

ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
КАФЕДРА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, СОЦІАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ ТА  
ЛІКАРСЬКО – ТРУДОВОЇ ЕКСПЕРТИЗИ

**Медико-соціальна експертиза та комплексна реабілітація при  
виразковій хворобі шлунка і дванадцятипалої кишки та при хворобах  
кишківника у дорослих і дітей.**

Навчальний посібник до практичних занять з дисципліни «Основи  
експертизи тимчасової та стійкої непрацездатності»  
для лікарів-інтернів за спеціальностями «лікувальна справа» та «педіатрія»

Запоріжжя, 2015

Розробники:Клименко В.І., завідувач кафедри, д.мед.н., професор

Різник О.І., ст. викладач,к.мед.н.

Навчальний посібник затверджено на засіданні кафедри

Протокол від«\_\_\_\_\_» 2014 року № \_\_\_\_\_

Завідувач кафедри, д. мед. н, професор, . \_\_\_\_\_ В.І. Клименко

Затверджено на засіданні вченої ради факультету післядипломної освіти

\_\_\_\_\_ 2014 р., протокол №\_\_\_\_\_.

## Зміст

Перелік умовних скорочень.....	4
Вступ.....	5
Виразкова хвороба шлунку і дванадцятипалої кишки.....	8
Хвороба Крона.....	16
Неспецифічний виразковий коліт.....	20
Класифікація виразкових колітів.....	21
Алгоритм діагностики.....	23
Медико-соціальна експертиза.....	28
Критерії визначення груп інвалідності при захворюваннях кішківника.....	30
Медична та соціальна реабілітація при захворюваннях травної системи.....	33
Особливості медико-соціальної реабілітації хворих після хірургічного лікування хвороб шлунково-кишкового тракту.....	39
Критерії експертизи працездатності хворих після хірургічного лікування.....	41
Програма медичної реабілітації хворих на захворювання кишківника.....	55
Професійна та соціальна реабілітація при захворюваннях системи травлення.....	58
Критерії для визначення інвалідності при виразковій хворобі у дітей.....	60
Реабілітація дітей і підлітків з виразковою хворобою шлунка.....	65
Медичні аспекти реабілітації дітей.....	68
Психологічні аспекти реабілітації дітей.....	73
Додаток 1 - 5.....	77
Контрольні питання.....	87
Список рекомендованої літератури.....	89

### Перелік умовних скорочень:

- (АТ) – артеріальний тиск
- (ВХ) – виразкова хвороба
- (ВХШ) – виразкова хвороба шлунку
- (ВК) – виразковий коліт
- (ГД) – гастродуоденит
- (ДПК) – дванадцятипала кишка
- (ЕРХПГ) – ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія
- (ЗН) – злоякісні новоутворення
- (ІПР) – індивідуальна програма реабілітації
- (ЛВ) – лімфатичні вузли
- (ЛК) – лікарська комісія
- (ЛКК) – лікарсько-консультативна комісія
- (МСЕ) – медико-соціальна експертиза
- (НР) – *Helicobacter Pylori*
- (НВК) – неспецифічний виразковий коліт
- (ПСХ) – первинний склерозуючий холангіт
- (РП) – реабілітаційний потенціал
- (СО) – слизова оболонка
- (СОШ) – слизова оболонка шлунку
- (СТВ) – стовбурова ваготомія
- (СПВ) – селективна проксимальна ваготомія
- (СВ) – селективна ваготомія
- (ТВП) – тимчасова втрата працездатності
- (ТН) – тимчасова непрацездатність
- (ХК) – хвороба Крона
- (ШКТ) – шлунково-кишковий тракт
- (ШОЕ) – швидкість осідання еритроцитів
- (ЦНС) – центральна нервова система
- (ФГС) – фіброгастроскопія

Вступ.

Навчальний посібник «Медико-соціальна експертиза та комплексна реабілітація при виразковій хворобі шлунка і дванадцятипалої кишки, при хворобах кишківника: неспецифічному виразковому коліті, хворобі Крона, ентероколіті у дорослих і дітей» відповідає встановленим вимогам, а саме змісту робочої програми та навчального плану дисципліни «Основи експертизи тимчасової і стійкої непрацездатності», яка викладається для лікарів-інтернів всіх спеціальностей. Навчальний посібник допомагає сформулювати у лікарів-інтернів уяву про порядок проведення медико-соціальної експертизи при запальних захворюваннях шлунково - кишкового тракту та її застосування в практичній і експертно-реабілітаційній роботі лікаря, знайомить лікарів-інтернів з нормативно-законодавчою базою проведення медико-соціальної експертизи при виразковій хворобі шлунка і дванадцятипалої кишки, при хворобах кишківника та висвітлює основні законодавчі аспекти соціального захисту інвалідів та комплексної реабілітації хворих.

Сучасне видання вчить майбутніх лікарів удосконалювати використання отриманих теоретичних знань у практичній роботі лікаря. В результаті вивчення даної теми лікарі-інтерни повинні знати послідовність дій лікаря при проведенні медико-соціальної експертизи хворих з запальними захворюваннями шлунково - кишкового тракту, правила заповнення основних законодавчих форм документів при направленні на медико-соціальну експертизу, правила складання індивідуальної реабілітаційної програми хворого з виразковою хворобою, неспецифічному виразковому коліті, хворобі Крона, ентероколіті і організацію реабілітаційного процесу та медичного обслуговування в реабілітаційних установах. Навчальний матеріал пов'язаний з практичними завданнями і містять задачі для лікарів-інтернів кінцевою ціллю яких є заповнення основних діючих законодавчих і нормативно-правових документів з

проведення медико-соціальної експертизи та складання індивідуальної реабілітаційної програми з захворюваннями кишково-шлункового тракту.

**Медико-соціальна експертиза та комплексна реабілітація при виразковій хворобі шлунка і дванадцятипалої кишки, при хворобах кишківника: неспецифічному виразковому коліті, хворобі Крона, ентероколіті у дорослих та дітей.**

Інвалідність є біологічною та медичною, соціальною та юридичною проблемою. Присвоєння статусу «інвалід» супроводжується юридичним та соціальним змістом, так як припускає певні особливі взаємини з суспільством: наявність пілг, отримання виплат, обмеження в дієздатності. Інвалід - людина, у якого можливості його життєдіяльності в суспільстві обмежені через його фізичних, розумових, сенсорних або психічних відхилень. За традиційним визначенням ВООЗ, виразкова хвороба (*Ulcus ventriculi et duodeni pepticum, morbus ulcerosus*) - загальнохронічне рецидивуюче захворювання, схильне до прогресування, з поліциклічним перебігом, характерними особливостями якого є сезонні загострення, що супроводжуються виникненням виразкового дефекту в слизовій оболонці шлунка або дванадцятипалої кишки, і розвиток ускладнень, що загрожують життю хворого. Особливістю перебігу виразкової хвороби є залучення в патологічний процес інших органів травного апарату, що вимагає своєчасної діагностики для складання лікувальних комплексів хворим на виразкову хворобу з урахуванням супутніх захворювань. Виразкова хвороба вражає людей найбільш активного, працездатного віку, обумовлюючи тимчасову, а іноді й стійку втрату працездатності.

За статистичними даними різних країн, виразковою хворобою страждають протягом життя від 5 до 10% населення. У жінок виразкова хвороба зустрічається рідше, ніж у чоловіків. Дуоденальна локалізація виразки спостерігається в 3-4 рази частіше, ніж шлункова.

Міське населення страждає частіше, ніж сільське. В останні 80 років зростання захворюваності виразковою хворобою пов'язують зурбанізацією (переїздом жителів сільських місцевостей в місто), що веде до надмірних емоційних напруг, змінам ритму життя, шкідливих впливів шуму, забруднення повітря та розвитку тканинної гіпоксії, змінам характеру харчування і нерегулярним прийомам їжі. В останні роки зростання захворюваності виразковою хворобою пояснюється кращою виявленням завдяки впровадженню нових методів діагностики, зокрема за допомогою волоконних ендоскопів, що дозволяють здійснювати езофагогастродуоденоскопія. Найчастіше виразкова хворобавиявляється в період між 25-40 роками, хоча може бути і в юнацькому віці. Спостерігаються випадки захворювання на виразкову хворобу у віці після 50 років («пізня виразкова хвороба»). Так звана стареча виразка шлунка (кардіального та субкардіального відділу) відноситься до симптоматичним виразок трофічного, атеросклеротичного характеру. Юнацькі виразки локалізуються переважно в цибулині дванадцятипалої кишки, у той час як у більшості хворих зрілого та похилого віку - в шлунку. Смертність від виразкової хвороби коливається в різних країнах від 6 до 71 на 100 тис. населення при виразці шлунка, від 02 до 97 - при виразці дванадцятипалої кишки.

Висока захворюваність, часті рецидиви, тривала непрацездатність хворих, внаслідок цього значні економічні втрати - все це дозволяє віднести проблему виразкової хвороби до числа найбільш актуальних в сучасній медицині. Реабілітація - це практичне здійснення оптимальної для кожного інваліда програми, яка забезпечує створення для нього найсприятливіших фізичних, психічних та соціальних умов життєдіяльності. Соціальна реабілітація має на меті активний вплив на особистість хворого шляхом організації відповідного способу життя, відновлення втраченої чи ослабленої особистісної соціальної значущості інвалідів. Соціальна допомога хворому має сприяти створенню такої атмосфери, за якої пацієнт здатний діяти

продумано, спрямовувати свої зусилля на досягнення такої мети, як видужування. Процес мотивації є основним у реабілітаційній програмі. Розрізняють повну, неповну і часткову реабілітацію інвалідів. При повній реабілітації працездатність в інвалідів усіх груп інвалідності відновлюється цілком, і вони визнаються МСЕК працездатними у звичайних виробничих умовах. При неповній реабілітації працездатність у всіх інвалідів I-II груп відновлюється до такого ступеня, що МСЕК може визнати їх обмежено працездатними у звичайних виробничих умовах.

### **Виразкова хвороба.**

#### ***Шифр K25, K26***

*Шифр K25* – виразка шлунку (виразкова хвороба шлунку), включаючи пептичну виразку пілоричного й інших відділів шлунку.

*Шифр K26* – виразка дванадцятипалої кишки (виразкова хвороба ДПК), включаючи пептичну виразку усіх відділів ДПК.

Визначення: Виразкова хвороба (ВХ) – хронічне рецидивуюче захворювання, що характеризується формуванням виразкового дефекту в шлунку і (або) ДПК на тлі запальних змін слизової оболонки шлунку (СОШ) і ДПК, схильне до прогресування, із залученням у патологічний процес інших органів і систем, розвитком ускладнень, що загрожують життю хворого. Захворювання поліетіологічне, генетично детерміноване.

Патофізіологічне формування ВХ обумовлене порушеннями рівноваги між факторами "агресії" і факторами "захисту" гастродуоденальної слизової оболонки, завжди з перевагою агресивних компонентів (агресивна дія кислотно-пептичного, рефлюксного, інфекційного й інших ульцерогенних факторів при зниженні резистентності СОШ і ДПК у результаті запалення, метаплазії, атрофії, частіше обумовлених контамінацією *Helicobacter Pylori* (НР).



При загостренні ВХ звичайно виявляється рецидивуюча виразка (гостра ерозія), найчастіше асоційована з *Helicobacter Pylori* (НР+ ВХШ – 68-70% випадків, НР+ ВХ ДПК – 88-98% випадків). У переважній більшості випадків у дітей зустрічається ВХ ДПК – 82-87%, ВХШ – 11-13%, сполучена форма – ВХШ і ДПК – 4-6%. У структурі патології органів травлення на долю виразкової хвороби приходить 1,7-16%. Розповсюдженість ВХ серед дитячого населення України складає 0,4-4,3%.

Пік захворюваності припадає на 9-11 років у дівчат і на 12-14 років у хлопчиків. Спадкова схильність при виразковій хворобі має місце у 45-75% хворих.

**Класифікація** (за Барановим О.О. і співавт (2006)).

Локалізація виразки	Клінічна фаза та ендоскопічна стадія	Тяжкість перебігу	Ускладнення
В шлунку: медіагастральна пілороантральна	Загострення I стадія (свіжа виразка) II стадія (початок епітелізації) Початок ремісії	Легкий	Кровотеча Перфорація Пенетрація
В ДПК: - в цибуліні - позацибулінна	III стадія (загоєння виразки) - без утворення рубця; - з формуванням рубця, рубцево-виразкова деформація. Ремісія	Середньої важкості	Стеноз Перивісцерит
В шлунку та ДПК	IV стадія (відсутність ознак або стійкий рубець)	Тяжкий	

Обов'язково визначати зв'язок з хелікобактерної інфекцією та характер супутнього гастродуоденіту (обов'язковий супутній діагноз!).

Первинні дослідження: загальний аналіз крові, сечі, аналіз калу на сховану кров (реакція Грегерсена), протеїнограма, езофагогастродуоденоскопія з

прицільною біопсією СОШ і ДПК, а також (при необхідності) периульцерозної зони, визначення наявності інфекції НР (інвазивними і неінвазивними методами). При наявності показань: визначення групи крові і резус-фактору, гістологічне дослідження біоптатів, інтрагастральна рН-метрія, УЗД органів черевної порожнини для виявлення супутньої патології печінки, жовчовивідних шляхів, підшлункової залози, рентгенологічне дослідження, імунограма.

Примітка: результати лікування загострення при ВХ завжди оцінюються клінічними і ендоскопічними дослідженнями в динаміці. Обов'язковий ендоскопічний контроль загоєння виразки.

Симптоми, синдроми, фізикальний статус (залежать від топографії і стадії процесу).

Анамнез ВХШ – початок поступовий, перебіг – рецидивуючий із сезонними загостреннями, зв'язок з аліментарними порушеннями.

Анамнез ВХ ДПК – виражена спадкоємна схильність (до 75% хворих), зв'язок загострення з психоемоційними перевантаженнями, перебіг – рецидивуючий, сезонність виражена в 1/3 хворих.

Скарги при ВХШ: біль (частіше ниючий) за мечоподібним відростком і в епігастральній області через 0,5-1,5 години після прийому їжі, блювота, зниження апетиту до анорексії, нудота, печія.

Скарги при ВХ ДПК: інтенсивний (нючий і нападоподібний) біль у верхній половині живота, пілородуоденальній зоні натщесерце або пізній (через 2-3 години після їжі); нічні болі у 50-60% хворих, мойніганівський ритм болі, нерідко ірадіація (у спину, у попереку), вісцеральні болі; печія, відрижка кислим, блювота (частіше однократна), схильність до запорів, головний біль, емоційна лабільність.

Фізикальний статус: ВХШ – пальпаторна болючість, іноді напруга черевної стінки в епігастрії. ВХ ДПК – виражена локальна пальпаторна і перкуторна болючість у пілородуоденальній зоні, позитивний молоточковий

(Менделя) симптом, локальна м'язова напруга, зони шкірної гіперестезії Захар'їна-Гедда, астеновегетативні прояви.

Примітка: атиповий перебіг ВХ (прихований, безбольовий варіант, "німа виразка") – до 50% хворих, особливо у хлопчиків.

Ускладнення спостерігаються в 15-20% хворих з ВХ, удвічі частіше вхлопчиків (кровотеча – 80%; деформація і стеноз – 10-11%; перфорація – 7-8%; пенетрація – 1-1,5%).

Для сучасного перебігу ВХ ДПК характерно:

1. омолодження (маніфестація захворювання в 7-9 років);
2. зміни морфогенезу хвороби;
3. атиповий перебіг (скритий, безбольовий варіант майже у половини хворих);
4. збільшення частоти ускладнень і тяжких варіантів перебігу;
5. резистентність до лікування, що проводиться;
6. нівелювання сезонності загострень.

За тяжкістю перебігу ВХ виділяють:

1. легкий перебіг: строк загоєння виразки – 4 тижні для ВХ ДПК та 6 тижнів для ВХШ; ремісія – більше 1 року; відсутність ускладнень (27-30% хворих);
2. перебіг середньої тяжкості: строк загоєння виразки – від 1 до 2 місяців; ремісія – менше 1 року; відсутність ускладнень (25% хворих);
3. тяжкий перебіг: нетипова локалізація виразок, численні дефекти (3 та більше), строк загоєння – більше 2 місяців або відсутній, часті рецидиви – більше 2 разів на рік або безперервно-рецидивуючий тип перебігу (40-45% хворих).

Діагностика: діагноз ВХ ДПК та ВХШ і її морфологічний субстрат визначається тільки за допомогою езофагогастроуденоскопії з прицільною біопсією СОШ і ДПК. Встановлюють топографію, число, розміри, стадію виразкового дефекту (I-IV стадія), констатують наявність ускладнень,

вираженість, варіант і активність супутнього гастродуодениту (ГД), контамінацію СОШ і НР.

При гістологічному дослідженні біоптатів з периульцерозної зони СОШ (при ВХШ) виявляють гостре запалення з інфільтрацією і стазом, атрофію різної виразності; у біоптатах СО ДПК (при ВХ ДПК) – гостре запалення з інфільтрацією і повнокров'ям, гіперплазією дуоденальних залоз, розростання сполучної тканини. Гістологічно в біоптаті визначають наявність НР і ступінь обсіменіння (мікробної забрудненості) СО - (+, ++, +++). Рентгенологічне дослідження проводять тільки у випадку неможливості виконання ендоскопічного дослідження. Абсолютні рентгенологічні ознаки ВХ (симптом "ниші", конвергенція складок в бік виразкового дефекту, рубцево-виразкові деформації) у дитячому віці виявляються тільки в 18-25% хворих.

Характеристика лікувальних заходів. Основні принципи лікування ВХ залежать від топографії виразкового дефекту (ДПК або шлунок), періоду хвороби, тяжкості перебігу, наявності ускладнень, зв'язку з НР.

*При загостренні:*

- 1) Вибір режиму харчування (призначення дієтичного харчування з поступовим переходом від столу № 1а, № 1 до столу №5), вибір рухового режиму (оберігаючий, ЛФК).
- 2) Індивідуальний підбір комплексного лікування з урахуванням етіології, провідних патогенетичних механізмів і клініко-ендоскопічного симптомо-комплексу.

*При НР-асоційованій ВХ* лікування починають з ерадикації НР: призначається одна з загальноприйнятих схем (потрійна - або квадротерапія) протягом 7 днів з наступним підтвердженням ефективності ерадикації (не менш 4-6 тижнів після закінчення антихелікобактерної терапії) будь-якими двома методами верифікації НР.

Паралельно, або відразу по закінченні ерадикаційного лікування призначається *антисекреторна терапія* (селективні блокатори H<sub>2</sub> рецепторів

гістаміну 2-4 поколінь (групи ранітидину, фамотидину), або блокатори  $H^+/K^+$  – АТФ ази (групи омепразолу, пантопразолу та інш.) терміном на 3-4 тижні з поступовим скасуванням, або призначенням підтримуючої дози (до 6-8 тижнів). Ранітидин (та аналоги) – 150-300 мг/добу в 2 прийоми зранку і ввечері до їжі; фамотидин (та аналоги) – 20-40 мг/добу, переважно одноразово ввечері до їжі (о 18-20 години); омепразол та інш. – 10-40 мг/добу одноразово зранку перед сніданком; пантопразол 20-40 мг/добу одноразово зранку перед сніданком.

