

ІІІ. АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ, СПОРТИВНОЇ МЕДИЦИНИ ТА АДАПТИВНОГО ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ



СПОЛУЧЕННЯ ЕЛЕМЕНТІВ МУЗИКОТЕРАПІЇ ТА ФІЗИЧНИХ ВПРАВ ПРИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ ШЛУНКА ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Ольга Луковська, Валентина Скакодуб, Людмила Іванова, Ася Богомол
Дніпропетровський державний інститут фізичної культури і спорту
Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечнікова

Анотація

В статті розглядаються результати застосування розробленої авторами програми фізичної реабілітації хворих на виразкову хворобу шлунка та дванадцятипалої кишки, в якій поєднані елементи фізичної реабілітації та музикотерапії.

Annotation

The application results of the developed by the authors program of rehabilitation of patients who suffer from stomach and duodenum ulcers, which includes the interaction of medical physical exercises and aimed musictherapy, are scrutinized in the article.

Постановка проблеми. Виразкова хвороба (ВХ) шлунка та дванадцятипалої кишки (ДПК) зустрічається занадто часто. 2% жінок та 6% чоловіків у працездатному віці страждають виразковою хворобою. Серед чоловіків у віці 45–53 роки нею хворіють до 10%. З сучасних позицій ВХ розглядають як поліетіологічно, патогенетично та генетично неоднорідне захворювання. Серед етіологічних факторів, поряд з ацидопептичним, інфекційним (*Helicobacter pylori*) та іншими, очевидним є соціальний фактор (паління, зловживання алкоголем, шкідливі звички людей в прийомі їжі та напоїв) [8, 9]. Важливим патогенетичним фактором є також перенапруження центральної нервової системи (ЦНС) внаслідок дії гострого чи хронічного стресу, перевтоми [1, 3, 8].

Для профілактики та терапії ВХ необхідно не тільки дотримання гігієнічних норм праці, побуту та харчування, утримання від шкідливих звичок, але й використання різноманітних засобів фізичної культури (ФК) та забезпечення позитивного впливу на психоемоційний стан [3]. У зв'язку з рецидивуючим характером захворювання, в системі лікувально-профілактичних заходів велике значення має запобігання рецидивів; цьому певною мірою сприяє раціональне використання фізичних вправ та нор-

малізація психоемоційного стану хворих [1, 4, 9].

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Літературні дані свідчать про те, що в останні роки велику увагу приділяють етапному лікуванню хворих на ВХ шлунка та ДПК, в якому суттєве значення має лікувальна фізична культура (ЛФК), що є важливою складовою частиною реабілітаційних заходів на всіх етапах лікування [4]. Більше того, сьогодні науковці ЛФК розглядають як основу фізичної реабілітації (ФР).

Найбільш важливим у питаннях застосування ФР при виразковій хворобі шлунка та дванадцятипалої кишки є визначення рухового режиму, інтенсивності та тривалості фізичних навантажень.

Роль ЛФК підвищується у зв'язку з небезпекою поліпрагмазії, що обумовлена невмілим призначенням довготривалого поетапного фармакологічного лікування хворих (стаціонар – відділення реабілітації – поліклініка, профілакторії – санітарно-курортне лікування), внаслідок цього виникають порушення судинних реакцій в слизовій оболонці травного каналу, порушення секреції, моторики, що призводить до глибоких морфологічних змін. Тому в етапному лікуванні таких хворих необхідно розумне співвідношення фармакотерапії з широким вико-



ристанням різноманітних, у тому числі фізичних, реабілітаційних засобів. ЛФК займає значне місце в комплексному відновному лікуванні даної патології [1, 4, 8, 9].

В основі ЛФК лежить використання біологічної функції організму–рухів, які є основним стимулятором його росту, розвитку та формування, активаторами діяльності всіх його систем, сприяють підвищенню імунного стану та загальної роботоздатності людини [2, 8].

