Зміст

Вступ

Глава І. Виразкова хвороба 12-палої кишки та вагітність (аналіз літературних даних)

Розділ 1. Виразкова хвороба 12-палої кишки у вагітних

1.1 Зміни шлунково-кишкової функції при вагітності

1.2 Клінічна картина та лікування виразкової хвороби 12-палої кишки

1.3 Особливості перебігу виразкової хвороби 12-палої кишки вагітних

Розділ 2. Методи фізичної реабілітації та їх можливості при виразковій хворобі 12-палої кишки у вагітність

2.1 Лікувальна фізична культура

2.2 Дієтотерапія

2.3 Фітотерапія

Розділ 3. Санаторно-курортне лікування

Глава ІІ. Власна дослідницька робота

Розділ 1. Загальна характеристика піддослідних

Розділ 2. Методи проведення дослідження

2.1 Методи збору досліджуваних даних

2.2 Математико-статичний метод обробки даних, отриманих в ході експерименту за Ст'юдентом

Розділ 3. Хід дослідження

3.1 Дієтотерапія

3.2 Лікувальні фізична культура

3.3 Фітотерапія

Розділ 4. Обговорення отриманих даних

Висновок

Рекомендації

Додатки

Список використаної літератури

Вступ

У наш час в світі відзначається ріст хвороб органів травлення в зв'язку з такими негативними явищами, як неадекватне, незбалансоване харчування, стресові ситуації, алкоголізм, паління, наркоманія. Серед захворювань органів травлення одне з перших місць займає виразкова хвороба 12-палої кишки. Через це захворювання втрачається працездатність людини, та нерідко веде до серйозних ускладнень і інвалідності.

На виразкову хворобу 12-палої кишки хворіють і молоді жінки, яким треба виносити і народити дитину, а захворювання може призвести до небажаних ускладнень.

Усе це визначає актуальність і соціальну значимість проблеми.

Незважаючи на все зростаюче кількість різних методів консервативного лікування, воно не завжди може попередити загострення та розвиток ускладнень захворювання. Це, може бути пов’язано з неадекватним застосуванням засобів і методів фізичної реабілітації, або взагалі їхнє не застосування.

Ця робота містить у собі узагальнені дані різних джерел. Відображено можливості застосування різних методів фізичної реабілітації у жінок хворих на виразкову хворобу 12-палої кишки під час вагітності.

Ціль роботи - вивчити можливості використання методів фізичної реабілітація у жінок хворих на виразкову хворобу 12-палої кишки під час вагітності, охарактеризувати ці методи.

Об'єктом дослідження є функціональний стан організму хворих, для цього використовуватиметься експрес тест (Пірогов О.Я. 1989р).

Гіпотеза - ми припустимо, що використання методів фізичної реабілітації, буде сприяти підвищенню функціонального стану організму.

Глава І. Виразкова хвороба 12-палої кишки та вагітність (аналіз літературних даних)

хвороба вагітність реабілітація

Розділ 1. Виразкова хвороба 12-палої кишки та вагітність

1.1 Зміни шлунково-кишкової функції при вагітності

При вагітності шлунок і кишечник поступово зміщаються догори розширеною маткою, а вісь шлунка зрушується від вертикального положення до горизонтального, причому воротар шлунка зрушується догори і к заду, сповільнюючи тим самим спустошення шлунка. Звичайно спостерігається слабке зниження шлунково-кишкового тонусу, слабка відносно гіпохлорідність. Іноді розвивається зворотна антиперистальтична хвиля, що переносить уміст шлунка догори в стравохід. До кінця вагітності збільшується внутрішлунковий тиск, особливо в позиції Тренделенберга, у більшості випадків, у вагітних ризик рефлюкса не підвищується. З іншого боку, це приводить до появи відрижки кислим умістом шлунка з наступною печією і дисфагією.

Під час родової діяльності біль від скорочення матки і супутня тривога, психогенна напруга викликає :сегментарне і супрасегментарне рефлекторне уповільнення шлунково-кишкової рухливості і функцій з наступною значною затримкою спорожнювання шлунка. Ці рефлекторні ефекти підсилюються в лежачому положенні і при прийомі більшості системних аналгетиків і родинних препаратів, використовуваних для зменшення болю. Цей комбінований ефект болю і депресантів може викликати затримку їжі і рідини (не тільки води) протягом 36 годин, причому поглиненее. повітря і шлункові соки накопичуються прогресуючим образом, а Рн умісту шлунка знижується нижче критичного значення в 2,5 рази в більшості вагітних. [3, 4]

1.2 Клінічна картина та лікування виразкової хвороби 12-палої кишки

Виразкова хвороба 12-перстной кишки - хронічне, захворювання що циклічно протікає, в основі якого лежить виразковість слизуватої оболонки дванадцятипалої кишки, у період загострення.

Патогенез виразки дванадцятипалої кишки

* підвищення тонусу блукаючого нерва, як під час прийому їжі, так і поза ним, а гальмування шлункової секреції недостатньо активно;
* постійне підвищення тонусу блукаючого нерва обумовлює шлункову секрецію з високої пептичесною активністю;
* під впливом закислення слизувата оболонка дванадцятипалої кишки піддається метаплазії;
* з антрального відділу шлунка Helіcobacter pylory переміщаються в дванадцятипалу кишку, колонізують метаплазованний епітелій, а потім ушкоджують його також як у шлунку.

Клінічні прояви.

Біль у епігастрії - найбільш важливий і постійний симптом виразкової хвороби. Болючі відчуття з'являються в патологічно зміненій слизуватій. Характеристика болючого синдрому залежить від локалізації виразки. Біль майже завжди зв'язаний із прийомом їжі, чим пізніше після прийому їжі біль, тим дистальніше локалізація виразки: пізні (через 2-3 години) і голодні (ранком, натще) - при виразці 12-перстной кишки. Для виразки 12-перстной кишки характерний сезонний ритм болючого синдрому.

Болі знімаються (полегшуються) прийомом холінолітиків. Причиною виникнення болю варто вважати рухові порушення шлунка і дванадцятипалої кишки. Оцінка відчуття болю, її виразність залежить від особливостей особистості і психічної настроєності хворого. Виявлений анамнестично болючий синдром підтверджується даними пальпації, при якому відзначається локальна хворобливість у епигастрії (позитивний симптом Менделя).

* болю можуть іррадііровать у праве підребер'я, за грудину, у спину;
* можлива безболюча форма виразкової хвороби.

Диспепсичний синдром:

* печія, іноді болісна. Печія - зв'язана з забросом кислого вмісту зі шлунка в стравохід. Вона також може бути, у результаті спазму патологічно зміненого нижнього відрізка стравоходу, є еквівалентом болю,
* відрижка кислим, повітрям;
* анорексія;
* дисфагія;
* блювота - сложнорефлекторний акт, буває звичайно вмістом шлунка, рідше з домішкою крові (свіжої чи типу ''кавової гущавини''), виникає переважно на висоті болю, після її настає звичайне полегшення болючого і диспепсичного симптомокомплексів

Синдром кишкової диспепсії: схильність до запорів.

Фізикальний статус: локальна пальпаторна і перкуторна хворобливість у епігастральні області, однак клінічні симптоми іноді відсутні.

Ускладнення виразкової хвороби

* кровотеча
* перфорація
* пенетрація
* перивісцеріт
* обтурація вихідного відділу шлунка в результаті набряку і рубцево-виразкової деформації стінок ураженого органа
* стеноз превратника
* ракове переродження.

Характерними ознаками рясної кровотечі служать кривава блювота кольору кавової гущавини (hematemeses) і дегтеобразный стілець (melena):

* кривава блювота частіше спостерігається при локалізації виразки в шлунку, але може бути і при дуоденальной виразці
* коричневий колір блювотних мас залежить від домішки хлоргеміна.
* дьогтеподібний стул звичайно спостерігається при виразці дванадцятипалої кишки, але він може бути і при виразці будь-якої іншої локалізації. Чорне фарбування калу залежить від домішки сірчистого заліза і свідчать про високу локалізацію кровотечі.
* першими симптомами рясної внутрішньої крововтрати є раптово наступаюча слабість, спрага, запаморочення, нудота, почуття недостачі повітря.
* при виникненні кровотечі відзначається чи зникнення зменшення болючого синдрому.

Прорив виразки - одне з найважчих ускладнень, воно спостерігається в 5-15% випадків. Розрізняють перфорацію у вільну черевну порожнину, що супроводжується розвитком гострого перитоніту, прикритий перфорацію і перфорацію в заочеревинну клітковину й у товщу малого сальника.

Перивісцеріти - найбільш часті ускладнення виразкової хвороби. Запальні спайки із сусідніми органами є наслідком рубцювання виразки і реактивного запалення. У частини хворих наявність перидуоденіта чи перигастриту не виявляється клінічно.

Стеноз воротаря - пілоростеноз (stenosіs pylorі) як ускладнення виразкової хвороби звичайно виникає при довгостроково протікають виразках, при ньому настає рубцеве звуження пілорічного каналу і цибулини. Пілородуоденальні стенози розвиваються поступово і на перших етапах компенсуються посиленою роботою м'яза шлунка.