Після скасування антихелікобактерної терапії і зниження дози антисекреторних препаратів на термін 3-4 тижня призначають: *комплексні антациди* (алюмінію фосфат, сполуки алюмінію, магнію, кальцію та ін.) по 5-15 мл (1/2-1 табл.) 2-3 рази на день через 1,5-2 години після їжі; Препарати альгінової кислоти на 2-4 тижні, цитопротектори (сметит, сукральфат, препарати кореня солодцю, лакричного кореня, синтетичні аналоги простагландинів, даларгін); *сметит* по 0,5-1 пакетику по 2-3 рази на день за 30 хвилин до їжі; *сукральфат* по 0,5-1 г 4 рази на день за 0,5-1 години до їжі; *ліквіритон* (чи інші препарати з кореня солодки) по 0,05-0,1 г 3 рази на день до їжі; мізопростол по 0,1 г 3-4 рази на день з їжею та на ніч; *даларгін* – в/м (або назальним електрофорезом) по 0,001 г (1 мл) 1-2 рази на день 10-14 днів; *репаратни* (обліпіхова олія, тиквеол, спіруліна, аекол, препарати прополісу, алое); імунокоректори (рослинного походження). При порушенні моторики (рефлюкси, дуоденостаз) – *прокінетики* (домперидон) на 2-3 тижні.

Симптоматичне лікування: седативні препарати (персен, ново-пассит, седасен та ін.) по 1 табл. (1 мірн. ложці) 2-3 рази на день 2-3 тижня; антистресорні препарати (сибазон) після консультації з неврологом у віковому дозуванні на 10-14 днів; спазмолітики (мебеверин призначають дітям від 6 років у дозі 2,5 мг/кг на добу 2 рази на день за 20 хв. до їжі, папаверин по 0,005-0,06 г 2 рази на добу, дротаверин 40-200 мг/добу в 2-5 прийоми; прифінія бромід 1мг/кг/добу протягом 7-15 днів – парентерально на 5-7 днів, при необхідності продовжити per os, чи шляхом електрофорезу ще

на 7-10 днів. Середній курс медикаментозного лікування загострення ВХ ДПК – 4-6 тижнів, ВХШ – 6-8 тижнів.

Питання про призначення підтримуючої терапії, кратність, обсяг і час проведення протирецидивних курсів лікування зважується індивідуально.

*Знемедикаментозних методів лікування у фазі загострення використовують:* психотерапію, фізіотерапевтичне лікування (індуктотерапію, НВЧ-терапію, мікрохвильову терапію, діадинамотерапію, електрофорез зі спазмолітиками, новокаїном). При *стиханні загострення* (ремісії) – магнітотерапію, електросон, тепловікування (парафінові й озокеритові аплікації та ін.), бальнеотерапію, фітотерапію, МРТ, рефлексотерапію.

Протипоказаннями для фізіотерапевтичного лікування є тяжкий перебіг захворювання, кровотеча, індивідуальна непереносимість фізіотерапевтичних методів.

Тривалість стаціонарного лікування при ВХ – 25-28 днів, при важкому перебігу – до 6-8 тижнів. При репарації виразки (фаза неповної ремісії) лікування продовжують в амбулаторно-поліклінічних умовах. У фазі ремісії показане санаторно-курортне лікування.

Ціль лікування:

1. Купіювати симптоми ВХ і забезпечити репарацію виразкового дефекту.
2. Усунути контамінацію НР СО.
3. Домогтися відновлення не тільки цілісності, але і функціональної спроможності СО.
4. Попередити розвиток загострень і ускладнень.

При наявності ускладненої ВХ:

1. Кровотеча – кривава блювота, дьогтеподібний стул, бліді шкіра та слизові оболонки, запаморочення, холодний піт, прискорення пульсу, падіння АТ;

2. Перфорація виразки – гострий “кінжальний” біль, блювота, блідість лица, холодні кінцівки, змушене положення з приведеними до живота колінами, втягнутий живіт, напруження передньої черевної стінки;
3. Стеноз – інтенсивний стійкий біль за грудиною і у верхній половині живота, відчуття переповнення після їжі, відрижка, блювота, що приносить полегшення, зневоднення, зниження маси тіла;
4. Пенетрація в інші органи травлення (найчастіше в голівку підшлункової залози) – значне посилення больового синдрому, біль не пов’язаний з прийомом їжі, в зоні патологічного процесу – виражена пальпаторна болючість, запальний інфільтрат, субфебрильна температура, лейкоцитоз, прискорення ШОЕ.

При всіх цих станах показане лікування в спеціалізованих хірургічних стаціонарах (відділеннях). Обсяг і термін лікування визначає дитячий хірург. Після хірургічної допомоги хворих переводять до спеціалізованого гастроентерологічного відділення для визначення подальшої схеми лікування та диспансерного нагляду.

Вимоги дорезультатів лікування: відсутність клініко-ендоскопічних проявів хвороби (повна ремісія) із двома негативними тестами на НР.

При неповній ремісії – підтримуюче лікування (тривалість і обсяг зважуються індивідуально).

Диспансерний нагляд. З обліку не знімають (можливе зняття з обліку через 5 років стійкої ремісії, після стаціонарного обстеження). Педіатр оглядає не менше 2-3 разів на рік, гастроентеролог – 2-3 рази на рік (або частіше за необхідністю), ФГС контроль – 2 рази в рік, або індивідуально.

При необхідності за призначенням - огляд спеціалістів (ЛОР, стоматолог, невропатолог та ін.) – 1 раз на рік.

При сприятливому перебігу ВХ – проведення протирецидивного лікування в умовах поліклініки (або денного стаціонару) 2-3 рази на рік (наприкінці зими, літа та восени). Об’єм і тривалість протирецидивного лікування вирішують індивідуально. Поряд з призначенням режиму та дієти

(стіл №1 або №5), намічають комплексне медикаментозне та не медикаментозне лікування. Використовують антисекреторні препарати, антациди, цитопротектори, репаранти, седатики, імунокоректори, адаптогени, вітаміни тощо. Поряд з застосуванням фізіотерапевтичних методів показано лікування мінеральними водами, фітотерапія, ЛФК, психотерапія.

Санаторно-курортне лікування показано лише при досягненні стійкої ремісії (частіше через 4-6 місяців після стаціонарного лікування) в санаторіях гастроентерологічного профілю.

### **Хвороба Крона (ХК)**

Хвороба Крона (ХК) - неспецифічне, сегментарне, трансмуральне запалення, яке виникає на будь-якій ділянці травного тракту, але частіше в дистальному відділі клубової кишки, має хронічний рецидивуючий перебіг з розвитком кишкових (нориці, стриктури, стенози) і поза кишкових проявів (вузлувата еритема, епісклерит, моно- і поліартрити, гранулематозний гепатит і ін.)

#### **Код МКХ-10:**

#### **К50 Хвороба Крона (регіонарний ентерит)**

К 50.0 Хвороба Крона тонкої кишки

К 50.1 Хвороба Крона товстої кишки

К 50.2 Інші форми хвороби Крона

К 50.9 Хвороба Крона тонкої та товстої кишки

Умови, в яких повинна надаватись медична допомога.

Абсолютна більшість хворих з загостреннями ХК лікується стаціонарно. Тривалість стаціонарного лікування (3-6-8 тижнів) залежить від ступеня важкості та наявності ускладнень, в основному показано при важких та середньоважких формах в стадії загострення, обов'язково – при гострому перебігу. Легкі форми ХК можуть лікуватись амбулаторно. Тривале протирецидивне лікування проводиться в амбулаторно-поліклінічних умовах.



## **Ознаки та критерії діагностики захворювання**

1. Характерні симптоми:
  1. Хронічна діарея (іноді нічна)
  2. Біль у животі
  3. Втрата маси тіла
  4. Лихоманка
  5. Наявність крові у калі
  6. Пальпаторно: ущільнення кишки або утворення, що пальпується (найчастіше у правому нижньому квадранті живота)
  7. Періанальні тріщини, свищі та абсцеси черевної порожнини
  8. Негативні результати повторних бактеріологічних посівів калу,
  9. Ендоскопічне та морфологічне підтвердження (вогнищеве, асиметричне, трансмуральне гранульоматозне запальне ураження будь-якої частини кишкової трубки по типу “булижної мостової”; специфічне гранульоматозне запалення, яке часто є трансмуральним)
  10. Перелік і обсяг медичних послуг на амбулаторно-поліклінічному етапі- (О – обов’язково, Ф – факультативно).
11. Діагностика:

### ***Лабораторні та інструментальні методи дослідження***

1. Загальний аналіз крові (визначення ШОЕ, числа еритроцитів та гемоглобіну, лейкоцитів, тромбоцитів) – неодноразово при тяжкому перебігу
2. Загальний білок та білкові фракції – неодноразово при тяжкому перебігу
3. Цукор крові – двічі
4. Печінкові та ниркові проби - неодноразово при тяжкому перебігу
5. С-реактивний протеїн (кількісне визначення) - неодноразово при тяжкому перебігу
6. Група крові та резус-фактор – одноразово
7. Копрограма – двічі

8. Повторні посіви калу на патогенну мікрофлору та яйця глист (для виключення інфекційної або паразитарної природи)
9. Загальний аналіз сечі – одноразово

Ендоскопічне обстеження з морфологічним дослідженням біопатів – «золотий стандарт» діагностики – проводиться у всіх випадках для верифікації діагнозу. При підозрі на токсичну дилатацію кишки проводити не можна.

Морфологічне дослідження біопатів: виявляє запальну інфільтрацію переважно слизової оболонки, іноді – підслизової основи, набряк слизової оболонки та крововиливи у її строму, крипт-абсцеси, поверхневі виразки, зникнення бокалоподібних клітин.

Рентгенологічне дослідження: іригоскопія проводиться для визначення розповсюдженості процесу та наявності ускладнень (фістул, кишкової непрохідності та ін.)

- ЕКГ – одноразово
- Рентгеноскопія органів грудної клітини – одноразово
- УЗД органів черевної порожнини – одноразово

Лікування:

При загостренні

1. 5-аміносаліцилати та/або
2. Топічні стероїди протягом 2 місяців та/або
3. Системні стероїди – протягом 2 місяців
4. Антибіотики

Симптоматичне лікування полягає у застосуванні антидіарейних засобів (не можна застосовувати при важкому перебігу та загрозі токсичної дилатації кишки), дієти з підвищеним вмістом білка, застосуванні препаратів крові (при кровотечі, анемії), електролітних розчинів (при тяжкому перебігу), заліза, повного парентерального харчування (при важкому перебігу, стенозуванні).

## *В ремісії*

1. 5-аміносаліцилати (тривалість підтримуючого лікування не обмежена), холестирамин, антидарейні засоби, безлактозна дієта, багата на харчові волокна, поповнення втрати цинку, вітамінів, заліза, відмова від паління

Перелік і обсяг медичних послуг додатково:

Діагностика:

- КТ або МРТпоказані для виключення кишечних конгломератів та міжкишкових абсцесів, а також при періанальних ураженнях – одноразово (Ф).

Лікування:

1. Імуносупресори
2. Антицитокинові препаратати (найбільш ефективні при свіщевих формах)

Показання до оперативного лікування

- Постійне або фіксоване звуження кишки або її непрохідність
- Кровотеча
- Утворення свищів у сечовий міхур, піхву або шкіру
- Незагоюючі анальні тріщини або абсцеси
- Внутрішньочеревні абсцеси, токсична ділатація або перфорація кишки
- Рефрактерні форми

6. Середня тривалість лікування

Середня тривалість курсового стаціонарного лікування – 3-6 тижнів.

7. Критерії ефективності лікування

Ліквідація (зменшення) симптомів захворювання та досягнення клінічної та ендоскопічної ремісії. Повного одужання не настає.

8. Реабілітація

Хворі є працездатними, але їм рекомендується додержуватись режиму праці та відпочинку, заняття фізкультурою. Забороняється або значно обмежується паління та алкоголь.

#### 9. Диспансерне спостереження

Підлягають диспансерному нагляду. Після досягнення клініко-ендоскопічної ремісії проводиться тривала протирецидивна терапія аміносаліцилатами (месалазін), холестирамином, антидарейними засобами, рекомендується безлактозна дієта, багата на харчові волокна, поповнення втрати цинку, вітамінів, заліза, відмова від паління.

Вторинна профілактика направлена на запобігання провокуючих загострення факторів, найбільш значимими з яких є інтеркурентні інфекції верхніх дихальних шляхів та кишківника, прийом нестероїдних протизапальних засобів та стреси.

### **Неспецифічний виразковий коліт (НВК).**

Неспецифічний виразковий коліт являє собою дифузний запальний процес у слизовій оболонці прямої та ободової кишки з розвитком виразково-некротичних змін. Хвороба характеризується кривавим поносом, який з'являється і припиняється без видимої причини. Виразковий коліт і хвороба Крона з епідеміологічної та етіологічної точок зору мають багато спільного. На відміну від хвороби Крона, однак, при виразковому коліті вражається переважно слизова оболонка. Частота виразкового коліту майже в два рази вище, ніж хвороби Крона (близько 80 хворих на 100 000 населення). У більшості пацієнтів хвороба починається у віці 15-30 років. Виразковий проктит, особливо у літніх пацієнтів, зустрічається значно частіше, ніж тотальний коліт. Сімейні захворювання реєструють в 2-5% спостережень. Існують як генетичнодетерміновані, так і набуті форми, пов'язані з дією негативних факторів зовнішнього середовища.

#### **Код МКХ-10:**

К 51 Виразковий коліт

51.0 Виразковий ентероколіт

- 51.1 Виразковий ілеоколіт
- 52.2 Виразковий проктит
- 51.3 Виразковий ректосигмоїдит
- 51.4 Псевдополіпоз кишки
- 51.5 Слизовий проктоколіт
- 51.8 Інші форми

Умови, в яких повинна надаватись медична допомога.

Абсолютна більшість хворих з загостренням НВК лікується стаціонарно. Тривалість стаціонарного лікування (3-6-8 тижнів) залежить від ступеня важкості та наявності ускладнень, в основному показано при важких та середньоважких формах в стадії загострення, обов'язково – при гострому перебігу. Легкі форми НВК (проктит, проктосигмоїдит ) можуть лікуватися амбулаторно. Тривале протирецидивне лікування проводиться в амбулаторно-поліклінічних умовах.

Ознаки та критерії діагностики захворювання

Характерні симптоми:

Діарея з домішками крові та слизу

1. Біль у животі
2. Тенезми
3. Субфебрильна температура тіла
4. Негативні результати повторних бактеріологічних посівів калу
5. Ендоскопічне та морфологічне підтвердження дифузного запалення слизової з геморагіями та / або виразковими ділянками

#### **Класифікація виразкових колітів:**

ВК класифікують залежно від

1. форми захворювання,
2. тяжкості клінічного перебігу,
3. локалізації ураження товстої кишки,
4. наявності позакишкових проявів.

Звичайно виділяють гостру форму, хронічну рецидивуючу з фазами загострення та ремісії, хронічну безперервну форму.

За тяжкістю перебігу - легкі, середньої тяжкості та тяжкі форми ВК. Окрім цього, у діагнозі вказують протяжність ураження товстої кишки, позакишкові прояви та ускладнення.

Легкий перебіг: загальний стан хворого задовільний, температура тіла й частота пульсу нормальні, помірний біль у животі, частота випорожнень <4 разів на добу, незначні домішки крові в калі, Нь > 110 г/л, ШОЕ < 20 мм/год. Ендоскопічно - мінімальна активність запалення.

Перебіг середньої тяжкості: субфебрильна температура, тахікардія до 90 уд./хв, частота випорожнень 4–6 разів на добу, помірні домішки крові в калі, Нь 105–110 г/л, ШОЕ 20–30 мм/год. Ендоскопічно - помірна активність запалення.

Тяжкий перебіг: температура тіла > 37,8 ° С, тахікардія > 90 уд./хв, частота випорожнень > 6 разів на добу, значне виділення крові з кишечника, Нь < 105 г/л, ШОЕ > 30 мм/год. Ендоскопічно - виражена активність запалення.

За локалізацією ураження виділяють:

1. ураження прямої кишки (проктит);
2. ураження прямої та сигмоподібної кишок (проктосигмоїдит);
3. поширення ураження на низхідну ободову кишку -лівобічний ВК;
4. з утягненням поперечно-ободової кишки - субтотальне ураження товстої кишки;
5. тотальне ураження товстої кишки.

Позакишкові прояви спостерігаються у 25 % хворих на ВК, у тому числі остеопороз (15 %), ураження суглобів (5–10 %), первинний склерозуючий холангіт (3 %), стоматит (10 %); вузлова еритема та гангренозна піодермія (0,5–2 %), епісклерит, увеїт (0,5–3 %), глибокий венозний тромбоз (0,3 %), легенева емболія (0,2 %). Тяжкий перебіг ВК може супроводжуватися

наступними ускладненнями, такимияк перфорація, кровотеча, стриктури, псевдополіпоз, токсична дилатація товстої кишки.

#### Алгоритм діагностики:

Оцінка загальних симптомів (частота випорожнень, виділення крові з калом, біль у животі, тенезми, несправжні позиви до дефекації, гарячка, тахікардія, загальна слабкість, анорексія).

1. Збір анамнестичних даних: початок захворювання звичайно поступовий, але може бути раптовим; необхідно звернути увагу на попередні епізоди діареї, інфекції, що можуть провокувати раптовий початок ВК, використання антибіотиків, пероральних контрацептивів, нестероїдних протизапальних засобів та ін.

2. Ендоскопічне дослідження товстої кишки (ректороманоскопія або сигмоїдоскопія з біопсією, або колоноскопія).

3. Мікробіологічне дослідження калу та визначення наявності токсину *Clostridiumdifficile*, мікроскопія калу на найпростіші та паразити.

4. Повний клінічний аналіз крові, визначення рівнів електролітів, С-реактивного білка, альбуміну сироватки крові.

5. При тяжкому перебігу хвороби, для виключення токсичної дилатації товстої кишки, слід провести оглядову рентгенографію черевної порожнини.

6. При неможливості виконання колоноскопії для встановлення протяжності ураження товстої кишки при досягненні ремісії захворювання рекомендується іригоскопія. Дослідження не слід призначати при тяжкій формі хвороби. Винятковими є випадки, коли немає іншої можливості встановити діагноз та розпочати адекватне лікування.

Ендоскопічна картинапри ВК залежить від тяжкості процесу та тривалості захворювання.

Ураження починається з аноректального переходу та поширюється в проксимальному напрямку. Верхня межа ушкодженої ділянки може знаходитись на будь-якому рівні - від прямої кишки до ілеоцекального клапана.

Найбільш типовими ознаками ВК у фазі загострення є дифузна еритема, пухкість слизової оболонки (СО), петехії (геморагії), зникнення нормального судинного рисунка, поверхневі дефекти різного розміру та форми аж до виразок зливного характеру на великій площі, різного ступеня вираженості контактна або спонтанна кровоточивість, гнійний та фібринозний наліт. Ерозії та виразки при ВК розташовані тільки в ділянках запаленої СО, і на відміну від хвороби Крона (ХК) ніколи не зустрічаються афти. Зернистість СО може спостерігатися у фазі загострення виразок та ерозій, а також у період ремісії. При прогресуванні захворювання гаустри згладжуються, кишка набуває вигляду вузької труби, що позбавлена складок, просвіт може нерізко звужуватися. У фазі ремісії може відбутися повна репарація СО, але залишаються ознаки, за якими можна ретроспективно встановити ВК. СО тьмяна, здається натягнутою на підслизовий шар, поверхня її мозаїчна або дрібнозерниста, судинний рисунок атиповий (судини можуть бути звиті, з додатковим петлеутворенням), можуть спостерігатися псевдополіпи, при тривалому перебігу зникають складки.

Відсутність макроскопічних змін СО прямої кишки при ендоскопічному дослідженні практично виключає діагноз «виразковий коліт», окрім тих випадків, коли останнім часом проводилося місцеве лікування салазопрепаратами або стероїдами, і потребує виконання морфологічного дослідження.