Довготривалі спостереження за хворими з ВХ дозволили встановити стійке функціональне порушення вищих відділів центральної нервової системи (ЦНС), яке проявляється емоційною лабільністю, неврівноваженістю, схильністю до нав'язливих станів та розладами сну, дистонією вегетативних відділів нервової системи. Також у цих хворих спостерігається нейрогуморальна декомпенсація як в період загострення захворювання, так і в період ремісії, що призводить до стійких дизфункцій травної системи [1, 3, 9, 10].

Дослідженнями, проведеними Е.І. Самсоном, Н.Г. Триняком (1983), П.Я. Григор'євим (1990), виявлені порушення функцій вегетативної нервової системи та зниження тонусу і реактивності симпатико-адреналової системи при загостренні виразкової хвороби, які зберігаються в період ремісії [3, 5].

При даних захворюваннях шлунково-кишкового тракту (ШКТ) спостерігаються зміни рухової, секреторної й всмоктувальної функцій. Патологічні процеси в різноманітних відділах травного тракту знаходяться в тісному взаємозв'язку між собою і обумовлені порушенням нервової регуляції.

Фізичні вправи змінюють взаємозв'язок процесів збудження та гальмування в ЦНС, вдосконалюють та збільшують їх рухливість, що призводить до покращення регулюючого впливу ЦНС

на травні функції. Підвищується вплив кори мозку на підкоркові центри, внаслідок чого вдосконалюється автономна регуляція травного апарату [6].

Згідно даних літератури в комплекс реабілітаційних заходів входять фармакотерапія, руховий режим, ЛФК, масаж, дієтотерапія та інші. ЛФК та масаж покращують чи нормалізують нервово-трофічні процеси та обмін речовин, сприяючи відновленню секреторної, моторної, всмоктувальної та екскреторної функцій травного каналу [5].

Відомо, що використання музики позитивно впливає не тільки на психоемоціональний стан організму і регуляторні функції ЦНС, але і на різноманітні функції ШКТ [10]. Фізіологічний вплив музики на організм людини заснований на тому, що нервова система володіє спроможністю засвоєння ритму. Музика, як звуковий подразник стимулює фізіологічні процеси організму, які проходять ритмічно як в соматичній, так і вегетативній сферах. Ритми окремих органів людини завжди пропорційні. Між ритмом рухів і рухом внутрішніх органів існує певний зв'язок. Л. Демлінг виявив, що деякі симфонічні твори змінюють кислотність шлункового соку [5]. Однак потребує поглибленого вивчення питання щодо підбору музики в залежності від підвищеної чи зниженої кислотоутворюючої функції шлунка. Дослідники даної проблеми не звертали достатньої уваги на можливості диференційованого використання при заняттях лікувальною гімнастикою (ЛГ) елементів музикотерапії з метою покращення реабілітації хворих на ВХ шлунка та ДПК.

Вище викладене дозволяє вважати актуальним розробку програми занять лікувальною гімнастикою в сполученні з елементами музикотерапії, тобто цілеспрямоване використання саме тих музичних творів, що позитивно впливають на визначені функції шлунково-кишкового тракту.

У роботі були використані наступні **методи дослідження**: аналіз та узагальнення літературних джерел, анкетування, опитування хворих та аналіз історій хвороби; педагогічне спостереження; психологічні методи (опитувальник САН) [5]; клінічні, ендоскопічні та статистичні методи.

Організація дослідження. Дослідження проводилося на базі Дніпропетровської обласної клінічної лікарні ім. І. І. Мечнікова у відділенні гастроентерології та гепатології. Під спостереженням знаходились 68 хворих на ВХ шлунка та ДПК (48 чоловіків та 28 жінок). Всі хворі були розподілені на дві рівноцінні та однакові за кількістю (34 особи) групи: основну і контрольну.

