогічні показники попередніх пацієнтів. Первинними даними встановлено, що у всіх обстежених дітей визначалось зниження кислотопродукуючої функції. Значення рН тіла шлунка складало в середньому $3,2 \pm 0,6$ проти $1,6 - 2,2$ в нормі.

Ще одним підтвердженням ефективності проведеної фізичної реабілітації дітей були показники

фізичного здоров'я (експрес-оцінка загального рівня фізичного здоров'я за Г.Л. Апанасенком), як одного з критеріїв тренуваності кардіореспіраторної системи.

На початку дослідження у контрольній групі за індексом маси тіла 3 (21,43%) хворих дітей мали рівень фізичного здоров'я нижче середнього, 10 (71,43%) – середній, 1 (7,14%) – вище середнього. За життєвим індексом: 2 (14,29%) хворих мали низький рівень, 5 (35,71%) – нижче середнього, 7 (50,00%) – середній. Під час визначення силового індексу: 1 (7,14%) хворий мав рівень нижче середнього, 9 (64,29%) – вище середнього, 4 (28,57%) – високий рівень. Індекс Робінсона зафіксував у 12 (85,71%) хворих рівень вище середнього та у 2 (14,29%) – високий. Час відновлення ЧСС після присідань показав, що у 9 (64,29%) хворих дітей рівень фізичного здоров'я нижче середнього та у 5 (35,71%) – середній. В основній групі на початку дослідження за індексом маси тіла 5 (17,86%) хворих мали низький рівень фізичного здоров'я, 1 (3,57%) – нижче середнього, 17 (60,71%) – середній, 2 (7,14%) – вище середнього, 3 (10,71%) – високий рівень. За життєвим індексом: 2 (7,14%) хворих мали низький рівень, 2 (7,14%) – нижче середнього, 18 (64,29%) – середній, 6 (21,43%) – вище середнього. Під час визначення силового індексу: 1 (3,57%) хворий мав рівень нижче середнього, 3 (10,71%) – середній, 12 (42,86%) – вище середнього, 12 (42,86%) – високий рівень. Індекс Робінсона зафіксував у 25 (89,29%) хворих рівень вище середнього та у 3 (10,71%) – високий. Час відновлення ЧСС після присідань показав, що у 2 (7,14%) хворих дітей рівень фізичного здоров'я низький, у 18 (64,29%) – нижче середнього та у 8 (28,57%) – середній.

Загальна оцінка рівня фізичного здоров'я (сума балів) хворих дітей на хронічний гастродуоденіт виявилася такою: у 4 (28,57%) хворих контрольної групи рівень здоров'я нижче середнього та у 10 (71,43%) – середній. Загальна оцінка рівня фізичного здоров'я (сума балів) хворих дітей на хронічний гастродуоденіт основної групи виявилася такою: у 9 (32,14%) хво-

Таблиця 1

Динаміка клінічних симптомів у обстежених хворих до, під час і після лікування (n=42)

Клінічні показники	0 день		7 день		14 день	
	Основна група, %	Контрольна група, %	Основна група, %	Контрольна група, %	Основна група, %	Контрольна група, %
Больовий абдомінальний синдром	89,29	85,71	35,71	42,86	7,14	35,71
Диспепсичний синдром: - нудота - метеоризм	64,29 78,57	64,29 78,57	17,86 35,71	42,86 42,86	0,00 7,14	21,43 28,57
Астено-вегетативний синдром	75,00	71,43	17,86	35,71	3,57	28,57

рих рівень здоров'я нижче середнього, у 18 (64,29%) – середній та у 1 (3,57%) – вище середнього.

Отже, на початку дослідження загальний рівень фізичного здоров'я хворих дітей на хронічний гастродуоденіт обох груп був ідентичним. У хворих дітей контрольної групи загальний рівень фізичного здоров'я на початку дослідження був $7,36 \pm 0,48$, у хворих основної групи – $7,14 \pm 0,31$, що відповідає середньому рівню. Наприкінці дослідження у хворих дітей контрольної групи за індексом маси тіла і силовим індексом показники не змінилися. За життєвим індексом: 5 (35,71%) хворих мали рівень нижче середнього, 9 (64,29%) – середній. Індекс Робінсона зафіксував у 11 (78,51%) хворих рівень вище середнього та у 3 (21,43%) – високий. Час відновлення ЧСС після 20 присідань показав, що у 7 (50,00%) хворих рівень здоров'я нижче середнього та у 7 (50,00%) – середній.

Наприкінці дослідження у хворих основної групи, завдяки застосуванню у них додатково до загальноприйнятого лікування фізичної реабілітації, показники рівня фізичного здоров'я виявилися значно вищими. За індексом маси тіла лише у 1 (3,57%) хворого залишився низький рівень, у 4 (14,29%) став нижче середнього, у 19 (67,86%) – середній, у 4 (14,29%) – вище середнього. За життєвим індексом: 9 (32,14%) ($p < 0,05$) хворих мали середній рівень, 19 (67,86%) ($p < 0,05$) – вище середнього. Під час визначення силового індексу: 4 (14,29%) ($p < 0,05$) хворих дітей мали рівень вище середнього та 24 (85,71%) ($p < 0,05$) – високий рівень. Індекс Робінсона зафіксував у 24 (85,71%) хворих рівень вище середнього та у 4 (14,29%) – високий. Час відновлення ЧСС після присідань показав, що у 2 (7,14%) ($p < 0,05$) хворих рівень здоров'я нижче середнього, у 23 (82,14%) – середній ($p < 0,05$) та у 3 (10,71%) ($p < 0,05$) – вище середнього.

