

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДВНЗ «УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»
ФАКУЛЬТЕТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ТА
ДОУНІВЕРСИТЕТСЬКОЇ ПІДГОТОВКИ
КАФЕДРА ТЕРАПІЇ ТА СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

**Використання методів гіпербаричної оксигенації та озонотерапії на фоні
прийому мінеральних вод у пацієнтів гастроентерологічного профілю**
Методичні рекомендації

Ужгород – 2023

УДК: 616.61-002.3-07-08-039.71

Методичні рекомендації призначені для студентів старших курсів медичних вузів, практикуючих лікарів загальної практики – сімейної медицини, терапевтів, лікарів-інтернів, а також будуть корисними для лікарів інших спеціальностей.

Укладачі:

Мигович Іван Іванович – к.мед.н., доцент кафедри терапії та сімейної медицини УжНУ

Чопей Іван Васильович – доктор медичних наук, професор, декан факультету післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки УжНУ, директор НДІ сімейної медицини, голова громадської організації «Асоціація лікарів сімейної медицини Закарпаття», заслужений лікар України

Гечко Михайло Михайлович – старший викладач кафедри терапії та сімейної медицини УжНУ

Дебрецені Крістіан Олександрович – старший викладач кафедри терапії та сімейної медицини УжНУ

Рецензенти:

Кандидат медичних наук, доцент Чубірко К.І.

Кандидат медичних наук, доцент Ілько А.В.

Затверджено і рекомендовано до друку на засіданні методичної комісії факультету післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки УжНУ 21.09.2023 р. (протокол №2) та на Вченій раді ФПОДП УжНУ 21.09.2023 р. (протокол №15).

ЗМІСТ

Теоретичні аспекти застосування озонотерапії при лікуванні хвороб шлунково-кишкового тракту.....	4
Методика озонування фізіологічного розчину для парентерального використання.....	6
Методика приготування масла «ОЗОНІД».....	6
Методика озонування дистильованої води.....	7
Теоретичні аспекти застосування гіпербаричної оксигенації при лікуванні хвороб шлунково-кишкового тракту.....	7
Функціональні езофагеальні розлади.....	9
Ахалазія кардіальної частини шлунка.....	11
Кила стравохідного отвору діафрагми.....	13
Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ).....	15
Функціональна диспепсія.....	18
Хронічний гастрит із нормальною та підвищеною секрецією.....	21
Виразка шлунка і дванадцятипалої кишки	24
Хронічний гастрит із секреторною недостатністю.....	28
Дисфункціональні розлади біліарного тракту.....	30
Хронічний некалькульозний холецистит.....	33
Жовчнокам'яна хвороба.....	36
Післяхолецистектомічний синдром.....	38
Хронічний панкреатит.....	42
Хронічний вірусний гепатит В та хронічний вірусний гепатит С при відсутності активності або з мінімальними ознаками запального процесу в печінці.....	44
Хронічний алкогольний гепатит та токсичне ураження печінки	46
Синдром подразненого кишечника.....	48
Хронічний коліт.....	52
Дивертикулярна хвороба кишечника.....	56
Список літератури.....	59

Теоретичні аспекти застосування озонотерапії при лікуванні хвороб шлунково-кишкового тракту.

У 1785 р. голландський фізик Ван Марум відзначив незвичайний запах, що з'являється при електричному розряді. Він же описав окислювальну здатність повітря, що посилюється під дією електричних іскр. У 1840 р. Крістіан Фрідріх Шенбейн зв'язав зміну властивостей кисню при пропусканні через нього електричного розряду з утворенням особливого газу, який він назвав озоном. Озон є ясно-блакитним газом з характерним запахом. Озон аллотропна форма кисню, його хімічна формула O_3 . Молекула озону легко розпадається на молекулу кисню і вільного радикала, що володіє високою окислювальною здатністю. Озон відносно стійкий в кислих і нейтральних розчинах. У лужних розчинах він швидко розпадається. Тривалість існування вільних радикалів у дистилаті складає 2 години 40хв. Час напіврозпаду озону у фізіологічному розчині - 20 хвилин, що обмежує час використання готового препарату. У високих концентраціях озон токсичний. Згідно санітарним нормам, вміст озону в повітрі на робочому місці не повинен перевищувати 0,1 мг/л. У США і європейських країнах встановлена гранична концентрація озону на робочому місці - 0,2 мг/м³. Концентрація озону в повітрі понад 0,3 мг/м³ викликає сухий кашель і зниження працездатності. Людина здатна уловити запах озону в концентрації набагато нижче - 0,02 мг/м³, що є гарантією безпечною роботою з ним.

Озон має позитивну дію при порушеннях периферичного кровообігу і володіє вираженим ефектом проти гіпоксії. При взаємодії з мембраною еритроцита, озон реагує з ненасиченими жирними кислотами фосфоліпідного шару. Низькомолекулярні пероксиди, що утворюються в результаті реакції, проникають в клітину і впливають на її метаболізм. При парентеральному введенні озон підвищує оксигенацію артеріальної крові і віддачу оксигемоглобіном еритроцитів кисню тканинам.

Взаємодіючи з подвійними зв'язками ненасичених жирних кислот еритроцитарної мембрани, озон підвищує її еластичність, зростає здатність еритроцитів деформуватися. Озон перешкоджає просвіті в кровноносному руслі агрегації еритроцитів у формі «монетних стовпчиків», типових, наприклад, для тромбоемболії. Тим самим поліпшується прохідність еритроцитів по капілярах. У організмі озон підвищує напруга кисню в тканинах і збільшує артеріо-венозну різницю парціального тиску кисню.

Застосування озонотерапії сприяє посиленню захисних властивостей слизової оболонки шлунку і 12-палої кишки. Це проявляється збільшенням висоти поверхневого епітелію в середньому на 39%. Одночасно посилюються функціональні властивості епітелію, що проявляється збільшенням кількості мукоглікопротеїдів слизової оболонки шлунку на 30 %.

Описаний імуномодулюючий ефект озону в низьких концентраціях. Озонотерапія викликає підвищення метаболічної активності нейтрофілів, підвищення вироблення гама-інтерферона секреторного імуноглобуліну А, лізоциму. Під впливом озону зростає проліферативна активність лімфоцитів.

При парентеральному введенні озono-кисневої суміші спостерігається позитивна динаміка імунологічних показників. Збільшується кількість Т-хелперів і В-лімфоцитів. Відбувається виражена стимуляція гуморального імунітету, що виражається в збільшенні титру імуноглобулінів А, М і G в крові, що важливо для лікування інфекційних захворювань, в тому числі і асоційованих з *H.pylori*.

Озон володіє вираженою бактерицидною, віроцидною і мікоцидною дією. Насамперед озон впливає на плазматичні мембрани, викликаючи в них окислення ліпідів і білків. Локальні пошкодження плазматичної мембрани приводять до загибелі бактерії. Під дією озону змінюється проникність мембрани бактерії. Продукти озоноліза мембранних ліпідів діють як вторинні окислювачі і опосередкують окислення білків цитоплазми, порушення функцій органели. Концентрація озону в розчині 8-10 мкг/л забезпечує повне знищення анаеробних мікроорганізмів практично в будь-якому титрі. Такі ж концентрації ефективні при контамінації аеробними збудниками в титрі до 10 мікробних тіл/мл.

Озон в концентрації 1-5 міліграм/л викликає загибель 99,9% *E.Coli*, *Streptococcus faecalis*, *Staphylococcus aureus*, *Mycobacterium tuberculosis*, *Cryptosporidium parvum*, *Varavium* і ін. протягом 4-20 хв. Мінімальна концентрація озону, розчиненого у воді, яка інгібує зростання колоній *H.pylori*. *in vitro* складає 7 міліграм/л. За даними літератури озон здатний збільшувати чутливість мікроорганізмів до антибіотиків.

Протипоказаннями до проведення озонотерапії є ранній період після внутрішньої кровотечі, геморагічний інсульт, гіпотиреоз, схильність до судом, гостра алкогольна інтоксикація, тромбоцитопенія, знижена згортваність крові, алергія на озон.

Застосування озонотерапії в гастроентерології. Озон достатньо широко застосовується в гастроентерології. Вірусоцидна і імуномодуюча дозволяє використовувати озон в лікуванні вірусних дія озону гепатитів.

Озонотерапія показала свою ефективність при лікуванні вірусних гепатитів А, В і С. Поступлення пероксидів сприяє посиленню клітинної фагоцитарної активності. Встановлено, що озон активує клітинний метаболізм в купферовських клітинах печінки, що здійснюють фагоцитоз. Лікування хронічних гепатитів включає ректальні інсуфляції озono-кисневої суміші, малу аутогемотерапію. Ректальні інсуфляції можна замінити внутрішньовенними інфузіями озонованого фізіологічного розчину і великою аутогемотерапією.

При лікуванні хронічного коліту застосовуються ректальні інсуфляції, мала аутогемотерапія і введення озону в біологічно активні точки. Озон надає бактерицидну дію на патогенні мікроорганізми. Проникаючи через слизову оболонку кишечника, озон надає системну дію на організм. Озонотерапія сприяє посиленню фагоцитозу, покращує локальний і загальний кровообіг. Поліпшується мікроциркуляція, прискорюється регенерація епітелію слизовою оболонкою кишечника. Озонотерапія показана у випадках атеросклерозу судин брижі при так званому «ішемічному коліті».

Озонотерапія надає позитивну дію при лікуванні хронічного гастриту, виразки шлунку і дванадцятипалої кишки. Курс лікування включає прийом озонованої води, озонованого масла, малу аутогемотерапію, ректальні

інсуфляції озono-кисневої суміші і введення суміші в біологічно активні точки. При лікуванні виразкової хвороби дванадцятипалої кишки підключаються внутрішньовенні інфузії ОФР. Озонована дистильована вода (ОДВ) і озонована рослинна олія надають бактерицидну дію на бактерії хелікобактер пілорі. Системна дія озонотерапії в даному випадку виявляється поліпшенням мікроциркуляції в області дефектів слизової оболонки, прискоренням процесів регенерації слизової оболонки, активізацією клітинного і гуморального імунітету.

Вживання ОДВ і внутрішньовенне краплинне введення ОФР в поєднанні з препаратами субцитрату вісмуту і інгібітора протонної помпи сприяють прискоренню процесу епітелізації виразки та ерозії, регресу ознак гастриту, езофагіту і дуоденіту.

Підводячи підсумок слід зазначити, що терапевтичні ефекти озону, якось: бактерицидний, імуномодулюючий, здатність стимулювати антиоксидантний захист і мікроциркуляцію, дозволяють широко застосовувати дану речовину в різних областях медицини. У зв'язку з цим представляє інтерес вивчення впливу озонотерапії на процеси загоєння ерозивних уражень ШКТ.

Методика озонування фізіологічного розчину для парентерального використання.

У флакон з 0,9%(фізіологічним) розчином натрію хлориду після обробки пробки розчином антисептику вставляються дві голки: довга (до дна флакону) та коротка (голка Дюфо). Довга голка використовується для подачі озono-кисневої суміші із апарату озонотерапії універсального медичного «ОЗОН УМ-80» в розчин і приєднується до вихідного штуцера апарату за допомогою поліхлорвінілової трубки. Голка Дюфо використовується для відведення нерозчинної озonoкисневої суміші на каталітичний деструктор для її утилізації.

На озонаторі виставляється задана концентрація озono-кисневої суміші, швидкість потоку-0,5 літрів за хвилину, час барботажу 10-15 хвилин та включається апарат. Використовується розчин відразу після приготування.

Методика приготування масла «ОЗОНІД»

В скляну чи пластикову посудину із спеціально закритою кришкою з вхідним та вихідним штуцерами, наливається 0,5 л оливкової рафінованої очищеної олії кімнатної температури. На ємкість надівається спеціальна кришка з двома штуцерами.

Для зовнішнього охолодження ємкості під час барботажу (так як масло нагрівається) вона поміщається в ємкість з холодною водою.

Вхідний штуцер кришки приєднується поліхлорвініловою трубкою до штуцера озонатора. Вихідний штуцер кришки приєднується до каталітичного деструктора для утилізації надлишку озono-кисневої суміші. На озонаторі виставляється концентрація озono-кисневої суміші 5,0-80,0 мг/л (в залежності від цілі використання), швидкість потоку 0,25-0,5 л/хв., час барботажу 1 год.

Після закінчення барботажу масло розливають у флакони із темного скла. Термін зберігання в холодильнику 1-3 міс.

Методика озонування дистильованої води.