Перехід виразки в рак. Діагноз виразки що перероджується в рак, часто представляє значних труднощів. Підозрілими на малигнезацію виразки є наступні зміни в клінічній картині захворювання: болю утрачають свою періодичність і стають постійними, може знижуватися секреторна функція шлунка, постійно визначається схована кров у калі, з'являється гіпохромна анемія, нейтрофільний лейкоцитоз і наростання кількості тромбоцитів, відзначається падіння маси тіла і погіршення загального стану, лікування неефективне. Найбільш надійним діагностичним методом у доказі переродження є фіброгастроскопія з прицільною біопсією. [1, 2]

Принципи лікування

Загальні принципи:

* хворі з уперше виявленою виразкою, а також із загостренням виразкової хвороби, незалежно від віку, локалізації і характеру виразкового процесу підлягають госпіталізації в терапевтичне відділення; якщо з якихось причин госпіталізація неможлива і лікування проводиться вдома , воно повинно наближатися до стаціонарного;
* не курити і не вживати міцні спиртні напої.

У комплексній терапії важливе значення має лікувальне харчування. Дієта хворого виразковою хворобою повинна передбачати:

* мінімальне стимулююче вплив харчових продуктів на головні залози шлунка, зменшення моторної активності,
* перевага продуктам, що володіють гарними буферними властивостями: білки тваринного походження: відварне м'ясо і риба, молоко, вершки, яйце всмятку чи парові омлети, сир, вершкова олія. Дозволяється також черствий білий хліб, сухий бісквіт і печиво, молочні і вегетаріанські супи. У харчовий раціон включаються овочі (тушковані чи у виді пюре), різні каші, киселі і фруктові соки, печені яблука;
* у період загострення хворий повинний приймати їжу не менш 6 разів у день, у проміжках між прийомами їжі рекомендується пити по полстакана теплого молока чи суміші молока і вершків з метою зв'язування соляної кислоти, виділеної після евакуації їжі зі шлунка;
* при різко вираженому загостренні виразкової хвороби з наявністю болючого і диспепсичного синдромів призначається стіл № 1а (їжа дається тільки рідкої чи у виді желе, пюре, кількість солі обмежується до 4-5 г. Виключаються хліб і сухарі. М'ясо і риба даються у виді суфле один раз у день у невеликій кількості);
* стіл № 1а малокалорійний (2100-2200 ккал) і фізіологічно неповноцінний. Тривале призначення столу № 1а може супроводжуватися почуттям голоду, утратою маси тіла, тому він призначається тільки при необхідності і на короткий термін (кілька днів);
* у фазі ремісії стіл № 5, трохи збагачений білковими продуктами.

Принципи фармакотерапії виразкової хвороби:

* однаковий підхід до лікування виразок шлунка і дванадцятипалої кишки;
* обов'язкове проведення базисної антисекреторної терапії;
* вибір антисекреторного препарату, що підтримує внутрішлункову рн>3 близько 18 годин у добу;
* призначення антисекреторного препарату в строго визначеній дозі;
* ендоскопічний контроль з 2-х тижневим інтервалом;
* тривалість антисекреторної терапії в залежності від термінів загоєння виразки;
* ерадікаціонна антихелікобактерная терапія в Нр-позитивних хворих;
* обов'язковий контроль ефективності антихелікобактеріной терапії через 4-6 тижнів;
* повторні курси антихелікобактерной терапії при її неефективності;
* підтримуюча противорецидивна терапія антисекреторним препаратом у Нр-негативних хворих;
* вплив на фактори ризику поганої відповіді на терапію (заміна НПВП парацетамолом, селективними інгібіторами ЦОГ-2, сполучення НПВП із мізопростолом, і ін.) [1, 2].

1.3 Особливості перебігу виразкової хвороби у вагітних

Під час вагітності численні зміни обміну речовин нейроендокринної і імунної систем приводять до порушення функціонування органів травної системи: знижуються рухова і секреторна активність шлунка, кишечнику, гепатобіліарної системи. У зв'язку з цим підвищуються фактори ризику загострення хронічних процесів органів травлення чи виникнення нових захворювань. Своєрідність клінічного плину, обмеження в застосуванні методів дослідження і сам стан вагітності нерідко приводять до спізнілої діагностики захворювань травної системи і недооцінці їхнього негативного впливу на стан і розвиток плоду.

Вагітність сприятливо впливає на перебіг виразкової хвороби 12-палої кишки . Загострення виразкової хвороби спостерігається у весняно-осінній період, у 1 триместрі, за 2 - 3 тижні до пологів і в післяпологовому періоді. Вагітність ускладнюється ранніми токсикозами, залізодефіцитною анемією.

Діагноз ставиться на підставі клінічного даних, анамнезу, у неясних випадках, незалежно від терміну вагітності виконується ендоскопічне дослідження шлунка і дванадцятипалої кишки для виключення кровотечі і перфорації.

Лікування включає повноцінне, збалансоване харчування, хімічно і механічно щадящу дієту № l а, 1 б. Через кожні 10 - 12 днів показані лужні мінеральні води, антациди (альмагель, альмагель-а, фосфалюгель), суміш Бурже, магнію оксид, кальцію карбонат, натрію гідрокарбонат у звичайних дозах 4 - 5 разів у день. При болючому синдромі призначають спазмолітичні і холінолітичні засоби (метацин, тропацин і ін.), полівітаміни, вітаміни Е, U солкосерил, триxопол. Проводять фітотерапію відварами ромашки, звіробоя, деревію.

Вагітні повинні спостерігатися в гастроентеролога. Показано дослідження калу на сховану кров протягом вагітності, прийом полівітамінів з мікроелементами, профілактичне протирецидивне лікування в І триместрі, за 2 - 3 тижні до пологів і в післяпологовому періоді, госпіталізація в 38 тижнів вагітності [3, 4].

Розділ 2. Методи фізичної реабілітації та їх можливості при виразковій хворобі 12-палої кишки у вагітних

2.1 Лікувальна фізична культура

При нормальній вагітності в організмі жінки відбуваються зміни, що є вираженням пристосування материнського організму до нових умов існування, зв'язаним з розвитком плоду. Під час вагітності всі органи функціонують нормально, але з підвищеним навантаженням. Здорова жінка звичайно переносить вагітність легко, але при недотриманні правил харчування, гігієнічних вимог, перевтомі й інших сприятливих факторах зовнішнього середовища функції організму можуть порушуватися і виникають різні ускладнення, загострення хронічних захворювань, в. ч. виразкової хвороби 12-перстной кишки.

Під час вагітності необхідні регулярні заняття лікувальною фізкультурою, що підвищує фізичні можливості організму, створює почуття бадьорості, поліпшує загальний стан, апетит, сон, зменшує явища астено-невротиченого синдрому, а також створює умови для нормального перебігу вагітності і тим самим сприяє повноцінному розвитку плода.

Фізкультура має винятково важливе значення для збереження і зміцнення здоров'я вагітних жінок. Спостереження показують, що в жінок, що займаються під час вагітності спеціальною гімнастикою, пологи протікають швидше і легше. Під час пологів і в післяпологовому періоді в них рідше спостерігаються ускладнення, та зменшується вірогідність загострення хронічних захворювань.

Користь жінкам фізичні вправи приносять ще і тому, що вони сприяють зміцненню нервової системи, поліпшенню подиху і роботи серця, розвитку м'язів живота, що дуже необхідно вагітним.

У жіночій консультації жінок попереджають, що займатися фізкультурою можна тільки в тих випадках, коли вагітність протікає нормально, і немає загострення хронічних захворювань.

Протипоказанням до занять фізкультурою є: гострі стадії захворювань серцево-судинної системи з розладом кровообігу, туберкульоз легень у фазі загострення, а також при ускладненні плевритом і ін., усі гострі запальні захворювання (ендометрит, тромбофлебіт і ін.), хвороби бруньок і сечового міхура (нефрит, нефроз, пиєлоцистит), токсикози вагітних, кровотечі під час вагітності.

Фізичні вправи зручно проводити ранком, незабаром після сну, при цьому вагітна повинна бути в зручному одязі. Для занять фізкультурою приділяється спеціально обладнане приміщення з гарною вентиляцією і висвітленням. Заняття фізкультурою серед вагітних, що знаходяться на обліку в жіночій консультації, можуть здійснюватися двома способами: груповим і самостійно індивідуально в домашніх умовах. При останньому способі вагітна повинна кожні десять днів відвідувати лікаря по лікувальній фізкультурі (методиста), що здійснює лікарський контроль і перевіряє правильність виконання вправ.

Розроблено методику лікувальної фізкультури для вагітних, котра є простою, не важкої для засвоєння й ефективної. У підборі вправ звернена увага на ті, котрі розвивають діафрагмальне дихання, зміцнюють м'язи живота. Складено комплекси вправ для жінок з різними термінами вагітності: до 16 тижнів, від 16 до 24, від 24 до 32, від 32 до 36 тижнів, а також у періоди другий-третій, четвертий-п’ятий і шостий-сьомий тижні після пологів.