Ступінь активності запалення за даними ендоскопічного дослідження

- 1 - мінімальна активність (гіперемія слизової оболонки, зміни судинного рисунка, зернистість);
- 2 - помірна (виражена гіперемія, пухкість, зернистість слизової оболонки, відсутність судинного рисунка, контактна кровоточивість, ерозування);
- 3 - виражена (наявність виразок, спонтанна кровоточивість).

Типовими морфологічними ознаками ВК є хронічна запальна інфільтрація слизової оболонки нейтрофілами, лімфоцитами, плазматичними клітинами та



макрофагами, розширення залоз, спустошення бокалоподібних клітин, поява крипт-абсцесів.

Лікувальна тактика при ВК визначається локалізацією патологічного процесу, тяжкістю перебігу, наявністю місцевих та системних ускладнень.

Дистальні форми захворювання - проктит і проктосигмоїдит характеризуються більш легким перебігом, тому частіше лікуються амбулаторно. Хворі з лівобічним і тотальним ураженням товстої кишки, як правило, потребують госпіталізації.

Завдання терапії:

1. зниження активності захворювання;
2. зменшення вираженості клінічних симптомів;
3. підвищення якості життя хворих;
4. попередження рецидивів.

Численні дослідження останніх років показали, що основу медикаментозного лікування складають препарати месалазину та кортикостероїди. До терапії резерву відносяться імуносупресори й моноклональні антитіла до прозапальних цитокінів, так звана біологічна терапія.

При дистальних ураженнях товстої кишки перевага надається місцевій терапії. Альтернативою пероральним аміносаліцилатам є свічки й мікроклізми месалазину та мікроклізми з гідрокортизоном. Переваги місцевого лікування полягають у швидшій відповіді на терапію та більш зручному режимі використання порівняно з препаратами для перорального вживання. Проте необхідно пам'ятати, що свічки діють на протязі 10 см, мікроклізми - 52–56 см, отже, місцева терапія може бути обрана тільки при наявності проктиту або проктосигмоїдиту. У частини пацієнтів максимальний ефект досягається комбінацією перорального та місцевого лікування. Ефективність місцевого лікування в підтримці ремісії захворювання є дозозалежною.

Диспансерне спостереження за хворими з ВК:

1. Пацієнти з ВК підлягають постійному диспансерному спостереженню.
2. У медичній карті хворого повинна бути інформація про локалізацію ураження та тривалість загострень.
3. Повторні ректороманоскопії з біопсією виконуються тільки в разі рецидиву захворювання.
4. Один раз на рік рекомендується загальний клінічний аналіз крові; біохімічний аналіз крові з визначенням функціональних печінкових проб. Збільшення АЛТ та АСТ можуть свідчити про гепатотоксичну дію лікарських засобів, що використовуються для лікування ВК.
5. Збільшення АСТ більш ніж у 3 рази (або більше 3 місяців) є показанням для додаткового обстеження з метою виключення жовчнокам'яної хвороби та первинного склерозуючого холангіту (ПСХ). Необхідно виконати УЗД та в разі потреби -ендоскопічну ретроградну холангіопанкреатографію (ЕРХПГ).
6. Спостереження за пацієнтом із ВК повинен здійснювати досвідчений гастроентеролог. Важливим є запобігання непотрібних досліджень і забезпечення безперервності спостереження.

При тяжкому ступені захворювання через можливість перфорації товстої кишки замість колоноскопії виконується сигмоїдоскопія.

Лікування:

1. Імуносупресори
2. Антибактеріальні препарати,
3. Антицитокинові препарати,

Згідно більшості консенсусів, прийнятих у різних регіонах земної кулі, “золотим стандартом” лікування НВК є медикаментозна терапія. Хірургічне втручання залишається лише резервом для лікування ускладнених форм, рефрактерних до консервативної терапії. Показаннями для оперативного лікування (потреба в хірургічному лікуванні виникає приблизно у 20% випадків) є:

Абсолютні показання:

1. Перфорація
2. Непрохідність кишківника
3. Токсична дилатація кишки
4. Абсцес
5. Кровотеча
6. Тяжка дисплазія або рак товстої кишки

Відносні показання:

1. Неефективність консервативної терапії (інтенсивна терапія: в/в введення стероїдів та імуносупресорів) при блискавичному перебігу у дуже важких випадках протягом 5-7 днів
2. Свищі
3. Легка дисплазія епітелію

Середня тривалість лікування:

Середня тривалість курсового стаціонарного лікування – 3-6 тижнів.

#### Критерії ефективності лікування.

Ліквідація (зменшення) симптомів захворювання та досягнення клінічної та ендоскопічної ремісії. Повного одужання без радикального хірургічного лікування (колектомія) не настає, хоча взагалі прогноз для хворих НВК при ефективності аміносалицилатів та стероїдів благоприємний. Ефективність аміносалицилатів оцінюють на 14–21-й день терапії, кортикостероїдів – на 7–21-й день, імуносупресорів – через 2-3 міс.

Реабілітація:

Хворі з легкими формами є працездатними, але їм рекомендується додержуватись режиму праці та відпочинку, забороняється або значно обмежується алкоголь. Хворі з середньоважкими формами обмежено працездатні, хворі з важкими формами та прооперовані хворі є інвалідами 2 групи.

Диспансерне спостереження: Підлягають постійному диспансерному нагляду 1 раз у 6 міс. Після досягнення клініко-ендоскопічної ремісії проводиться тривала протирецидивна терапія (роками) аміносаліцилатами або імуносупресорами. Вторинна профілактика направлена на запобігання провокуючих загострення факторів, найбільш значимими з яких є інтеркурентні інфекції верхніх дихальних шляхів та кишечника, прийом нестероїдних протизапальних засобів та стреси. Через 8 років при тотальному НВК та 10 років при лівобічному НВК навіть у стані ремісії проводяться повторні колоноскопії з біопсіями через 1- 4 роки в залежності від наявності або відсутності дисплазії слизової оболонки кишки.

### **Медико-соціальна експертиза:**

При постановці діагнозу неспецифічного виразкового коліту необхідно проводити диференційний діагноз з іншими колитами відомої етіології (дизентерія, глистно - протозойна інвазія , інтоксикація), хворобою Крона. Приклад формулювання діагнозу: Неспецифічний виразковий коліт, рецидивуючий перебіг, середнього ступеня тяжкості, з ураженням прямої і сигмовидної відділів товстої кишки, ерозивно-геморагічна форма, фаза ремісії. Порушення функції травлення I ст. по ентеральному типу.

Прогноз визначається ступенем тяжкості захворювання.

Легкий ступінь тяжкості характеризується частотою випорожнення 2-3 рази на день; загальний стан задовільний, температура нормальна, в калі виявляється слиз, лейкоцити і еритроцити; При ректороманоскопії - катаральний сігмоїдіт, ускладнень немає. Частота загострень 1-2 рази на рік. Тривалість загострення 2-3 тижні. Ефект лікування хороший.

Середня ступінь тяжкості: випорожнення 3-5 разів на день, температура підвищена, спостерігається зниження маси тіла; визначається лейкоцитоз в периферичній крові; при ректоскопії - виразково-деструктивний коліт; іригоскопія - виявляється поширення процесу па спадний відрізок товстої кишки (субтотальна поразка) . Загострення виникають 2-3 рази на рік.

Тривалість загострення до 2 місяців. Ефект лікування неповний. Важкий перебіг характеризується частим випоржненням, тенезмами, вираженими загальними явищами, ускладненнями (місцевими і загальними) і тотальним ураженням кишківника. Відзначається безперервно рецидивуючий перебіг. Ефект лікування поганий. Клінічний прогноз сумнівний. Гострий початок захворювання погіршує прогноз (смертність при цьому близько 50-70%). У молодому віці прогноз гірше, ніж у похилому. Взагалі летальність при НВК становить 5-10%.

Лікування:

1. Дієтотерапія. Стіл № 4.
2. Медикаментозна терапія - салазопіридазін (легка форма), глюкокортикоїди (середня ступінь важкості та важка форма). При виникненні ускладнень (пенеграція, рясна кровотеча, стеноз), а також при безперервно рецидивуючому перебігу показано хірургічне лікування - резекція ураженої ділянки товстої кишки аж до тотальної колонектомія.

Медико-соціальна експертиза: Працездатні: хворі з легкою та середньо - важким ступенем тяжкості перебігу захворювання у фазі ремісії при відсутності протипоказаних умов праці. Критерієм тимчасової втрати працездатності є фаза загострення, розвиток ускладнень, характер течії. Тривалість тимчасової непрацездатності при легкому перебігу - 2-3 тижні, при середньому ступені тяжкості перебігу - 1,5-2 місяці, при тяжкій - 2 місяці і більше. Розвиток ускладнень збільшує терміни тимчасової непрацездатності.

При хірургічному методі лікування - до 2 місяців. Критерієм відновлення працездатності є досягнення фази стійкої ремісії при відсутності ускладнень і протипоказаних умов і видів праці в професії хворого.

Протипоказані умови і види праці:

Значне фізичне і нервово-психічне напруження; робота, пов'язана з вимушеним положенням тіла, напругою черевного преса, неможливістю дотримання режиму харчування, в несприятливих мікрокліматичних

умовах, а також пов'язана з впливом гастротоксичної отрути (свинець, олово, миш'як), вібрації, радіації та т.п.

Показання до направлення на МСЕ:

1. Важкий перебіг захворювання.
2. Середнього ступеня протягом НВК при відсутності позитивного ефекту лікування.
3. Середнього і легкого ступеня тяжкості при наявності протипоказаних умов і видів праці і неможливості працевлаштування за ЛКК.
4. Виражені нервово -психічні розлади (патологічний розвиток особистості, неврозоподібного стану).
5. Наявність погано функціонуючої кишкової стоми з порушенням функції травлення.

Необхідний мінімум обстеження при направленні хворих на МСЕ:

- а) загальний аналіз крові;
- б) загальний аналіз сечі;
- в) копрограма;
- г) посів калу на дизентерійну групу;
- д) ректороманоскопія;
- е) іригоскопія;
- ж) білок і білкові фракції.

Додаткові дослідження:

- а) колоноскопія;
- б) біопсія слизової кишки;
- в) імунологічні дослідження.

Рішення про продовження лікування з тимчасової непрацездатності понад 4 місяця приймається МСЕ при тривалому загостренні, але з сприятливим прогнозом.

#### КРИТЕРІЇ ВИЗНАЧЕННЯ ГРУП ІНВАЛІДНОСТІ.

**I група:** важкий перебіг захворювання з поширеним ураженням товстої кишки, при безуспішності проведеної терапії і розвитку місцевих і загальних

ускладнень (артрити, виражена анемія, виражені порушення білкового та водно-електролітного обміну); хворі з видаленою товстою кишкою і постійною ілеостою з ускладненнями (дисфункція ілеостоми, кишкові свищі, часта кишкова непрохідність), коли хворі потребують постійного стороннього догляду.

**II група:** хворі з поширеним ураженням товстого кишечника, важким прогресуючим перебігом, зі стійкими значними порушеннями функції кишечника при відсутності ефекту від лікування; хворі з кишковою стомою у випадках несприятливого клінічного перебігу (часті рідкі випорожнення, порушення травлення II - III ст.).

У ряді випадків II група інвалідності встановлюється хворим на НВК у зв'язку з вираженим патологічним розвитком особистості (депресивно-іпохондричний або астено-невротичний синдром).

**III група:** дистальна форма ураження товстої кишки, що характеризується щорічними загостреннями (1-3 рази на рік) тривалістю по 30-40 днів (середня ступінь важкості перебігу), кишкова стома при гарній її функціонуванні; при наявності протипоказаних умов і видів праці і неможливості раціонального працевлаштування за ВК. Хворі, які перенесли субтотальну резекцію товстої кишки з накладенням цекостоми (добре функціуючої), за відсутності протипоказаних умов і видів праці і високої трудової спрямованості, можуть бути визнані працездатними.

Реабілітація:

Медичний аспект. Диспансеризація, протирецидивне лікування (2 рази на рік), дієтотерапія, санаторно -курортне лікування; лікувальна фізкультура, фітотерапія.

Професійний аспект. Раціональне працевлаштування. Хворі на НВК - інваліди III групи можуть виконувати роботи з помірним нервово-психічним напруженням (адміністративно-господарську, лічильно-канцелярську і т. д.), а також фізична праця з помірною напругою (слюсар-складальник,

лекальщик, фрезерувальник). Молодим хворим - інвалідам III групи може бути рекомендовано перенавчання на другу професію, без наявних протипоказань. Інвалідам II групи може бути рекомендована робота на дому.

#### Профілактика інвалідності:

- 1) боротьба з факторами ризику;
- 2) рання діагностика НВК і адекватне лікування;
- 3) раціональне працевлаштування;
- 4) санаторно-курортне лікування,
- 5) своєчасне подання на МСЕ для визначення III групи інвалідності та раціонального працевлаштування, а також проведення реабілітаційних заходів для профілактики II групи інвалідності.

Професійна реабілітація передбачає відновлення понижених або втрачених професійних функцій, відбір професії і адаптацію до неї інваліда, відновлення трудової діяльності інваліда за старою або новою професією.

Професійна реабілітація включає заходи щодо забезпечення зайнятості інвалідів, експертизи потенційних професійних здібностей, професійної орієнтації, професійної підготовки, підготовки робочого місця, професійно-виробничої адаптації, раціонального працевлаштування, динамічного контролю. Професійна реабілітація (професійний відбір, професійна орієнтація, професійна освіта, професійна підготовка, перепідготовка, перекваліфікація, раціональне працевлаштування) спрямована на забезпечення конкурентоспроможності інваліда на ринку праці і його працевлаштування, як в звичайних виробничих умовах, так і в спеціально створених умовах праці.

Професійна орієнтація інвалідів в працездатному віці здійснюється відповідно до індивідуальної програми реабілітації інваліда для підвищення їх конкурентоспроможності на ринку роботи, визначення можливостей професійної підготовки, перепідготовки і подальшого працевлаштування.

В основу таких методологій мають бути покладені принципи синергетичного синтезу найкращих педагогічних технологій, які можуть



забезпечувати оптимізацію навчання людей з обмеженим фізичним здоров'ям і принцип індивідуального підходу у проведенні освітнього процесу залежно від конкретних умов і завдань реабілітації слухача з інвалідністю, його соціально-психологічних і фізичних даних. Серед новітніх технологій навчання та інноваційних моделей освіти - особистісно орієнтована освіта, продуктивне навчання, технологія індивідуального стилю навчання, валеологічні технології освіти, ресурсно-орієнтоване навчання, модульне структурування дидактичного матеріалу та модульно-рейтингова організація навчання, дистанційна форма навчання, відкрита освіта.

Успішність професійної реабілітації і професійного навчання, як її складової, досягається через реалізацію таких заходів:

1. точна ідентифікація інвалідів, визначення їхніх потреб у психологічній, психолого-педагогічній, медичній, соціальній, професійній; фізичній, фізкультурно-спортивній, трудовій реабілітаціях.
2. розроблення спеціальних методик психологічної, медичної та професійної реабілітації;
3. індивідуальний підхід;
4. диференціація рівнів професійної підготовки.

#### Медична та соціальна реабілітація при захворюваннях травної системи

Важливість медико-соціальної реабілітації гастроентерологічних хворих зумовлена як значною поширеністю цієї групи захворювань, так і схильністю їх до хронічного рецидивуючого перебігу, що призводить до тривалої, а нерідко і стійкої втрати працездатності. Слід відмітити, що на сьогодні в системі охорони здоров'я вже складається етапна система реабілітації хворих на гастроентерологічну патологію, особливо тієї її частини, яка перенесла хірургічне лікування.

Виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки

*Лікарняний період реабілітації*

На лікарняному етапі основними завданнями лікування є:

1. активна медикаментозна терапія загострень захворювання з досягненням ерадикації *H. Pylori*;
2. профілактика загострень захворювання та стабілізація ремісії;
3. нормалізація стану вегетативної нервової системи та ЦНС;
4. активна терапія порушень трофіки уражених відділів ШКТ (в тому числі відновлення захисних факторів слизової шлунка).
5. нормалізація функціонального стану шлунково-кишкового тракту.
6. формування адекватної психологічної реакції хворого на хворобу, в т.ч. відмова від шкідливих звичок, зміна режиму та характеру харчування (дієтотерапія, психотерапія).

У період загострення виразкової хвороби (ВХ) хворого доцільно госпіталізувати на 7-10 днів, призначити напівліжковий режим, лікувальне харчування (дієта № 1 за Певзнером), а також медикаментозне лікування. Адекватна медикаментозна терапія загострення ВХ має дуже важливе значення, оскільки її дієвість визначає тривалість і ефективність ремісії. На сьогодні з метою ерадикації (знищення) *H. Pylori* використовують різноманітні схеми лікування – з трьома та чотирма основними препаратами. Ці схеми будуються на використанні комбінацій потужних сучасних гіпосекреторних препаратів з антибіотиками і метронідазолом (Маастрих-2, 2006).

Лікувальна фізкультура головним чином проводиться у вигляді ранкової гігієнічної та лікувальної гімнастики. Вправи, які включаються у лікувальний комплекс, повинні знижувати збудливість ЦНС, помірно посилювати моторику шлунка та дванадцятипалої кишки. Значні фізичні навантаження, вправи, які виконуються у швидкому темпі, а також вправи, які значно напружують черевний прес, до наступлення стійкої ремісії *протипоказані*.

Фізіотерапія. У фазі загострення процесу хворим, особливо при наявності порушень функцій вегетативної нервової системи, розладів сну, рекомендують електросон, рефлексотерапію, КВЧ-терапію. Ефективно

зменшує інтенсивність больового синдрому та має значний трофічний, протизапальний, регуляторний вплив електрофорез новокаїну з анода, розміщеного в епігастральній ділянці; загальний бромелектрофорез; ампліпульстерапія; діадинамотерапія. Виражений протизапальний та репаративно-регенераторний вплив має УВЧ-терапія (в загостренні застосовують субтермічні, слаботеплові дозування). Ультразвук показаний в невеликих дозах за лабільною методикою на надчеревну ділянку, також перед процедурою пацієнт повинен випити 1-2 склянки води для відтискання газового міхура у верхні відділи шлунка. Вплив проводять у положенні пацієнта сидячи або стоячи. Останнім часом застосовується опромінення низькоенергетичним лазерним випромінюванням ділянки епігастрію, а також дефекту слизової безпосередньо через світловод фіброскопа.

Хворим з неускладненою виразковою хворобою у фазі затухаючого загострення починають призначати ДМХ-терапію епігастрально та на ділянці щитоподібної залози, парафінові, озокеритові аплікації на проекцію шлунка, що має значний трофічний, репаративний вплив.

Локалізація виразки у тілі шлунка потребує онкологічної настороженості з боку лікаря. Тому перед тим, як застосовувати фізичні фактори, необхідно провести гастроскопію шлунка з прицільною біопсією. При підозрі на малігнізацію виразки фізіотерапевтичне лікування не проводиться. Якщо ж виразка шлунка безперервно рецидивує і протягом року тенденції до рубцювання не відбувається, необхідно вирішити питання планового хірургічного лікування.

### *Післястаціонарний період реабілітації*

#### *Диспансерно-поліклінічний етап*

Основним завданням диспансерно-поліклінічного етапу є досягнення і підтримання повної стійкої ремісії. Для досягнення цієї мети хворі на ВХ дванадцятипалої кишки перебувають під динамічним диспансерним спостереженням протягом п'яти років за відсутності загострень і постійно -

коли загострення спостерігаються або хворий має виразку шлунка. Контрольні огляди та комплексні обстеження хворих проводять кожних півроку.