В скляну чи пластикову посудину із спеціально закритою кришкою з вхідним та вихідним штуцерами, наливається 0,5 л дистильованої води. На ємкість надівається спеціальна кришка з двома штуцерами.

Вхідний штуцер кришки приєднується поліхлорвініловою трубкою до штуцера озонатора. Вихідний штуцер кришки приєднується до каталітичного деструктора для утилізації надлишку озono-кисневої суміші. На озонаторі виставляється концентрація озono-кисневої суміші, швидкість потоку 0,5 л/хв, час барботажу 10 хвилин.

Після закінчення барботажу вода готова до використання.

Теоретичні аспекти застосування гіпербаричної оксигенації при лікуванні хвороб шлунково-кишкового тракту.

Гіпербарична оксигенація (ГБО) - це метод терапії, суттю якого є підвищення парціального тиску кисню в плазмі крові і тканинах організму в умовах дихання при підвищеному тиску. Основами цього явища служать фізичні закони розчинності газів в рідкому середовищі (Бойля-Маріотта, 1662; Паскаля, 1663; Генрі, 1803; Дальтону, 1803; Фіка, 1855), які стверджують, що кількість газу, розчинена в рідині прямо пропорційна тиску і температурі. Отже, парціальний тиск або напруга кисню в рідкій фракції крові буде прямо пропорційною його процентному вмісту в дихальній суміші і спільному тиску. Явище, при якому підвищується вміст кисню в плазмі крові, називається *гіпероксією*. Для створення умов дихання при підвищеному тиску застосовують спеціальне устаткування - кисневі барокамери. Тиск в барокамерах вимірюють в технічних атмосферах. *Надлишковий тиск* -це тиск понад атмосферний, він позначається АТІ. Сума атмосферного і надлишкового складають *абсолютний тиск*, що позначається АТА. Кисневі барокамери заповнюються чистим медичним киснем. Під *робочим тиском* розуміється тиск, при якому проводять сеанс гіпербаричної оксигенації, він вимірюється в АТА або АТІ. Процес підйому тиску кисню в барокамері називається *компресією*, підтримка необхідного рівня постійного тиску називається *ізопресією*, процес пониження тиску -*декомпресією*. Сумарний час компресії, ізопресії і декомпресії складає загальний час сеансу ГБО. Величина тиску кисню, час ізопресії, швидкість компресії і декомпресії, час сеансу визначають режим процедури ГБО.

Для проведення сеансів ГБО нами використовуються кисневі барокамери БЛКС-303 МК. Після проведення ряду діагностичних процедур призначається курс лікування, що складається з декількох сеансів ГБО. Підбір режимів, тривалість і кількість сеансів ГБО визначалися індивідуально, залежно від показань.

Особлива увага при лікуванні методом гіпербаричної оксигенації приділяється першому пробному сеансу, в ході якого виявляється підвищена чутливість до кисню, клаустрофобія, а також індивідуальна чутливість до підйому і спуску тиску в камері. Під час сеансу ГБО пацієнт постійно знаходиться під спостереженням лікаря, який при потребі може завершити сеанс достроково, - *екстреною декомпресією*.

Механізм дії гіпербаричної оксигенації на організм достатньо складний. Існує декілька теорій, що пояснюють різні ефекти оксигенобаротерапії. У адаптаційно-метаболичній концепції ГБО розглядається як адаптогенний і патогенний чинник. При цьому основою позитивного клінічного результату ГБО є адаптаційна (захисно-присосовна) стадія гіпероксії. Існують дві *форми адаптації*: захисно-присосовна, при якій виявляється мобілізуюча дія ГБО, і компенсаторна, при якій виявляється замісна дія ГБО. Крім того, розрізняють три *типи адаптації*: функціональна, метаболична і структурна. Пряма дія ГБО на клітину відбувається шляхом включення кисню в електронотранспортні ланцюги мітохондрій і ендоплазматичного ретикулула, опосередкована дія - через вільні радикали біомолекул і зв'язані метаболичні шляхи, рефлекторну дію через нейрорецептори. В цілому на організм гіпербаричний кисень діє специфічно, забезпечуючи функції редокс- і антиредокс-систем, і неспецифічно, мобілізуючи універсальні захисно-присосувальні процеси.

Біоенергетичні механізми ГБО включають:

- збільшення кисневої ємності дихального ланцюга мітохондрій;
- підвищення напруги кисню в артеріальній крові;
- попередження пригнічення клітинного дихання в мозку, серці, печінці;
- зміна динаміки вільної енергії окислювально-відновних процесів;
- підвищення активності переносників електронів;
- посилення окислювального фосфорилування і вироблення АТФ в клітинах.

Дезінтоксикаційні механізми ГБО представлені:

- активацією реакцій мікосомального окислення біомолекул;
- інгібуванням вільнорадикальних реакцій окислення;
- активізацією антиоксидантної системи;
- зменшенням надлишкового накопичення аміаку в мозку і ін. органах; попередженням розвитку ацидозу.

Крім того, *адаптаційно-морфогенетичні механізми ГБО* включають такі позитивні аспекти як:

- відновлення змісту глікогену в серці і печінці;
- попередження розвитку фібриляції;
- попередження прогресу білковій і жировій дистрофії гепатоцитів;
- інтенсифікація регенерації і репарації в тканинах;
- попередження розвитку некробіотичних процесів у клітинах;
- стимуляція еритропоезу при гострих постгеморагічних станах.

При підборі режимів ГБО необхідно враховувати ступені адаптації організму (гіпербіотична, нормобіотична і гіпобіотична), щоб попередити токсичну стадію гіпероксії.

Курс застосування ГБО визначають строго індивідуально, враховуючи стан хворого.

Функціональні езофагеальні розлади

Шифр по МКХ-10: К 22.0

Функціональні езофагеальні розлади:

А. Функціональні езофагеальні розлади (ФЕР).

А1. Функціональна печія.

А2. Функціональна торакалгія припустимо езофагеального генезу.

А3. Функціональна дисфагія.

А4. Глобус.

Діагностика на санаторному етапі.

Діагностичні критерії функціональної печії

(Римські критерії III, 2006 р):

Діагностичні критерії функціональної печії повинні включати всі з наступних:

1. Пекучий ретростернальний дискомфорт або біль.
2. Відсутність доказів за ГЕРХ як причин симптоматики.
3. Відсутність моторних розладів, що мають гістопатологічний генез.

Критерії повинні бути присутні протягом останніх 3 місяців та з'явитися щонайменше за 6 місяців до встановлення діагнозу.

Діагностичні критерії функціональної торакалгії припустимо езофагеального генезу (Римські критерії III, 2006 р):

Діагностичні критерії функціональної торакалгії припустимо езофагеального генезу повинні включати всі з наступних:

1. Серединний біль або дискомфорт у грудній клітці, що не має пекучого характеру.
2. Відсутність доказів за ГЕРХ як причин симптоматики.
3. Відсутність моторних розладів, що мають гістопатологічний генез.

Критерії повинні бути присутні протягом останніх 3 місяців та з'явитися щонайменше за 6 місяців до встановлення діагнозу.

Діагностичні критерії функціональної дисфагії

(Римські критерії III, 2006 р):

Діагностичні критерії функціональної дисфагії повинні включати всі з наступних:

1. Відчуття застрягання або аномального проходження через стравохід твердої або рідкої їжі.
2. Відсутність доказів за ГЕРХ як причин симптоматики.
3. Відсутність моторних розладів, що мають гістопатологічний Генез.

Критерії повинні бути присутні протягом останніх 3 місяців та з'явитися щонайменше за 6 місяців до встановлення діагнозу.

Діагностичні критерії глобусу (Римські критерії III, 2006 р):

Діагностичні критерії глобусу повинні включати всі з наступних:

1. Персистуюче або інтермітуюче відчуття клубка або стороннього тіла у горлі.
2. Виникнення відчуття клубка між прийомами їжі.

3. Відсутність дисфагії або одиофагії.
4. Відсутність доказів за ГЕРХ як причин симптоматики.
5. Відсутність моторних розладів, що мають гістопатологічний Генез.

Критерії повинні бути присутні протягом останніх 3 місяців та з'явитися щонайменше за 6 місяців до встановлення діагнозу.

Обов'язкові лабораторні дослідження

- Загальний аналіз крові
- Загальний аналіз сечі
- Аналіз калу на приховану кров
- Копрограма

Обов'язкові інструментальні дослідження

- Електрокардіографія
- Езофагогастродуоденоскопія
- рН-метрія
- Ультразвукове дослідження органів черевної порожнини
- Рентгенологічне дослідження стравоходу (при необхідності дворазово)

Додаткові інструментальні і лабораторні дослідження проводяться залежно від супутніх захворювань і тяжкості основного захворювання.

Консультації фахівців: невропатолог, отоларинголог та інші за призначенням.

Санаторно-курортне лікування

Дієта: № 1, 5, харчування - дрібне.

Санаторний режим: II – III

Кліматотерапія: загальна

Руховий режим: ранкова гігієнічна гімнастика, лікувальна фізкультура (групова)

Мінеральні води:

Мінеральна вода «Поляна Квасова» призначається виходячи із стану кислотоутворюючої функції шлунка за 60-45 хвилин до їжі, у теплом вигляді по 150-200 мл, тричі на день.

Киснева терапія: прийом озонованого масла щоденно вранці та ввечері: в перші два дні- по одній чайній ложці за 30 хв. до їди, збільшуючи дозу до 1 столової ложки на прийом. Курс лікування 3 тижні

Пелоїдо- та бальнеотерапія: Застосовують лікувальні **грязі** температурою 37-38° на ділянку передньої черевної стінки або на ділянку нижньої третини грудини або на комірцеву ділянку продовж 15-20 хв

Грязелікування проводять через день, чергуючи його з ваннами (мінеральними, хвойними, лавандовими).

Апаратна фізіотерапія: Застосовуються імпульсні струми низької частоти за методикою **електросну** завдяки позитивному впливу на підкорково-стволові структури, гіпоталамус, ретикулярну формацію мозку. Процедури проводять від апарату «Електросон-3,-4Т». Розташування електродів за очно-завушною чи

лобно-завушною методикою, частота імпульсу 3-5 Гц, сила струму 3-5 мА, експозицією 6-10, далі 20-40 хв, через день, на курс 8-10 процедур.

Термін санаторно-курортного лікування: 21-24 дні.

Показники якості лікування: зникнення чи значне зменшення ретростернального болю або дискомфорту, у тому числі пекучого характеру, відчуття застрягання або аномального проходження через стравохід твердої або рідкої їжі, відчуття клубка або стороннього тіла у горлі.

Протипоказання: не існує

Ахалазія кардіальної частини шлунка

Шифр по МКХ-10: К 22.0

Згідно Уніфікованої клініко-статистичної класифікації хвороб органів травлення (відомча інструкція, затверджена МОЗ України в 2004 р.) виділяють:

К 22.0 Ахалазія кардіальної частини шлунка

Рентгенологічні прояви стадій захворювання: І1 – 1 (стадія нестабільного спазму); І2 – 2 (стадія нестабільного спазму та незначного розширення стравоходу); І3 – 3 (стадія рубцьового звуження та розширення стравоходу); І4 – 4 (кардіостеноз із S-подібною формою стравоходу та різким його розширенням).

Ускладнення: О1 – епіфренальний дивертикул; О2 – хронічний езофагіт.

Ступінь тяжкості езофагіту (за даними ендоскопії): Т1 – 1 ст., Т2 – 2 ст., Т3 – 3 ст., Т4 – 4 ст.

Діагностика на санаторному етапі.

- Основні клінічні критерії: за грудинний біль, дисфагія, регургітація.

Обов'язкові лабораторні дослідження

- Загальний аналіз крові
- Загальний аналіз сечі
- Копрограма
- *Обов'язкові інструментальні дослідження*
- Електрокардіографія
- Езофагогастродуоденоскопія
- рН-метрія
- Ультразвукове дослідження органів черевної порожнини
- Рентгенологічне дослідження стравоходу (при необхідності дворазово)
- *даткові інструментальні і лабораторні дослідження проводяться залежно від супутніх захворювань і тяжкості основного захворювання.*
- *Консультації фахівців:* за призначенням.

Санаторно-курортне лікування

Основні терапевтичні ефекти, які очікуються - відновлення моторної функції стравоходу.

Дієта: № 1, дробне харчування.

Санаторний режим: II – III

Кліматотерапія: загальна

Руховий режим: ранкова гігієнічна гімнастика, лікувальна фізкультура (групово).