Основні завдання ЛФК у вагітних з виразковою хворобою 12-палої кишки є запобігання загострення та уникнення ускладнень під час пологів; протидія ускладненням, що супроводжують виразкову хворобу; покращення функції дихання, кровообігу, окислювально-відновних процесів.

ЛФК застосовують тільки в по прошествії гострого періоду. Вправи виконуються обережно, щадячи м’язи живота, не перемагаючи біль. В перші заняття виконують вправи на черевне дихання, виконують вправи з рухом у крупних суглобах кінцівок, статичною напругою м’язів плечового поясу. В подальшому, з зменшенням болів та покращенням загального стану переходять до вправ з в. п. сидячи, стоячи, на колінах, з посиленням навантаження на групи м’язів, діафрагмального дихання.

В загалі у комплексі ЛФК повинні бути відсутніми силові, скоротні вправи, статичні зусилля, стрибки, підскоки, вправи у швидкому темпі.

Масаж вагітним хворим на виразкову хворобу протипоказано.

2.2 Дієтотерапія

Одним із основних засобів фізичної реабілітації хворих на виразкову хворобу 12-палої кишки, у тому числі і вагітних з цим захворюванням, є дієтотерапія.

Показання до дієтотерапіє є виразкова хвороба шлунка і 12-перстной кишки в період стихання загострення і не менш півроку після нього.

Технологія готування: їжа повинна бути зварена на воді чи на пару, протерта, при цілих зубах рибу і м'ясо можна вживати шматком. Запікати окремі блюда, але без скоринки. Приймати їжу 4-5 разів у день у ті самі годинник. Виключити дуже гарячі і холодні блюда.

Дозволяються:

Напої - неміцний чай, чай з молоком чи вершками, слабке какао з молоком чи вершками.

Хлібні вироби - пшеничний хліб білий, учорашньої випічки, сухарі білі, печиво не здобне чи галетне.

Закуски - сир негострий, шинка нежирний і несолона, салат з відварних овочів, м'яса і риби, ковбаса докторська, молочна і дієтична.

Молоко і молочні продукти -і молоко цільні, сухі чи згущене, вершки, сир.

Жири - олія вершкове несолоне, рафінованої рослинної олії в готові блюда.

Яйця і яєчні блюда - яйця всмятку, омлет паровий, не більш 2 штук у добу.

Супи - супи з протертих круп, суп пюре з варених овочів (крім капусти) на відварі з круп і дозволених овочів, молочний суп із дрібною вермішеллю. У супи додають молоко, вершки, яйце.

Овочі - картопля, морква, буряк, кольорова капуста, ранні гарбуз і кабачки, обмежено - зелений горошок, дрібно шинкованний укріп - у супи.

М'ясні і рибні блюда - яловичина нежирна, телятина, курка, кролик, індичка, нежирні сорти риби (судак, короп, окунь і ін.), готують у виді парових котлет, суфле, пюре, зраз, кнелей, відварюють шматком.

Крупи - манна, рис, гречаної, вівсяна, каші варять на молоці чи воді.

Вермішель чи макарони дрібно рубані, відварні.

Фрукти, ягоди, насолоди -і солодкі сорти зрілих фруктів, ягід у виді компотів, киселів, мусів, желе, у запеченому виді, цукор, варення, зефір, пастила.

Соки - сирі з дозволених овочів, солодких ягід і фруктів, відвар із плодів шипшини.

Забороняються: м'ясні, рибні і міцні овочеві відвари і бульйони, гриби, жирні сорти м'яса і риби, соління, копченості, маринади, м'ясні і рибні консерви, здобне тісто, пироги, чорний хліб, сирі не протерті овочі і фрукти, морозиво, квас, чорний кава, газовані напої, шоколад, усі соуси, крім молочного, з овочів - білокачанну капусту, ріпу, редьку, щавель, шпинат, цибулю, огірки, всі овочеві закусочні консерви.

Якщо в хворого виражене загострення з тривалим болючим синдромом, то вперше 7-8 днів лікування харчування з великими обмеженнями: виключають цілком хліб, будь-які овочі, закуски, усі блюда - тільки в протертому виді виключають цілком хліб, будь-які овочі, закуски, усі блюда - тільки в протертому виді.

2.3 Фітотерапія

У комплексній реабілітації хворих з виразковою хворобою 12-палої кишки велике значення має адекватна фітотерапія.

Валеріановий чай володіє гарною лікувальною властивістю,знижує внутрішлунковий тиск, поліпшує сон.

Ромашка лікарська (використовують квіти, що містять ефірну олію, що володіє протизапальною дією, що підсилює регенераторні процеси, що придушує алергійні реакції) впливає на перебіг виразкової хвороби, що особливо сполучається з функціональними порушеннями кишок, метеоризмом. Призначають чай з ромашки в теплому виді за 30 хв., до їжі.

Шипшина (плоди) застосовують у виді відвару плодів приймають по 1/4-1/2 склянки 3 рази в день.

Безсмертник польової (квіти) впливає на кислотність шлункового вмісту і внутрішлунковий тиск. При підвищеній кислотності його варто застосовувати одночасно з препаратами, що знижують її.

Спориш (горець пташиний) володіє вираженими в'язкими властивостями, переважно підвищує кислотність і знижує тиск у шлунку.

Деревій звичайний гнітить кислотність шлункового вмісту, знижує внутрішлунковий тиск.

М'ята перцева робить протитоксичне, протиспазматичне, що заспокоює, жовчогінна дія, а також позитивно впливає при метеоризмі. Кислотність шлункового вмісту при її застосуванні змінюється незначно, а внутрішлунковий тиск знижується.

Лляне насіння містить лляну олію і слиз. Діє як протизапальний засіб, знижує кислотність шлункового вмісту і внутрішлунковий тиск. Настій готують з 1 частини лляного насіння і 30 частин води. Застосовують усередину по 1/4 склянки 3 рази в день за 30 хв. до їжі. Курс 2-3 тижня.

Обліпиха (плоди) містить обліпихову олію, вітаміни, деякі незамінні амінокислоти. Поліпшує загоєння виразки, стан жовчного міхура і кишок. Обліпихову олію призначають по 1 чайній ложці 2-3 рази в день за 30 хв до їжі.

Лепеха звичайний (кореневище) поліпшує апетит, загоює виразки, зменшує печію, усуває рідкий стілець, має дезінфікуючі властивості. Приймають у виді настойки (дрібно нарізані корені заливають чи спиртом горілкою) по 10-30 капель з чи водою на шматочку цукру перед їжею, чи відвару (30 м кореневищ варять у 1 л води в добре прикритому посуді протягом 20-30 хв) по 1/3 склянки 2-3 рази в день перед їжею.

Дагохілус (квіти і листи) прискорює згортання крові, робить заспокійлива дія, сприяє кращому загоєнню виразки. Застосовують при схильності до кровотечі (настойку - по 1 чайній ложці на 1/4 склянки води 3-5 рази в день; настій - по 1-2 столові ложки 6 разів у день).

Золототисячник звичайний поліпшує апетит, зменшує печію і здуття живота, нормалізує функцію печінки і жовчного міхура. Вживають у виді настою (20 м трави на 1 л окропу) по 1/3-1/2 склянки 3 рази в день до їжі.

У тих випадках, коли при виразковій хворобі спостерігаються запори, до трав доцільно додавати чи кору ягоди жостеру (1 їдальню ложку на склянку окропу). При виразковій хворобі, що супроводжується поносами, до трав рекомендують додавати звіробій,

Розділ 3. Санаторно-курортне лікування

Хворих з виразковою хворобою 12-палої кишки у фазі ремісії чи загасаючого загострення без порушення моторної функції з наявністю загальних порушень легкої, середньої ваги, астенічним синдромом направляють на бальнеолічувальні і кліматобальнеолікувальні курорти: Аргаман, Боржомі, Дарасун, Єсентуки, Желєзноводськ, Іжевські Мінеральні Води, Краина, Моршин, Галявина, Пярну, Пятигорск, Трускавець.

Протипоказаннями до санаторно-курортного лікування є виразкова хвороба 12-палої кишки, ускладнена стенозом воротаря, повторними кровотечами, пенетрацією виразки, що мали місце в попередні 8-10 мес, підозра на малигнезацію виразки, хвороба Золлінгера-Еллісона, ускладнення після операцій на шлунку (незагойний післяопераційний рубець, свищі, синдром петлі, що приводить, післяопераційний панкреатит, демпінг-синдром важкого ступеня, атонія кукси шлунка, загострення післяопераційного гастриту, холециститу, гепатиту, важка форма постваготомической діареї).