Загальна програма реабілітації хворих на ВХ на поліклінічному етапі включає:

7. Режим праці і відпочинку (звільнення від нічних змін та відряджень).
8. Здоровий спосіб життя, ліквідацію шкідливих звичок та стресових ситуацій.
9. Психотерапію, особливо хворих з невротичними розладами.
10. Дієту № 1 з 4-5-разовим щоденним харчуванням протягом року.
11. ЛФК - загальнозміцнювальна гімнастика.
12. Масаж сегментарних зон.
13. Курси протирецидивного лікування весною і восени.
14. Санацію порожнини рота, при потребі - протезування зубів.
15. Боротьбу з ускладненнями.
16. Застосування фізичних факторів - електросон, КВЧ-, ДМХ-терапія, ультразвук, лужні мінеральні води (пляшкові).
17. Працетерапію - роботи на свіжому повітрі (присадибна ділянка, город).

Загострення захворювання або розвиток ускладнень (пенетрація, перфорація або малігнізація виразки, кровотеча, розвиток стенозування пілоричного відділу шлунка) потребує госпіталізації пацієнта в гастроентерологічний або хірургічний стаціонар. У випадку стійкої часткової або повної втрати працездатності хворого направляють на лікарсько-трудова експертизу. Під час диспансерного спостереження проводять санаторно-курортний відбір і хворих на неускладнену ВХ в період затухаючого загострення та ремісії направляють на бальнеологічні (бальнеопитні) або бальнеогрязьові курорти.

#### Санаторний етап реабілітації

Санаторно-курортне лікування хворих на ВХ, як і поліклінічна реабілітація, направлене на максимальне подовження термінів ремісії та попередження ускладнень захворювання. Оздоровлення проводиться у

гастроентерологічних реабілітаційних лікарнях та на бальнеопитних курортах: “Поляна”, “Квітка полонини”, “Сонячне Закарпаття”, “Шаян” (Закарпатська обл.), Моршин (Львівська обл.), Березовські мінеральні води, Рай-Єленівка (Харківська обл.), “Восход” (Кримська обл.), санаторій ім. О.М. Горького (Одеса) та ін.

Програми медичної реабілітації хворих на ВХ на санаторному етапі включають:

18. Щадний режим з переходом на тонізуючий.
19. Лікувальне харчування (дієта № 1 з переходом на № 2 або № 5).
20. Психотерапію, вироблення установок на зміну стилю життя, ліквідацію шкідливих звичок, уникання стресових ситуацій.
21. ЛФК: ранкова гігієнічна гімнастика, дозована ходьба, малорухомі ігри, плавання, лижні прогулянки.
22. Масаж сегментарних зон.
23. Кліматотерапію: перебування на відкритому повітрі до 8 годин на добу, повітряні ванни, денний сон на свіжому повітрі. При повній ремісії та відсутності ускладнень протягом 1-2 років призначають також сонячні ванни по щадній схемі, щоденно.
24. Бальнеопитне лікування: приймання мінеральної води (лужної) об'ємом від 50 до 150-200 мл 3 рази на добу в теплому вигляді. Час приймання залежить від секреторної функції шлунка, - чим вища секреція, тим триваліший період до приймання їжі (1-1,5 години). Зовнішня бальнеотерапія: ванни перлинні, натрієвохлоридні, радонові індиферентної температури.
25. Теплолікування: в період затухаючого загострення - електрофорез грязі або грязьового віджиму, в ремісії - грязьові, озокеритові, парафінові аплікації на епігастральну ділянку.

## Особливості медико-соціальної реабілітації хворих після операцій з приводу виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки

Планове оперативне лікування в хірургічному стаціонарі отримують хворі, консервативна терапія для яких виявляється безуспішною, хвороба має безперервно рецидивуючий перебіг та значно погіршує якість життя пацієнта. Іншу частину оперованих пацієнтів з виразковою хворобою становлять особи з ускладненим перебігом захворювання (перфорація, пенетрація, малигнізація виразки, кровотеча з виразки, стеноз пілоруса та ін.). Найпоширенішими оперативними втручаннями у таких хворих є селективна ваготомія та резекція шлунка, які можуть ускладнюватися післяопераційним гастритом, рефлюкс-езофагітом, демпінг-синдромом, іншими проявами хвороби оперованого шлунка і потребують особливого підходу у відновному лікуванні. І навіть коли хвороба оперованого шлунка не виникає, функціональний стан шлунково-кишкового тракту у всіх прооперованих пацієнтів, вимагає додатково до стандартного післяопераційного догляду (викладений у відповідному розділі) ще й спеціальних обстежень і лікувальних маніпуляцій.

Показання до оперативного лікування виразкової хвороби відомі. Вважається, що оперативному лікуванню підлягають всі хворі з ускладненою виразковою хворобою (стеноз, перфорація, пенетрація, кровотеча, каллезная виразка, а також підозра на малигнізацію) і частина хворих з неускладненою виразкою при безуспішності консервативного лікування протягом 3 років. В даний час переважає диференційований підхід до вибору операції залежно від локалізації виразки, показників шлункової секреції, ускладнень, а також віку хворих і володіння хірургом методом операції. Переважає резекція шлунка, яка може виконуватися при локалізації виразки як у шлунку, так і в дванадцятипалій кишці. При типово розташованих виразках виконують резекцію шлунка з відновленням прохідності за способом Більрот-I або Більрот-II в різних модифікаціях. При субкардіального або кардіальних

виразках обсяг резекції може бути збільшений до 3/4, рідше виконують гастректомію.

Крім типової резекції, при локалізації виразки в шлунку може бути виконана атипова резекція (поперечна резекція із збереженням пілоричного жому та ін.), а при локалізації виразки у дванадцятипалій кишці - операція на "виключення" виразки.

В останні роки при виразках дванадцятипалої кишки, коли превалює перша (вагусная) фаза шлункової секреції, перевагу віддають різним видам ваготомії в поєднанні з дренажною операцією або без неї. Стівурова ваготомія (СТВ) виконується частіше в екстремій хірургії у хворих похилого віку. При ній перетинають всі стовбури блукаючих нервів, що йдуть до шлунку та іншим органам черевної порожнини, що призводить до значного зниження кислотності, але одночасно приводить до небажаної денервации печінки, жовчовивідних шляхів, підшлункової залози і кишківника.

При селективній ваготомії (СВ) перетинають всі волокна блукаючого нерва, що йдуть до шлунку, при збереженні важливих у функціональному відношенні гілок до печінки і чревного сплетіння.

Селективна проксимальна ваготомія (СПВ) припускає перетин волокон блукаючих нервів, що йдуть до тіла і дну шлунка (секреторна зона), при збереженні іннервації антрального відділу, що передбачає збереження його нормальней рухової функції. В якості дренажних операцій зазвичай застосовують пілоропластика (з видаленням виразки або з залишенням її; при кровотечі використовують прошивання виразки). В даний час відомі близько 70 модифікацій пілоропластики. У ряді випадків в якості дренажної операції виконують гастроентероанастомоз. При високій кислотності в першу і другу фази шлункової секреції ваготомію поєднують з антроектомією. Можуть бути виконані паліативні операції: ушивання перфорації, перев'язка лівої шлункової артерії та ін. Після закінчення лікування 70-60 % хворих повертаються до своєї праці без обмежень або з обмеженнями за рекомендацією ЛК [Горбашко А.І., 2010]. У 15-30 %

оперованих розвиваються післяопераційні розлади, які призводять до стійкого порушення життєдіяльності.

Програма реабілітації хворих після оперативних втручань на шлунку розроблена Вигоднером Є.Б., 2007; Рузовою Т.К., 2002. В основі розробленої реабілітаційної програми лежить корекція ряду ендокринних та імунних зрушень, а також функціональних розладів шлунково-кишкового тракту (зниження активності шлункової секреції, пришвидшення моторно-евакуаторної здатності шлунка). З цією метою проводять ДМХ-терапію епігастральної ділянки (покращення функціонування шлунка, печінки, підшлункової залози), щитоподібної залози (імуномодуляція) або комірцевої ділянки (усунення ендокринних зрушень). Ефективно відновлює функціонування органів травного тракту, має імунокоригуючий вплив ампліпульс, електрофорез контрикалу, гордоксу.

Процедури бальнеотерапії - натрієвохлоридні, вуглекислі ванни сприяють ліквідації астенічного синдрому, який є у більшості прооперованих пацієнтів, покращують печінковий кровообіг, вирівнюють ендокринні та імунні зрушення.

Слід відмітити, що застосування фізичних факторів у якомога ранні терміни (2-3 тижні після оперативного втручання) не лише зменшує функціональні порушення, але й запобігає розвитку подальших ускладнень. Лікувальне харчування, ЛФК, масаж застосовують як для всіх хворих на ВХ, але з урахуванням загального стану пацієнта, а також стану післяопераційної рани. На диспансерно-поліклінічному, а пізніше санаторно-курортному етапах продовжують динамічне спостереження та виконання реабілітаційної програми, розпочатої на госпітальному етапі.

Орієнтовний комплекс реабілітаційних заходів у хворих без клінічних проявів післяопераційних розладів:

26. Режим щадний з поступовим переходом на тонізуючий.
27. Дієта № 1 та № 2, малими порціями, 5-6 разів на добу.



28. Бальнеотерапія (для внутрішнього вживання) - мінеральна вода в теплому вигляді за 30-40 хв до їди від 100 до 200 мл 3 рази на день.
29. Бальнеотерапія - хвойні, перлинні, мінеральні, радонові ванни.
30. Фізіотерапія: електрофорез новокаїну, кватерону, платифіліну, ампліпульстерапія, змінне магнітне поле, ультразвук, СМХ-терапія, КВЧ-терапія.
31. ЛФК, психотерапію, кліматолікування, культурно-масові заходи проводять хворим на щадному та тонізуючому режимах.

У хворих з проявами синдромів оперованого шлунка залежно від вираженості проявів рекомендується більш тривала курортна терапія (до 14-16 днів перебування на щадному режимі).

Дієтичне харчування противиразкове, малими порціями, з обмеженням вуглеводів. Бальнеопитне-лікування звичайне, як для інших пацієнтів з ВХ. Пієлоїдотерапію призначають лише при порушеннях легкого ступеня.

Фізіотерапія показана у тому ж об'ємі, що і основному контингенту хворих на ВХ, крім того, застосовують електросонотерапію. ЛФК, кліматотерапію застосовують у більш щадній формі, ніж хворим на виразкову хворобу без ускладнень.

Критерії експертизи працездатності хворих після хірургічного лікування.

Ведучими прогностичними факторами, що визначають порушення працездатності, є ступінь компенсації, характер і тяжкості наслідків лікування і ступінь порушення функції травлення. Ступінь компенсації функції травлення - важливий критерій МСЕ після хірургічного лікування виразкової хвороби. У більшості хворих порушене в результаті хвороби й операції травлення компенсується в терміни від 3 до 4 міс після резекції 2/3 шлунка, 6-8 місяців після субтотальної резекції і гастректомії і 1,5-2 міс. після ваготомії. При компенсації хворі не пред'являють скарг, іноді відзначають помірні диспепсичні явища. У них відновлюється апетит, тургор

шкіри, збільшується маса тіла. При рентгенологічному дослідженні кукси шлунка і після ваготомії відмічається відновлення тонусу і перистальтики. Евакуація порційна і своєчасна (від 40 хв. до 1 год 20 хв.), пасаж контрастує маси по кишечнику не порушений або злегка прискорений. Функція тонкої кишки не порушена. Стан субкомпенсації клінічно характеризується скаргами на помірні болі і відчуття тяжкості в надчеревній ділянці після прийому їжі, диспепсичні явища, нестійкі випорожнення, може бути демпінг-синдром або будь-який інший патологічний синдром I - II ступеня тяжкості. Хворі дотримуються дієти, іноді часте дробове харчування, маса тіла знижена, є помірні зміни в гемограмі і протеїнограма. Рентгенологічно встановлюються різні порушення моторно- евакуаторної функції, частіше відзначається порційне, але прискорене спорожнення кукси шлунка або шлунка після ваготомії протягом 15-20 хв. Рідше спорожнення уповільнене - до 5 год., що може бути пов'язано із звуженням анастомозу, спайковим процесом або атонією шлунка. Тонус приводить петлі частіше знижений, внаслідок чого вона заповнюється більш масивно і спорожнення її сповільнено. Часто виявляються явища гастродуоденита і гіпермоторнодискінезії. Декомпенсація травлення клінічно характеризується вираженим занепадом живлення, слабкістю, значними диспепсическими проявами різного характеру в залежності від причини морфологічних і функціональних розладів. Необхідно дотримання суворої дієти з частим прийомом невеликих порцій їжі. Рентгенологічне дослідження, як правило, дозволить встановити причину декомпенсації. Найчастіше це пов'язано з різким порушенням моторно - евакуаторної функції. При цьому зазвичай виявляють блискавичне і безперервне спорожнення кукси шлунка внаслідок надмірної ширини анастомозу або шлунка після ваготомії з широким анастомозом після пілоропластики. Одночасно реєструються прискорення пасажу по всьому кишечнику, ознаки ентероколіту. Значно рідше декомпенсація настає внаслідок різкої затримки евакуації з кукси шлунка - до 24 год і довше. Це пов'язано найчастіше з убовимі змінами та хронічним

дуоденостазом, при якому харчові маси переповнюють приводить петлю і надовго затримуються в ній. Іноді гіпомоторна дискінезія поширюється на всю тонку і товсту кишку. Часто при декомпенсації має місце виражений спайковий процес в різних відділах тонкої кишки, рідше - товстої, що проявляється конгломератом петель з хронічним запальним процесом в них. У таких хворих немає «світлого проміжку» і вони вважають перенесене втручання неефективним. Рідше декомпенсація виникає після більш-менш тривалого періоду компенсації або субкомпенсації. Зрив компенсації в цьому випадку частіше обумовлений рецидивом виразкової хвороби, загостренням і прогресуванням спайкової хвороби або демпінг - синдрому, розвитком у віддаленому періоді важкої пострезекційної дистрофії або тяжкою постваготомних діареї. По завершенні періоду компенсації, а також у віддаленому періоді в практиці МСЕ доцільніше висловлюватися про ступеня порушення травлення як важливому критерію порушення життєдіяльності. Наслідки лікування - це патологічний стан, обумовлений втручанням на шлунку, дванадцятипалої кишці і блукаючого нерва, що характеризується порушенням або випаданням функцій шлунка, інших органів шлунково - кишкового тракту і недостатньою їх компенсацією. В даний час в публікаціях вживаються близько 70 назв цих патологічних симптомокомплексів. Все різноманіття клінічних проявів віддалених наслідків при направленні хворих на МСЕ доцільно представити у вигляді наступних патологічних синдромів:

- Демпінг -синдром (I-II ступенів тяжкості);
- Гіпоглікемічний синдром (I - III ступенів тяжкості);
- Постгастрорезекційна анемія (I - III ступенів);
- Синдром приводить петлі (I - III ступенів тяжкості);
- Постгастрорезекційна дистрофія (I - III ступенів);
- Пептична виразка анастомозу, кукси шлунка після резекції, рецидивна або незагойна виразка після ваготомії;
- Гастрит кукси шлунка після резекції або ваготомії (фаза ремісії або загострення);

- Постваготомних рецидивуюча діарея (I - III ступенів);
- Постваготомних атонія шлунка;
- Рефлюкс- езофагіт (I - III ступенів);
- Синдром "малого шлунка" (рідко у віддаленому періоді).

Діагностиці хвороб оперованого шлунка допомагають:

- ретельний аналіз скарг хворого, їх зв'язок з прийомом їжі,
- зіставлення скарг з комплексом даних клінічного, лабораторного та спеціальних методів обстеження. Іноді для встановлення характеру наслідки і його тяжкості потрібно провести стаціонарне обстеження хворого.

#### Демпінг - синдром.

Серед постгастрорезекційних розладів цей синдром має найбільше значення для експертизи працездатності. У різного ступеня вираженості він спостерігається після резекції шлунка, в середньому в 30 % випадків, і зустрічається найчастіше після операції за способом Більтрот-II. Клінічно демпінг-синдром проявляється пароксизмами слабкості, виникаючими під час їжі або через 10-20 хв , особливо після вживання солодкої і молочної їжі. Рентгенологічно встановлюється швидке випорожнення куksi шлунка від контрастує маси. Розрізняють 3 ступеня демпінг- синдрому: легку, середню і важку. Легкий ступінь характеризується епізодичними короткочасними нападами слабкості, які виникають тільки після солодкої і молочної їжі, можуть супроводжуватися запамороченням, іноді нудотою і тривають не більше 20 хв. Підібравши дієту, можна уникнути або значно пом'якшити вираженість нападу. Демпінг-синдром середнього ступеня тяжкості характеризується нападами, наступаючими після прийому будь-якої їжі. Незабаром після їжі з'являються різка слабкість, пітливість, відчуття тяжкості в надчеревній ділянці, запаморочення, погіршення зору, шум у вухах, похолодання кінцівок, тахікардія, іноді збліднення шкіри і ціаноз слизових оболонок, зниження або підвищення артеріального тиску. Іноді спостерігаються слинотеча, нудота, відрижка, болі в животі, профузний пронос. Приступ триває від 20 хв до 1 год, під час нього хворі змушені

прийняти горизонтальне положення. У період між нападами хворі відзначають підвищену стомлюваність, розбитість, головний біль, розлад сну, нестійкість настрою. Може спостерігатися порушення зовнішньої секреції підшлункової залози з появою в калі зерен крохмалю, крапель нейтрального жиру і неперетравлених м'язових волокон. Відзначається помірний (5-10 кг) дефіцит маси тіла. Рентгенологічно виявляється швидке, менш ніж за 30 хв, спорожнення кукси шлунка в худу кишку. Важка ступінь демпінг-синдрому носить злоякісний характер і відрізняється виснажливими, тривалими (від 1 до 2-3 ч) нападами, протягом яких хворі змушені перебувати в ліжку. Приступ виникає щоразу після прийому будь-якої їжі. Пароксизми слабкості часто закінчуються непритомним станом. Зазвичай відзначається почастищення пульсу на 15-20 уд/хв. Нерідко хворі змушені приймати їжу лежачи. Важкі демпінг- кризи ведуть до різкої астенизації, прогресивному виснаженню з вираженим дефіцитом маси тіла (до 15-20 кг) на тлі білкової недостатності і розлади мінерального обміну. Виникають тяжкі порушення кишкового травлення, вітамін В12-дефіцитна або гіпохромна анемія. Рентгенологічно, як правило, відзначається «блискавичне», протягом 5-7 хвилин, спорожнення кукси шлунка.

Гіпоглікемічний синдром. Серед перенесли резекцію шлунка гіпоглікемічний синдром, за різними даними, виявляється в 1-10 % випадків, однак у вираженому ступені він зустрічається лише в 1 % випадків. Постійне поєднання гіпоглікемічного і демпінг-синдрому підкреслює їх патогенетичне спорідненість. Рефлекторне посилення функції інсулярного апарату підшлункової залози спочатку є відповіддю на гіперглікемію, наблюдающуюся слідом за прийомом їжі, проте через 3-5 год. після їжі розвивається напад гіпоглікемії.

Розрізняють 3 ступеня тяжкості клінічних проявів гіпоглікемічного синдрому.