Мінеральні води: Внутрішнє вживання мінеральної води «Поляна Квасова» сприяє нормалізації функціонального стану стравоходу, позитивно впливає на кислотоутворюючу та моторну функції шлунка, внаслідок чого спостерігається зникнення або значне зменшення загрудинного болю, дисфагії, регургітації.

Мінеральна вода призначають виходячи із стану кислотоутворюючої функції шлунка за 60-45 хвилин до їжі, у теплому вигляді по 150-200 мл, тричі на день.

Киснева терапія: прийом озонованого масла щоденно вранці та ввечері: в перші два дні- по одній чайній ложці за 30 хв. до їди, збільшуючи дозу до 1 столової ложки на прийом. Одночасно призначають внутрішньовенно краплинно інфузії 200мл озонованого фізіологічного розчину (ОФР) через день. Фізіологічний розчин барботується з концентрацією озону 2,0-4,0 мг/л. Курс лікування 3 тижні

Пелоїдо- та бальнеотерапія: Застосування лікувальних **грязей** температурою 37-38° С на ділянку передньої черевної стінки або на ділянку нижньої третини груднини або на комірцеву ділянку продовж 15-20 хв надає спазмолітичної дії, сприяє зниженню кислотності шлункового соку, що поліпшує моторну функцію стравоходу та шлунку. Грязелікування проводять через день, чергуючи його з ваннами (йодо-бромними, хвойними, лавандовими, перлинними).

Апаратна фізіотерапія: Застосовують **синусоїдальні модульовані струми** (СМС) від апарату "Ампліпульс 4". Локалізація електродів - епігастральна ділянка та ділянка нижньогрудного відділу хребта, I та IV рід роботи по 3 хв кожний, частота модуляції 100 Гц, глибина модуляції 25-30 %, через день, 8-10 процедур на курс лікування.

Термін санаторно-курортного лікування: 21-24 дні.

Показники якості лікування: зникнення болю, порушень ковтання та інших диспепсичних явищ, болючості в епігастральній ділянці, збільшення маси тіла, зменшення розширення стравоходу, відновлення його моторики за даними контрастного рентгенологічного дослідження, поліпшення самопочуття.

Протипоказання: Санаторно-курортне лікування протипоказано хворим із кардіостенозом із S-подібною формою стравоходу та різким його розширенням, четвертим ступенем тяжкості езофагіту.

Кила стравохідного отвору діафрагми

Шифр по МКХ-10: К 44

Згідно Уніфікованої клініко-статистичної класифікації хвороб органів травлення (відомча інструкція, затверджена МОЗ України в 2004 р.) виділяють:

К 44 Діафрагмальна кила

Вид кили:

В1 Аксиальна: L1 – ковзна; L2 – фіксована; L3 – стравохідна; L4 – кардіальна; L5 – кардіофундальна; L6 – субтотальна; L7 – тотально-шлункова.

В2 Параезофагеальна шлункова: L1 – фундальна; L2 – антральна; L3 – субтотальна; L4 – тотальна.

В3 Параезофагеальна: L1 – кишкова; L2 – сальникова; L3 – змішана.

Клінічні прояви: Q1 – латентна; Q2 – диспептична; Q3 – больова; Q4 – псевдокоронарна; Q5 – геморагічно-анемічна.

Ускладнення: O1 – гостра кровотеча; O2 – рефлюкс езофагіт; O3 – защемлення шлунка; O4 – некроз шлунка; O5 – скорочення стравоходу.

Діагностика на санаторному етапі

- Основні клінічні критерії: за грудинний біль, дисфагія, печія, відриг.

Обов'язкові лабораторні дослідження

- Загальний аналіз крові
- Загальний аналіз сечі
- Копрограма
- Аналіз калу на приховану кров
- *Обов'язкові інструментальні дослідження*
- Електрокардіографія
- Езофагогастроуденоскопія
- рН-метрія
- Ультразвукове дослідження органів черевної порожнини
- Рентгенологічне дослідження стравоходу (при необхідності дворазово)

Додаткові інструментальні і лабораторні дослідження проводяться залежно від супутніх захворювань і тяжкості основного захворювання.

Консультації фахівців: за призначенням.

Санаторно-курортне лікування

Основні терапевтичні ефекти, які очікуються - відновлення моторної функції стравоходу

Дієта: №1,5 (раціон № 1), дрібне харчування.

Санаторний режим: II – III

Кліматотерапія: загальна

Руховий режим: ранкова гігієнічна гімнастика, лікувальна фізкультура (групово)

Рекомендації по зміні стилю життя:

- спати з підведеним не менш ніж на 15 см головним кінцем ліжка;
- знизити масу тіла, якщо є ожиріння;
- не лежати після їжі протягом 1,5 год.;

- не приймати їжу перед сном;
- обмежити прийом жирів;
- припинити куріння;
- уникати тісного одягу, тугих поясів;
- не приймати лікарських засобів, що надають негативний ефект на моторику стравоходу і тонус нижнього стравохідного сфінктера (пролонговані нітрати, антагоністи кальцію, теофілін), ушкоджують слизисту оболонку стравоходу (аспірин і інші НПЗС) і ін.

Мінеральна вода: Внутрішнє вживання мінеральної води сприяє нормалізації функціонального стану стравоходу, позитивно впливає на кислотоутворюючу та моторну функції шлунка, внаслідок чого спостерігається зникнення або значне зменшення загрудинного болю, дисфагії, печії.

Мінеральна вода «Поляна Квасова» призначають виходячи із стану кислотоутворюючої функції шлунка за 60-45 хвилин до їжі, у теплом вигляді по 150-200 мл, тричі на день.

Киснева терапія: призначається за наявності рефлюкс-езофагіту прийом озонованого масла щоденно вранці та ввечері: в перші два дні - по одній чайній ложці за 30 хв. до їди, збільшуючи дозу до 1 столової ложки на прийом.

Одночасно призначають внутрішньовенно краплинно інфузії 200мл озонованого фізіологічного розчину (ОФР) через день, або курс гіпербаричної оксигенації тривалістю 45 хвилин щоденно при рівні тиску 0,2-1кгф/см² (апарат БЛКС-303 МК). Фізіологічний розчин барботується з концентрацією озону 2,0-4,0 мг/л.

Курс лікування 1-3 тижні

Пелоїдо- та бальнеотерапія: Застосування лікувальних **грязей** температурою 37-38° С на ділянку передньої черевної стінки або на ділянку нижньої третини груднини або на комірцеву ділянку впродовж 15-20 хв надає спазмолітичної дії, сприяє зниженню кислотності шлункового соку, що поліпшує моторну функцію стравоходу та шлунку. Грязелікування проводять через день, чергуючи його з ваннами (хвойними, лавандовими, перлинними).

Апаратна фізіотерапія: Позитивним ефектом щодо відновлення моторної функції стравоходу володіють **синусоїдальні модульовані струми**. Застосовують локалізацію електродів на епігастральну ділянку та на ділянку нижньогрудного відділу хребта, I та IV рід роботи по 3-5 хвилин кожний, частота модуляції 100-50 Гц, глибина модуляції 50-75 %. Сила струму становить 5-12 мА. Процедури загальною тривалістю 6-10 хвилин проводять через день, 10-12 процедур на курс.

Знеболюючого та протизапального ефекту надають **хвилі дециметрового діапазону (ДМХ)**. Процедури проводять від апарату "Ранет" чи "Волна-2". Подовжній випромінювач розташовують на ділянку епігастрію, зазор 3-4 см, потужність 25 Вт, експозиція 15 хвилин, через день, на курс 10-12 процедур.

Термін санаторно-курортного лікування: 21-24 дні.

Показники якості лікування: зникнення болю, порушень ковтання та інших диспепсичних явищ, збільшення маси тіла, відновлення функціонального стану шлунку, поліпшення самопочуття.

Протипоказання: Санаторно-курортне лікування не показано хворим з субтотальною та тотально-шлунковою аксіальною килою, субтотальною та тотальною параезофагеальною шлунковою килою, при параезофагеальній килі, при наявності ускладнень, за виключенням рефлюкс-езофагіту.

Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ)

Шифр по МКХ-10:

Гастроезофагеальний рефлюкс з езофагітом К 21.0

Гастроезофагеальний рефлюкс без езофагіту К 21.9

Згідно Уніфікованої клініко-статистичної класифікації хвороб органів травлення (відомча інструкція, затверджена МОЗ України в 2004 р.) пропонується наступна класифікація:

К 21 Гастроезофагеальний рефлюкс

I 1 ГЕРХ без езофагіту – К 21.9;

I 2 ГЕРХ із езофагітом – 21.0.

Ускладнення:

О 1 – гостра кровотеча; О 2 – перфорація стравоходу;

О 3 – метаплазія СО (стравохід Баррета); О 4 – медіастеніт;

О 5 – непрохідність стравоходу (К 22.2); О 6 – виразка стравоходу (К22.1)

При наявності ГЕРХ з езофагітом використовують Лос-Анджелеську ендоскопічну класифікацію за ступенем важкості езофагіту:

Лос-Анджелеська класифікація ГЕРХ (1994 р.)

Ступінь А – одне або кілька пошкоджень слизової оболонки стравоходу, кожне з яких завдовжки не більше 5 мм, обмежене однією складкою слизової оболонки.

Ступінь В - одне або кілька пошкоджень слизової оболонки стравоходу завдовжки більше 5 мм, обмежене складками слизової оболонки, причому пошкодження не розповсюджуються між двома складками.

Ступінь С - одне або кілька пошкоджень слизової оболонки стравоходу завдовжки більше 5 мм, обмежене складками слизової оболонки, причому пошкодження розповсюджуються між двома складками, але займають менше 75 % кола стравоходу.

Ступінь D – пошкодження слизової оболонки стравоходу, що охоплюють 75 % і більше по його колу.

Діагностика на санаторному етапі.

- Основні клінічні критерії: печія, відриг кислим, почуття печії у надчеревній ділянці та за грудиною, які частіше виникають після їжі, при нахилах тулуба вперед та в нічний час

Обов'язкові лабораторні дослідження

- Загальний аналіз крові (при відхиленні від норми дослідження повторювати 1 раз у 10 днів)

- Аналіз калу на приховану кров

- Загальний аналіз сечі
 - Залізо сироватки крові
- Обов'язкові інструментальні дослідження*
- Електрокардіографія
 - Езофагогастродуоденоскопія (при необхідності до і після лікування)
 - Рентгенологічне дослідження стравоходу (при необхідності)
 - рН-метрія

Додаткові інструментальні і лабораторні дослідження проводяться залежно від супутніх захворювань і тяжкості основного захворювання.

Консультації фахівців проводяться за призначенням.

Санаторно-курортне лікування

Основні терапевтичні ефекти, які очікуються – це підвищення тонусу нижнього стравохідного сфінктера, поліпшення моторики шлунка, зменшення агресивності шлункового соку (кислотності, пептичного чинника).

Зважаючи на це, *дієта* хворих на ГЕРХ повинна бути дрібною, механічно та хімічно щадної щодо стравоходу та шлунку з обмеженням вуглеводів та відносним збільшенням білків (*дієта № 1а, 1б, 1в та 1* послідовно).

Санаторний режим: II – III

Кліматотерапія: загальна

Руховий режим: ранкова гігієнічна гімнастика, лікувальна фізкультура (групова)

Рекомендації по зміні стилю життя:

- спати з підведеним не менше ніж на 15 см головним кінцем ліжка;
- знизити масу тіла, якщо є ожиріння;
- не лежати після їжі протягом 1,5 год.;
- не приймати їжу перед сном;
- обмежити прийом жирів;
- припинити куріння;
- уникати тісного одягу, тугих поясів;
- не приймати лікарських засобів, що надають негативний ефект на моторику стравоходу і тонус нижнього стравохідного сфінктера (пролонговані нітрати, антагоністи кальцію, теофілін), ушкоджують слизисту оболонку стравоходу (аспірин і інші НПЗС) і ін.

Мінеральна вода: Мінеральну воду «Поляна Квасова» призначають виходячи із стану кислотоутворюючої функції шлунка. При підвищеній кислотності призначають за 1,5 год. перед вживанням їжі у теплом вигляді по 150-200 мл, тричі на день. При нормальній кислотності воду «Поляна Квасова» призначають за 45-60 хвилин перед вживанням їжі та через 90 хвилин після їжі.

Киснева терапія: призначається за наявності рефлюкс-езофагіту прийом озонованого масла щоденно вранці та ввечері: в перші два дні- по одній чайній ложці за 30 хв. до їди, збільшуючи дозу до 1 столової ложки на прийом.