Поліпшення стану хворих виразковою хворобою у фазі загасаючого загострення констатують при купіруванні болів і диспепсії, відсутності хворобливості при пальпації, поліпшенні самопочуття, відмова від медикаментів, розширенні дієтичного режиму, відновленні моторної функції шлунка і поліпшенні вегетативної регуляції функцій внутрішніх органів за даними орто і кліностатичних проб. Ендоскопічно воно верифицируєтся зменшенням запальної реакції слизуватої оболонки навколо виразки, очищенням дна виразки, тенденцією до рубцювання. Стійке поліпшення визначають по зміні типу плину (ритму загострень): відсутність рецидиву протягом року при раніше частому рецидивировании, формування рубця і ліквідація запалення в його зоні за даними ендоскопії чи зникнення "ніші", підтверджене рентгенологічно. Погіршення самопочуття: посилення хворій, диспепсії з необхідністю медикаментозної терапії.

Про поліпшення стану хворих виразковою хворобою у фазі ремісії свідчать поліпшення загального стану, зменшення виразності невротичних розладів, можливість подальшого розширення дієтичного режиму, поліпшення вегетативної регуляції функцій внутрішніх органів за даними орто- і кліностатичної проб, а зміна ритму рецидивування з відсутністю рецидиву протягом року - стійкому поліпшенні. Навпроти, поява хворій, печії, рецидиви виразок чи ерозій за даними ендоскопічного чи рентгенологічного дослідження підтверджують погіршення стану пацієнтів.

Фізичні методи лікування хворих на виразкову хворобу призначають з метою зменшення болів (аналгетичні і спазмолітичні методи), купіровання запалення слизуватої оболонки шлунка (протизапальні методи) і відновлення його структури (репаративно-регенеративні методи), корекції порушеної секреторної функції (секретокорігуючі методи), активації нейрогуморальної регуляції секреторної і моторної функцій шлунка (вегетокоригучі методи) і місцевого імунітету (іммуномодулюучі методи). Визначальним варіантом терапії є рівень базальної секреції шлунка і розладу психоемоційної сфери (седативні методи).

Гідрокарбонатно-хлоридні натрієво-калъциєві мінеральні води. Іони Na і Са полегшують секрецію соляної кислоти в апікальних мембранах обкладочних кліток слизуватої оболонки шлунка. Іони Са також прискорюють виділення протонів за рахунок активації фосфатіділінозітинових кальцієвих каналів, у результаті чого зменшується Рн антрального відділу шлунка. Використовують мінеральні води: екатерингофську, Єсентуки № 4, желєзноводську, нарзан, іжевську, карачинську). Разова доза до 3 мл/кг (початкові прийоми 75-100 мл), температура води 20-25 °С, прийом води за 15-20 хв., до їжі маленькими ковтками, повільно (як би смакуючи), кількість прийомів 3-4 у добу (у залежності від прийому їжі); курс 1-1,5 мес, повторний курс через 4-6 мес.

Сульфатно-натрієво-магнієві питні води. Іони Mg блокують білки, що зв'язують воду в цитоплазмі секреторних кліток, необхідну для формування секреторної рідини. Крім того, Mg є конкурентним антагоністом іонів Са, знижує (за рахунок витиснення Са з осфоінозитолових рецепторів) активність протонної помпи і Na-H-обміну обкладочних кліток. Вони викликають зниження секреції шлункового соку. Іони Mg стимулюють утворення гістогормонів шлунка (VІ, GІ), що, потрапляючи в кров, відновлюють дефіцит іонів Mg, що розвивається при зниженій секреції шлунка. VІ і GІ є коферментами ряду клітинних энзимів гліколізу і протеолізу. Використовують мінеральні води: азовську, слов’яновску, смирновску, варзни-ярчи, дарасун. Разова доза до 3 мл/кг. Початковий прийом 75-100 мл. Температура води 20-25 °С, за 15-20 хв., до їжі, маленькими ковтками, повільно (як би смакуючи). Кількість прийомів 3-4 у добу (у залежності від прийому їжі); курс 1 - 1,5 мес, повторний курс через 4-6 мес. Протипоказані при підвищеній секреції шлунка, поліпозі шлунка (особливо в області пилорического відділу), пилоростенозе (пилороспазме).

Тривала аеротерапія. Тривалий вплив повітря відкритих просторів на хворого викликає охолодження організму і насичення киснем (оксигенацію), що підвищує тонус симпато-адреналової системи організму. Володіє трофостимулюючим ефектом, активує регіонарний кровообіг і мікроциркуляцію. Метод має двухфазну дію. У першу фазу стимулюється перебудова специфічних механізмів захоплення і транспорту кисню і неспецифічних механізмів підвищення реактивності організму, у другу фазу (при тривалому впливі) холодне повітря викликає гноблення нейрогуморальних механізмів термоадаптації і гемодинаміки. Це необхідно враховувати при призначенні тривалої аеротерапії. Тривале перебування на відкритій місцевості з мальовничим ландшафтом сприяє формуванню позитивних психоемоційних реакцій (ландшафтний ефект), ефективно відновлює порушена рівновага гальмовно-збуджувальних процесів у корі головного мозку, біоелектричну активність нервових кліток. З огляду на слабість адаптації хворих до холодового фактора, процедури проводять по слабкому і помірному режимах. Іони Na полегшують секрецію соляної кислоти за рахунок активації Na-H-обменників в апікальній мембрані обкладочних кліток слизуватої оболонки шлунка. Іони Са також активують виділення іонів Н як за рахунок активації Na-H-обменників, так і внаслідок активації роботи протонної помпи, опосередкованою активацією фосфоінозітолових кальцієвих каналів. Курс 10-15 процедур [5, 6, 7, 8, 9]

Глава ІІ. Власна дослідницька робота

Розділ 1. Загальна характеристика піддослідних

Об'єктом наших досліджень були 16 пацієнток з виразковою хворобою 12-палої кишки, що при цьому знаходилися на обліку в жіночій консультації з приводу вагітності. Тривалість спостереження склала в середньому 3 місяці.

Піддослідні були розділені на дві групи: піддослідну та контрольну. Серед хворих, що спостерігаються, за віком, вони розподілилися в такий спосіб: 40-45 років - 2 чоловік, 35-40 років - 4 чоловік, молодше 35 - 10 чоловік. За віком групи були поділені наступним образом: піддослідна – 20 – 25 років 5 чоловік, 26 – 40 років, 3 людини, контрольна – так само - 20 – 25 років 5 чоловік, 26 – 40 років, 3 людини.

Тривалість захворювання: уперше випадки виразкової хвороби визначені в 2 хворих, 2-3 року страждали виразковою хворобою 8 чоловік, 6 хворих мали захворювання більш 3 років.

По терміну вагітності хворі поділилися наступним чином: 12-16 тижнів – 11; 16-20 тижнів – 3; більше 20 тижнів – 2 чоловік.

По кількості родів: 1 пологи – 10 жінок, 2 пологи – 4 жінок; 3 пологи – 2 жінок.

Анамнез життя:

Матеріально-побутові умови середні; спадкові захворювання: схильність до злоякісних утворень 4 жінки; умови праці: працює 10 піддослідних, робота сидяча; шкідливі звички: алкоголем не зловживають, палять 4 жінки; алергічні реакції: на медикаменти немає.

З анамнезу захворювання було відоме: у всіх хворих захворюванню передував хронічний гастрит чи гастродуоденіт.

Скарги:

на відчуття важкості у епігастрію, біль, періодична ізжога, сухість у роті, зниження працездатності.

Об’єктивні дані: блідість слизових оболонок, обкладеність язика білим нальотом, з боку серця та легень патології не має, живіт м’який б/б, відповідає розмір вагітності. Фізіологічне оправлення без змін.

Гінекологічний анамнез: перша менструація 12-14 років;

Статева функція: статеве життя почалося в 16-20 років; методи контрацепції – ВМК 9 жінок, гормональні контрацептиви 2 жінка.

Вагітність перебігає без ускладнень, у всіх положення плода продольне, розміри живота відповідає терміну вагітності.

При ендоскопічному дослідженні найбільш частою локалізацією виразки при виразковій хворобі 12-перстной кишки була цибулина 12-палой кишки, передня стінка, в інших випадках - задня стінка.

У групі хворих, що спостерігаються, відзначалося кілька варіантів плину захворювання: рідко рецидивуючого плину - 4 людини, помірковано рецидивуючого плину - 8 людей, часто рецидивуючого плину - 4 людини.

Дослідження шлункової секреції показало, що в 10 хворих були зареєстровані рн 1.5 (підвищена кислотність шлункового соку) і в 6 хворих - рн 2.5-3.5 (середні цифри кислотності).

Лабораторні дослідження:

* аналіз крові: знижений гемоглобін;
* аналіз сечі: практично без змін.