При легкому ступені клінічні прояви синдрому виражені слабо. Вони виникають у разі тривалої перерви між прийомами їжі, особливо на тлі

фізичного навантаження, і характеризуються короткочасним, протягом 2-3 хв. , приступом слабкості з відчуттям голоду. Після прийому їжі ці явища швидко проходять. Напади мало турбують хворих і виявляються звичайно при цілеспрямованому опитуванні. При середньому ступені тяжкості синдрому напади різкої слабкості і голоду спостерігаються 2-3 рази на місяць, виникають раптово, під час роботи або ходьби, особливо після тривалого, більш 3 год, перерви між прийомами їжі і супроводжуються холодним потом, тремтінням, нудотою. Хворий змушений негайно прийняти їжу, сісти або лягти. Напади тривають 5-10 хв., потім поступово проходять, однак протягом 1-1,5 год і довше відзначають розбитість і загальну слабкість. При важкому ступені тяжкості синдрому - виражені і тривалі, більше 10 хв, напади слабкості з болісним почуттям голоду і нудоти наступають майже щодня, а іноді до 2 разів на день. На самому початку нападу хворі змушені терміново прийняти їжу, лягти або сісти. Напади нерідко закінчуються тривалим непритомністю або поганим самопочуттям, розбитістю і слабкістю протягом 2-3 ч. Для купірування гіпоглікемії хворі користуються цукром, після прийому якого стан починає поліпшуватися, проте незабаром можуть розвинутися явища демпінг - синдрому. Постгастрорезекційна анемія розвивається в середньому в 30 % випадків, переважно у осіб, оперованих за способом Більтрот-ІІ. Причиною її є різке зниження всмоктування вітаміну В12 і заліза, пов'язане з вимиканням дванадцятипалої кишки і недостатнім виробленням гастромукопротеїна залозами кукси шлунка.

Вітамін В12-дефіцитна анемія розвивається частіше після екстирпації, а також проксимальної резекції шлунка і рідше - після резекції дистальної його частини. Тяжкість постгастрорезекційної анемії визначається в першу чергу ступенем зниження вмісту гемоглобіну. При легкій формі анемії вміст гемоглобіну в крові перевищує 90 г/л, при формі середньої тяжкості - в межах 90-65 г/л, при важкій формі - падає нижче 65 г/л. Синдром приводить петлі. Цей синдром спостерігається в 10 % випадків у осіб, які перенесли

резекцію шлунка за способом Більтрот-II. Розрізняють функціональний і рідше зустрічається механічний синдром приводить петлі, клінічно протікають в основному однотипно. Рентгенологічно визначається розширена, атонічна призвоить петля з великою кількістю рідини. Контрастируюча речовина потрапляє в приводящу петлю і затримується в ній іноді на 2-3 год і довше.

В експертній практиці слід розрізняти 3 ступеня тяжкості синдрому приводящої петлі. Легкий ступінь зустрічається найчастіше і клінічно проявляється відрижкою повітрям або їжею, невеликою блювотою жовчю, що виникає 1-2 рази на місяць. Зрідка хворі відзначають тупі болі в надчеревній області. Середня ступінь відрізняється інтенсивними болями в надчеревній ділянці та у правому підребер'ї, що виникають незабаром після їжі. Болі стихають зазвичай після відрижки або блювоти жовчю. Блювота виникає 2-3 рази на тиждень, іноді щодня. Обсяг блювотних мас коливається від 200 до 500 мл. Деякі хворі, прагнучи позбутися від болісних відчуттів, штучно викликають блювоту. Спостерігається помірна втрата маси тіла. Важка ступінь синдрому приводить петлі зустрічається порівняно рідко і характеризується постійною нудотою, рясною блювотою жовчю (по 500 мл і більше) майже після кожного прийому їжі. Блювоті передують болісні болі в правому підребер'ї і надчеревній області. Настають зневоднення і виснаження хворих. Постгастрорезекційна алиментарна дистрофія. Це розлад спостерігається рідко (в 0,6 % випадків) і виникає в більш віддалені терміни, зазвичай через кілька років після резекції шлунка по Більтрот-II. Клінічна картина алиментарної дистрофії характеризується різким схудненням, слабкістю, адинамією, набряками, ознаками гіповітамінозу С, РР, групи В, диселектролітемія, дисфункцією гіпофізарно-надниркової системи і статевих залоз, зниженою опірністю до інфекцій. Алиментарна дистрофія протікає хвилеподібно з періодами відносного поліпшення і погіршення при загальній тенденції до прогресуючого погіршення.

Розрізняють 3 ступеня тяжкості синдрому.

При аліментарній дистрофії легкого ступеня хворі відзначають підвищену стомлюваність, слабкість. Дефіцит маси тіла не перевищує 10 кг. При аліментарній дистрофії середнього ступеня стомлюваність і слабкість стають більш вираженими, з'являються анемія, гіпопротеїнемія. Дефіцит маси тіла становить 10-20 кг. При аліментарній дистрофії важкого ступеня хворі бліді, адінамічні, вкрай виснажені. Відзначаються масивні безбілкові набряки, ознаки гіповітамінозу. Дефіцит маси тіла перевищує 20 кг. Пептична виразка анастомозу. Пептичні виразки виникають в 1-2 % випадків резекції шлунка з приводу виразкової хвороби, розташовуючись зазвичай по лінії гастроентероанастомоза або в відводять петлі тонкої кишки після резекції за способом Більрот-II, а також по лінії гастродуоденоанастомоза, якщо резекція виконана за способом Більрот-I. Ці виразки частіше зустрічаються у чоловіків. Пептичні виразки відрізняються різкими постійними болями в надчеревній області, що посилюються після їжі і іррадируючими в спину. Особливої уваги заслуговує можливість розвитку таких ускладнень пептичних виразок, як кровотеча, пенетрація, перфорація у вільну черевну порожнину або порожні органи з утворенням свищів. При дослідженні шлункового соку визначається наявність вільної соляної кислоти. Рентгенологічне дослідження дозволяє виявити деформацію анастомозу або приводящої петлі і виразкову нішу.

#### Постваготомічна діарея.

Причинами діареї є гіпохлоргідрія, денервація кишечника, підшлункової залози та печінки, що призводять до порушення моторики шлунково-кишкового тракту. Розрізняють 2 форми діареї: транзиторну і рецидивуючу (епізодичну). Минуща діарея виникає безпосередньо після операції, добре піддається медикаментозному лікуванню і не продовжує строків тимчасової втрати працездатності (ТВП). Рецидивуюча діарея розвивається через деякий час після операції і протікає у вигляді нападів. Розрізняють 3 ступеня тяжкості рецидивуючої діареї - легку, середню і важку. Легкий ступінь виявляється рідкими (1-2 рази на місяць) нападами,



триваючими 1-2 дні. Пронос виникає 2-3 рази на добу після прийому певного вила їжі, частіше солодкою або молочної. Відмова від цих харчових продуктів повністю попереджає розвиток нападів діареї. Порушення функції травлення та занепаду харчування немає.

Середня ступінь вираженості відрізняється щотижневими нападами діареї, триваючими по 2-3 дні, з частотою випорожненням до 5 разів на добу. Важка ступінь зустрічається рідко. Вона характеризується рідким випорожненням більше 5 раз на добу після кожного прийому їжі. Атаки діареї тривають по 3-5 днів, супроводжуються прогресуючим погіршенням стану хворого і занепадом харчування на тлі виражених порушень функцій травлення.

Рефлюкс-езофагіт - запалення слизової оболонки стравоходу з періодами ремісій або загострень в результаті закидання шлункового вмісту в стравохід після операцій на шлунку (до 80 % всіх езофагітов), проксимальної резекції, резекції шлунка, рідше - типової дистальної резекції або ваготомії. Найбільш важко протікає рефлюкс-езофагіт у молодих хворих, яким виконана проксимальна резекція шлунка при збереженій після операції кислотності.

Клінічно рефлюкс-езофагіт проявляється відрижкою, печією, почуттям печіння за грудиною, болями при проходженні їжі по стравоходу (іноді типу стенокардії), дисфагією. Залежно від клініко-езофагоскопічних ознак розрізняють легкий, середньої тяжкості і тяжкий езофагіт. Легкий езофагіт характеризується незначними болями за грудиною, непостійній печією і відсутністю дисфагії. Рентгенологічно може бути виявлено закидання вмісту з кишки або шлунку в стравохід. При ФГС - помірна гіперемія і набряк в нижній третині стравоходу. Середня ступінь езофагіту характеризується печією і болями за грудиною, після кожного прийому їжі, періодично виникає дисфагією. При рентгенологічному дослідженні виявляються заброс в стравохід, підвищений тонус стравоходу, схильність до спазмів, при ФГС - кровоточивість ерозії на тлі гіперемії і набряку. Важкий езофагіт зустрічається у 1-7 % оперованих. Характеризується нестерпними болями за грудиною, постійної дисфагией внаслідок спазму і набряку стравоходу.

Наростає виснаження. Характерна рентгенологічна картина. При ФГС - ерозивно-виразкові зміни, можливі рубці. Синдром "малого шлунка" - розвивається після операції і зникає в перші 6-8 міс. Він не залежить від обсягу резекції, величини кукси шлунка і пов'язаний в першу чергу з порушенням евакуації в ранній період після операції. Синдром "малого шлунка" характеризується швидкою насичуваністю хворого, болями, почуттям повноти і важкості в надчеревній ділянці після прийому їжі. Кількість одноразово прийнятої їжі - не більше 100-200 г, у зв'язку з чим хворий змушений харчуватися 6-8 разів на добу. За даними С. С. Юдіна, збереження перерахованих вище симптомів довше 6-8 міс. після операції слід розцінювати як синдром приходящої петлі.

Характер лікування патологічних синдромів і його результати - важливий критерій МСЕ хворих, оперованих з приводу виразкової хвороби. Хворі з патологічними синдромами I і II ступенів підлягають консервативному лікуванню. Хірургічне втручання є найбільш ефективним методом лікування важких пострезекційних синдромів (демпінг-синдрому, синдрому приводящої петлі та ін), поєднання демпінг-синдрому II ступеня з рефлюкс-езофагітом і синдромом приводить петлі II ступеня, пептичної виразки анастомозу та рецидивної виразки після ваготомії. Для корекції пострезекційних синдромів застосовують реконструктивну операцію по Ру (гастроєюноанастомоза з Y-подібним міжкишковим анастомозом), реконструкція гастроєюноанастомоза в гастродуоденоанастомоза і гастроєюнодуоденоанастомоз за методом Захарова-Генлея. Переваг якого методу перед іншими не відзначено. При рецидиві виразки проводять резекцію або ваготомії з резекцією антрума.

#### Порушення травлення.

Ступінь порушення травлення визначають такі чинники: загальний стан хворого, маса тіла (стабільна або падає), дефіцит маси тіла, больовий синдром, ступінь вираженості диспепсичних явищ, показники секреторної і моторно-евакуаторної функції органів ШКТ, зміни гемограми, показники

білкового, вуглеводного та інших видів обміну і внутрішньопорожнинного кишкового травлення.

Розрізняють 3 ступеня тяжкості порушень травлення.

Легке (I ступінь) порушення функції травлення, клінічно характеризується періодичними скаргами на помірні болі, відчуття тяжкості в надчеревній ділянці після прийому їжі, відрижку, зригування жовчю, нудоту, нестійкий стілець. У ряду хворих можна простежити типові прояви патологічних синдромів в легкого ступеня, рідше в середнього ступеня тяжкості. Загальний стан задовільний. Маса тіла в нормі або дефіцит її не перевищує 10 кг, стабільний. Нормальні показники гемограми або на нижній межі норми, рідше - помірна анемія. Біохімічні та рентгенологічні показники в нормі. Середнього ступеня (II ступінь) порушення травлення клінічно проявляється скаргами на стійкий больовий синдром, диспепсичні явища, нестійкі випорожнення. Часті наслідки у вигляді демпінг-синдрому середньої (рідше вираженою) тяжкості або інші патологічні синдроми середньої тяжкості. Дефіцит маси тіла - 10-15 кг, періодично може наростати, але під впливом лікування стабілізується. Гіпохромна анемія, диспротеїнемія. Характерно порушення евакуаторної функції анастомозу і тонкої кишки. У копрограмі - порушення перетравлення жирів і вуглеводів. Важка ступінь порушення травлення характеризується вираженим занепадом живлення більше 15 кг, дефіцит маси тіла прогресивно наростає.

Виражені патологічні синдроми (III ступеня тяжкості), що важко піддаються лікуванню. При об'єктивному обстеженні - набряки, трофічні розлади шкіри, ламкість нігтів, випадіння волосся. Виражена анемія, гіпопротеїнемія, рентгенологічно - різко прискорена евакуація зі шлунка і по тонкій кишці. В копрограмі - виражена аміло-, стеато- і креаторея.

Критерії та орієнтовні терміни ВУТ. Будь-який вид і обсяг оперативного лікування виразкової хвороби призводить до втрати працездатності. Тривалість її визначають:

- стан хворого до операції;

- вид і обсяг операції;
- швидкість компенсації порушених функцій;
- наявність, характер і ступінь тяжкості ускладнень в ранньому післяопераційному періоді;
- віддалені наслідки ;
- супутні захворювання;
- вік хворих.

#### Захворювання кишківника:

##### *Лікарняний період реабілітації*

На лікарняному етапі проводиться диференційна діагностика (в першу чергу з онкологічними процесами) та лікування загострень захворювання за відповідним алгоритмом (палатний режим, дієта № 4, медикаментозна корекція різних видів обміну, антимікробна терапія, нормалізація моторно-евакуаторної функції, покращення процесів травлення і всмоктування, реімплантація нормальної кишкової флори, фізіотерапія).

Фізіотерапевтичне лікування починає проводитися вже з перших днів захворювання: термофор або зігріваючий компрес на живіт щоденно; платифілін - або новокаїн - електрофорез на передню черевну стінку; УФО ділянки живота (1 біодоза з поступовим її збільшенням на 0,5 біодози щоденно або через день); УВЧ-терапія або мікрохвильова терапія живота слабо- тепловими дозами по 10-15 хвилин щоденно або через день; індуктофорез новокаїну або пелоїдину на передню черевну стінку 15 хвилин через день).

Масаж і лікувальну фізкультуру призначають після стихання гострих проявів коліту. Застосовують диференційований підхід, враховуючи, в першу чергу, тип дисфункції кишечника.

При *хронічних колітах, які супроводжуються спастичними запорами*, в I періоді ЛФК (максимальний спокій для ураженого органа) застосовують вихідні положення лежачи на спині з зігнутими у колінах ногами, стоячи на колінах, на боці, які сприяють розслабленню м'язів живота і зниженню

внутрішньочеревного тиску. Комплекси лікувальної гімнастики тривають 10-12 хвилин і складаються з простих вправ для кінцівок, на розслаблення і дихальних з підніманням рук не вище рівня плечового поясу. Виконання вправ відбувається у повільному темпі, з неповною амплітудою, з паузами по 30-60 сек для відпочинку. Виключають вправи, які супроводжуються напруженням м'язів живота і сприяють підвищенню тону м'язів кишечника. Крім лікувальної гімнастики, хворі виконують самостійні заняття 5-6 разів на день.

II період ЛФК (активне відновлення функцій ураженого органа) передбачає виконання вправ із різних вихідних положень у повільному і середньому темпі з повною амплітудою рухів до кінця періоду. Продовжують виконання вправ на розслаблення, вправи для тулуба та живота виконують без натужування, паузи для відпочинку скорочують, тривалість заняття збільшують до 20-25 хв. Силкові вправи, підскоки, стрибки не проводяться. Хворі виконують також ранкову гігієнічну гімнастику, лікувальну ходьбу.

Хворим з *хронічними колітами, які супроводжуються атонічними запорами*, у I період ЛФК рекомендується виконання вправ із різних вихідних положень з повною амплітудою рухів і поступовим збільшенням навантаження та використанням силових елементів. Темп виконання вправ повільний та середній.

II період ЛФК передбачає часту зміну вихідних положень, підбір вправ для м'язів живота, а також вправ, які сприяють підвищенню тону і перистальтики кишечника.

При стиханні гострих проявів захворювання застосовують сегментарно-рефлекторний, класичний і точковий масаж, піддаючи впливу паравертебральні зони спинномозкових сегментів, рефлексогенні зони тулуба, шлунок і товсту кишку.

При *спастичних запорах* застосовують легкі прогладжування, розтирання, малоінтенсивні вібрації, при *атонічних запорах* діють енергійно,

використовують усі прийоми, в тому числі безперервну і переривчасту вібрацію.

Слід підкреслити, що ЛФК і масаж протипоказані хворим на виразковий коліт з кровотечами, з вираженими проносами, в загостренні захворювання.

### ***Післялікарняний період реабілітації***

#### *Диспансерно-поліклінічний етап*

На даному етапі проводять як динамічне спостереження за пацієнтами, закріплюючи результати лікування госпітального етапу, так і, за можливостями поліклініки, у якій пацієнт перебуває під наглядом, проводять реабілітаційні заходи (див. санаторний етап).

#### *Санаторний етап*

Показання до санаторно-курортного лікування хворих з хронічними захворюваннями кишківника (хронічний коліт) на курортах з питними мінеральними водами: затухаюче загострення, фаза ремісії. Хворих на коліт дизентерійної етіології слід направляти на санаторно-курортне лікування лише через 4-6 місяців після останнього загострення хвороби при негативних даних бактеріологічного дослідження випорожнень та без дефектів слизової оболонки при ендоскопічному дослідженні кишківника. Протипоказане направлення на курорт хворих, які мають великий виразковий або ерозивний процес у кишечнику, а також хворих на туберкульоз кишківника, стенозуючий коліт, з наявністю поліпів кишки та з підозрою на злоякісні новоутворення. Широко застосовується лікування на бальнеологічних курортах Морщина, Трускавця, Миргорода, Немирова і ін., а також на місцевих курортах.

### **Програма медичної реабілітації хворих на захворювання кишківника:**

1. Хворим на захворювання кишківника середньої тяжкості призначають I кліматоруховий режим протягом 10-12 днів з переходом на II режим. При наявності легкого перебігу захворювання на перші 10-12 днів призначають II

режим з наступним переходом на III режим. Хворим у фазі стійкої ремісії у перші 6-7 днів призначають II режим, а потім - III.

1. Лікувальне харчування починають з дієти №4 або 4а з переходом через 8-10 днів на дієту №2 або №3. Окремим хворим за 5-6 днів до виписки із санаторію можна призначати дієту №15.
2. Медикаментозне лікування використовується зрідка, лише в період загострення процесу на фоні курортного лікування або для терапії супутньої патології.
3. Елементи психотерапії використовуються з метою вироблення установок на одужання, зміну стилю життя і харчування, ліквідацію шкідливих звичок, боротьбу з гіподинамією.
4. ЛФК проводять після стихання гострих проявів захворювання. Вправи для загального впливу на організм, спеціальні вправи для черевного пресу підбирають з урахуванням особливостей перебігу патологічного процесу. При *спастичних запорах* велику увагу надають вибору вихідних положень, здатних зменшити напруження передньої черевної стінки, при цьому обмежують навантаження на черевний прес. І навпаки, при переважанні *атонії кишківника* роблять акцент на вправи для м'язів живота. Тривалість процедур ЛФК, як і побудова лікувальних комплексів, залежить від режиму, на якому перебуває пацієнт.

*Щадний режим:* ранкова гігієнічна гімнастика за полегшеною схемою протягом 10 хвилин або прогулянка по санаторію протягом 25-30 хв; дозована ходьба проводиться також за полегшеною схемою - по рівній місцевості в повільному темпі з відпочинком тривалістю до 15 хв; мало-рухливі ігри тривалістю до 30 хв.

*Тонізуючий режим:* ранкова гігієнічна гімнастика (12-15 простих вправ тривалістю до 20 хв); дозована ходьба по рівній місцевості в темпі 90-100 кроків за 1 хв 2-3 рази на день; лікувальна гімнастика - 2-3 полегшених

комплекси в помірному темпі тривалістю до 30 хв, включають вправи з гімнастичними снарядами; малорухливі ігри (крокет, більярд, настільний теніс тривалістю до 40 хв), піші, лижні прогулянки, плавання, елементи спортивних ігор.