Одночасно призначають внутрішньовенно краплинно інфузії 200мл озонованого фізіологічного розчину (ОФР) через день, або курс гіпербаричної оксигенації тривалістю 45 хвилин щоденно при рівні тиску 0,2-1кгф/см² (апарат БЛКС-303 МК). Фізіологічний розчин барботується з концентрацією озону 2,0-4,0 мг/л.

Курс лікування 1-3 тижні

Пелоїдо- та бальнеотерапія: Застосування лікувальних **грязей** температурою 37-38° С на ділянку епігастрію та нижньої третини груднини впродовж 15-20 хв сприяє зниженню кислотності шлункового соку та поліпшенню моторики шлунка, що призводить до зниження внутрішньошлункового тиску та зменшення ймовірності виникнення рефлюксів. Грязелікування проводять через день, чергуючи його з ваннами (хвойними, морськими, мінеральними).

Апаратна фізіотерапія: Із методів фізіотерапії застосовують **синусоїдальні модульовані струми (СМС)**, які сприяють посиленню замикальної функції кардії, зниженню секреторної та нормалізації моторної функції шлунка. Процедури проводять в імпульсному режимі при поперечному розташуванні електродів на ділянку шлунка та ділянку нижньогрудного відділу хребта, модуляції від 25 до 50 %, частотою 100 Гц, I та IV рід роботи, по 3 хв кожний, 8-10 процедур на курс лікування.

Додатково: Для досягнення протизапального та анальгезуючого ефектів застосовують **електричне поле УВЧ** на ділянку проекції нижньої третини стравоходу у безперервному слабкотепловому режимі впливу, тривалість процедури 6-10 хв, через день, 8-10 процедур на курс лікування.

Термін санаторно-курортного лікування: 21-24 дні.

Показники якості лікування: зникнення клінічних та ендоскопічних проявів хвороби (повна ремісія) – болю, печії, інших диспепсичних явищ, болючості в епігастральній ділянці, поліпшення самопочуття, ознак запалення слизової оболонки стравоходу при ендоскопічному дослідженні.

Противоказання: Санаторно-курортне лікування не показано хворим з ускладненнями GERX.

Функціональна диспепсія

Шифр по МКХ-10: К 30

Класифікація диспепсії:

- виразкоподібна форма
- диспепсична форма
- змішана форма

Діагностика на санаторно-курортному етапі:

Діагностичні критерії для функціональної диспепсії (Римські критерії III, 2006 р.) повинні містити:

1. один або більше з наведених нижче критеріїв;

- неприємне постпрандіальне переповнення;
- швидке перенасичення;
- епігастральний біль;
- епігастральне печіння.

2. відсутність даних щодо органічної патології (в тому числі результатів верхньої ендоскопії), які б могли пояснити Генез скарг.

Критерії відповідають вимогам, якщо скарги «активні» протягом останніх 3 місяців з початком захворювання щонайменше 6 місяців.

- Основні клінічні критерії: загальні неврологічні прояви - безсоння, мігрені, роздратованість, поганий настрій та спеціальні (гастритичні), що залежить від варіанту диспепсії.

Виразкоподібний варіант характеризується періодичними болями в епігастральній ділянці помірної інтенсивності, як правило без іррадіації; біль виникає натще (голодні болі) або вночі (нічні болі), купується після прийому їжі та/чи антацидів.

Дисмоторний варіант супроводжується відчуттям раннього насичення, важкості, переповнення, здуття в епігастрії; відчуттям дискомфорту після їжі, нудотою, іноді блювотою.

При неспецифічному варіанті можуть бути наявні різні ознаки, які важко віднести до того чи іншого варіанту. Можливо сполучення різних варіантів в одного хворого.

Обов'язкові лабораторні дослідження:

- Загальний аналіз крові
- Загальний аналіз сечі
- Глюкоза крові та сечі
- Печінковий комплекс (загальний білірубін крові та його фракції, АсАТ, АлАТ, лужна фосфатаза, ГГТ)
- Копрограма
- Аналіз калу на дисбактеріоз
- Аналіз калу на приховану кров

Обов'язкові інструментальні дослідження:

- УЗД органів черевної порожнини і малого тазу
- Інтрагастральна рН-метрія

- Езофагогастродуоденоскопія (при необхідності - з біопсією з подальшим морфологічним дослідженням біоптатів) або рентгеноскопія шлунку
 - Індикація Н. pylori.
- Обов'язкова консультація:* гастроентеролога

Санаторно-курортне лікування

Санаторний режим: II – III

Кліматотерапія: загальна

Руховий режим: ранкова гігієнічна гімнастика, лікувальна фізкультура (групова).

Дієта: №2, № 5 (раціон № 1).

Мінеральна вода: при диспепсії з проявами секреторної недостатності шлунка призначається внутрішній прийом розведеної мінеральної води «Поляна Квасова» (50:50) кімнатної температури - 18-20° С, газована, по 200-250 мл на прийом, тричі в день за 20-30 хвилин до їжі, швидко, невеликими ковтками. В стадії нестійкої ремісії (субкомпенсації), при наявності проносів спочатку застосовується тепла, дегазована вода двічі на день, виключаючи ранковий прийом, по 100-150 мл через 40-60 хвилин після їжі, після нормалізації стільця та зникнення явищ загострення рекомендується звичайна схема використання мінеральних вод.

За умов диспепсії з проявами ацидизму застосовуються Поляна Квасова тепла, дегазована, по 200 мл тричі на день, за 1,5-1 години до прийому їжі.

Киснева терапія: Прийом натще озонованої дистильованої води щоденно по 150-200 мл 1-3 рази на день. Концентрація озону для барботажу води при виразковій хворобі поступово зменшується з 20,0 до 5,0 мг/л, Прийом води можна замінити на прийом озонованого масла щоденно вранці та ввечері: в перші два дні- по одній чайній ложці за 30 хв. до їди, збільшуючи дозу до 1 столової ложки на прийом.

Бальнеотерапія: лікувальні душі (циркулярний, Шарко) - 10-15 процедур на курс, через день; природні та штучні **ванни** - соляні, прісні або шавлієві, експозиція 10-15 хвилин, температура, 34-37° С, 8-10 на курс; віхрові ванни, тривалість 10-15 хвилин, температура, 34-37° С, 8-10 на курс; вібраційні ванни (частота механічних коливань від 10 до 200 Гц, температура 34-37° С, тривалість 8-15 хвилин); вуглекислі ванни, концентрація 0,8-1,0 г/л, експозиція 10-15 хвилин, температура, 35-33° С, 8-10 на курс.

Грязе- та теплолікування: грязьові аплікації на ділянку передньої черевної стінки і попереку (грязьовий пояс) або комірцеву ділянку, температура грязі 40-42° С, експозиція 20 хвилин, через день, 9-10 процедур на курс; аплікації озокериту або парафіну на ділянку передньої черевної стінки і попереку (грязьовий пояс), температура 45-50° С, експозиція 30-40 хвилин, через день, 9-10 процедур на курс.

Апаратна фізіотерапія:

- **лікувальний електрофорез** за Вермелем або Щербаком (1-2 % розчин сірчаноокислої магнезії, кальцію хлориду, новокаїну), 10-12 процедур на курс, через день;

- **ДМХ-терапія** на ділянку проекції шлунка, потужність 25 Вт, експозиція 10-15 хвилин, 10-15 процедур на курс, щоденно; дана процедура може бути використана при виразкоподібному варіанті диспепсії.

- **УЗ** послідовно на епігастральну ділянку та ділянку проекції наднирників – по 5 хвилин, потужність 0,2-0,4 Вт/см², режим імпульсний 10 мС, 10 процедур на курс, через день;

- **магнітотерапія** на надчеревну ділянку, синусоїдальне поле, режим безперервний, індукція 10 мТл, експозиція 20 хвилин, 10-12 процедур, через день;

- **солюкс** (інфрачервоне випромінювання) на ділянку шлунка, слабкотеплова доза, експозиція 20-30 хвилин. На курс лікування 10 процедур; щоденно або через день.

- **електросон**, 3-5 Гц, експозиція 30-40 хвилин, через день, 15-20 хвилин, через день, на курс 10 процедур;

- **КВЧ-терапія** на надчеревну ділянку або тім'яно-потилично ділянку, або на біологічно-активні точки, нетеплове дозування, 10-15 мВт/см², 10-12 процедур на курс, щоденно або через день;

- **лазеротерапія** на ділянку проекції шлунка, 12-палої кишки та сегментарно паравертебрально на D₆-D₁₀ (до 5 хвилин на зону, щільність потоку 20-25 мВт/см²) або біологічно активні точки (1-2 хвилини на точку, 8-10 точок за процедуру, щільність потоку 2 мВт/см²), 8-10 процедур на курс, щоденно або через день.

Термін санаторно-курортного лікування: 21-24 дні.

Показники якості лікування: зникнення диспепсичних явищ, болю, порушень апетиту, пальпаторної болісності в епігастральній області; відновлення функціонального стану гастродуоденальної системи, добре самопочуття.

Протипоказання: не існує.

Хронічний гастрит із нормальною та підвищеною секрецією

Шифр по МКХ – 10: К 29

Згідно Уніфікованої клініко-статистичної класифікації хвороб органів травлення (відомча інструкція, затверджена МОЗ України в 2004 р.) виділяють:

К 29.3 Хронічний неатрофічний гастрит

Наявність інвазії H. pylori: K1 – асоційований з H. pylori; K2 – не асоційований з H. pylori.

Фаза процесу: F1 – загострення; F 2 – ремісія.

Локалізація процесу: L1 – антральний відділ; L2 – фундальний відділ; L3 – всього; L4 – культия.

Кислотоутворююча функція шлунка: S1 – знижена; S2 – збережена; S3 – підвищена.

К 29.4 Хронічний атрофічний гастрит

Вид: B1 – аутоімунний; B2 – мультифокальний.

Наявність інвазії H. pylori: K1 – асоційований з H. pylori; K2 – неасоційований з H. pylori.

Фаза процесу: F1 – загострення; F2 – ремісія.

Локалізація процесу: L1 – антральний відділ; L2 – фундальний відділ; L3 – всього; L4 – культия.

Кислотоутворююча функція шлунка: S1 – знижена; S2 – збережена; S3 – підвищена.

Ускладнення: O1 – перніціозна анемія.

Морфологічні прояви: M1 – кишечна метаплазія; M2 – дисплазія епітелію.

Діагностика на санаторному етапі

• **Основні клінічні критерії:** тяжкість і дискомфорт у епігастральній ділянці після їжі, відрижки, зригування, нудота, неприємний присмак у роті з ранку, іноді печія, біль в епігастральній ділянці після їжі (особливо після прийому гострої, грубої, смаженої, копченої їжі), закрепи або проноси, метеоризм, бурчання і переливання в животі, астено-невротичні розлади.

Обов'язкові лабораторні дослідження:

- загальний аналіз крові,
- глюкоза крові та сечі,
- аналіз калу на приховану кров,
- загальний аналіз сечі,
- копрограма,
- печінковий комплекс (загальний білірубін та його фракції, тимолова проба, АлАТ, АсАТ, ЩФ).

Обов'язкові інструментальні дослідження:

- УЗД органів черевної порожнини і малого тазу
- Інтрагастральна рН-метрія
- Езофагогастроуденоскопія (при необхідності - з біопсією з подальшим морфологічним дослідженням біоптатів до та після лікування) або рентгеноскопія шлунку

- Індикація Н. рyлогі.

Додаткові інструментальні і лабораторні дослідження проводяться залежно від супутніх захворювань і тяжкості основного захворювання.

Консультації фахівців проводяться за призначенням.

Санаторно-курортне лікування

Основні терапевтичні ефекти, які очікуються – зменшення диспептичних явищ, поліпшення моторики шлунка, зменшення агресивності шлункового соку, зникнення астено-невротичного синдрому.

Дієта: 1, 1б або 5 (раціон №1).

Санаторний режим: II-III.

Кліматотерапія: загальна.

Руховий режим: ранкова гігієнічна гімнастика, групова лікувальна фізкультура.

Рекомендації щодо зміну стилю життя:

- встановити режим харчування,
- не вживати гостру, грубу, та жирну їжу,
- не їсти на ніч,
- уникати великих прийомів їжі,
- відмова від паління,
- боротьба з ожирінням,
- уникати прийому лікарських засобів, що ушкоджують слизову шлунка (НПЗЗ, кортикостероїди, дігосин, теофілін, резерпін, препарати заліза, калію).