Таблиця 1.1 Характеристика піддослідної групи (вік 20 – 25 років).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № з/п | Хвора | Вік | Діагноз | Вагітність та пологи |
| 1 | І. | 22 | Виразкова хвороба 12-палої у стадії ремісії. | Вагітність 1, 12 тижнів, пологи 1. |
| 2 | Г. | 24 | Виразкова хвороба 12-палої у стадії ремісії. | Вагітність 2, 12 тижнів, пологи 1. |
| 3 | Ж. | 26 | Виразкова хвороба 12-палої у стадії ремісії. | Вагітність 3, 16 тижнів, пологи 1. |
| 4 | С. | 21 | Виразкова хвороба 12-палої у стадії ремісії. | Вагітність 1, 14 тижнів, пологи 1. |
| 5 | Я. | 28 | Виразкова хвороба 12-палої у стадії ремісії. | Вагітність 2, 12 тижнів, пологи 1. |

Таблиця 1.2 Характеристика піддослідної групи (вік 26 – 40 років).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Л. | 40 | Виразкова хвороба 12-палої у стадії ремісії. | Вагітність 4, 16 тижнів, пологи 3. |
| 2 | Д. | 32 | Виразкова хвороба 12-палої у стадії ремісії. | Вагітність 4, 14 тижнів, пологи 2. |
| 3 | З. | 28 | Виразкова хвороба 12-палої у стадії ремісії. | Вагітність 2, 20 тижнів, пологи 2. |

Таблиця 1.3 Характеристика контрольної групи (вік 20 – 25 років).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № з/п | Хвора | Вік | Діагноз | Вагітність та пологи |
| 1 | П. | 21 | Виразкова хвороба 12-палої у стадії ремісії. | Вагітність 1, 14 тижнів, пологи 1. |
| 2 | Т. | 24 | Виразкова хвороба 12-палої у стадії ремісії. | Вагітність 2, 12 тижнів, пологи 1. |
| 3 | В. | 26 | Виразкова хвороба 12-палої у стадії ремісії. | Вагітність 3, 12 тижнів, пологи 1. |
| 4 | Ф. | 20 | Виразкова хвороба 12-палої у стадії ремісії. | Вагітність 1, 14 тижнів, пологи 1. |
| 5 | У. | 28 | Виразкова хвороба 12-палої у стадії ремісії. | Вагітність 2, 14 тижнів, пологи 1. |

Таблиця 1.4 Характеристика контрольної групи (вік 26 – 40 років).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Л. | 31 | Виразкова хвороба 12-палої у стадії ремісії. | Вагітність 3, 18 тижнів, пологи 2. |
| 2 | Д. | 38 | Виразкова хвороба 12-палої у стадії ремісії. | Вагітність 3, 14 тижнів, пологи 2. |
| 3 | З. | 40 | Виразкова хвороба 12-палої у стадії ремісії. | Вагітність 4, 22 тижнів, пологи 2. |

Розділ 2. Методи проведення дослідження

2.1 Методи збору досліджуваних даних

В ході проведення дослідження для був обраний експрес тест для оцінки фізичного стану треба визначати 7 показників фізичного стану: характер трудової діяльності, вік, рухова активність, маса тіла, пульс у стані спокою, артеріальний тиск, скарги.

1. Характер трудової діяльності. Розумовий труд оцінюють в 1 бал, фізичний – у 3 бали.
2. Вік. У 20 років нараховують 20 балів. За кожне наступне п’ятиріччя знімають 2 бали.
3. Рухова активність. Заняття активними вправами 3 і більше разів на тиждень тривалістю 30 хв. і більше оцінюють в 10 балів, менше ніж 3 рази – 5 балами. За відсутності занять бали не нараховують.
4. Маса тіла. Особи з нормальною масою тіла одержують 10 балів (дозволяється перевищення маси на 5 % порівняно з нормою). Перевищення маси на 6-14 кг оцінюють у 6 балів, на 15 кг і більше – 0 балів. Нормальну масу розраховують за формулою 2.1

50+(зріст(см) - 150) х 0,32+вік(роки – 21) (2.1)

1. Пульс у стані спокою. За кожний удар, нижче ніж 90 за 1 хв., нараховують 1 бал. Якщо пульс 90 за 1 хв. і вище, бали не нараховуються.
2. Артеріальний тиск. Особи з тиском не вище, ніж 130/80 мм. рт. ст., одержують 20 балів. За кожні 10 мм. рт. ст. систолічного або діастолічного тиску понад цей рівень віднімають 5 балів.
3. Скарги. За наявності їх бали не нараховують, за їх відсутності нараховують 5 балів.

Після складання отриманих балів фізичний стан визначаємо за наведеною нижче шкалою.

|  |  |
| --- | --- |
| Рівень фізичного стану | Оцінка, балів |
| Низький | 45 і менше |
| Середній | 46-74 |
| Високий | 75 і більше |

2.2 Математико-статичний метод обробки даних, отриманих в ході експерименту за Ст'юдентом

Для порівняльного аналізу у своїй роботі ми використовуємо . математико-статичний метод обробки даних за Ст'юдентом

Для математичного порівняльного аналізу визначаються такі параметри:

* середнє арифметичне значення величини показника (Х);
* середнє квадратичне відхилення, яке характеризує мінливість ознаки ();
* помилка середньої (m);

Всі три показника розраховуємо для кожної групи окремо, для контрольної та експериментальної.

Середнє арифметичне значення величини показника Х вираховуємо за формулою (2.1):

Х = , (2.1)

де - сума значень показників в групі,

n – кількість людей в групі.

Середнє квадратичне відхилення значення показника вираховуємо за формулою (2.2):

= R (max - min)/А, (2.2)

де R - різниця між максимальним і мінімальним значеннями показника,

А - табличне значення із значень n (додаток А).

Помилку середньої вираховуємо за формулою (2.3):

m = , (2.3)

де  - середнє квадратичне відхилення,

n - кількість людей в групі.

Знаючи величини X та m кожної групи, можливо визначити значення t – критерію Ст’юдента за формулою (2.4):

t =  , (2.4)

де Х1 та Х2 – середні арифметичні,

m1 та m2 – помилки середньої арифметичної.

В чисельнику формули (2.4) визначається різниця між Х кожної групи, причому з більшого значення віднімається менше значення.

В знаменнику формули – сума значень помилок середньої арифметичної в контрольній та експериментальній групах.

Після визначення значення t залишається встановити – достовірна чи недостовірна різниця у величині зазначеного показника між контрольною та експериментальною групами.

Для цього використовується додаток Б, в якому в одній з колонок знаходиться значення «ступенів свободи».

Ступень свободи визначається за формулою (2.5):

f = (nконтр + nексп) - 2, (2.5)

де n – кількість людей в контрольній та експериментальній групах.

Таким чином, знаючи значення ступеню свободи f та значення t – критерію Ст’юдента, визначаємо достовірність відмінностей. У додатку Б, таблиця граничних значень t – критерію Ст’юдента напроти знайденого значення ступеня свободи є два значення Р. Саме з цими значеннями Р ми порівнюватимемо отримані значення t.

Якщо значення t буде менше значення (Р - 0,05), то достовірної відмінності між досліджуваним показником в контрольній та експериментальній групі немає, тобто Р > 0,05.

Якщо значення t дорівнює значенню (Р - 0,05), або буде знаходитися між значенням (Р – 0,01), або буде більше значення (Р - 0,01), то це говорить про наявність достовірної відмінності між величинами контрольної та експериментальної груп.

Розділ 3. Хід дослідження

В дослідженні брали участь 18 хворих, було сформовано дві групи - контрольна й експериментальна. У кожній групі знаходилося по 7 чоловік. Період дослідження складає три місяці. Вимірювання показників проводилися на початку і по закінченні експерименту.

На початку дослідження ми фіксуємо отримані показники, а саме експрес тесту по Пірогову О. Я, та формуємо таблиці 3.1 для експериментальній групи та 3.2 для контрольної групи.

Таблиця 3.1. Показники експериментальна групи на початку експерименту

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Характер трудової діяльності | Вік | Рухова активність | Маса тіла | Пульс | Артеріальний тиск | Скарги |
| 1 | 1 | 20 | 0 | 6 | 22 | 20 | 0 |
| 2 | 1 | 20 | 0 | 6 | 18 | 20 | 0 |
| 3 | 1 | 18 | 5 | 10 | 10 | 20 | 0 |
| 4 | 1 | 16 | 0 | 6 | 14 | 20 | 0 |
| 5 | 1 | 16 | 5 | 10 | 22 | 20 | 0 |
| 6 | 1 | 16 | 0 | 6 | 6 | 20 | 0 |
| 7 | 1 | 14 | 5 | 10 | 18 | 20 | 0 |
| 8 | 1 | 12 | 0 | 6 | 10 | 15 | 0 |

Таблиця 3.2 Показники контрольної групи на початку експерименту

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Характер трудової діяльності | Вік | Рухова активність | Маса тіла | Пульс | Артеріальний тиск | Скарги |
| 1 | 1 | 20 | 0 | 6 | 16 | 20 | 0 |
| 2 | 1 | 18 | 0 | 6 | 26 | 20 | 0 |
| 3 | 1 | 18 | 0 | 10 | 6 | 20 | 0 |
| 4 | 1 | 16 | 5 | 10 | 22 | 20 | 0 |
| 5 | 1 | 14 | 5 | 10 | 8 | 20 | 0 |
| 6 | 1 | 14 | 0 | 6 | 20 | 20 | 0 |
| 7 | 1 | 14 | 5 | 10 | 8 | 20 | 0 |
| 8 | 1 | 12 | 0 | 6 | 4 | 15 | 0 |

Маючи дані по усіх показниках підводимо результат експрес тесту.