*Тренувальний режим:* ранкова гігієнічна гімнастика протягом 30 хв (10-15 вправ у середньому темпі, середньої інтенсивності, з легким бігом); дозована ходьба з прискоренням і елементами бігу підтюпцем в темпі 100-120 кроків за 1 хв; ближній туризм; плавання; лікувальна гімнастика тривалістю до 40 хв; лижні прогулянки в темпі 7-8 км/год; спортивні ігри (настільний теніс, крокет) тривалістю до 1 год.

1. Масаж сегментарних зон, у фазі стійкої ремісії - спеціальні види масажу, в т.ч. вакуумний, вібраційний, передньої черевної стінки та кишківника (непрямий).
2. Фізіотерапія: призначають СМХ-, ДМХ-терапію, індуктотермію в слаботеплових дозуваннях, а при переважанні спастичних явищ - у середньотеплових; загальне УФО за основною схемою та місцеве (на переню черевну стінку), 2-3 біодози, через 2-3 дні; діадинамотерапію або ампліпульс-терапію на ділянку кишківника поперечно; електрофорез новокаїну, анагетиків, спазмолітиків; лазерне опромінення аноректальної зони та прямої кишки при їх ураженні, а також місцеву (ректальну) дарсонвалізацію - при геморої, анальних тріщинах, супутньому простатиті.

Кліматотерапія також проводиться диференційовано, залежно від кліматорухового режиму.

*Щадний режим:* перебування на відкритому повітрі від 2 до 7 год/добу. Післяобідній сон на відкритому повітрі 1,5 год (в теплу пору року). Повітряні ванни в палаті при температурі повітря від 20 до 22 °С. Часткові (до пояса) сонячні ванни розсіяної радіації 5-15 хв. Обтирання морською водою.

*Іонізувальний режим:* перебування на свіжому повітрі до 8 год/добу. Післяобідній сон на відкритому повітрі 1,5-2 год (в теплу пору року).



Повітряні ванни в палаті при температурі повітря від 20 до 22 °С до 15- 20 хв.  
Сонячні ванни розсіяної радіації за режимом середнього ультрафіолетового впливу від 0,25 до 1,5 біодози. Купання у відкритій водоймі.

*Тренувальний режим:* дозволяються усі види кліматичних впливів, повітряні ванни за величиною холодового навантаження не нижче 18°С, сонячні ванни сумарної радіації до 12 лікувальних доз.

3. Зовнішня бальнеотерапія: радонові (концентрація радону 20 - 40 нКи/л), перлинні, натрієвохлоридні, вуглекислі, мінеральні, хвойні, шавлієві ванни з температурою води 36-37 °С, через день, по 10-12 хв, 8-10 процедур на курс лікування; циркулярний, дощовий, віялоподібний душі температурою 35-37 °С, 2-3 хв, 8-10 процедур на курс лікування (останній - лише для хворих з атонією кишківника та незначно порушеною його функцією).

Бальнеотерапія для внутрішнього вживання проводиться у вигляді:

*пиття мінеральних вод* - при колітах, які супроводжуються проносами, призначають гарячі маломінералізовані води в невеликій кількості, температурою 40-45 °С, по 1/2 склянки 2-3 рази на день; при запорах - води більшої мінералізації, без підігріву; *зрошувань товстого кишківника* - при виражених і стійких запорах та функціональних розладах товстої кишки гіпокінетичного типу, проводять 2 рази на тиждень, на курс лікування 4-5 процедур;

*кишкових ванн* - показання як для зрошувань, процедури призначають 3 рази на тиждень, 4-5 процедур на курс лікування.

Можуть бути призначеними для лікування проктитів та проктосигмоїдитів:

*кишкові промивання розведеною грязьовою сумішшю* показані при колітах зі стійкими ознаками гнильних та бродильних процесів, курс лікування - 3-4 процедури;

*кишковий душ*- призначають при наявності геморою у фазі ремісії, двічі на тиждень, 5-6 процедур на курс лікування;

*мікроклізми мінеральною водою* - показані при проктитах, анальному зуді, стійких запорах, призначають через день, на курс лікування 8-10 процедур.

Протипоказаннями до призначення ректальних процедур можуть бути гострі та підгострі коліти, виразкові коліти, поліпоз кишківника, випадання прямої кишки, шлунково-кишкові кровотечі, защемлення гемороїдальних вузлів, тромбофлебіт гемороїдальних вен, загострення проктиту, тріщини заднього проходу, обширні спайки в черевній порожнині, пахові грижі.

Теплолікування проводять залежно від фази загострення, як для хворих на хронічний гастрит. Відрізняється лише зона впливу - передня черевна стінка та поперекова ділянка (рефлекторно-сегментарний вплив).

#### Професійна та соціальна реабілітація при захворюваннях системи травлення.

При оцінці працездатності враховують клінічний перебіг захворювання, його тяжкість, ускладнення, супутні захворювання та індивідуальні особливості хворого. В період загострення - хворий тимчасово непрацездатний. У випадку стійкої втрати працездатності призначається група інвалідності.

Відновлення трудової діяльності повинно передбачати, перш за все, строгу регламентацію тривалості і тяжкості праці, обов'язкове використання обідньої перерви не тільки для приймання їжі, але і для відпочинку, виключення нервово-психічного перенавантаження, робіт в нічну зміну та пов'язаних з професійними шкідливими факторами, тривалих відряджень.

Разом з лікуючим лікарем хворому необхідно відрегулювати режим харчування, режим праці і відпочинку, стосунки в сім'ї, які б попереджували психічні перевантаження. Категорично забороняється куріння та вживання алкоголю.

При клініко-експертній оцінці працездатності осіб, що перенесли різні види оперативного втручання з приводу виразкової хвороби шлунка, враховують: ступінь проявів і стабільності клініко-функціональних ускладнень, їх поєднання; ступінь проявів і стабільність захворювань шлунка, кишківника, печінки, підшлункової залози (в першу чергу стан функціональної повноцінності органів), їх поєднання; стан фізіологічної

компенсації органів системи травлення в цілому; ступінь адаптаційно-компенсаторних можливостей пацієнта у виробничих умовах (ступінь збереження фізичної і професійної працездатності в своїй професії); толерантність до фізичного навантаження і фізична працездатність (за даними велоергометрії); психоемоційна установка хворого на працю; особливості професійно-виробничих факторів (вид і зміст професії, категорія тяжкості і напруження праці, санітарно-гігієнічні умови на робочому місці); соціальні фактори (вік, освіта, трудовий стаж, матеріально-побутові умови тощо); фактори ризику: нічні зміни, відсутність можливості дотримуватися режиму харчування, часті і тривалі відрядження, віддаленість виробництва від місця проживання тощо).

Профілактика захворювань системи травлення. Важливе значення в профілактиці захворювань системи травлення має здоровий спосіб життя: раціональне, збалансоване, повноцінне харчування; відмова від куріння і вживання алкоголю; заняття фізичною культурою та спортом; правильно організований режим праці і відпочинку.

Профілактичне значення має задовільний стан жувального апарата, ретельне пережовування їжі, своєчасне лікування гострих і хронічних інфекційних захворювань, санація ротової порожнини, зміцнення нервової системи, проведення загальних санітарно-гігієнічних заходів.

Особливу роль в профілактиці відіграє система державного контролю за якістю продовольчої сировини, виготовленням та реалізацією продуктів харчування (державні стандарти, санепідемстанції, ветеринарна медицина тощо).

### **Критерії інвалідності при виразковій хворобі шлунка і дванадцятипалої кишки у дітей.**

Виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки – хронічне рецидивуюче захворювання, що характеризується формуванням виразкового дефекту в шлунку і (або) дванадцятипалої кишці, обумовлене порушенням

рівноваги між місцевими факторами захисту та агресії. Частота у дітей - 3,4% у міських жителів і 1,4% сільській місцевості. У дівчаток і хлопчиків зустрічається з однаковою частотою, має виражену тенденцію до зростання. У структурі захворюваності у дітей превалює виразкова хвороба дванадцятипалої кишки (ВХДК) і становить 81% всіх випадків захворювання, виразкова хвороба шлунка (ВХШ) зустрічається в 13% випадків, поєднання ВХШ і ВХДК - в 6% випадків. Виразкова хвороба, як правило, результат трансформації хронічного гастродуоденіта; передвиразковий стан (від першої появи шлункових скарг до констатації виразкового дефекту) триває зазвичай близько 5 років. Критерії формування виразкової хвороби при хронічному гастродуоденіті: обтяжена спадковість (полігенне, мультифакторіальне успадкування генетично обумовленої агресивності шлункового соку, підтверджується найчастіше антигенами комплексу гістосумісності-B5, B15, B35, а також приналежністю пацієнта до осіб 0 (1) групи крові);

- підвищена кислотоутворна функція шлунка,
- підвищення рівня пепсиногену в крові та сечі, а також відсутність секреції бікарбонатів в шлунковому соку;
- астенична конституція і ваготонія;
- виявлення *Helicobacter pylori* (HP): у хворих виразковою хворобою виявляється в 99.9% випадків.

Частіше у дітей виразки локалізуються в цибулині дванадцятипалої кишки (81%) попередній або задній стінці, в зоні бульбо - дуоденального переходу, в шлунку зустрічаються в 13% випадків в пілороантральному відділі, рідше - в інших відділах, поєднані виразки виникають у 6% хворих.

За розміром розрізняють малі (діаметр до 0,5 см), середні (0,5-1 см), великі (1-2 см), гігантські (понад 2 см). Загоєння виразки у дітей в середньому відбувається протягом 1 місяця (термін загоєння виразки шлунка - 23 дні, дванадцятипалої кишки - 28 днів) і характеризується певною етапністю: свіжа виразка - епітелізація - формування червоного рубця.

Загоєння дефекту супроводжується активним супутнім запаленням, регресією рубця, коли він з червоного стає білим, відбувається протягом 2-3 місяців.

Клінічна картина: характеризується типовим больовим синдромом: болі виникають натще або через 1,5-2 години після прийому їжі, турбують іноді ночами, зменшуються або зникають після прийому їжі, після прийому антацидів або спазмолітиків. Болі локалізуються в епігастрії або в правому підребер'ї, можуть віддавати за грудиною і в область серця (придуоденогастральному рефлюксі), в праву поперекову область або поперековий відділ хребта. Часто турбує печія, відрижка і блювота кислим вмістом, що приносить полегшення, нудотане типова, апетит, як правило, збережений. Пальпаторно визначається болючість в епігастральній ділянці, визначаються симптоми ваготонії (гіпергідроз, акроціаноз, тенденція до зниження тиску), лабільність пульсу, зміни на ЕКГ. Для класичного перебігу виразкової хвороби типові сезонні (осінньо-весняні) загострення.

Експертиза непрацездатності:

Хворі з неускладненою ВХ за відсутності загострення переважно працездатні. Обмеження в праці здійснюються через МСЕК. У більшості випадків вони зводяться до усунення порушень режиму праці та відпочинку, режиму харчування.

У разі загострення ВХ легкого перебігу тривалість тимчасової непрацездатності становить 2-4 тиж. Після загострення для усунення чинників ризику виникнення рецидиву захворювання хворий може бути тимчасово на 2-3 міс через ЛКК переведений на роботу, не пов'язану зі значним фізичним навантаженням, нічними змінами, тривалими відрядженнями тощо.

Хворим на ВХ середньої тяжкості протипоказана робота зі значним і навіть постійним помірним фізичним навантаженням, з великим нервово-психічним навантаженням, струсом тіла, напруженням м'язів живота, робота в гарячих цехах і в умовах загазованості повітря, контакт з отрутохімікатами, а також робота, при якій неможливо дотримуватися дієтичного режиму.

Дозволяється робота, що вимагає невеликого і непостійного помірною фізичного напруження: робота на станках з виробами невеликого розміру (токаря, фрезерувальник), робота слюсаря-збиральника, електрика, майстра, контролера і т. ін., а також переважна більшість інтелектуальних професій.

У хворих на ВХ з перебігом середньої тяжкості загострення виникає 2-3 рази на рік, триває 4-6 тиж, має виражений больовий і диспепсичний синдроми. Часом приєднуються перивісцерити, шлунково-кишкова кровотеча, тоді тривалість тимчасової непрацездатності може перевищувати 6 тиж (у кожному випадку вирішують індивідуально).

Раціональне працевлаштування через МСЕК після загострення потрібне на тривалий період чи навіть постійно. Якщо немає змоги продовжувати роботу за своєю професією, хворим на ВХ із перебігом середньої тяжкості, як правило, через МСЕК, визначають III, а інколи і II групу інвалідності. Зокрема це стосується хворих з перивісцеритом або шлунково-кишковою кровотечею.

Тяжкий перебіг ВХ відзначають у хворих, у яких було 4 і більше загострень протягом року тривалістю 6-8 тиж, що супроводжувалися різко виявленим больовим синдромом і диспепсичними явищами; нерідко хвороба набуває безперервно рецидивного характеру; відсутність так званих світлих проміжків часто пов'язане з пенетрацією виразки в прилеглі органи, зокрема в підшлункову залозу, перивісцеритами, іншими тяжкими ускладненнями (перфорація, шлунково-кишкова кровотеча, пілородуоденальний стеноз). Загальний стан хворих значно погіршується, а консервативне лікування часто стає неефективним, що потребує хірургічного втручання. Таким хворим тривалість тимчасової непрацездатності встановлюють з урахуванням об'єму операції, перебігу післяопераційного періоду, функціонального стану шлунка, ускладнень у віддалений період.

Хворих на ВХ з тяжким перебігом у більшості випадків визнають інвалідами II групи. Інколи вони можуть виконувати легку надомну роботу або працювати за своєю спеціальністю у відповідних умовах.

У разі сприятливого прогнозу після хірургічного лікування тимчасова непрацездатність через МСЕК може бути встановлена на термін до 6 міс з подальшим раціональним працевлаштуванням на 6-12 міс.

Прогноз у хворих із неускладненою ВХ позитивний. У разі досягнення ерадикації рецидиви протягом 1-го року виникають лише у 6-7 %. Рання діагностика і своєчасне лікування запобігають розвиткові ускладнень і сприяють одужанню. Прогноз погіршується у хворих із задовоною ВХ у поєднанні з частими тривалими рецидивами, з ускладненими формами, особливо в разі злоякісного переродження виразки.

Особливістю клінічного перебігу виразкової хвороби в дитячому віці є рідкість класичних симптомів: у 50% дітей больовий синдром нечіткий, відсутній типовий циркадний ритм болів, у 15% хворих взагалі відсутні будь-які скарги (спляча або німа виразка), у 3% - захворювання виявляється вперше на стадії ускладнень (кровотеча, перфорація). Чим менша дитина, тим атипічніше перебіг захворювання.

Класифікація виразкової хвороби у дітей:

- по локалізації: шлунка (медіагастральна, пілороантральна), дванадцятипалої кишки (бульварна, постбульбарна), шлунка і дванадцятипалої кишки;
- по клінічній фазі та ендоскопічної стадії: загострення (свіжа виразка, початок епітелізації), затухання загострення (загоєння виразки без рубця або рубцововиразкова деформація), ремісія;
- по важкості перебігу: легкий перебіг (загоєння виразки в термін до 1 місяця, ремісія більше 1 року), середньотяжкий перебіг (термін загоєння виразки - більше 1 місяця, ремісія менше 1 року), важкий перебіг (наявність ускладнень, часті рецидиви – більше 2 на рік).

Ускладнення: виникають у 8,5% хворих, у хлопчиків в 2 рази частіше, ніж у дівчаток: кровотеча (80%), перфорація (8%), пенетрація (1,5%), пілородуоденальний стеноз (11%). Лабораторні та інструментальні методи, необхідні для підтвердження діагнозу:

1. ендоскопія шлунка і дванадцятипалої кишки;

2. рентгенологічне дослідження органів черевної порожнини (рентгеноскопія шлунка і дванадцятипалої кишки - при необхідності);
3. тести на НР,
4. УЗД органів черевної порожнини;
5. визначення групи крові;
6. клінічний аналіз крові і біохімія крові;
7. копрограмма (реакція Грегерсена).

Лікування виразкової хвороби у дітей проводиться в стаціонарних умовах за тими ж принципами, що й лікування хронічного гастродуоденіту. Однак при виразковій хворобі проводяться протирецидивні курси терапії, в основі яких лежить ерадикація НР. При недостатній ефективності консервативної терапії, яка оцінюється не раніше ніж через 4 тижні при неускладненій течії виразкової хвороби, або при розвитку ускладнень розглядається питання про хірургічне лікування.

Показання до оперативного лікування: перфорація, пенетрація, безперервна під впливом консервативної (лікарської і ендоскопічної коагуляційної) терапії кровотеча, субкомпенсований рубцевий пілородуоденальний стеноз.

Прогноз: відносно сприятливий, при розвитку ускладнень - сумнівний. Направлення на МСЕК доцільне раніше ніж через 6 місяців після дебюту, необхідні для того, щоб встановити ступінь тяжкості захворювання. Легка і середньотяжка форми захворювання супроводжуються стійкими незначними порушеннями функції травлення, які не приводять до обмеження життєдіяльності ні поодній категорії. Тяжкий, ускладнений перебіг виразкової хвороби, з частими рецидивами, неефективністю терапії призводить до стійких помірних, або виражених порушень функції травлення, обмежує життєдіяльність дитини по категорії навчання (пропуски в школі, індивідуальний режим навчання з додатковим відпочинком, або тимчасове навчання на дому).



## **Реабілітація дітей і підлітків з виразковою хворобою шлунка в умовах поліклінік, сімейних амбулаторій. Основні принципи терапії.**

Лікування виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки у дітей має бути комплексним. Основними напрямками терапії є:

- Антихелікобактерної терапії, тому наявні останні дані свідчать про те, що при виразковій хворобі шлунка і дванадцятипалої кишки НР у хворих дітей визначається в 94% випадків;
- Зниження шлункової секреції і / або нейтралізація її в просвіті шлунку (дане захворювання є по прийнятому в гастроентерології положенню класичним «кислото-залежним захворюванням»);
- Захист слизової оболонки від агресивних впливів і стимуляція репаративних процесів у ній;
- Корекція стану нервової системи та психічної сфери, дисфункція яких значно впливає як на розвиток захворювання, так і його рецидив;
- Фізіотерапевтичні методи лікування;
- Реабілітація.

У розділі про реабілітацію дітей і підлітків, хворих на хронічний гастрит (гастродуоденіт) нами досить докладно були викладені основні принципи лікування гастродуоденальних захворювань. У розділі, присвяченому медичним аспектам реабілітації хворих на виразкову хворобу шлунка і дванадцятипалої кишки акцентуємо увагу лікарів на особливо важливих моментах реабілітаційних програм для дітей та підлітків, які страждають на виразкову хворобу шлунка та дванадцятипалої кишки.

### **Диспансерне спостереження**

Хворі з виразковою хворобою шлунка і дванадцятипалої кишки оглядаються педіатром кожні 3 місяці протягом 1 року захворювання і після загострення, в подальшому - 2 рази на рік. Огляд гастроентерологом зазначених хворих - 2 рази на рік, за показаннями - частіше. ЛОР-лікар, стоматолог оглядають хворих 1 раз на рік. Психотерапевт та інші фахівці - за показаннями.

При динамічному спостереженні особлива увага звертається на наявність або відсутність проявів больового (тривалість, частота, наявність болю натщесерце, нічних болів, «мойнігановській» ритм болю, зв'язок з прийомом їжі, локалізація болю), диспептичного синдромів (зниження або посилення апетиту, нудота, блювання, відрижка кислим, печія, проноси, запори), синдрому загальної інтоксикації (головний біль, запаморочення, стомлюваність, млявість, дратівливість).