Загальна оцінка рівня фізичного здоров'я (сума балів) хворих дітей контрольної групи виявилася такою ж, як на початку дослідження. Загальна оцінка рівня фізичного здоров'я (сума балів) хворих основної групи значно зросла: у 23 (82,14%) хворих рівень здоров'я став середнім та у 5 (17,86%) ($p < 0,05$) – вище середнього.

Загальний рівень фізичного здоров'я (сума балів) хворих на хронічний гастродуоденіт обох груп наприкінці дослідження змінився. У хворих контрольної групи загальний рівень фізичного здоров'я наприкінці дослідження став $7,93 \pm 0,47$, тобто зростання було незначним. У хворих основної групи загальний рівень фізичного здоров'я зріс до $10,57 \pm 0,21$ ($p < 0,05$) за рахунок підвищення життєвого індексу (з $0,96 \pm 0,14$ до $1,68 \pm 0,09$ ($p < 0,05$)) і часу відновлення ЧСС (з $1,24 \pm 0,24$ с до $3,08 \pm 0,16$ с ($p < 0,05$)), що пояснюється покращенням функціонального стану дихальної і серцево-судинної систем за рахунок правильно підбраної програми фізичної реабілітації. Толерантність до фізичної реабілітації була доброю, побічних ефектів не спостерігалось.

Ми бачимо позитивну динаміку в дітей основної групи за больовим абдомінальним, диспепсичним і астеновегетативним синдромами. ЛФК сприяла більш швидкому відновленню фізичного стану хворих, за-

побігала ряду патологічних процесів, які розвивалися внаслідок недостатньої фізичної активності. Після проведеного курсу лікування і фізичної реабілітації відмічено, що в основній групі дітей помітно нормалізувалася активність кислотопродукуючої функції шлунка, у порівнянні з групою контролю. При додатковому застосуванні фізичної реабілітації рівень рН нормалізувався і становив $1,9 \pm 0,3$. У той час, як у дітей групи контролю значення рН практично не змінилися ($2,8 \pm 0,2$). Відновлення кислотоутворення при застосуванні фізичної реабілітації, з найбільшою вірогідністю, пов'язано з впливом складових компонентів програми (мінеральна вода, ЛФК, масаж). Спроможність фізичної реабілітації нормалізувати функціонально-секреторну здатність шлунку вочевидь усуває одну з причин травної недостатності.

Також відбулися певні позитивні зміни з боку олуноуючої функції шлунку в обох групах обстеження. Первинними даними визначено, що спроможність до кислотонейтралізації знаходилася в декомпенсованому (різниця між показниками рН тіла та антрума становила менше одиниці) стані. Після лікування стан олуночення розцінювався, як субкомпенсований (різниця становила майже 2 одиниці). Однак, приймаючи до уваги весь комплекс ліків, що отримували діти, говорити про ймовірний вплив саме фізичної реабілітації на цю функцію не є можливим. За час лікування відмічено покращення апетиту та збільшення маси тіла, більш вагоме в основній групі дітей. Об'єктивним проявом покращення нутритивного статусу став вірогідно більший приріст ваги, який склав під кінець лікування $300,0 \pm 25,0$ г, проти $90,5 \pm 20,5$ г у контролі.

Висновки.

Застосування фізичної реабілітації в комплексній терапії хронічного гастродуоденіту у дітей призводить до усунення явищ стеатореї, креатореї, аміло-реї, нормалізує кислотоутворюючу функцію шлунка, сприяє більш швидкому регресу клінічних проявів захворювання, підвищує рівень фізичного здоров'я, забезпечує приріст маси тіла, покращує нутритивний статус хворих.

Проведене дослідження доводить необхідність включення фізичної реабілітації в процес відновного лікування хворих на хронічний гастродуоденіт та *перспективи подальших досліджень* в післялікарняному періоді.

Література:

1. Апанасенко Г.Л. Медицинская валеология / Г.Л. Апанасенко, Л.А. Попова. – К.: Здоров'я, 1998. – 248 с.
2. Бабак О.Я. Современная фармакотерапия хронического гастрита / О.Я. Бабак //Український медичний часопис. – 2008. – № 3. – С. 84–87.
3. Белоусов Ю.В. Гастроэнтерология детского возраста / Ю.В. Белоусов. – Харьков: Консум, 2000. – 527 с.
4. Дука К.В. Оптимізація лікування дітей із функціональними захворюваннями шлунково-кишкового тракту / К.В. Дука, Т.В. Ярошевська //Клиническая педиатрия. – № 4 (7). – 2007. – С. 10–15.
5. Циборовський О.М. Розповсюдження хвороб органів травлення у дітей дошкільного віку, в залежності від впливу соціальних, екологічних та медико-біологічних факторів / О.М. Циборовський, М.Ф. Денисова //Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2007. – № 3. – С. 14–16.

Надійшла до редакції 17.02.2011 р.
Григус Игорь Михайлович, д.м.н., проф.
grigus.igor@yandex.ua