Таблиця 3.3 Результати експрес тесту у експериментальній групі на початок експерименту

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| Показник експрес тесту | 69 | 65 | 64 | 57 | 74 | 49 | 68 | 43 |

Таблиця 3.4 Результати експрес тесту у контрольній групі на початок експерименту

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| Показник експрес тесту | 63 | 71 | 55 | 74 | 58 | 61 | 58 | 38 |

Після збору досліджуваних показників, ми приступаємо до виконання нашого експерименту.

Експеримент проводився на тлі частого дробового раціонального харчування.

Піддослідні одержували протягом першого тижня «Квамател» по 20 мг Х 2 рази в день з наступним переходом на одноразовий прийом - на ніч.

Для експериментальної групи ми використовуємо комплекси ЛФК (ранкова гігієнічна гімнастика, та фізичні вправи). Комплекси вправ застосовувались відповідно до триместра вагітності.

3.1 Дієтотерапія

Хліб білий - 300 м, сірий - 100 м, цукор - 30-40 м, вершкова олія 30-40 м, рослинна олія 30 М.

8.00 - омлет парової з олією (чи сир зі сметаною, манна каша), чай з молоком (молоко), білий хліб.

11.00 - відвар чи шипшини вітамінний напій (чи яйце всмятку, соки), печене яблуко.

14.00-15.00 - пюре з овочів з молоком (чи рисовий суп з овочами), м'ясні парові котлети з кашею, молочний соус, чи кисіль сік, молочний крем, білий хліб.

19.00 - варена риба з картопляним пюре (паровий манний чи пудинг паровий лапшевник), чай з молоком чи відвар шипшини, хліб.

22.00 - склянка молока з булочкою чи сухим печивом.

3.2 Лікувальна гімнастика

Комплекс ранкової гігієнічної гімнастики використаний для всіх піддослідних.

1. Сидячи на стільці, ноги зігнуті у колінах, руки на колінах. Підняти плечі - вдих, опустити - видих, розслабитися. Подих спокійний, неглибокий. Повторити 3 - 6 разів.

2. Сидячи на стільці, руки на колінах. Стискати кисті рук, одночасно піднімаючи носки на себе. Темп середній, 8 -10 разів.

3. Вихідне положення - те ж. по черзі відводити руку, що випрямляється, і повертати у вихідне положення. Темп повільний. По 3 - 4 рази кожною рукою.

4. Сидячи на стільці, зігнувши ноги, триматися руками за спинку стільця позаду, по черзі розгинати ноги, стопи сковзають по підлозі. Темп середній, 4 рази кожною ногою.

5. Сидячи на стільці. Підняти пряму руку нагору - вдих, опустити - видих. Темп повільний, по 3 рази кожною рукою.

6. Вихідне положення - те ж. Повороти тулуба з розведенням рук. У повільному темпі по 3 - 4 рази в кожну сторону.

7. Сидячи на стільці, руки на колінах. Виконувати кругові рухи ногою, стосуючись носком підлоги. По 4 - 8 разів кожною ногою.

10. Вихідне положення - те ж. Поперемінно піднімати руки нагору - вдих, опускати - видих. По 3 - 5 разів кожною рукою.

11. Вихідне положення - те ж. Поперемінне зведення і розведення п'ят і носків стіп на 4 рахунки. Подих довільне. Повторити 8 - 12 разів.

12. Сидячи, ноги випрямити, руки опустити. Відкинувшись на спинку стільця, закрити очі, розслабитися - 5 - 10 секунд.

Комплекс дихальних вправ.

1. В. п. - лежачи на спині, ліва рука на груди, права - на животі; спеціальні дихальні вправи: вдих роблять повільними, переривчастими порціями повітря тривалістю 4 с., випинаючи черевну стінку вперед і скорочуючи діафрагму, потім переводять гpyдну клітку в положення верхнього вдиху, скорочуючи черевну стінку і розслаблюючи діафрагму, після чого роблять видих маленькими порціями через ніс тривалістю 6 з 5-6 разів. Після виконання вправ подих довільне.

2. В. п. - те ж. вільний вдих і видих. 1- 3 рази. Темп середній.

3. В. п. - лежачи на спині, руки уздовж тулуба; відвести праву (ліву) ногу убік вдих, повернутися в в .п. - видих. 2-3 рази. Темп середній.

4. В .п. - те ж, руки внизу в замку підняти руки нагору, потягнутися - вдих, повернутися в в .п. - видихнув. 2-3 рази. Темп повільний.

5. В. п. - те ж. Підняти руки через сторони нагору, вдих через ніс протягом 4 с, потім повільно опустити руки - видихнув тривалістю 6 с. 2-3 рази. Темп повільний.

6. В. п. - лежачи на левом (правом) боку. Відвести ліву ногу убік - вдих, опустити - видих, те ж на іншому боці. 4- 5 разів. Темп середній.

7. В. п. - лежачи на спині; розслабитися протягом 30-40 с.

Комплекс фізичних вправ для вагітних с терміном вагітності 12-16 тижнів.

Перед вправами пройтися розміряним кроком.

1 - вправа.

Вихідне положення: основна стійка, руки на поясі. На вдиху відвести лікті назад, підняти голову, злегка прогнути тулуб. На видиху повернутися у вихідне положення. Повторити три-чотири рази.

2 - вправа.

Вихідне положення: основна стійка, руки на поясі. При рівномірному подиху виставити ногу вперед і убік , потім зігнути її в коліні, при цьому інша нога утримується на носку. Після цього повернутися у вихідне положення (тулуб тримати вертикально, спина пряма). Повторити по черзі два-три разу кожною ногою.

3 - вправа.

Вихідне положення: основна стійка, руки на поясі. На видиху нахилитися вперед, на вдиху повернутися у вихідне положення. Повторити три-чотири разів.

4 - вправа.

Вихідне положення: стоячи, ноги на ширині пліч. На видиху нахилитися до лівої ноги, розслабивши м'яза плечового пояса. На вдиху повернутися у вихідне положення. Повторити поперемінно три-чотири разів у кожну сторону. Вправа робити зі злегка зігнутими ногами.

5 - вправа.

Вихідне положення: коштуючи, ноги на ширині пліч, руки в грудей зігнуті в ліктях. На вдиху повернути тулуб уліво, розлучивши руки в сторони. На видиху повернутися у вихідне положення. Повторити по черзі два-три разу в кожну сторону.

6 - вправа.

Вихідне положення: лежачи на спині, ноги зігнуті у колінах, руки уздовж тулуба. На вдиху підняти таз і втягти задній прохід. На видиху опустити таз і розслабити м'яза промежини. Повторити три-чотири разів.

7 - вправа.

Вихідне положення: лежачи на спині, руки уздовж тулуба. При рівномірному подиху підняти праву ногу догори, зігнувши її злегка в коліні, потім повернутися у вихідне положення. Повторити по черзі по двох-трьох разу кожною ногою.

8 - вправа.

Вихідне положення: сидячи, ноги витягнуті, обпертися на руки позаду. При рівномірному подиху зігнути ноги у колінах, потім розлучити коліна і з'єднати їх, після чого повернутися у вихідне положення. Повторити три-чотири разів.

9 - вправа.

Ходьба протягом 30-40 секунд у помірному темпі (тулуб і руки розслаблені, подих заглиблено).

Комплекс фізичних вправ для вагітних с терміном вагітності більше 16 тижнів.

Перед вправами пройтися розміряним кроком.

1 - вправа.

Вихідне положення: основна стійка. При вдиху розлучити руки в сторони на рівні пліч, долонями вперед. На видиху повернутися у вихідне положення. Повторити три-чотири разів.

2 - вправа.

Вихідне положення: основна стійка, руки на поясі. При рівномірному подиху виставити ногу вперед і убік , зігнути її в коліні (іншу ногу утримувати на носку)., потім випрямитися і повернутися у вихідне положення. Повторити те ж по черзі кожною ногою два-три разу. При вправі тулуб тримати вертикально, спина пряма.

3 - вправа.

Вихідне положення: лежачи на спині, руки відведені в сторони, долонями нагору. На виході повернути тулуб уліво (таз залишається на місці), покласти праву руку на ліву. На вдиху повернутися у вихідне положення. Повторити по черзі два-три разу в кожну сторону.

4 - вправа.

Вихідне положення: лежачи на спині, ноги зігнуті в колінах, руки уздовж тулуба. На вдиху підняти таз і втягти задній прохід. На видиху опустити таз і розслабити м'яза промежини. Повторити три-чотири разів.

5 - вправа.

Вихідне положення: лежачи на спині, руки уздовж тулуба. При рівномірному подиху підняти праву ногу догори, злегка зігнувши в коліні, потім повернутися у вихідне положення. Повторити по черзі кожною ногою два-три разу.

6 - вправа.