Для хворих на ВХ шлунка та ДПК в стаціонарі даної обласної клінічної лікарні застосовують лікувальну гімнастику у залі ЛФК. Для відновлення порушених функцій у хворих контрольної групи використовували стандартний комплекс лікувальної гімнастики [7]. В основній групі застосовувалась розроблена нами для хворих на виразкову хворобу програма занять лікувальною гімнастикою з використанням елементів цілеспрямованої музикотерапії.

Програма була складена на підставі поглибленого вивчення науково-методичної літератури і раніше застосованих при даній патології комплексів. Вона включала до себе використання раніше відомих вправ, але оптимально скомпонованих з підбором музичних творів, які сприятливо впливають на нервові процеси у хворих на ВХ шлунка та дванадцятипалої кишки. Під час занять лікувальною гімнастикою використовували наступні музичні твори: *Бородин*. Ноктюрн зі струнного квартету; *Шопен*. Ноктюрн фа-мажор (крайні частини); *Шопен*. Етюд мі-мажор (крайні частини); *Шуберт*. Аве Марія; *Сен-Санс*. Лебідь. Розроблена програма передбачала урегулювання процесів збуджен-



ня та гальмування в нервовій системі та прискорення процесу одужання, шляхом поєднання позитивного впливу фізичних вправ (дихальних, загальнозміцнюючих і спеціальних) та цілеспрямовано підібраних музичних творів.

Результати дослідження та їх обговорення. Порівнюючи отримані результати дослідження в основній та контрольній групах до і після фізичної реабілітації було встановлено нижчевикладене.

Тест САН, який проводився до початку лікування, на 5-6 день і в кінці фізичної реабілітації (з порівняльною характеристикою самопочуття, активності та настрою), показав, що самопочуття хворих в основній групі помітно покращилось вже на 5-6 день, в той час як у контрольній групі позитивних змін у такий короткий термін ще не відбувалось. Середнє арифметичне значення (X) самопочуття контрольної групи до дослідження склало 5,97 балів, а в основній групі – 6,30 балів, після проведення фізичної реабілітації самопочуття в контрольній групі стало 6,89 балів, в основній – 8,20 балів, тобто підвищилось на 15,4% в контрольній і на 30,2% в основній (Рис. 1).

Середнє значення активності хворих контрольної групи до дослідження дорівнювало 4,99, основної – 5,43 балів; після проведення фізичної реабілітації за розробленою програмою показник покращився до 5,54 балів в контрольній групі і 7,29 – в основній (відповідно на 11,02% і 34,25%) (Рис. 2).

Показник середнього арифметичного значення настрою в контрольній групі до дослідження був 6,35 балів, в основній – 6,81. Після проведення ФР показник настрою в контрольній групі покращився лише на 13,39% і склав 7,2 балів, а в основній – на 35,83% (9,25 балів) (Рис 3).

Вище наведені дані свідчать, що погане самопочуття, низька активність та поганий настрій, які спостерігались в обох групах до лікування, після проведення

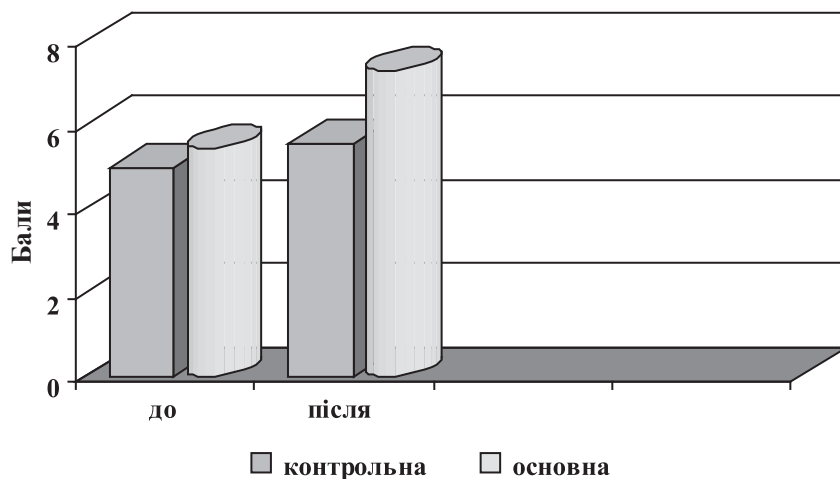


Рис. 1. Середні показники самопочуття хворих основної та контрольної груп до та після фізичної реабілітації.