Мінеральна вода: при хронічних гастритах з підвищеною секреторною функцією питна мінеральна вода «Поляна Квасова» є провідним лікувальним чинником у курортній терапії. Вона поліпшує або нормалізує секреторну, моторну та евакуаторну функції шлунка і біліарної системи, стимулює вихід панкреатичного соку, має протизапальну та імунокорегуючу дію на організм. Воду призначають у теплому вигляді (38°C) за 1-1,5 години перед уживанням їжі тричі на день. При виразному рівні кислотоутворення у шлунку мінеральну воду призначають додатково через 40-60 хв після вживання їжі (на висоті травлення) у кількості 100 мл на прийом.

Хворим з нормальною секреторною функцією шлунка мінеральну воду призначають за 40 хв перед уживанням їжі, температурою 30-38°C.

Киснева терапія: Прийом натще озонованої дистильованої води щоденно по 150-200 мл 1-3 рази на день. Концентрація озону для барботажу води при виразковій хворобі поступово зменшується з 20,0 до 5,0 мг/л, при гастриті з 10,0 до 3,0 мг/л. Якщо проводиться пиття мінеральної води, то вмісто дистилляту рекомендується прийом озонованого масла щоденно вранці та ввечері: в перші два дні- по одній чайній ложці за 30 хв. до їди, збільшуючи дозу до 1 столової ложки на прийом. Одночасно призначають внутрішньовенно краплинно інфузії 200мл озонованого фізіологічного розчину (ОФР) через день. Фізіологічний розчин барботується з концентрацією озону 2,0-4,0 мг/л. Курс лікування 3 тижні. Внутрішньовенне введення ОФР можна замінити на курс гіпербаричної оксигенації тривалістю 45 хвилин щоденно при рівні тиску 0,2-1кгф/см² (апарат

БЛКС-303 МК) 8-10 процедур, особливо при приєднанні виражених ерозивних ураженнях.

Пелеїдо- та бальнеотерапія: грязьові аплікації, гальваногрязь та різні види електрофорезу препаратів грязі сприяють зникненню больового синдрому, диспептичних явищ, а також поліпшують функцію біліарної та гастродуоденальної систем, чинять імунокорегуючу дію.

Аплікації лікувальної грязі завтовшки 3-4см накладають на під ложкову та пілородуоденальну ділянку і сегментарно ззаду, при супровідній патології печінки і жовчного міхура – на ділянку правого підребер'я, температура грязі 38-40°C, 8-10 процедур, через день.

При **гальваногрязелікуванні** грязьові коржикі завтовшки 3 см розташовують на ділянці епігастрію і сегментарно ззаду на ділянці спини. Поверх коржика накладають електроди (позитивний електрод – на ділянку епігастрію). Температура грязі 38°C, щільність струму 0,03 мА/см², тривалість впливу 20 хв, через день, на курс 12-15 процедур.

Електрофорез пелоїдіна чи пелоїдодистиллята на епігастральну ділянку проводять за поперечною методикою при щільності струму 0,05 мА/см² щоденно, тривалість впливу 20 хв, з обох полюсів, 15-20 процедур на курс лікування.

Апаратна фізіотерапія: у фазі затухаючого загострення захворювання з усіх преформованих фізичних чинників віддається перевага **електросну**. Процедури проводять за допомогою апарата „Електросон-3”. Розташування електродів повинно бути очно-завушним або завушно-лобним. Частота імпульсів 3-5 Гц, тривалість процедури 6-10 хв, на далі від 20 до 40 хв, двічі-тричі на тиждень, 8-10 процедур на курс лікування.

Застосовують **синусоїдальні модульовані струми (СМС)**, що володіють анальгезуючим, протизапальним та трофічним ефектами. Застосовують апарат „Ампліпульс-4”, змінний режим роботи, при цьому один електрод площиною 10х30 см² розташовують в епігастральній ділянці, інший – 20х10 см² – на ділянці спини на рівні D₇-D₈, глибина модуляції 25-100%, частота модуляцій 100 Гц, I і IV рід роботи по 3 хв кожен, тривалість процедури 6-8 хв, через день, на курс 8-12 процедур.

Магнітотерапія надає трофічної та протизапальної дії, поліпшує кровообіг. Циліндричні індуктори встановлюють контактено, поперек, один попереду на епігастральну ділянку, другий – позаду в межах сегментів D₇-D₁₁, величина магнітної індукції 27 мТл, 10-15 хв, через день, на курс 10-12 процедур.

Застосовують **хвилі дециметрового діапазону (ДМХ)**, які надають спазмолітичного ефекту, поліпшують функціональний стан шлунка. Процедури проводять від апарату „Ранет”. Опромінював розташовують на ділянку проекції шлунка при зазорі 3-4 см, дозування впливу 25 або 40 Вт, тривалість впливу 6-12 хв, на курс 10-12 процедур, через день.

Застосовують **лазерну терапію** через низькоенергетичний гелій – чи арсенід-неоновий лазер на паравертебральні зони сегментів D₄-D₉ ліворуч та праворуч і на шкіру черевної стінки над проекцією шлунка, тривалість 15-20 хв, процедури проводять щоденно чи через день, на курс 10-12 процедур.

З методів лікарняного електрофорезу застосовують 2-5% розчин новокаїну, 0,1% розчин атропіну, 0,2% розчин платифіліну гідротартрату тощо, за поперечною методикою, щільність струму 0,05-0,08 мА/см², тривалість впливу до 20 хв, через день на курс 8-12 процедур.

Показники якості лікування: зникнення клінічних ознак захворювання, а саме тяжкості і дискомфорту у епігастральній ділянці, відрижки, зригування, нудоти, неприємного присмаку у роті, болю в епігастральній ділянці після їжі, явищ кишкової диспепсії, астено-невротичного синдрому; зникнення лабораторних та інструментальних ознак захворювання (ознак запалення оболонки стравоходу та шлунка).

Термін санаторно-курортного лікування: 21-24 дні.

Противоказання: санаторно-курортне лікування не показано хворим у фазі загострення хронічного гастриту.

Виразка шлунка і дванадцятипалої кишки в стадії ремісії та нестійкої ремісії

Шифр по МКХ – 10:

К 25 – виразка шлунка

К 26 – виразка дванадцятипалої кишки

К 27 – пептична виразка неуточненої локалізації

К 28 – гастроєюнальна виразка.

Клінічна класифікація виразкової хвороби (В.Г. Передерій, 1998)

- Локалізація пептичної виразки:
 - виразка шлунка,
 - виразка 12-палої кишки (цибулини, постбульбарна),
 - поєднання виразки шлунка і 12-палої кишки,
 - гастроєюнальна виразка (виразка анастомозу).
- Етіологія:
 - Нр-позитивна виразка,
 - Нр-негативна виразка,
 - медикаментозна,
 - стресова,
 - при ендокринологічних хворобах (синдром Золлінгера-Еллісона, гіперпаратиреоз),
 - при хворобі Крона, лімфоми або саркоїдозі,
 - при захворюваннях внутрішніх органів (серцева недостатність, цироз печінки, ХНЗЛ),
 - ідіопатична,
 - змішана (Нр + інший установлений етіологічний чинник).
- Стадія виразкового процесу:
 - активна (гостра, свіжа),
 - що рубцюється,

- стадія рубця,
- тривало нерубцююча.
- Супутні морфофункціональні зміни:
 - локалізація й активність гастриту і дуоденіту,
 - наявність і ступінь виразності атрофії слизової оболонки,
 - наявність кишкової метаплазії,
 - наявність ерозії, поліпів,
 - наявність гастроєзофагеального або дуоденогастрального рефлюксів,
 - характеристика секреторної і моторної функцій.
- Ускладнення (кровотеча, перфорація, пенетрація, стеноз, малігнізація).

Діагностика на санаторному етапі

• *Основні клінічні критерії:* печія, відриг кислим, підвищена стомлюваність, емоційна лабільність, порушення апетиту, зниження ваги тіла, пальпаторна болісність в епігастральній ділянці.

Обов'язкові лабораторні дослідження:

- загальний аналіз крові,
- аналіз калу на приховану кров,
- загальний аналіз сечі,
- глюкоза крові та сечі,
- копрограма
- печінковий комплекс (загальний білірубін та його фракції, тимолова проба, АлАТ, АсАТ, ЩФ),
- залізо сироватки крові.

Обов'язкові інструментальні дослідження:

- електрокардіографія,
- УЗД органів черевної порожнини,
- езофагогастродуоденофіброскопія з біопсією та подальшим морфологічним дослідженням біоптатів (при необхідності до і після лікування),
- інтрагастральна рН-метрія (при необхідності дворазово),
- індикація Н. рулогі (при необхідності до та після лікування),
- рентгенологічне дослідження шлунка та дванадцятипалої кишки (при необхідності).

Додаткові інструментальні і лабораторні дослідження проводяться залежно від супутніх захворювань і тяжкості основного захворювання.

Консультації фахівців проводяться за призначенням.

Санаторне-курортне лікування

Основні терапевтичні ефекти, які очікуються - зникнення диспепсичних явищ, поліпшення моторики шлунка та дванадцятипалої кишки, зменшення агресивності шлункового соку, поліпшення самопочуття.

Дієта: №1а, 1б, 1в, та 1 послідовно, їжа повинна бути дрібною, механічно та хімічно щадної щодо шлунка та дванадцятипалої кишки з обмеженням вуглеводів та відносним збільшенням білків.

Санаторний режим: II – III.

Кліматотерапія: загальна.

Руховий режим: ранкова гігієнічна гімнастика, лікувальна фізкультура (групова).

Рекомендації по зміні стилю життя:

- припинити паління,
- встановити режим харчування,
- обмежити прийом кави,
- не вживати гостру, грубу та жирну їжу,
- не приймати лікарських засобів, що ушкоджують слизову

гастроудоденальної зони, а саме:

1. НПЗЗ (аспирин, індометацин і ін.);
2. кортикостероїди;
3. антибактеріальні засоби;
4. дігосин;
5. теофілін;
6. резерпін;
7. препарати заліза, калію.

Мінеральна вода: призначається з метою зниження та поліпшення моторно-евакуаторної функції шлунка, стимуляції репаративних і трофічних процесів, підвищення імунологічної реактивності організму та нормалізації функціонального стану інших органів травлення, які неминуче залучаються до патологічного процесу при зазначеному захворюванні. Мінеральна вода призначається виходячи із стану кислотоутворюючої функції шлунка. При підвищеній кислотності застосовують воду «Поляна Квасова» за 1 годину перед вживанням їжі у теплому вигляді по 150-200 мл, тричі на день. При нормальній кислотності призначають за 40 хв перед уживанням їжі.

Киснева терапія: Рекомендується прийом озонованого масла щоденно вранці та ввечері: в перші два дні- по одній чайній ложці за 30 хв. до їди, збільшуючи дозу до 1 столової ложки на прийом. Одночасно призначають внутрішньовенно краплинно інфузії 200мл озонованого фізіологічного розчину (ОФР) через день. Фізіологічний розчин барботується з концентрацією озону 2,0-4,0 мг/л. Курс лікування 3 тижні.

Внутрішньовенне введення ОФР можна замінити на курс гіпербаричної оксигенації тривалістю 45 хвилин щоденно при рівні тиску 0,2-1кгф/см² (апарат БЛКС-303 МК) 10 процедур.

Пелоїдо- та бальнеотерапія: грязелікування є одним з найбільш ефективних курортних чинників у фазі стійкої та нестійкої ремісії, загасаючого загострення. **Грязьові коржики** накладаються на епігастральну ділянку і сегментарно ззаду впродовж 15-20 хв при температурі грязі 37-38°С, через день, чергуючи з **ваннами** (радоновими, хвойними, вуглекислими, морськими, мінеральними). На курс 10-12 процедур.

Електрофорез пелоїдину чи пелоїдодистиляту на епігастральну ділянку проводять за поперечною методикою при щільності струму 0,05 мА/см² щоденно, тривалість впливу 20 хв, з обох полюсів, 15-20 процедур на курс лікування.

Апаратна фізіотерапія: у фазі затухаючого загострення виразкової хвороби з усіх преформованих фізичних чинників віддається перевага **електросну**. Процедури проводять за допомогою апарата «Електросон-3». Розташування електродів повинно бути очно-завушним або завушно-лобним. Частота імпульсів 3-5 Гц, тривалість процедури 6-10 хв, надалі – від 20 до 40 хв, двічі – тричі на тиждень, 8-10 процедур на курс лікування.