Вихідне положення: лежачи на спині, руки уздовж тулуба. При рівномірному подиху зігнути ноги у колінах, наближаючи їх до живота, потім, підтримуючи ноги руками, розлучити коліна в сторони, після чого звести коліна разом і повернутися у вихідне положення.

7 - вправа.

Пройтися протягом 30-40 секунд у помірному темпі (тулуб і руки розслаблені, подих заглиблено).

Таблиця 3.5 Схема процедури лікувальної гімнастики

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Розділ | Зміст розділу | Дозування | Методичні вказівки | Задачі вправ |
| 1. | Вправи стоячи   1. Дихальні вправи статичного характеру з акцептом на грудне, діафрагмальне 2. Ходьба на місці, рух з різними початковими положенням рук 3. Рухи в дрібних суглобах верхніх кінцівок | 2-3 хв  5-6 разів  1-1.5хв.  7-9 разів | Дихання глибоке спокійне  Повільно, руки на поясі, уперед | Підготовка хворого до фізичного навантаження основного розділу |
| 2. | 1. Вправи для верхніх і нижніх кінцівок. 2. Прогинання в поперековому відділі хребта | 12-14 хв.  5-7 разів  3-5 разів | Темп повільний Стежити за диханням, темп повільний  Без напруження, різких рухів  Стежити за глибиною дихання | Укріпити серцево-судинну і дихальну системи.  Поліпшити кровопостачання органів черевної порожнини |
|  | 1. Дихальні вправи статичного і динамічного характеру 2. Вправи для дистальних відділів кінцівок, підняття таза 3. Техніка повороту на бік, перехід в положення сидячи стоячи | 5-6 разів  7-9 разів  2-3 рази | Перехід в положення сидячи і стоячи | Навчити правильному диханню |
| 3. | 1. Ходьба 2. Дихальні вправи статичного характеру | 2-3 хв.  1.5-2 хв.  5-6 разів | Повільно, дихання спокійне | Поступово знизити навантаження на хворого |
| УСЬОГО 16-20 хвилин | | | | |

3.3 Фітотерапія

Валеріановий чай: з 1 чайну ложку кореня настоюють у 1 склянці окропу протягом декількох годин; п'ють по 1/4-1/2 склянки 3 рази в день, курсом 12днів.

Чай з ромашки лікарської: використовують квіти, 1 їдальню ложку квітів заварюють у 1 склянці окропу, настоюють не менш 1 часу, по 1/2 склянки в теплому виді за 30 хв., до їжі, протягом 2 тижнів.

Відвар з плодів шипшини - 1 столову ложку здрібнених плодів заливають 1 склянкою окропу, кип'ятять 10 хв. в емальованому посуді з закритою кришкою, настоюють протягом 1 доби, проціджують; приймають по 1/4-1/2 склянки 3 рази в день.

У кінці експерименту, проводимо вимір показників в обох групах. Дані показників заносимо до таблиць експериментальна група таблиця 3.6, контрольна таблиця 3.7:

Таблиця 3.6 - Показники експериментальної групи в кінці експерименту.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Характер трудової діяльності | Вік | Рухова активність | Маса тіла | Пульс | Артеріальний тиск | Скарги |
| 1 | 1 | 20 | 0 | 10 | 22 | 20 | 5 |
| 2 | 1 | 20 | 0 | 6 | 20 | 20 | 5 |
| 3 | 1 | 18 | 5 | 10 | 10 | 20 | 5 |
| 4 | 1 | 16 | 0 | 6 | 16 | 20 | 5 |
| 5 | 1 | 16 | 5 | 10 | 22 | 20 | 5 |
| 6 | 1 | 16 | 0 | 10 | 12 | 20 | 5 |
| 7 | 1 | 14 | 5 | 10 | 18 | 20 | 5 |
| 8 | 1 | 12 | 0 | 6 | 14 | 20 | 5 |

Таблиця 3.7 - Показники контрольної групи в кінці експерименту.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Характер трудової діяльності | Вік | Рухова активність | Маса тіла | Пульс | Артеріальний тиск | Скарги |
| 1 | 1 | 20 | 0 | 6 | 16 | 20 | 5 |
| 2 | 1 | 18 | 0 | 10 | 26 | 20 | 5 |
| 3 | 1 | 18 | 0 | 10 | 10 | 20 | 5 |
| 4 | 1 | 16 | 5 | 10 | 22 | 20 | 5 |
| 5 | 1 | 14 | 5 | 10 | 8 | 20 | 5 |
| 6 | 1 | 14 | 0 | 6 | 20 | 20 | 5 |
| 7 | 1 | 14 | 5 | 10 | 14 | 20 | 5 |
| 8 | 1 | 12 | 0 | 6 | 6 | 15 | 5 |

Таблиця 3.8 Результати експрес тесту у експериментальній групі на кінець експерименту

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| Показник експрес тесту | 78 | 72 | 69 | 64 | 79 | 64 | 73 | 58 |

Таблиця 3.9 Результати експрес тесту у контрольній групі на кінець експерименту

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| Показник експрес тесту | 68 | 80 | 64 | 79 | 63 | 66 | 69 | 45 |

Після отримання даних у кінці дослідження, таблиці 3.8 та 3.9 ми проводимо статистичний розрахунок за Ст'юдентом.

Вираховуємо середнє арифметичне значення показників, по формулі 2.1 для контрольної та експериментальної груп на початку експерименту, результати заносимо до таблиці 3.10, та наприкінці експерименту, таблиця 3.11

Таблиця 3.10 Середнє арифметичне значення показників на початку експерименту

|  |  |
| --- | --- |
| Група | Середнє арифметичне значення експрес тесту (Х) |
| експериментальна | 61,13 |
| контрольна | 59,75 |

Таблиця 3.11 Середнє арифметичне значення показників в кінці експерименту

|  |  |
| --- | --- |
| Група | Середнє арифметичне значення експрес тесту (Х) |
| експериментальна | 69,63 |
| контрольна | 66,75 |

Далі, використовуючи метод математичної статистики, для визначення середнє квадратичного відхилення , нам потрібно визначити різницю між максимальним і мінімальним значенням показників – R: дані заносимо до таблиці 3.12 та 3.13.

Таблиця 3.12 Різниця між максимальним і мінімальним значеннями показників на початку експерименту

|  |  |
| --- | --- |
| Група | Різниця між максимальним і мінімальним значеннями показників (R) |
| експериментальна | 31 |
| контрольна | 36 |

Таблиця 3.13 Різниця між максимальним і мінімальним значеннями показників в кінці експерименту

|  |  |
| --- | --- |
| Група | Різниця між максимальним і мінімальним значеннями показників R |
| експериментальна | 20 |
| контрольна | 35 |

Знаючи значення різниці R та А з додатку А, вираховуємо середнє квадратичне відхилення  за формулою (2.2), результати вносимо до таблиць 3.14 та 3.15.

Таблиця 3.14 Середнє квадратичного відхилення на початку експерименту

|  |  |
| --- | --- |
| Група | Середнє квадратичне відхилення |
| експериментальна | 10,44 |
| контрольна | 12,12 |

Таблиця 3.15 Середнє квадратичного відхилення в кінці експерименту

|  |  |
| --- | --- |
| Група | Середнє квадратичне відхилення |
| експериментальна | 6,73 |
| контрольна | 11,78 |

Для визначення t – критерію Ст’юдента, ще треба знати помилку середньої - m, її вираховуємо згідно формули (2.3), отримані дані заносимо до таблиць 3.16 та 3.17 – на початку та у кінці експерименту відповідно.

Далі визначаємо помилку середньої - m, її вираховуємо згідно формули (2.3), отримані дані заносимо до таблиць 3.15 та 3.16 – на початку та у кінці експерименту відповідно.

Таблиця 3.16 Значення помилки середньої m на початку експерименту

|  |  |
| --- | --- |
| Група | Значення помилки середньої (m) |
| експериментальна | 3,95 |
| контрольна | 4,59 |

Таблиця 3.17 Значення помилки середньої m у кінці експерименту

|  |  |
| --- | --- |
| Група | Значення помилки середньої (m) |
| експериментальна | 2,54 |
| контрольна | 4,46 |

Вираховуємо t-критерій Ст’юдента по формулі (2.4) та результати розрахунку вносимо до таблиці 3.18.

Таблиця 3.18 Результати розрахунку t – критерію Ст’юдента

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Результати розрахунку t – критерію Ст’юдента | |
| На початку експерименту | В кінці експерименту |
| Результати експрес тесту | 0,24 | 0,56 |

На основі отриманих даних значень t встановлюємо достовірність або недостовірність різниці у показників експрес тесту за Піроговим О.Я. між контрольною та експериментальною групами. Для цього визначаємо ступінь свободи за формулою (2.5), та маємо: ступінь свободи f дорівнює 14.

Згідно додатка Б, знаючи ступень свободи, визначаємо граничні значення t – критерію Ст’юдента:

при f = 14, t табл. = 2,15 – 2,98.

Після, робимо аналіз результатів дослідження за допомогою метода математичної статистики.