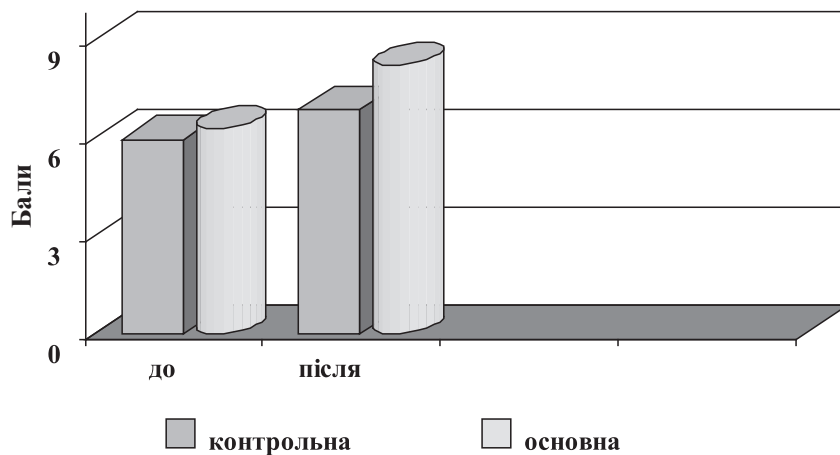


Рис. 2 Середні показники активності хворих основної та контрольної груп до та після фізичної реабілітації.

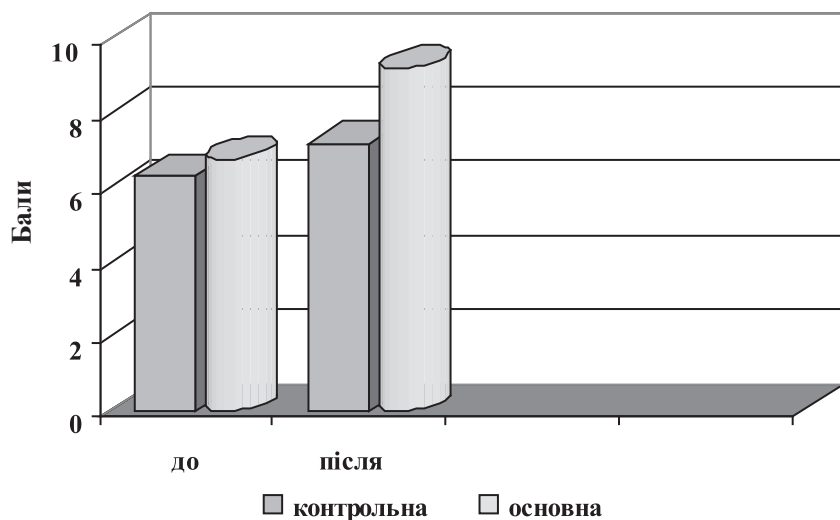


Рис. 3 Середні показники настрою основної та контрольної групи до та після фізичної реабілітації.