Застосовують **синусоїдальні модульовані струми (СМС)**, що володіють анальгезуючим, протизапальним та трофічними ефектами. Застосовують апарат «Ампліпульс-4», змінний режим роботи, при цьому один електрод площиною 10х30 см² розташовують в епігастральній ділянці, інший – 20х10 см² на ділянці спини на рівні Th_{VI}-Th_{VIII}, глибина модуляції 25-100%, частота модуляції 100 Гц, I та IV рід роботи по 3 хв кожен, тривалість процедури 6-8 хв, через день, на курс 8-12 процедур.

Магнітотерапія поліпшує кровообіг, володіє трофічним та протизапальним ефектами. Положення хворого – сидячи. Циліндричні індуктори встановлюють контактено, поперек, один попереду на епігастральну ділянку, другий – позаду в межах сегментів T₇-T₁₁, величина магнітної індукції 27 мТ, 10-15 хв, через день, на курс 10-12 процедур.

Застосовують **лазерну терапію** через низькоенергетичний гелій- чи арсенід-неоновий лазер на паравертебральні зони сегментів D₄-D₉ ліворуч та праворуч і на шкіру черевної стінки над проекцію шлунка та дванадцятипалої кишки, тривалість 15-20 хв, процедури проводять щоденно чи через день, на курс 10-12 процедур.

З методів **лікарняного електрофорезу** застосовують 2-5 % розчин новокаїну, 0,2 % розчин платифіліну гідротартрату тощо, за поперечною методикою, щільність струму 0,05-0,08 мА/см², тривалість впливу до 20 хв, через день, на курс 8-12 процедур.

Термін санаторно-курортного лікування: 21-24 днів.

Показники якості лікування: зникнення клінічних, лабораторних та інструментальних ознак захворювання – болю, печії, інших диспепсичних явищ, болючості в епігастральній ділянці, поліпшення самопочуття, ознак запалення оболонки стравоходу та дванадцятипалої кишки при ендоскопічному дослідженні.

Протипоказання: санаторно-курортне лікування не показано хворим у фазі загострення виразкової хвороби.

Хронічний гастрит із секреторною недостатністю (гастрит типу А, атрофічний)

Шифр по МКХ-10: К 29

Згідно Уніфікованої клініко-статистичної класифікації хвороб органів травлення (відомча інструкція, затверджена МОЗ України в 2004 р.) виділяють:

К 29.3 Хронічний неатрофічний гастрит

Наявність інвазії H. pylori: К1 – асоційований з H. pylori; К2 – не асоційований з H. pylori.

Фаза процесу: F1 – загострення; F 2 – ремісія.

Локалізація процесу: L1 – антральний відділ; L2 – фундальний відділ; L3 – всього; L4 – культия.

Кислотоутворююча функція шлунка: S1 – знижена; S2 – збережена; S3 – підвищена.

К 29.4 Хронічний атрофічний гастрит

Вид: В1 – аутоімунний; В2 – мультифокальний.

Наявність інвазії H. pylori: К1 – асоційований з H. pylori; К2 – неасоційований з H. pylori.

Фаза процесу: F1 – загострення; F2 – ремісія.

Локалізація процесу: L1 – антральний відділ; L2 – фундальний відділ; L3 – всього; L4 – культия.

Кислотоутворююча функція шлунка: S1 – знижена; S2 – збережена; S3 – підвищена.

Ускладнення: О1 – перніціозна анемія.

Морфологічні прояви: М1 – кишечна метаплазія; М2 – дисплазія епітелію.

Діагностика на санаторному етапі

- Основні клінічні критерії: нудота, відчуття важкості та переповнення у надчеревній ділянці, нестійкий стілець, його послаблення, здуття живота.

Обов'язкові лабораторні дослідження

- Загальний аналіз крові
- Цукор крові та сечі
- Загальний аналіз сечі
- Печінковий комплекс (загальний білірубін та його фракції, тимолова проба, АсАТ, АлАТ, ЩФ, ГГТП, загальний білок та білкові фракції)
- Амілаза крові
- Копрограма

Обов'язкові інструментальні дослідження

- УЗД органів черевної порожнини,
- езофагогастродуоденоскопія (при необхідності з біопсією та подальшим морфологічним дослідженням біоптатів слизової оболонки до та після лікування),
- індикація H. pylori (при необхідності до та після лікування),

- рН-метрія (при необхідності дворазово).

Додаткові інструментальні і лабораторні дослідження проводяться залежно від супутніх захворювань і тяжкості основного захворювання.

Консультації фахівців проводяться за призначенням.

Санаторно-курортне лікування

Основні терапевтичні ефекти, які очікуються – відновлення функціонального стану гастродуоденальної системи, стимуляція кислотоутворюючої та секреторної функції шлунку.

Дієта: 2, 15

Санаторний режим: II – III

Кліматотерапія: загальна

Руховий режим: ранкова гігієнічна гімнастика, лікувальна фізкультура (групова)

Мінеральна вода: Воду слід пити повільно, невеликими ковтками, починаючи з 50-100 мл 1-2 рази на день, збільшуючи за умов доброї переносності до 150-200 мл 3 рази на день за 20-30 хв до їжі.

При загостренні (стадія декомпенсації чи субкомпенсації) з вираженим больовим синдромом, діареєю вода призначається у теплого виду, 2 рази на день, виключаючи ранковий прийом води. Після зникнення болю, нормалізації стільця воду призначають 3 рази на день кімнатної температури.

У період компенсації воду п'ють прохолодну (18-20° С), газовану, бистрими ковтками. Курс лікування 21-24 дні.

Киснева терапія: курс гіпербаричної оксигенації тривалістю 45 хвилин щоденно при рівні тиску 0,2-1кгф/см² (апарат БЛКС-303 МК) 10 процедур.

Бальнеотерапія: перлинні, хвойні, кисневі **ванни**, циркулярний душ, душ Шарко

Апаратна фізіотерапія: Застосовують **гальванізацію** епігастральної ділянки за поперечною методикою: попереду, на ділянку епігастрія розташовують негативний електрод, анод розташовують на спині на ділянці нижньогрудинного відділу хребта. Сила струму 10-15 мА, щільність струму 0,06 мА/см², експозиція 10-15 хв, через день, на курс 10-12 процедур.

Кислотостимулюючим, секретостимулюючим та трофічним ефектами володіють **сінусоїдальні модульовані струми** (СМС). Застосовують апарат "Ампліпульс 4". Локалізація електродів - епігастральна ділянка та ділянка нижньогрудинного відділу хребта, III та II роди робіт по 3 хв кожний, частоту модуляції 100 Гц, глибину модуляції 25-100 %. Тривалість імпульсу 5 сек. Через день, 10-12 процедур на курс лікування.

Термін санаторно-курортного лікування: 21-24 дні.

Показники якості лікування: зникнення диспепсичних явищ, болісності у епігастральній ділянці, поліпшення самопочуття, ознак запалення слизової оболонки шлунку та ДПК при ендоскопічному дослідженні, часткова чи повна нормалізація кислотоутворюючої та секреторної функції шлунку.

Протипоказання: Санаторно-курортне лікування не показано хворим із загостренням патологічного процесу. При наявності поліпоза шлунка застосування пелоїдо- те фізіотерапії не показано.

Дисфункціональні розлади біліарного тракту

Шифр по МКХ-10: К 82.8, К 83.4

Класифікація дисфункціональних розладів біліарного тракту (Римські критерії III, 2006 р):

1. Дисфункція жовчного міхура
2. Дисфункція сфінктера Одді:
 - дисфункція сфінктера Одді біліарного типу
 - дисфункція сфінктера Одді панкреатичного типу

Діагностика на санаторному етапі

Діагностичні критерії дисфункцій жовчного міхура (ЖМ) та сфінктера Одді (СО):

Повинні включати епізоди болю в надчеревній ділянці й/або правому верхньому квадранті живота й відповідати такому:

1. Епізоди тривають 30 хвилин і більш;
2. Поточні ознаки, що спостерігаються в різних інтервалах (не щодня);
3. Біль зростає до постійного рівня;
4. Біль помірний, але достатній, аби вплинути на діяльність пацієнта чи спричинити звернення до закладів «Швидкої медичної допомоги»;
5. Біль, що не зменшується після дефекації;
6. Біль, що не зменшується в разі змін положення тіла;
7. Біль, що не зменшується після приймання протисекреторних засобів;
8. Заперечення іншої причини, котра б пояснювала б симптоми.

Додаткові критерії

Біль може супроводжуватись 1 або кількома ознаками. А саме:

1. Біль, пов'язаний з нудотою і блюванням.
2. Біль ірадирує в спину й/або праву підлопаткову ділянку
3. Біль будить серед сну, вночі.

Діагностичні критерії дисфункції ЖМ

1. Критерії дисфункцій ЖМ та СО;
2. Наявність ЖМ;
3. Нормальні показники ферментів печінки, кон'югованого білірубину і амілази/ліпази.

Діагностичні критерії біліарного типу дисфункцій СО:

Повинні містити **обидва** з нижченаведених:

1. Критерії дисфункцій ЖМ та СО;
2. Нормальні рівні амілази/ліпази.

Додаткові критерії: підвищення рівня трансаміназ сироватки крові, основної фосфатази або кон'югованого білірубину, тимчасово пов'язане принаймні з двома епізодами болю.

Діагностичні критерії панкреатичного типу дисфункцій СО:

Повинні включати **обидва** з нижченаведених:

1. Ознаки дисфункцій ЖМ та СО;
2. Підвищення рівнів амілази/ліпази.

- Основні клінічні критерії: при гіперкінетичних розладах: короткочасні, гострі болі у правому підребер'ї нападоподібного характеру без ірадіації або з ірадіацією під лопатку, у ділянку серця, іноді в ліву половину живота (при залученні протокової системи підшлункової залози); при гіпокінетичних розладах: болі тупого, ниючого характеру, відчуття тиску, розпирання; загальними для різних форм дисфункцій є поганий апетит, відриг, нудота, здуття живота, гіркота у роті, нестійки випорожнення.

- *Обов'язкові лабораторні дослідження*

- Загальний аналіз крові
- Загальний аналіз сечі
- Печінковий комплекс (загальний білірубін та його фракції, АсАТ, АлАТ, ЩФ, ГГТП, загальний білок та білкові фракції, холестерин крові)

- Амілаза крові
- Цукор крові
- Бактеріологічне, цитологічне та біохімічне дослідження дуоденального вмісту

- Копрограма

- *Обов'язкові інструментальні дослідження*

- УЗД органів черевної порожнини (при необхідності динамічна сонографія з використанням навантаження),

- Дуоденальне зондування

Додаткові інструментальні і лабораторні дослідження

Проводяться залежно від діагнозу, що припущується

Консультації фахівців проводяться за призначенням.

Санаторно-курортне лікування

Основні терапевтичні ефекти, які очікуються - нормалізація функціонального стану жовчного міхура та сфінктерного апарату біліарної системи, поліпшення фізико-хімічних властивостей жовчі. Зважаючи на це, *дієта* хворих на дискінезію жовчного міхура та жовчовивідних шляхів повинна бути дрібною, з обмеженням тваринних жирів та відносним збільшенням жирів рослинного походження, білків рослинного та тваринного походження (*дієта № 5п*).

Санаторний режим: II – III

Кліматотерапія: загальна

Руховий режим: ранкова гігієнічна гімнастика, лікувальна фізкультура (групова)

Мінеральна вода: Внутрішнє вживання води посилює жовчоутворення та жовчовиділення, результатом чого є поліпшення фізико-хімічних властивостей жовчі, зменшується її в'язкість, поліпшується відтік жовчі. Поряд з цим відбувається нормалізація функціонального стану жовчного міхура та сфінктерів біліарного тракту. Ці зміни поліпшують функціональний стан печінки, підшлункової залози, кишковика, сприяють поліпшенню місцевого та загального імунітету. Мінеральні води призначаються з врахуванням типу дискінетичних порушень. Так, за умов гіперкінетичних розладів рекомендовані вода у гарячому виді

температури 40-45°C. Час прийому води - за 30-90 хв до їжі залежно від стану кислотоутворюючої функції шлунка, 3 рази на день, по 200 мл.

При гіпокінетичних розладах більш показана вода у холодному виді.

Для посилення жовчовиділення 1-2 рази на тиждень рекомендовано внутрішній дренаж без зонду (беззондові тубажи).

Киснева терапія: ОФР через день з поступовим підвищенням концентрації озону для барботажу від 2,0 до 12,0 мг/л., 10 процедур на курс лікування. Внутрішньовенні інфузії чергують з ректальними інсуфляціями ОКС з концентрацією озону від 10,0 до 30,0 мг/л в об'ємі від 150 до 700 мл. На курс 7-10 процедур через день.