Розділ 4. Обговорення отриманих даних

Після отримання конкретних даних приступаємо до їх обговорення.

Порівнюю показники експрес тесту Пірогов О.Я. за t-критерієм Ст’юдента.

На початку експерименту маємо t розрах. = 0,24, t табл. = 2,15 – 2,98, тобто t табл. = 2,15 – 2,88 > t розрах. = 0,24, це говорить, що показники по експериментальній групі не відрізняються від контрольної, вони не суттєві, були узяті приблизно однакові дані.

На кінці експерименту маємо t розрах. = 0,56, t табл. = 2,15 – 2,98, тобто t табл. = 2,15 – 2,98 > t розрах. = 0,56, це говорить, що показники не змінилися, достовірної відмінності немає, показники не мають сенсу.

По закінченню експерименту показники мали збільшитися – це теоретично. Практично – по методу математичної статистики – спираючись на цифри бачимо, що показники результат теоретичного методу дослідження не підтвердився, але показники покращилися у середньому по групі та індивідуально, але не суттєво, робимо вивід, що теоретичне припущення не підтвердилось.

Висновок

При написанні роботи нами було проаналізовано дані різних джерел, вивчені етіологія, патогенез та клінічна картина виразкової хвороби 12-палої кишки, особу уваги приділили її протіканню у жінок під час вагітності. Описали методи фізичної реабілітації на різних етапах лікування виразкової хвороби 12-палої кишки у вагітних жінок.

У роботі нами розглянуті можливості та результати використання засобів і методів фізичної реабілітації при лікуванні виразкової хвороби 12-палої кишки у вагітних жінок.

З досліджень ми можемо стверджувати що використання засобів фізичної реабілітації сприяє підвищенню показників (це ми бачимо у середньому по групі), але це не підтвердилось методом статичної обробки даних за Ст’юдентом. Гіпотеза частково доказана та підтверджена.

На основі літературних даних та власного дослідження ми можемо зробити наступні висновки:

1. Важливу роль відіграє адекватність та індивідуальність підібраних методів фізичної реабілітації до стадії захворювання та періоду вагітності при реабілітації хворих на виразкової хвороби 12-палої кишки.
2. Застосування засобів та методів фізичної реабілітації запобігаю загостренню та розвитку ускладнень при виразкової хвороби 12-палої кишки у вагітних жінок.
3. Підготовлює вагітних до пологів, та запобігає розвитку ускладнень в пологах.

Робота написана на у відповідності з методичними рекомендаціями Томашевський М.І. «Наскрізна програма та методичні рекомендації для виконання навчальної науково-дослідної роботи студентами з першого по п'ятий курси»- Горлівка 2007 рік.

Рекомендації

На основі отриманих нами результатів у ході дослідження ми можемо зробити наступні рекомендації, що до використовування засобів та методів фізичної реабілітації у вагітних жінок при виразкової хвороби 12-палої кишки.

* 1. Застосовування комплексів ЛФК (ранкова гігієнічна гімнастика, дихальна гімнастика, загальні вправи), дієтотерапії, фітотерапії для доповнення медикаментозного лікування виразкової хвороби 12-палої кишки у вагітних жінок, як під час загострення так і для профілактики загострення.
  2. Застосовувати фізичної реабілітації у вагітних з виразкової хвороби 12-палої кишки для покращення загального стану, підготовку вагітних до пологів, та запобігання виникнення ускладнень під час пологів.
  3. Проводити роботу по подальшому удосконалення та упровадженню засобів та методів фізичної реабілітації при лікуванні та профілактиці у вагітних з виразковою хворобою 12-палої кишки.

Додаток А

Табличні показники А для визначення стандартного відхилення

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| n | А | n | А |
| 1 | - | 120 | 5,15 |
| 2 | 1,13 | 140 | 5,26 |
| 3 | 1,69 | 150 | 5,35 |
| 4 | 2,06 | 180 | 5,43 |
| 5 | 2,33 | 200 | 5,50 |
| 6 | 2,53 | 220 | 5,57 |
| 7 | 2,70 | 240 | 5,61 |
| 8 | 2,85 | 260 | 5,68 |
| 9 | 2,97 | 280 | 5,72 |
| 10 | 3,08 | 300 | 5,77 |
| 11 | 3,17 | 320 | 5,80 |
| 12 | 3,26 | 340 | 5,84 |
| 13 | 3,34 | 360 | 5,88 |
| 14 | 3,41 | 380 | 5,92 |
| 15 | 3,47 | 400 | 5,94 |
| 16 | 3,53 | 420 | 5,98 |
| 17 | 3,59 | 440 | 6,00 |
| 18 | 3,64 | 460 | 6,02 |
| 19 | 3,69 | 480 | 6,06 |
| 20 | 3,74 | 500 | 6,09 |
| 22 | 3,82 | 520 | 6,12 |
| 24 | 3,90 | 540 | 6,13 |
| 26 | 3,96 | 560 | 6,14 |
| 28 | 4,03 | 580 | 6,17 |
| 30 | 4,09 | 600 | 6,18 |
| 32 | 4,14 | 620 | 6,21 |
| 34 | 4,19 | 640 | 6,23 |
| 36 | 4,24 | 660 | 6,26 |
| 38 | 4,28 | 680 | 6,27 |
| 40 | 4,32 | 700 | 6,28 |
| 45 | 4,41 | 750 | 6,33 |
| 50 | 4,50 | 800 | 6,34 |
| 60 | 4,64 | 850 | 6,37 |
| 70 | 4,76 | 900 | 6,43 |
| 80 | 4,85 | 950 | 6,47 |
| 90 | 4,94 | 1000 | 6,48 |
| 100 | 5,01 |  |  |

Додаток Б

Граничні значення t – критерію Ст’юдента для 5% та 1% - го рівня значимості від числа ступенів свободи

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ступінь свободи (f) | Граничні значення | | Ступінь свободи (f) | Граничні значення | |
| Р – 0,05 | Р – 0,01 | Р – 0,05 | Р – 0,01 |
| 1 | 12,71 | 63,60 | 21 | 2,08 | 2,82 |
| 2 | 4,30 | 9,93 | 22 | 2,07 | 2,82 |
| 3 | 3,18 | 5,84 | 23 | 2,07 | 2,81 |
| 4 | 2,78 | 4,60 | 24 | 2,06 | 2,80 |
| 5 | 2,57 | 4,03 | 25 | 2,06 | 2,79 |
| 6 | 2,45 | 3,71 | 26 | 2,06 | 2,78 |
| 7 | 2,37 | 3,50 | 27 | 2,05 | 2,77 |
| 8 | 2,31 | 3,36 | 28 | 2,05 | 2,76 |
| 9 | 2,26 | 3,25 | 29 | 2,04 | 2,76 |
| 10 | 2,23 | 3,17 | 30 | 2,04 | 2,75 |
| 11 | 2,20 | 3,11 | 40 | 2,02 | 2,70 |
| 12 | 2,18 | 3,06 | 50 | 2,01 | 2,68 |
| 13 | 2,16 | 3,01 | 60 | 2,00 | 2,66 |
| 14 | 2,15 | 2,98 | 80 | 1,99 | 2,64 |
| 15 | 2,13 | 2,95 | 100 | 1,98 | 2,63 |
| 16 | 2,12 | 2,92 | 120 | 1,98 | 2,62 |
| 17 | 2,11 | 2,90 | 200 | 1,97 | 2,60 |
| 18 | 2,10 | 2,88 | 500 | 1,96 | 2,59 |

Список використаної літератури

1. Мартынов А.И., Мухин Н.А., Моисеева В.С. Внутренние болезни. – М.: ГЭОТАР Медицина, - 2002. С – 128-140.
2. Гончарик И.И. Клиническая гастроэнтерология. Минск, 2002. – С. 116-149.
3. Дуда Вл. И., Дуда В. И., Дражина О.Г. Акушерство. – М. – ОНИКС – 2007., С – 229 – 236.
4. Новикова Р.И., Кабанько Т.П., Черний В.И., Штутин С.А. Анестезия, интенсивная терапия и реанимация при критических состояниях в акушерстве. – Донецк. – ДМУ – 1994. – С – 19 – 20.
5. Епіфанов В.А. Лікувальна фізкультура – М. – ГЭОТАР-Медиа, 2009. С – 241 – 218, 480 -486.
6. Попов С.Н. Физическая реабилитация. – Ростов н / Д: Феникс, 2008 – С – 331 – 335, 499- 510.
7. Матеріал інтернет-сайта - http// www.Eda.info
8. Уткин В. Л., Бондин В. И. Атлас физических упражнений для красоты и здоровья - М. - Физкультура и спорт – 1990 – C 56-58
9. Пархотік І. І. Фізична реабілітація при захворюваннях органов черевної порожнини – Київ – Олімпійська література – 2003. – С – 30 – 43.
10. Томашевський М.І. Наскрізна програма та методичні рекомендації для виконання навчальної науково-дослідної роботи студентами з першого по п'ятий курсів - Горлівка 2007.