Методи обстеження: аналіз крові, сечі - 2 рази на рік, копрограма - 4 рази на рік. ФГДС з біопсією, дослідження на НР, інтрагастральна рН-метрія або фракційне шлункове зондування - 1 раз на рік. УЗД органів черевної порожнини з визначенням скорочувальної функції жовчного міхура - одноразово, потім за показаннями.

Зняття з обліку хворих з виразковою хворобою шлунка та дванадцятипалої кишки проводиться при повній клініко-лабораторній ремісії протягом 5 років.

Реабілітація (медичний, фізичний, психологічний аспекти)

#### Поліклінічний етап (реабілітація безперервна)

Основні завдання медичної реабілітації даного контингенту хворих:

- 1) забезпечення можливо повної ліквідації патологічних змін стану слизової шлунка та дванадцятипалої кишки і тим самим попередження рецидивування процесу, тобто стійкою ендоскопічної ремісії та функціональної нормалізації роботи шлунка та дванадцятипалої кишки;
- 2) профілактика поєднаних уражень органів травлення;
- 3) недопущення виникнення ускладнень основного захворювання;
- 4) по можливості запобігання інвалідизації або зменшення її;
- 5) поліпшення якості життя хворих (повернення дитини до звичайних для нього умов життя, навчання, занять фізкультурою і спортом).

#### Клінічні реабілітаційні групи

**КРГ-1.2** - хворі з вперше встановленим діагнозом виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки неускладненій форми;

**КРГ-2.1** - хворі з ускладненою формою виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки;

**КРГ-2.2** - хворі з виразковою хворобою шлунка та дванадцятипалої кишки з ураженням інших органів системи травлення (дисфункцією жовчного міхура і сфінктера Одді, жовчнокам'яної хворобою, панкреатитом, хронічним колітом).

### **Характеристика та оцінка критеріїв життєдіяльності дітей та підлітків**

Критерії обмежень життєдіяльності дитини	Клініко-реабілітаційні групи		
	<b>КРГ-1.2</b>	<b>КРГ-2.1</b>	<b>КРГ-2.2</b>
Самообслуговування	ФК 0	ФК-0	ФК-0
Мобільність (здатність до пересування)	ФК-0	ФК-1	ФК-1
Спілкування	ФК-0	ФК-1	ФК-2
Здатність до навчання	ФК-1	ФК-1	ФК-2
Орієнтація	ФК-0	ФК-0	ФК-0
Контроль своєї поведінки	ФК-0	ФК-0	ФК-1
Гра	ФК-1	ФК-1	ФК-2

### Медичний аспект реабілітації

#### **КРГ-1.2**

1. Режим щадяще - тренуючий, включає всі моменти фізіологічного вікового режиму з подовженим часом, що відводиться на сон. Строго контролюється достатність відпочинку та прогулянок, при необхідності вводиться додатковий вихідний день або укорочені навчальні дні. Загартовування без обмежень. Група занять з фізкультури - допоміжна без змагань.

2. Особливість дієтичного харчування. У дітей виразкові ураження локалізуються переважно в дванадцятипалій кишці і значно рідше - в шлунку. При 1 або 2 стадіях виразкової хвороби призначається сувора дієта, що забезпечує найбільш суворе механічне і хімічне щадіння. Так, стіл № 1А

призначається при 1 стадії на 7-10 днів, при 2 - на 5-7 днів. Цей стіл включає в себе молоко (при переносимості), свіжий сир, кисіль, желе, слизові і протерті супи з круп і молока, рибне суфле, сіль в обмеженій кількості. Подальшим етапом дієтичних заходів є призначення столу №1б: при 1 і 2 стадіях ВХ на 14 днів. Стіл №1б додатково до столу № 1А включає - сухарі, м'ясо, рибу у вигляді кнелей і суфле, каші протерті, супи з круп на молоці, сіль в помірній кількості. І тільки через 3 тижні від початку комплексного лікування вперше виявленого захворювання або його загострення може бути призначений стіл №1, який включає дуже великий асортимент страв, але з дотриманням механічного, хімічного щадіння.

Зокрема, стіл №1 включає: білий черствий хліб, сухе печиво, молоко, вершки, свіжий сир, некислу сметану, кисле молоко, яйця у вигляді омлету, супи вегетаріанські, протерті з овочів, круп; м'ясо, курку, рибу -в відварному вигляді або у вигляді парових котлет, докторську ковбасу, каші на молоці з маслом, локшину, макарони, вермішель, овочеve пюре або відварені овочі, за винятком шавлю і шпинату, фруктові та овочеві соки, солодкі ягоди, фрукти, варені і протерті желе, кисіль, компоти. Можна в невеликій кількості негострі сорти сиру, нежирну шинку. Сіль - в звичайній кількості.

Стіл №1 призначають в стаціонарі і вдома 6-12 місяців. При задовільному стані після зазначеного часу можливі «зигзаги» (з розширенням харчування і чергуванням з 1 столом). Багато авторів рекомендують використовувати і стіл № 5. Слід підкреслити, що при ВХ в період протирецидивного лікування рекомендується повертатися до столу №1.

3. Антихеликобактерная терапія. Якщо при хронічному гастриті (гастродуоденіті) цей вид лікування проводиться НР-позитивним хворим, то в разі виразкової хвороби прийнятий алгоритм обов'язкового антигелікобактерного лікування всіх хворих. При цьому, перевага у старших дітей слід віддавати 2 схемі (стандарти МОЗ) з включенням інгібіторів протонної помпи (ІПП) - омепрозол. Педіатри рекомендують наступні схеми ерадикаційної терапії НР.

Потрійна терапія (не менше 7 днів): ІПП або вісмуту Трікалі діцитрат 2 рази на день + кларитроміцин 2 рази на день + амоксицилін 2 рази на день або ІПП 2 рази на день + кларитроміцин 2 рази на день + метронідазол 2 рази на день або Ніфурател («Макмірор») 2 рази на день. Квадротерапія (не менше 7 днів): ІПП 2 рази на день + вісмуту Трікалі діцитрат 2 рази на день + 2 антибіотики (або поєднання антибіотика з Ніфурател або метронідазолом). Квадротерапія рекомендують для ерадикації штамів НР, резистентних до антибіотиків, при невдалому попередньому лікуванні, або в тому випадку, коли визначення чутливості штаму патогена не представляється можливим.

Особливість антисекреторних терапій: При неефективності ерадикаційної терапії з точки зору загоєння дефектів слизової оболонки, частого рецидивування захворювання (3-4 рази на рік), ускладненого перебігу ВХ, наявності супутніх захворювань, що вимагають застосування НПЗЗ, супутнього ерозивно-виразкового езофагіту показана підтримуюча терапія антисекреторними препаратами в половинній дозі.

Іншим варіантом є профілактична терапія «на вимогу», що передбачає при появі клінічних симптомів загострення (навіть за відсутності ендоскопічних ознак виразкового дефекту), прийом одного з антисекреторних лікарських засобів в повній добовій дозі 1-2 тижні, а потім в половинній дозі ще 1-2 тижні.

Фітотерапія: як і лікарська терапія, диференціюється залежно від стадії виразкового процесу. При гострій виразці - показані ромашка аптечна, валеріана лікарська, м'ята перцева, деревій звичайний, шипшина. У стадії ремісії більш доцільний айр болотний, алтей лікарський, звіробій звичайний, подорожник великий, кропива дводомна. Таким чином, у хворих ВХ застосовуються лікарські рослини з протизапальними, обволікаючими протиспастичними, кровоспинними властивостями, а також лікарські рослини, що містять слиз і вітаміни.

При ВХ ефективним є збір: трава золототисячника (20,0), трава звіробою (20,0), квітки ромашки (20,0), листя м'яти (20,0), трава сухоцвіту болотної

(20,0). Відвар яка береться по 50-100 мл вранці та ввечері за 30-40 хв до їди, робить трофічна, протизапальну та антисептичну дію. При невротичних реакціях і довго не загоюються виразках рекомендується відвар блакитний синюхи по 10-20 мл 3-4 рази на день між прийомами їжі. При схильності до кровотеч призначають збір: ромашка аптечна (5,0), кореневище перстачу прямостоячого (20,0), трава звіробою (20,0). Відвар застосовують по 10-20 мл 4-5 разів на день за 40-60 хв до їди.

Фізіотерапевтичне лікування: змінне магнітне поле (ЗМП) - м'яко діючий фізичний фактор, який вважається одним з найбільш ефективних при лікуванні хронічної гастродуоденальної патології, включаючи ВХ шлунка та дванадцятипалої кишки. Наступним ефективним методом фізіолечення є лазеротерапія з воздействием на активні точки. Крім цього, на етапах реабілітації хворих з ВХ широко застосовуються імпульсні струми низької частоти за методикою електросну, гальванізація та електрофорез з різними за дією лікарськими засобами, мікрохвильова терапія СМВ або ДМВ, індуктотермія.

Внутрішнє застосування мінеральних вод: для питного лікування використовуються мінеральні води малої та середньої мінералізації. Мінеральна вода, надходячи в шлунок, пов'язує соляну кислоту, внаслідок чого реакція шлункового вмісту стає ближче до нейтральної, тобто забезпечується антацидний ефект. У дванадцятипалій кишці мінеральна вода впливає на її інтерорецептори, викликаючи так званий дуоденальний ефект зниження кислотопродукції. На етапі реабілітації мінеральні води використовують у періоді повної або неповної ремісії. Велике значення в ефективності лікування мінеральними водами має їх температура. Тепла вода знижує підвищений тонус шлунка і кишечника, знімає спазм. Холодна вода навпаки посилює рухову активність шлунка і кишечника і стимулює секреторну діяльність. При ВХ рекомендується використовувати воду кімнатної температури, за 1-1,5 години до їжі, що підсилює дуоденальне дію мінеральної води і в підсумку знижує кислотопродукцію в шлунку. Дозується

мінеральна вода з розрахунку 3 мл на 1 кг повинна відповідати масі тіла. Можна також користуватися робочою формулою: до кількості років приписується «0». Отримане число позначає кількість мінеральної води в мл, необхідної дитині на 1 прийом. Оптимальний термін курсового лікування 5-6 тижнів, при виразковій хворобі він пролонгується до 7 тижнів. Інші види лікування: викладені в розділі по реабілітації дітей та підлітків з хронічним гастритом (гастродуоденітом).

### **КРГ-2.1**

Індивідуальна програма реабілітації в цілому аналогічна як для хворих, віднесених в КРГ-1.2. Однак, слід вказати на додаткові важливі елементи програми:

1. Оптимізація режиму дня - важлива умова успішного оздоровлення дітей. У зв'язку з тим, що діти і підлітки з ускладненою формою ВХ часто мають виражені функціональні порушення з боку центральної і вегетативної нервової системи, необхідно виключити у них заняття та ігри, що призводять до перевтоми і перезбудження. Обмеження вимагає перегляд телепередач, відеофільмів, відвідування школярами дискотек.

Співвідношення сну і неспання в режимі доби у дітей має наближатися до 1:1, тобто нічний сон повинен бути тривалістю близько 10 годин і обов'язковим є денний сон (1-2 години) або залежно від віку спокійний відпочинок. Вкрай важливі тривалі прогулянки на свіжому повітрі. При наявності порушень сну, інших астеноневротических реакцій показані прогулянки на свіжому повітрі перед сном, а також прийом седативних трав (валеріани або пустирника). В якості фітотерапії можна використовувати готові лікарські форми з трав: Саносан (суміш екстракту шишок хмелю і коренів валеріани), перси (капсули, що містять екстракти валеріани, м'яти перцевої і лимонної м'яти), Алталекс (суміш ефірних масел з 12 лікарських трав, в тому числі лимонної м'яти). Ці препарати мають заспокійливу дію, знімають подразнення і нормалізують сон дитини.

2. Обмеження фізичного навантаження та ігрових занять. Група занять фізкультурою - ЛФК.
3. Корекція моторних порушень: спазмолітики на тлі посиленої перистальтики шлунка та дванадцятипалої кишки (дротаверин, папаверин, беллойд, белатамінал); при наявності патологічних рефлюксів - прокінетики (домперидон 10 мг 2-3 рази на день або цизаприд 5-10 мг 2-4 рази на день).
4. Поліпшення обмінних процесів в слизистій оболонці: вітаміни групи В, фолієва кислота, полівітамінні комплекси з мікроелементами (юнікап, супрадин. оліговіт). Показані мембраностабілізуючі препарати.
5. Призначення цітопротекторів і засобів захисту слизової - сироп кореня солодки, біогастрон, сукральфат (вентер), де-нол.
6. Посилення репаративних процесів в СОШ за допомогою рослинних масел (обліпихової, шипшини, комбінованого препарату «Кизилмай»).

#### **КРГ-2.2**

Додатково до перерахованих вище реабілітаційним заходам:

1. Група занять фізкультурою - ЛФК (щадний комплекс)
2. При супутньому ураженні гепатобіліарної системи - гепатопротектори і жовчогінні препарати (есенціале по 1 капс. 3 рази на день, метіонін 10-15 мг / кг / добу., Рибоксин по 1 табл. 3 рази на день, аллохол, гімекромон 50-200 мг 2-3 рази на день; при дисфункції жовчного міхура, обумовленої гипомоторной дискінезією - прокінетики протягом 10-14 днів, 10% р-р сорбіту по 20-30 мл 2 рази на день - курси по 10-14 днів).
3. При супутньому ураженні підшлункової залози - вітамінотерапія в поєднанні з ферментами (панкреатін, фестал, креон у вікових дозуваннях).
4. При супутньому ураженні кишечника - виключення з раціону нестерпних продуктів, молока; седативні засоби рослинного походження (екстракт валеріани, собача кропива); ферменти (мезим-форте та ін.); біопрепарати (Біофлор, біфідум- і лактобактерин); вітаміни з мінералами по 3-4 тижні 2 рази на рік).



## Психологічний аспект реабілітації

### Методи психологічної корекції

#### КРГ 1.2 - 2.2

Методи психологічної корекції застосовуються за потребою, з урахуванням наявних можливостей (наявність в штаті реабілітаційної бригади фахівця-психолога). При цьому використовують індивідуальні підходи до хворих, а також групову психотерапію. Попередньо проводиться психологічне тестування з аналізом особистісних характеристик пацієнтів згідно розроблених та затверджених методик.

Психологічний аспект індивідуальної програми реабілітації інваліда включає в себе комплекс заходів, що спрямовані на вивчення характеру і виразність психоемоційних порушень, які часто розвиваються при захворюваннях, та проведення їх лікування. Основною задачею психологічного аспекту індивідуальної програми реабілітації є підвищення реабілітаційного потенціалу особистості хворого – створення максимальних передумов прийняття реабілітантом оптимальних рішень та дій про досягнення мети, яка передбачена ІПР. Спочатку оцінюють реабілітаційний потенціал особистості хворого. З цією метою оцінюються особистісні особливості реабілітанта, стан його психічних процесів та внутрішня картина хвороби. При високому реабілітаційному потенціалі та у хворих з гармонічним типом реагування на хворобу заходи по психологічній реабілітації в ІПР, як правило, не плануються. Це пов'язано з тим, що реабілітанти (хворі та інваліди) потребують в основному медичної та соціальної реабілітації і зроблять все можливе для своєї реабілітації. У тих же випадках, коли має місце низький або значно знижений реабілітаційний потенціал хворого або коли реабілітант не здібний або не має наміру розширювати сфери життєдіяльності (наприклад, при схильності до алкоголізації або стійкій алкоголізації та інших наркоманіях) заходи психологічного аспекту реабілітації повинні бути спрямовані не лише на корекцію внутрішньої картини хвороби, на досягнення кінцевої мети

реабілітації, а й на боротьбу з алкоголізмом та наркоманією. Тільки у дуже виражених випадках алкоголізму та наркоманії заходи психологічного аспекту ІПР не плануються через їх малу ефективність. Крім цього, таким реабілітантам обмежують медичні та соціальні заходи такими, що не потребують яких-небудь значних зусиль. У випадках помірною реабілітаційного потенціалу хворого проводиться вивчення причин такого зниження і психокорекційна робота, що спрямована на їх усунення. Для таких осіб психокорекційна робота є особливо значущою. Психологічний аспект ІПР здійснюється різними методами і спрямований на оптимізацію психологічного контакту, корекцію «внутрішньої картини хвороби», зменшення стану фрустрації, нормалізацію мотиваційної сфери, в тому числі і профорієнтації та поліпшення системи соціально-психологічних стосунків. Реалізація психологічного аспекту індивідуальної програми реабілітації проводиться психологами реабілітаційних центрів, лікарями-реабілітологами, соціальними працівниками, співробітниками служби зайнятості, а також іншими спеціалістами. Оптимальний психологічний контакт формується при правильному виборі спеціаліста по реабілітації, який, на думку реабілітанта, є відповідальним експертом при прийнятті значимих рішень у рамках реалізації ІПР (оперативне втручання, дорогі курси лікування та ін.). Часто при проведенні реабілітації для хворого дуже авторитетною (більше ніж психолога) є позиція лікаря, соціолога або співробітника служби зайнятості. Але психолог у всіх цих випадках оптимізує контакти з врахуванням особливостей особистості та комунікації реабілітанта. При проведенні корекції внутрішньої картини хвороби психолог намагається формувати у хворого адекватне ставлення до хвороби (обмеженим можливостям, особливим потребам) та раціональну реакцію на зміни життєдіяльності, які викликані хворобою або наслідками травми. При цьому проводиться корекція аутопсихологічної картини хвороби з урахуванням фази переживання її в часі та можливої амбівалентності такого переживання. В залежності від нозологічної форми захворювання та ступеня

виразності функціональних порушень, від особливостей особистості і від соціальної ситуації, що склалася, хворого (інваліда) орієнтують на «пряму» або «непряму» компенсацію порушення стану здоров'я, що має місце у реабілітанта. Особливої уваги потребує корекція мотиваційної сфери хворого (інваліда). Ця робота спрямована на розширення і оптимізацію мотивацій реабілітанта. При цьому в кожному конкретному випадку у відповідності з реальною особистісною перспективою піддаються корекції рівень претензій і самооцінка. В зв'язку зі змінами життєвого стереотипу (обмеження життєдіяльності, можливе перенавчання, зміна сімейної ситуації та ін.) відбувається переоцінка життєвих цінностей. Цінності, ідеали, установки реабілітанта, особливості його самооцінки, рівня його претензій, шкали цінностей, які мали місце до хвороби (інвалідності), можуть бути використані для підкріплення мотивацій на довготривалу й активну реабілітаційну роботу. Одним із впливів на мотиваційну сферу реабілітанта є профорієнтація. Вона передбачає комплексний підхід, уважний облік психологічних (мотиваційних, «хочу») факторів, соціальної ситуації регіону («потрібно», можливе працевлаштування) та можливостей інваліда (сфера «можу» та ін.). При правильно спланованій та проведеній психологічній корекції хворого (інваліда) відбувається оптимізація мотиваційного, інтелектуального та емоційно-вольового аспектів реабілітаційного потенціалу особистості реабілітанта, який активно включається до реабілітаційного процесу. Оскільки у хворого (інваліда) при захворюванні або дефекті змінюються соціально-психологічні ставлення, то їх корекція зводиться до підсилення адекватних (психологічних) реакцій особистості, профілактику формування патопсихологічного реагування і підвищення реабілітаційного потенціалу найближчого соціуму (сім'ї та ін.). Ефективність психологічного аспекту ППР оцінюється, як правило, опосередковано – через досягнення кінцевої мети медико-біологічних та соціальних заходів.