Пелоїдо- та бальнеотерапія: Грязелікування є одним з найбільш ефективних курортних чинників у фазі стійкої та нестійкої ремісії, загасаючого загострення, що засновано на їх протизапальному, антиспастичному, трофічному ефектах. **Грязьові аплікації** застосовують на ділянку правого підребер'я та сегментарно позаду продовж 15-20 хв при температурі грязі 40-42-44°C, через день. На курс 10-12 процедур. При супутніх захворюваннях гастроуденальної системи (гастрит, дуоденіт, виразкова хвороба) грязьові аплікації можна накладати із захватом епігастральної ділянки.

Значно легше переносяться методи мітігованого грязелікування (гальваногрязь, електрофорез препаратів грязі).

Апаратна фізіотерапія: Із методів фізіотерапії застосовують **ультразвук**. За умов гіпертонічних розладів використовують ультразвук високої інтенсивності на ділянку жовчного міхура 0,8-1 Вт/см². При наявності гіпокінетичних розладів показана дія ультразвуком низької інтенсивності - 0,2 Вт/см².

Синусоїдальні модульовані струми (СМС) володіють анальгезуючим, протизапальним та трофічним ефектами. За умов гіпокінетичних розладів застосовують апарати серії "Ампліпульс", змінний режим роботи, при поперечному розташуванні електродів на ділянку правого підребер'я, II та III роди робіт, по 3 хв кожний, глибина модуляції от 25 до 100%, частотою 100 -50 Гц, 8-10 процедур на курс лікування.

Для досягнення протизапального, антиспастичного та анальгезуючого ефектів застосовують **електричне поле УВЧ** на ділянку правого підребер'я. УВЧ-терапію проводять за поперечною методикою. Положення хворого - сидячи. На апараті «УВЧ-30», «УВЧ-66» вибирають конденсаторні диски №3, які встановлюють попереду на ділянку правого підребер'я та позаду в межах сегментів D₆-D₁₂, зазор по 2 см, інтенсивність впливу - з почуттям легкого тепла, потужність - 15-20 Вт, експозиція 10 хв, 8-10 процедур на курс.

Магнітотерапія. Положення хворого - сидячи. Циліндричні індуктори встановлюють контактено, поперек, один попереду на ділянку печінки, другий - позаду в межах сегментів D₇-D₁₁, величина магнітної індукції 27 мТл, 10-15 хв, через день, на курс 10-12 процедур.

З методів **лікарняного електрофорезу** застосовують електрофорез магнію (10% розчин сірчаної кислоти магnezії), 2% розчин папаверину гідрохлориду за поперечною методикою, щільність струму 0,05-0,08 мА/см², тривалість впливу до 20 хв, через день, на курс 8-12 процедур, які надають жовчогінної та спазмолітичної дії.

Задля відновлення регулюючого впливу ЦНС та вегетативної нервової системи при дисфункціональних розладах біліарного тракту можна застосовувати **гальванічний комір на коміркову зону** (через день, на курс 10-12 процедур). Також позитивного ефекту надає лікарняний електрофорез хлористого кальцію, розчину броду на коміркову зону, на курс 7-10 процедур.

Термін санаторно-курортного лікування: 21-24 дні.

Показники якості лікування: зникнення клінічних, лабораторних та інструментальних ознак захворювання (повна ремісія) - болу, нудоти, відриту, гіркоти у роті, болочості у ділянці печінки та жовчного міхура, поліпшення фізико-хімічних властивостей жовчі.

Протипоказання: не існує

Хронічний некалькульозний холецистит

Шифр по МКХ-10: К 81

Хронічний холецистит - К 81.1

Інші форми холециститу – К 81.8

Холецистит неуточнений – К 81.9

Згідно Уніфікованої клініко-статистичної класифікації хвороб органів травлення (відомча інструкція, затверджена МОЗ України в 2004 р.) пропонується наступна класифікація:

К 81.1 Хронічний холецистит

Фаза процесу: F1 - загострення; F2 - ремісія.

Тип дискінезії: Q1 - гіпотонічна; Q2 - гіпертонічна.

Діагностика на санаторному етапі

- Основні клінічні критерії: болі у правому підребер'ї, під лопаткою, у ділянці серця, нудота, відриг, гіркота у роті
-

Обов'язкові лабораторні дослідження

- Загальний аналіз крові
- Загальний аналіз сечі
- Печінковий комплекс (білірубін та його фракції, АсАТ, АлАТ, ЩФ, ГГТП, загальний білок та білкові фракції, холестерин крові)
- Амілаза крові
- Цукор крові
- С-реактивний білок
- Копрограма (при необхідності дворазово)
- Бактеріологічне, цитологічне та біохімічне дослідження дуоденального вмісту (при необхідності дворазово)

Обов'язкові інструментальні дослідження

- УЗД органів черевної порожнини

- Дуоденальне зондування (при необхідності до і після лікування)

Додаткові інструментальні і лабораторні дослідження проводяться залежно від діагнозу, що припущується (рентгенологічне дослідження грудної клітки, езофагогастродуоденоскопія).

Консультації фахівців проводяться за призначенням.

Санаторно-курортне лікування

Основні терапевтичні ефекти, які очікуються – нормалізація функціонального стану сфінктерного апарату біліарної системи, печінки, підшлункової залози, кишечника (запобігання проникненню інфекції з кишечника у жовчний міхур), зменшення запального процесу у жовчному міхурі та жовчовивідних шляхах, поліпшення фізико-хімічних властивостей жовчі.

Зважаючи на це, *дієта* хворих на хронічний безкам'яний холецистит повинна бути дрібною, з обмеженням тваринних жирів та відносним збільшенням жирів рослинного походження, білків рослинного та тваринного походження (*дієта № 5n*).

Санаторний режим: II – III

Кліматотерапія: загальна

Руховий режим: ранкова гігієнічна гімнастика, лікувальна фізкультура (групова)

Мінеральна вода: Внутрішнє вживання води посилює жовчоутворення та жовчовиділення, результатом чого є поліпшення фізико-хімічних властивостей жовчі, зменшується її в'язкість, поліпшується відтік жовчі, а поряд з цим відбувається усунення продуктів запалення – лейкоцитів, слизу, зменшується вміст продуктів перекісного окислення ліпідів у жовчі та дуоденальному вмісті. Ці зміни поліпшують функціональний стан печінки, підшлункової залози, кишечника, сприяють поліпшенню місцевого та загального імунітету. Вода приймається теплою, дегазованою, 3 рази на день, по 250-300 мл на прийом за 40 хв. до прийому їжі, температура води 38-40 °С.

При супутній дискінезії біліарного тракту за гіпертонічно-гіперкінетичним типом рекомендовані вода розведена 50:50.

При супутній дискінезії біліарного тракту за гіпотонічно-гіпокінетичним типом більш показана вода прохолодна, не розведена.

Для посилення жовчовиділення 1-2 рази на тиждень рекомендовано внутрішній дренаж без зонду (беззондові тюбажи).

Киснева терапія: ОФР через день з поступовим підвищенням концентрації озону для барботажу від 2,0 до 12,0 мг/л., 10 процедур на курс лікування. Внутрішньовенні інфузії чергують з ректальними інсуфляціями ОКС з концентрацією озону від 10,0 до 30,0 мг/л в об'ємі від 150 до 700 мл. На курс 7-10 процедур через день.

Пелоїдо- та бальнеотерапія: Грязелікування є одним з найбільш ефективних курортних чинників у фазі стійкої та нестійкої ремісії, загасаючого загострення. **Грязьові аплікації** застосовують на ділянку правого підребер'я та сегментарно позаду впродовж 15-20 хв при температурі грязі 40-42-44°С, через день, чергуючи його з ваннами (радоновими, хвойними, вуглекислими, морськими, мінеральними). На курс 10-12 процедур. При супутніх

захворюваннях гастродуоденальної системи (гастрит, дуоденіт, виразкова хвороба) грязьові аплікації можна накладати із захватом епігастральної ділянки.

У фазі ремісії захворювання застосовують **аплікації озокериту** на праве підребер'я ($t=50-52^{\circ}\text{C}$).

Значно легше переносяться методи мітигованого грязелікування (гальваногрязь, електрофорез препаратів грязі).

Апаратна фізіотерапія: Із методів фізіотерапії застосовують **синусоїдальні модульовані струми (СМС)**, що володіють анагезуючим, протизапальним та трофічним ефектами. Застосовують апарат "Ампліпульс 4", змінний режим роботи, при поперечному розташуванні електродів на ділянку правого підребер'я, II та III роди робіт, по 3 хв кожний, глибина модуляції от 25 до 100%, частотою 100 - 50 Гц, 8-10 процедур на курс лікування.

Для досягнення протизапального та анагезуючого ефектів застосовують **електричне поле УВЧ** на ділянку правого підребер'я. УВЧ- терапію проводять за поперечною методикою. Положення хворого – сидячи. На апараті «УВЧ-30», «УВЧ-66» вибирають конденсаторні диски №3, які встановлюють попереду на ділянку правого підребер'я та позаду в межах сегментів Т6-Т12, зазор по 2 см. Потужність – 15-20 Вт. Експозиція 10 хв, 8-10 процедур на курс.

Магнітотерапія. Положення хворого – сидячи. Циліндричні індуктори встановлюють контактено, поперек, один попереду на ділянку печінки, другий - позаду в межах сегментів D7-D11, величина магнітної індукції 27 мТ, 10-15 хв, через день, на курс 10-12 процедур.

З методів **лікарняного електрофорезу** застосовують електрофорез магнію (10% розчин сіркокислої магnezії), 2% розчин папаверину гідрохлориду за поперечною методикою, щільність струму 0,05-0,08 мА/см², тривалість впливу до 20 хв, через день, на курс 8-12 процедур, які надають жовчогінної та спазмолітичної дії.

Термін санаторно-курортного лікування: 21-24 дні.

Показники якості лікування: зникнення клінічних, лабораторних та інструментальних ознак захворювання (повна ремісія) – болі, нудоти, відригу, гіркоти у роті, болючості у ділянці печінки та жовчного міхура, запального процесу у жовчному міхурі та жовчовивідних шляхах, поліпшення функціонального стану печінки та фізико-хімічних властивостей жовчі.

Протипоказання: Санаторно-курортне лікування не показано хворим при частих загостренні патологічного процесу, підвищенні температури тіла, ШОЕ, з явищами жовтяниці.

Жовчнокам'яна хвороба

Шифр по МКХ-10: К 80

Згідно Уніфікованої клініко-статистичної класифікації хвороб органів травлення (відомча інструкція, затверджена МОЗ України в 2004 р.) пропонується наступна класифікація:

К 80 Жовчнокам'яна хвороба

К 80.0 Каміні жовчного міхура з гострим холециститом.

Морфологічна форма: М1 – катаральна; М2 – флегмонозна; М3 – гангренозна; М4 – гангренозно-перфоративна.

Ускладнення: О1 – емпієма жовчного міхура; О2 – водянка жовчного міхура; О3 – біліарний абсцес; О4 – холангіт; О5 – перитоніт; О6 – біліарно-кишкова норія; О7 – механічна жовтяниця; О8 – гепатит.

К 80.1 Камінь жовчного міхура з іншим холециститом

Фаза процесу: F1 – загострення; F2 – ремісія.

Клінічні прояви: Q1 – гіпотонічна; Q2 – гіпертонічна.

Ускладнення: О1 – відключений жовчний міхур; О2 – хронічна емпієма жовчного міхура; О3 – водянка жовчного міхура; О4 – пролежень жовчного міхура; О5 – передміхуровий абсцес.

К 80.3 Камінь жовчної протоки з холангітом

Ускладнення: О1 – механічна жовтяниця; О2 – переміжна жовтяниця; О3 – холангіт; О4 – абсцес печінки.

К 80.4 Холедохокалькульоз з холециститом

Вид: В1 – калькульозний; В2 – безкам'яний.

Ускладнення: О1 – механічна жовтяниця; О2 – переміжна жовтяниця; О3 – холангіт; О4 – абсцес печінки; О5 – холецисто-холедохоальна фістула.