Динаміка показників клінічного та біохімічного аналізів крові в основній (n-34) та контрольній (n-34) групах

Показники	Групи	До фізичної реабілітації				Після фізичної реабілітації			
		X	σ	t кр.Ст	P	X	σ	t кр.Ст	P
Hb, г/л	К	138,03	$\pm 17,45$	2,96	<0,05	139,03	$\pm 17,39$	2,1	<0,05
	О	140,56	$\pm 15,50$			147,59	$\pm 8,21$		
Лімфоцити, %	К	31,09	$\pm 8,38$	5,15	<0,05	29,30	$\pm 5,05$	0,34	>0,05
	О	31,80	$\pm 8,32$			34,60	$\pm 3,16$		
Швидкість осідання еритроцитів, мм/г	К	12,91	$\pm 8,38$	2,57	<0,05	12,24	$\pm 9,41$	1,31	>0,05
	О	10,50	$\pm 5,74$			7,62	$\pm 0,52$		
глюкоза крові, Гмоль/л	К	4,58	$\pm 0,63$	4,79	<0,05	4,46	$\pm 0,57$	0,87	>0,05
	О	4,45	$\pm 0,46$			3,99	$\pm 0,52$		
α – амілаза, од/л	К	73,03	$\pm 23,94$	3,32	<0,05	83,56	$\pm 39,72$	1,86	>0,05
	О	67,29	$\pm 16,07$			139,03	$\pm 17,39$		

реабілітаційних заходів значно покращились. При цьому в динаміці в основній групі, в порівнянні з контрольною, показник самопочуття був вище на 14,76 %, активності – на 23,23 % і настрою – на 22,44 % ($p < 0,05$). Тобто завдяки поєднанню лікувальної гімнастики та елементів музикотерапії, самопочуття, активність та настрої хворих основної групи значно покращилися, що доводить ефективність впливу на психоемоційний стан хворих з ВХ шлунка та ДПК цілеспрямованого використання елементів музикотерапії при заняттях ЛФК ($P > 0,05$).

Для спостереження за клінічним перебігом хвороби під впливом реабілітаційних заходів вивчалися такі показники клінічного та біохімічного аналізів крові: гемоглобін (Hb), кількість лімфоцитів, швидкість осідання еритроцитів (ШОЕ), вміст глюкози та α -амілази.

До лікування виявлялись незначні поодинокі відхилення даних показників від норми, в той час як всі середні величини коливались в її межах.

Після закінчення курсу лікування і занять з ЛФК вказані показники нормалізувались у всіх хворих основної і контрольної груп, однак в основній групі позитивні тенденції: підвищення вмісту гемоглобіну, кількість лімфоцитів, зниження ШОЕ, вмісту глюкози та α -амілази крові, – були більше ви-

ражені (відмінність між групами достовірною – $p < 0,05$) (табл. 1). Такі зміни тісно пов'язані зі значним покращенням стану слизової оболонки шлунка, зменшенням чи зникненням ерозивно-виразкового дефекту, запальних явищ та подразнення підшлункової залози у хворих основної групи, а підвищення кількості лімфоцитів вказувало на зміцнення їх імунного стану.

Було виявлено значний **вплив розробленої програми на результати ендоскопічних досліджень**. В основній групі наприкінці відновного лікування показники фіброскопагастроуденоскопії (ФЕГДС) покращилися у 26 хворих, не було зареєстровано змін у 8 випадках. В той же час, в контрольній групі покращення результату спостерігалось лише у 15 хворих, а змін не відбулось в 19 випадках. Погіршення ендоскопічних проявів захворювання в обох групах виявлено не було (табл.2).

Отже, в контрольній групі результати ФЕГДС покращилися в 11,7 % випадків, а в основній – на 52,9 %, тобто на 41,2 % більше ніж в контрольній.

З наведених даних випливає, що розроблена нами цілеспрямована програма сполучення елементів музикотерапії з лікувальною гімнастикою показала достовірну відмінність результатів ФЕГДС в основній та контрольній групах після відновного лікування.

Таким чином, вірогідний позитивний вплив розробленої програми на низку показників функціонального стану організму в основній групі доводить її ефективність при фізичній реабілітації хворих на виразкову хворобу шлунка та дванадцятипалої кишки і дозволяє зробити наведені нижче висновки.

Висновки.