**Орієнтовні терміни тимчасової непрацездатності при хворобах  
органів травлення (МКХ-10)**

Код по МКХ-10	Найменування хвороби по МКБ-10	Особливості клінічного перебігу хвороби, виду лікування та ін.	Орієнтовні терміни ТН (в днях)
1	2	3	4
K20- K31	Хвороби стравоходу, шлунка та дванадцятипалої кишки		
K20	Езофагіт		12-21
K22.1	Виразка стравоходу		14-21
K25.0	Гостра виразка шлунка з кровотечею		45-60
K25.1	Гостра виразка шлунка з перфорацією	Операція	60-75
K25.7	Хронічна виразка шлунка без кровотечі або перфорації	Загострення	21-25
K26.0	Виразка дванадцятипалої кишки з кровотечею		20-40
K26.1	Виразка дванадцятипалої кишки з перфорацією		45-60 <***>
K26.3	Виразка дванадцятипалої кишки гостра без кровотечі або перфорації		16-25
K26.7	Хронічна виразка дванадцятипалої кишки без кровотечі або перфорації	Загострення	20-28
K28.7	Гастроеюнальна хронічна виразка без кровотечі або перфорації		28-30
K29.0	Гострий геморагічний гастрит		18-22
K29.1	Інші гострі гастрити		3-5
K29.4	Хронічний атрофічний гастрит	Тяжка форма (загострення)	5-7
K29.6	Гіпертрофічний гастрит	Тяжка форма (загострення)	5-7
K29.8	Дуоденіт		7-14
K50-	Неінфекційний ентерит та коліт		

K52			
K50.-	Хвороба Крона або регіональний ентерит	Загострення	45-60 <*>
K51.0	Виразковий (хронічний) ентероколіт	1 ступінь активності	24-26
		2 ступінь активності	32-40 <*>
		3 ступінь активності	50-60, МСЕ
K55- K63	Інші хвороби кишківника		
K55.0	Гострий ішемічний коліт, ентерит		24-30
K55.1	Хронічний ішемічний коліт, ентерит		30-35
K56.1	Інвагінація петлі кишківника	Операція	30-40
K56.5	Кишкові зрощення (спайки) з непрохідністю	Загострення	16-20
K57.1	Дивертикулярна хвороба тонкої кишки без перфорації і абсцесу		14-16
K57.3	Дивертикулярна хвороба товстої кишки без перфорації і абсцесу		16-18
K58.0	Синдром роздратованого кишківника з діареєю		18-20
K60.0	Гостра тріщина заднього проходу		8-10
K60.1	Хронічна тріщина заднього проходу	Загострення	10-15
K61.-	Абсцес області заднього проходу і прямої кишки	Операція	25-35
K90- K93	Інші хвороби органів травлення		
K91.1	Демпінг - синдром	Средньої тяжкості	14-21
		Тяжка форма	43-52 <*>
K92.2	Шлунково - кишкова кровотеча		20-35

## Перелік захворювань для визначення інвалідності:

## Виразка шлунку. K25 (K25.0-25.9)

## Виразка дванадцятипалої кишки. K26 (K26.0-K26.9)

Ступінь порушення функцій організму	Клініко-функціональна характеристика порушень:	Ступінь обмеження життєдіяльності і здатність до	Група інвалідності
II ступінь	Загострення 2 рази на рік, виражений больовий синдром, який регресує за 10 - 14 днів, незначне зниження індексу маси тіла до 10%, зміна лабораторних показників (анемія, гіпоальбумінемія, гіпохолестеринення, гіпопротромбінемія) від 16 до 30% від норми. Обмеження життєдіяльності немає.	Обмеження життєдіяльності немає	Обмеження по лінії ЛКК
III ступінь	Загострення 3-4 разів на рік і більше, виражений больовий синдром, необхідність амбулаторного і стаціонарного лікування не менше 7-8 тижнів, помірне зниження індексу маси тіла на 15 - 20%, виражені відхилення лабораторних і функціональних досліджень на 30 - 50%. Необхідність оперативного лікування.	самообслуговування - I ст.; пересування - I ст.; трудова діяльність - I ст.	III група
IV ступінь	Загострення більше 4 разів у рік, рідкісні ремісії, незворотні метаболічні зміни інших органів і систем (енцефалопатія II, ХСН II ст. III ФК NYHA, спленомегалія, гепатомегалія), значне зниження індексу маси тіла на 20-30%, важка ступінь анемії, дистрофія.	самообслуговування - II ст.; пересування - II ст.	II група

**Наслідки оперативного лікування виразкової хвороби шлунка і  
дванадцятипалої кишки. МКБ К21-К31.**

Абсолютними показаннями до оперативного лікування виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки: перфорація виразки, профузна кровотеча з виразки, малігнізація виразки, рубцовий стеноз привратника. Відносні показання до оперативного лікування виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки: безуспішність консервативного лікування, наявність в анамнезі повторних кровотеч, множинні виразки, виразки великих розмірів. Класичними методами резекції шлунка є резекція шлунка за Більрот I (гастроентероанастомоз "кінець в кінець") і по Більрот II (гастроентероанастомоз "кінець у бік"). В даний час є безліч модифікацій резекцій шлунка. Післяопераційні розлади, що характеризуються порушенням функції травлення, є важливим критерієм обмеження життєдіяльності. Розрізняють наступні ступені порушення функції травлення:

Ступінь порушення функцій організму	Клініко-функціональна характеристика порушень	Ступінь обмеження життєдіяльності і здатність до:	Група інвалідності
I ступінь	Поява в післяопераційному періоді періодичні болі в надчеревній області, диспепсичних розладів, підвищеної стомлюваності, астено-невротичних реакцій. Показники гемограми, протеинограмми, вміст холестерину, глюкози, електролітів у крові не змінені, дефіциту маси тіла немає або маса тіла знижена незначно (до 6,5% від належного). Рентгенологічні показники евакуації не порушені, знижуються показники внутрішньопорожнинного кишкового травлення (активність амілази, трипсину, ліпази) і значно збільшується активність кишкових	Обмеження життєдіяльності немає	Обмеження по лінії ЛКК

	ферментів (лужна фосфатаза і ентерокиназа).		
II ступінь	Поява в післяопераційному періоді виражених больових синдромів з диспепсичними явищами, блювотою, підвищеною стомлюваністю, діареєю, дефіцит маси тіла від 6,5% до 18,5%. В крові - анемія, гіпопротеїнемія, диспротеїнемія; в копрограмі ознаки порушення перетравлення жирів, білків і вуглеводів. Визначається значне зниження активності амілази, трипсину, ліпази і незначне підвищення активності лужної фосфатази та ентерокинази. При рентгенологічному дослідженні визначається прискорене проходження їжі по шлунково-кишковому тракту. При помірному порушенні травлення компенсаторні можливості організму знижені і знаходяться на межі компенсації.	самообслуговування - I ст.  пересування - I ст.;  трудова діяльність - I ст.	III група
III ступінь	Спостерігаються виражені, постійні болі по всьому животу, стійкі диспепсичні розлади, блювота, виснажливі проноси; при об'єктивному обстеженні всі показники аліментарної дистрофії: в крові гіпохромна анемія, гіпопротеїнемія, зниження вмісту холестерину, глюкози, електролітів. Показники внутрішньопорожнинного кишкового травлення різко знижені,	самообслуговування - II ст.;  пересування - II ст.;  трудової діяльності - II, III ст.	II група



	<p>кишкові ферменти на рівні нижньої межі норми. При рентгенологічному дослідженні визначається різке прискорення евакуації, симптоми хронічного ентероколіту. Дефіцит маси тіла досягає 18,6% і більше. Компенсаторні можливості організму різко виснажені, розвивається декомпенсація кишкового травлення. Тяжкі (III ступеня) постгастрорезекційні синдроми; з поєднанням декількох постгастрорезекційних синдромів середнього (II ступеня) і декомпенсації функції травлення; з розвитком важких післяопераційних ускладнень (рецидив виразки з частими загостреннями, свищі) і декомпенсації функції травлення.</p>		
IV ступінь	<p>Поява в післяопераційному періоді значно виражених порушень функцій травлення, після неефективного оперативного лікування з важкими післяопераційними ускладненнями (високі тонкокишечні свищі), розвиток кахексії. Показники всіх видів обміну різко знижені, порушуються всі види життєдіяльності, хворі потребують постійної сторонньої допомоги.</p>	самообслуговування - III ст.	I група

**Хвороба Крона. К50 (К50.0, К50.1, К50.8, К50.9)**

Ступінь порушення функцій організму	Клініко-функціональна характеристика порушень	Ступінь обмеження життєдіяльності і здатність до:	Група інвалідності
I ступінь	Ізольоване ураження тонкої або товстої кишки, легкий больовий, кишковий синдром, легка слабкість, стомлюваність, без зниження маси тіла і розвитку ускладнень, трофічних порушень.	Обмеження життєдіяльності немає	Обмеження по лінії ЛКК
II ступінь	Ізольоване ураження тонкої або товстої кишки, рідкі заострення 2-3 рази на рік, легкий больовий, кишковий синдром, зниження маси тіла 10-15%, незначні зміни лабораторних показників до 15%. Анемія середнього ступеня тяжкості.	самообслуговування - I ст.;  трудової діяльності - I ст.	III група
III ступінь	Поєднане ураження тонкої і товстої кишки, виражений больовий, кишковий синдром (діарея 10 - 12 разів на добу), зниження маси тіла 15 - 20%, помірно виражені зміни лабораторних показників до 16 - 30%.  Поява зовнішніх, внутрішніх нориць і наявність ускладнень (перфорація, токсична дилатація, кишкові кровотечі, стриктури,	самообслуговування - II ст.;  пересуванню - II ст.;  трудової діяльності - II, III ст.	II група

	малігнізація). Анемія важкого ступеня. Дистрофія.		
IV ступінь	Тотальне ураження тонкої і товстої кишки, відсутність стійких ремісій, ураження ендокринної системи, зниження маси тіла 20 - 30%, трофічні зміни внутрішніх органів (ХІМ III ст., ХСН III ст. IV ФК НУНА), гіповітаміноз, кахексія, гіпопротеїнемічні набряки з наявністю ускладнень, важка ступінь анемії.	самообслуговування - III ст.; пересуванню - III ст.	I група

**Неспецифічний виразковий коліт. K51  
(K51.0, K51.1, K51.2, K51.3, K51.4, K51.5, K51.8, K51.9)**

Ступінь порушення функцій організму	Клініко-функціональна характеристика порушень	Ступінь обмеження життєдіяльності і здатність до:	Група інвалідності
I ступінь	Ізольована поразка прямої кишки, проктосигмоидит, діарея до 4 раз на добу, з прожилками крові, невеликий набряк слизової кишки, ерозії, одиничні поверхневі ерозії. Рідкісні загострення 1 раз на рік і менш, корекція функціональних порушень досягається медикаментозним лікуванням до 2 тижнів. Відсутність зниження маси тіла і зміни лабораторних показників.	Обмеження життєдіяльності немає	Обмеження по лінії ЛКК
II ступінь	Ізольоване ураження прямої кишки, проктосигмоїдит, діарея до 4 разів на добу, з прожилками крові, невеликий набряк слизової кишки, ерозії, поодинокі поверхневі ерозії, зниження маси тіла до 10 - 15%, температура тіла менше 37°C, відсутність системних поразок і ускладнень, зміна лабораторних показників до 15% від нормальних (білок більше 65 г/л, ШОЕ менше 26 мм/год, Нв менше 90 г/л., анемія легкого ступеня). Загострення 2 рази на рік, необхідність амбулаторного та стаціонарного лікування не менше 6 тижнів. Ректальні кровотечі рідко, ЧСС норма.	самообслуговування - I ст.;  трудова діяльності - I ст.	III група
III ступінь	Лівостороннє субтотальне ураження кишківника, діарея від 5-6 разів на добу,	самообслуговування - II ст.;	II група

	<p>значна кількість крові, змішана з калом, зерниста слизова оболонка кишечника, легка контактна кровоточивість, множинні ерозії, виразки покриті фібрином, гноєм. Зниження маси тіла на 15 - 20 % , системні прояви (артралгії, увеїт, іридоцикліт, вузлова еритема, неврит), зміна лабораторних показників від 16 - 30 % (гіпопротеїнемія, анемія середнього, важкого ступеня тяжкості, ШОЕ 26 - 30 мм/год, Нв менше 70 г/л, гіпохолестеринемія, гіпокальціємія) . Загострення 3-4 разів на рік і більше, тривале амбулаторне та стаціонарне лікування не менше 7-8 тижнів . Ректальні кровотечі виражені, температура субфебрильна, ЧСС до 90 в хв.</p>	<p>пересуванню - II ст.;</p> <p>трудової діяльності - II ст.</p>	
IV ступінь	<p>Субтотальне, тотальне ураження кишківника, діарея більше 6 - 10 разів на добу, виділення згустків крові, виражене некротичні запалення слизової кишки, спонтанні кровотечі , мікроабсцеси, псевдополіпи. Втрата маси тіла 20 - 30 % , температура тіла більше 38°C, системні прояви виражені, наявність ускладнень (перфорація, токсична дилатація товстої кишки, кишкові кровотечі, стриктури товстої кишки, поліпи, малигнізація) . Зміни лабораторних показників більш 30 % від нормальних величин (ШОЕ більше 30 мм/год, анемія важкого ступеня, гіпопротеїнемія, гіпохолестеринемія, зміна функції печінки), трофічні порушення, гіпопротеїнемічні набряки, ендокринні порушення , кахексія .</p>	<p>самообслуговування - III ст.;</p> <p>пересуванню - III ст.</p>	I група

## Контрольні питання:

1. Медико-соціальна реабілітація при захворюваннях ШКТ.
2. Види, завдання, принципи медико-соціальної реабілітації.
3. Медична реабілітація при ВХШ та ВХ ДПК, її завдання.
4. Соціальна реабілітація, її завдання
5. Професійна реабілітація, її завдання.
6. Організація та управління системою медичної та соціальної реабілітації в Україні.
7. Установи, що реалізують реабілітаційні програми хворих з ВХ.
8. Реабілітаційно-лікувальні (лікувально-профілактичні) установи, їх види, завдання.
9. Реабілітаційні комісії лікувально-профілактичних установ.
10. Реабілітаційно-оздоровчі установи, їх види, завдання.
11. Хворий на НВК та хворобу Крона як об'єкт медико-соціальної реабілітації: критерії відбору, принципи реабілітації.
12. Періоди реабілітації хворих, їх завдання.
13. Реабілітаційні програми. Індивідуальна програма реабілітації.
14. Експертиза втрати працездатності.
15. Групи інвалідності хворих зі стійкою втратою працездатності.
16. Реабілітація інвалідів в Україні, установи, що її реалізують.
17. Функціональні обов'язки лікарів-реабілітологів МСЕК.
18. Механізм реалізації «Індивідуальної програми реабілітації» інвалідів.
19. Оцінка ефективності реабілітації.
20. Функціональні обов'язки лікаря-реабілітолога реабілітаційного центру.
21. Функціональні обов'язки медичної сестри реабілітаційного центру.
22. Юридична відповідальність медичного працівника в процесі медико-соціальної реабілітації.
23. Засоби медико-соціальної реабілітації, загальні вимоги до їх використання.

24. Засоби медичної реабілітації, їх характеристика.
25. Засоби психологічної реабілітації, їх характеристика.
26. Профілактика захворювань ШКТ.
27. Медико-гігієнічне навчання населення. Формування здорового способу життя.
28. Соціальна та професійна реабілітація, державні та громадські організації, причетні до її реалізації, їх завдання.
29. Медична та соціальна реабілітація, її завдання, періоди, методи, засоби, первинна і вторинна профілактика:
  - при захворюваннях травної системи,
  - після оперативних втручань:
  - при захворюваннях ШКТ у дітей;

## **Література:**

### ***Основна:***

1. Внутренние болезни: Учебник / Под ред. Ф.И. Комарова, В.Г. Кукеса, А.С. Сметнева. – 2-е изд. перераб. и доп. – М.: Медицина, 2005. – 688 с.
2. Диагностика и лечение внутренних болезней / Руководство для врачей. В 3-х томах. Под ред. Ф. И. Комарова. Т. 3. Болезни органов пищеварения и системы крови. – М.: Медицина, 2006. – 528 с.
3. Довідник сімейного лікаря. Під ред. Марк Д. Грабер, Метью Л. Лантерн'єр.– Київ, 2003. – 730 с.
4. Загальні принципи оптимізації навчання та алгоритми виконання практичних навичок у загально-лікарській практиці. Навчальний посібник. Дніпропетровськ АРТ – ПРЕС 2004.
5. Коломоець М.Ю., Троян М.Ф., Федів О.І. Схема історії хвороби та додаткові матеріали з терапії: Навчальний посібник. – К.: Книга плюс, 2009 – 350 с.
6. Маколкин В. И., Овчаренко С. И. Внутренние болезни: Учебник. – М.: Медицина, 2009. – 592 с.
7. Нейко Є.М., Боцюрко В.І. Внутрішні хвороби. – К.: Здоров'я, 2008. – 528 с.
8. Пелешук А. П., Передерій В. Г., Рейдерман М. І. Фізичні методи дослідження в клініці внутрішніх хвороб. – К.: Здоров'я, 2003. – 104 с.
9. Пелешук А.П., Передерій В.Г., Свінцицький А.С. Гастроентерологія. – К.: Здоров'я, 2005. – 304 с.
10. Поліклінічна справа і сімейний лікар. /За ред. Є.Я. Склярів, І. О. Мартинюк, Б. Б. Лемішко та ін. – К.:Здоров'я. 2003.– 636 с.
11. Сімейна медицина /За ред. проф. В. Б. Гоцинського, проф. Є. М. Стародуба. – Тернопіль: ТДМУ, 2005.– 810 с.

### ***Додаткова:***

1. Внутренние болезни: Лекции для студентов и врачей в 2-х томах / Под ред. В.И.Шулутко. – Спб., 2004. - 480 с.
2. Гончарик И.И. Болезни желудка и кишечника: Справ. пособие. – Мн.:Выш. школа, 2004. – 160 с.
3. Григорьев П.Я., Гриценко И.И., Яковенко Э.П., Сиротенко А.С. Диагностика и лечение хронических болезней пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки. – Днепропетровск, 2006. – 192 с.



4. Дегтярева И.И., Харченко Н.В. Язвенная болезнь. – К.:Здоров'я, 2007. – 336 с.
5. Дейнеко Н.Ф., Яблучанский Н.И., Бабак О.Я. Диагностика и лечение заболеваний органов пищеварения в клинике внутренних болезней. - Харьков: Основа, 2011. – 272 с.
6. Наказ МОЗ України № 73 від 08.04.1993 р. «Про поліпшення медичного обслуговування людей похилого віку».
7. О कोरोков А.Н. Лечение болезней внутренних органов: Практик. руководство: В 3-х томах. Т. 1. – Минск: Выш. школа, Белмедкнига, 2005. – 522 с.
8. О कोरोков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов в 4-х томах. Т.1: Заболевания органов пищеварения. – М.: Медицинская литература, 2009. – 560 с.
9. Руководство по гастроэнтерологии: В трех томах / Под общей редакцией Ф.И.Комарова и А.Л.Гребенева. Т. 1. Болезни пищевода и желудка/ Ф.И. Комаров, А.Л.Гребенев, А.А.Шептулин и др.: Под ред. Ф.И.Комарова, А.Л.Гребенева, А.А.Шептулина. – М.:Медицина, 2005. – 672 с.
10. Самсонов М.А., Лоранская Т.И., Нестерова А.П. Постгастрорезекционные синдромы. – М.:Медицина, 2011. – 416 с.
11. Чиркин А.А., О कोरोков А.Н., Гончарик И.И. Диагностический справочник терапевта. – Минск:Беларусь, 2003. – 688 с.