

**Мета роботи:** Оцінити ефективність проведення реабілітаційних заходів при деформуючому остеоартрозі ліктьового суглобу у спортсменів, його лікування, профілактики і виникнення можливих ускладнень під час фізичної реабілітації.

**Матеріали та методи:** Проведений аналіз комплексної реабілітації пацієнта з деформуючим остеоартрозом ліктьового суглобу, який займається професійним спортом. Хворий знаходився на відновному лікуванні 14 днів. Застосовували лікувальну фізичну культуру, механотерапію, масаж, бішофітові ванни, а також сучасні методи: тейпування, пресотерапію і ударно-хвильову терапію.

**Результати:** Комплексна реабілітація була розпочата з першого дня госпіталізації. В першу чергу був оцінений ступінь порушення функції даного суглоба. Кут згинання в правому ліктьовому суглобі складає 110°, при нормі - 130°, а кут розгинання становить 30°. На сьомий день терапії кут згинання - 120°, кут розгинання - 20°. На момент виписки пацієнта кут згинання - 130°, кут розгинання - 10°. За даними опитування визначена позитивна динаміка стану пацієнта.

**Висновок:** Фізична реабілітація пацієнта показала свою ефективність. Підбиваючи підсумки проведених заходів відмічається поліпшення стану хворого, покращення показників функціонування суглобу та якості життя. Напрямок актуальний, потребує більш глибокого вивчення та наукового дослідження, з введенням нових методик фізичної реабілітації для проведення більш інтенсивної реабілітації та покращення стану пацієнта.

## КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ З ДУОДЕНОГАСТРАЛЬНИМ РЕФЛЮКСОМ ЯК НАСЛІДОК ПОСТХОЛЕЦИСТЕКТОМІЧНОГО СИНДРОМУ

### CLINICAL PARTICULARITIES OF PATIENTS WITH DUODENOGASTRIC REFLUX AS A RESULT OF POSTCHOLECYSTECTOMY SYNDROME

*Горлачова Т. Є.*

*Науковий керівник: проф. Третяк Н. Г.*

*Horlachova T. E.*

*Science advisor: prof. Tretiak. N. G.*

*Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава*

*Кафедра внутрішньої медицини №1*

**Актуальність проблеми.** Жовчнокам'яна хвороба (ЖКХ) є однією з актуальних проблем сучасної гастроентерології. Основним методом лікування ЖКХ залишається холецистектомія. Проте видалення жовчного міхура не завжди призводить до повного одужання і відновлення якості життя. Часто виникає біліарний рефлюкс-гастрит, як результат анатомічних змін, обумовлених оперативним втручанням, коли порушується або навіть втрачається природний антирефлюксний бар'єр.

**Мета дослідження:** Провести аналіз симптомів, що зустрічаються у хворих з дуоденогастральним рефлюксом (ДГР), які перенесли холецистектомію.

Діагноз патологічного рефлюксу встановлювався на підставі характерного клінічного симптомокомплексу: відчуття тяжкості і переповнення в епігастрії, гіркоти в ротовій порожнині, печії, відрижки повітрям, відрижки-регургітації з надходженням в ротову порожнину рідини з гірким або кислим присмаком.

При езофагогастродуоденоскопії ознакою рефлюксу був ДГР жовчі з надходженням жовчного рефлюктата в порожнину шлунку.

**Матеріали і методи дослідження.** Джерелом інформації слугували історії хвороб 64 пацієнтів із ДГР, обумовленим ПХЕС. Серед обстежуваних хворих чоловіків було 11 (17%), жінок - 53 (83%) у віці від 23 до 45 років. Тривалість захворювання після холецистектомії в середньому склала  $7,2 \pm 1,3$  року ( $p < 0,05$ ). Усім пацієнтам було проведено комплекс клініко-лабораторно-інструментальних досліджень та призначена терапія згідно протоколом. У дослідженні застосовувалися статистичні методи. Всі пацієнти перебували на стаціонарному лікуванні в гастроентерологічному центрі ПОКБ м. Полтави.

**Результати:** У 86% хворих з ПХЕС наявність ДГР достовірно підтверджувалося при ФГДС. Серед факторів ризику розвитку ДГР слід зазначити похибки в харчуванні - у 32 (50,0%) пацієнтів, ожиріння - у 23 (35,9%), куріння - у 7 (10,9%), прийом алкоголю - у 20 (31%), фізичне напруження - у 12 (18,7%), прийом НПЗП, спазмолітиків - у 17 (26,5%), хронічні стресові ситуації - у 10 (15,6%).

Основними клінічними проявами ДГР були: гіркота в роті - у 49 (76,6%) пацієнтів, нудота - у 18 (28,1%), відчуття важкості і переповнення в епігастрії - у 9 (14,0%), печія - у 49 (76,5%), відрижка гірким і повітрям - у 31 (48,4%), астеновегетативний синдром виявлявся у 37 (57,8%) пацієнтів. Зниження якості життя відзначали 80% пацієнтів.

**Висновки.** Отримані результати обґрунтовують доцільність враховування при лікарській діагностиці рефлюкс-гастриту характерний анамнез (ПХЕС), клінічні прояви, серед яких провідне місце займають відчуття гіркоти, печія, відрижка, астеновегетативний синдром і зниження якості життя пацієнтів, а також дані ФГДС.