1. Аналіз літератури, присвяченої проблемі реабілітації хворих на виразкову хворобу шлунка та дванадцятипалої кишки дозволив встановити, що розробка програми використання лікувальної гімнастики в сполученні з музикотерапією є актуальною задачею дослідження.
2. На основі узагальнення літературних даних та багаторічного

Таблиця 2

Порівняння результатів дослідження ФЕГДС до і після фізичної реабілітації в основній і контрольній групах

Результати	Основна група (n=34)	Контрольна група (n=34)
Покращення	26	15
Погіршення	0	0
Без змін	8	19



- досвіду реабілітаційної роботи з даним контингентом хворих було розроблено програму лікувальної гімнастики з цілеспрямованим використанням елементів музикотерапії, яка включає підбір саме тих музичних творів, що впливають на неспецифічні порушення психоемоційного стану, котрі проявляються підвищеною, в порівнянні зі здоровими людьми, внутрішньою напругою, тривогою, страхами і т.ін.
3. Вивчення впливу розробленої програми на психоемоційний стан пацієнтів з виразковою хворобою за допомогою методики САН достовірно довело її більш високу ефективність в порівнянні з традиційною ($p < 0,05$).
 4. Розроблена нами програма лікувальної гімнастики для хворих на виразкову хворобу в сполученні з елементами цілеспрямованої музикотерапії за даними ФЕГДС сприяла значному покращенню стану слизової оболонки шлунка та дванадцятипалої кишки і була значно ефективніша за традиційну ($p < 0,05$), а також позитивно впливала на такі показники крові як вміст гемоглобіну, кількість лімфоцитів, швидкість

осідання еритроцитів, вміст глюкози та α -амілази.

5. Висока ефективність в реабілітації пацієнтів з виразковою хворобою шлунка та дванадцятипалої кишки запропонованої програми дозволяє рекомендувати її для втілення в гастроентерологічних відділеннях лікувальних та лікувально-профілактичних установ.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

1. Барановский А.Ю. Реабилитация гастроэнтерологических больных в работе терапевта и семейного врача / А.Ю. Барановский – СПб: Фолиант, 2001. – 416 с.
2. Вардинка Н.А. ЛФК при хронических заболеваниях желудочно-кишечного тракта / Н.А. Вардинка, Л.Г. Машкова. – К.: Здоровье, 1995.- 56 с.
3. Евсеев М.А. Профилактика стрессового эрозивно-язвенного поражения гастродуоденальной зоны у пациентов в критических состояниях / М.А. Евсеев // Русский медицинский журнал. – 2006. – № 20 – С.1-4.
4. Епифанова Н.А. ЛФК и врачебный контроль / Н.А. Епифанова – М.: Медицина 1999. – 368 с.

5. Качпанас Р.П. Психологическое консультирование и групповая психотерапия.: 6-е изд. / Р.П. Качпанас. – М.: Академ. проект, 2008.- 464 с.
6. Липинский В.К. Функциональная музыка как компенсатор сенсорной депривации: дисс... канд. мед. наук / В.К. Липинский. – М., 1997. – 327 с.
7. Милукова И.В. Лечебная физкультура: Новейший справочник / И.В. Милукова, Т.А. Евдокимова; под ред. Т.А. Евдокимовой. – СПб.: Сова; М.: Изд-во Эксмо, 2004. – 862 с.
8. Пархотик И.И. Физическая реабилитация при заболеваниях органов брюшной полости / Иван Иванович Пархотик. – К.: Олимпийская литература, 2003. – 223 с.
9. Ткач С.М. Ведение больных с язвами желудка / С.М. Ткач // Therapia. Український медичний вісник. – 2008. – № 9 (29) – С. 2-3.
10. Федів О.І. Особливості гоєння ерозивно-виразкових уражень слизової оболонки шлунка та дванадцятипалої кишки під впливом реабілітації / О.І. Федів, В.М. Баргій, В.В. Труш, Л.М. Гресько // Сучасна гастроентерологія. – 2008. – № 3 (41) – С. 1-3.