Діагностика на санаторному етапі

- Основні клінічні критерії: важкість або біль у правому та лівому підребер'ї, епігастрії, нудота, відриг, гіркота у роті

Обов'язкові лабораторні дослідження

Загальний аналіз крові

Загальний аналіз сечі

- Цукор крові
- С-реактивний білок
- Печінковий комплекс (загальний білірубін та його фракції, АсАТ, АлАТ, ЩФ, ГГТП, холестерин, загальний білок та білкові фракції, тимолова проба; при необхідності дворазово)

- Амілаза крові

- Копрограма

Обов'язкові інструментальні дослідження

- УЗД органів черевної порожнини

- Езофагогастродуоденоскопія

- рН-метрія (при необхідності).

Додаткові інструментальні і лабораторні дослідження проводяться залежно від супутніх захворювань і тяжкості основного захворювання.

Консультації фахівців проводяться за призначенням.

Санаторно-курортне лікування

Основні терапевтичні ефекти, які очікуються – нормалізація функціонального стану сфінктерного апарату біліарної системи, печінки, підшлункової залози, гастродуоденальної системи, кишечника, зменшення запального процесу у жовчовивідних шляхах, зменшення літогенних властивостей жовчі, поліпшення відтоку жовчі.

Зважаючи на це, *дієта* хворих на жовчнокам'яну хворобу повинна бути дрібною, з обмеженням тваринних жирів та відносним збільшенням жирів рослинного походження, білків рослинного та тваринного походження (*дієта № 5, раціон №1*), виключенням продуктів, що сприяють активному жовчовиділенню.

Санаторний режим: II – III

Кліматотерапія: загальна

Руховий режим: ранкова гігієнічна гімнастика, лікувальна фізкультура (групова)

Мінеральна вода: Внутрішнє вживання мінеральної води «Поляна Квасова» посилює жовчоутворення та жовчовиділення, результатом чого є поліпшення фізико-хімічних властивостей жовчі, зменшується її в'язкість, поліпшується відтік жовчі, а поряд з цим відбувається усунення продуктів запалення – лейкоцитів, слизу, зменшується вміст продуктів перекісного окислення ліпідів у жовчі та дуоденальному вмісті. Ці зміни поліпшують функціональний стан печінки, усувають явища дискінезії сфінктерного апарату. Поряд з тим поліпшується зовнішньо- та внутрішньосекреторна функція підшлункової залози, відновлюється стан гастродуоденальної системи, кишечника.

Воду слід пити у теплому виді, температурою 42-44 °С, починаючи з 50 мл 3 рази на день, при добрій переносності – збільшуючи до 150-200 мл. Мінеральну воду слід приймати за 30-40-60 хвилин до їжі, залежно від рівня кислотоутворення. За умов активного запального процесу у гастродуоденальній системі, виразковій хворобі, явищах ацидозу доцільно призначати додатковий прийом мінеральної води (50-100 мл) через 30-40 хвилин після їжі. При наявності послаблення стільця перші 2-3 дні лікування призначення МВ не рекомендується. При відновленні стільця прийом води починають з 50 мл 2 рази на день, при добрій переносності поступово збільшують дозу до 150-200 мл 3 рази на день. Курс лікування 21-24 дні.

Киснева терапія: ОФР через день з поступовим підвищенням концентрації озону для барботажу від 2,0 до 12,0 мг/л., 10 процедур на курс лікування. Внутрішньовенні інфузії чергують з ректальними інсуфляціями ОКС з концентрацією озону від 10,0 до 30,0 мг/л в об'ємі від 150 до 700 мл. На курс 7-10 процедур через день.

Пелоїдо- та бальнеотерапія: На сьогодні вважається за доцільне призначення **мітигованих** методів грязелікування, при неускладненому перебігу жовчнокам'яної хвороби, помірних проявах диспепсичного та больового

синдромів, без порушення функціонального стану печінки (тільки помірна мезенхімально-запальна реакція), пригнічення клітинної та гуморальної ланок імунітету, зниження неспецифічної реактивності, наявності помірно активного гастродуоденіту, який супроводжується гастроєзофагеальним рефлюксом із супутнім езофагітом.

Процедури пелоїдотерапії чергують з **ваннами** (радоновими, хвойними, вуглекислими, морськими, мінеральними).

Апаратна фізіотерапія: **Синусоїдальні модульовані струми** застосовують за умов запального процесу у гастродуоденальній ділянці, наявності дуоденогастрального та гастроєзофагеального рефлюксів, а також при супутньому хронічному панкреатиті. Методика реалізується від апаратів серії «Ампліпульс», локалізація електродів на епігастральну ділянку та на ділянку нижньогрудинного відділу хребта, I та IV рід роботи по 3-5 хвилин кожний, частота модуляції 100-50 Гц, глибина модуляції 50-75 %, сила струму 5-12 мА. Процедури загальною тривалістю 6-10 хвилин проводять через день, 10-12 процедур на курс.

Змінне магнітне поле володіє протизапальною та трофічною дією. Індуктор розташовують контактено на ділянку печінки, величина магнітної індукції - 27 мТ, 10-15хв, через день, на курс 10-12 процедур.

Не втратили свого значення методи **лікарняного електрофорезу** - застосовують електрофорез 2% розчину папаверину гідрохлориду за поперечною методикою, щільність струму 0,05-0,08 мА/см², тривалість впливу до 20 хв, через день, на курс 8-12 процедур, які надають спазмолітичної дії.

Термін санаторно-курортного лікування: 21-24 дні.

Показники якості лікування: поліпшення самопочуття, зникнення больових відчуттів, диспепсичних явищ, болючості у ділянці печінки та жовчного міхура, епігастральній ділянці, нормалізація розмірів печінки, відновлення її функціонального стану, відновлення функціонального стану підшлункової залози, езофагогастродуоденальної системи.

Протипоказання: Санаторно-курортне лікування не показано хворим при частих загостреннях калькульозного холециститу, наявності ускладнень, підвищенні температури тіла, ШОЕ, з явищами жовтяниці, з наявністю каменів у жовчних протоках, явищах холангіту.

Післяхолецистектомічний синдром

Шифр по МКХ-10: К 91.5

Класифікація післяхолецистектомічного синдрому (ПХЕС) (А.А. Шалімов, 1988).

I. ПХЕС, обумовлений станами, що не усунені операцією:

- холедохолітиаз
- стенозуючий папіліт
- стеноз загальної жовчної протоки
- пухири жовчних проток

- механічні порушення прохідності дванадцятипалої кишки

II. ПХЕС, викликаний змінами, що виникли внаслідок хірургічного втручання:

- ураження жовчних шляхів
- стриктури та деформації жовчних шляхів
- синдром кукси міхурового протоку
- рефлюкс-холангіт після сфінктеропластики та

холедоходуоденостомії

III. Ураження органів гепатопанкреатодуоденальної зони, що обумовлені тривалим перебігом жовчнокам'яної хвороби та холециститом і не усунуті операцією:

- хронічний гепатит та холангіт
- хронічний панкреатит
- хронічний гастрит та гастродуоденіт

IV. Органічні захворювання інших органів та систем, не пов'язані з захворюванням жовчного міхура (виразкова хвороба, грижа стравохідного отвору діафрагми, ішемічний коліт, нефроптоз та інш.)

V. Функціональні порушення жовчних шляхів а дванадцятипалої кишки, що виникли внаслідок відсутності жовчного міхура як органа:

- дискінезія жовчних шляхів з гіпертонією великого дуоденального сосочка.
- дискінезія жовчних шляхів з гіпотонією великого дуоденального сосочка.

Діагностика на санаторному етапі

- Основні клінічні критерії: болі у правому та лівому підребер'ї, епігастрії, нудота, відриг, гіркота у роті.

Обов'язкові лабораторні дослідження

Загальний аналіз крові

- Цукор крові
- Загальний аналіз сечі
- Печінковий комплекс (загальний білірубін та його фракції, тимолова проба, АсАТ, АлАТ, лужна фосфатаза, ГГТП, холестерин, загальний білок та білкові фракції)
- Амілаза крові
- Бактеріологічне, цитологічне та біохімічне дослідження дуоденального вмісту
- Копрограма
- Аналіз калу на дисбактеріоз та гельмінти

Обов'язкові інструментальні дослідження

- УЗД органів черевної порожнини
- Дуоденальне зондування
- Езофагогастродуоденоскопія

Додаткові інструментальні і лабораторні дослідження проводяться залежно від супутніх захворювань і тяжкості основного захворювання.

Консультації фахівців проводяться за призначенням.

Санаторно-курортне лікування

Основні терапевтичні ефекти, які очікуються – нормалізація функціонального стану сфінктерного апарату біліарної системи, печінки, підшлункової залози, гастродуоденальної системи, кишечника, зменшення запального процесу у жовчовивідних шляхах, зменшення літогенних властивостей жовчі, поліпшення відтоку жовчі, підвищення імунологічної реактивності організму.

Зважаючи на це, *дієта* хворих на ПХЕС повинна бути дрібною, з обмеженням тваринних жирів та відносним збільшенням жирів рослинного походження, білків рослинного та тваринного походження (*дієта № 5, раціон №1*), виключенням продуктів, що сприяють активному жовчовиділенню.

Санаторний режим: II – III

Кліматотерапія: загальна

Руховий режим: ранкова гігієнічна гімнастика, лікувальна фізкультура (групова).

Мінеральні води: Внутрішнє вживання «Поляна Квасова» посилює жовчоутворення та жовчовиділення, результатом чого є поліпшення фізико-хімічних властивостей жовчі, зменшується її в'язкість, поліпшується відтік жовчі, а поряд з цим, відбувається усунення продуктів запалення – лейкоцитів, слизу, зменшується вміст продуктів перекісного окислення ліпідів у жовчі та дуоденальному вмісті. Ці зміни поліпшують функціональний стан печінки, усувають явища дискінезії сфінктерного апарату. Поряд з тим поліпшується зовнішньо- та внутрішньосекреторна функція підшлункової залози, відновлюється стан гастродуоденальної системи, кишечника.

Воду слід пити у теплому виді, температурою 42-44 °С, починаючи з 50 мл 3 рази на день, при добрій переносності – збільшуючи до 150-200 мл. Мінеральну воду слід приймати за 40-45 хвилин до їжі, враховуючи її жовчогінну дію. За умов активного запального процесу в гастродуоденальній системі, виразковій хворобі, явищах ацидозу доцільно призначати додатковий прийом мінеральної води (50-100 мл) через 30-40 хвилин після їжі. При наявності послаблення стільця в перші 2-3 дні лікування призначення МВ не рекомендується. При відновленні стільця прийом води починають з 50 мл 2 рази на день, виключаючи ранковий прийом води, при добрій переносності поступово збільшують дозу до 150-200 мл 3 рази на день. Курс лікування 21-24 дні.

Киснева терапія: ОФР через день з поступовим підвищенням концентрації озону для барботажу від 2,0 до 12,0 мг/л., 10 процедур на курс лікування. Внутрішньовенні інфузії чергують з ректальними інсуфляціями ОКС з концентрацією озону від 10,0 до 30,0 мг/л в об'ємі від 150 до 700 мл. На курс 7-10 процедур через день.

Апаратна фізіотерапія: Із методів фізіотерапії застосовують **синусоїдальні модульовані струми (СМС)**, що володіють анальгезуючим, протизапальним та трофічним ефектами. Дію СМС створюють від апаратів серії “Ампліпульс” у змінному режимі.

Для досягнення знеболюючого ефекту, нормалізації функціонального стану печінки, відновлення печінкової гемодинаміки та фізико-хімічних властивостей жовчі електроди розташовують на ділянку *правого підребер'я* та симетрично позаду, II род роботи, глибина модуляції 50 %, сила струму 8-20 мА, частота модуляції 50 Гц, тривалість 10 хв, на курс 8-10 процедур.

У випадках ознак ураження *гастродуоденальної системи* (активний гастродуоденіт, дуоденогастральний та гастроезофагеальний рефлюкси із супутнім езофагітом) та *підшлункової залози* застосовують локалізацію електродів на епігастральну ділянку та на ділянку нижньогрудного відділу хребта, I та IV роди робіт по 3-5 хвилин кожний, частоту модуляції 100-50 Гц, глибину модуляції 50-75 %. Сила струму становить 5-12 мА. Процедури загальною тривалістю 6-10 хвилин проводять через день, 10-12 процедур на курс.

Змінне магнітне поле володіє протизапальним, трофічним ефектами, поліпшує фізико-хімічні властивості жовчі. Індуктор розташовують контактено на ділянку печінки, величина магнітної індукції - 27 мТс, 10-15 хв, через день, на курс 10-12 процедур.

Не втратили свого значення методи **лікарняного електрофорезу** - застосовують електрофорез магнію (10 % розчин сірчаної кислоти магnezії), 2 % розчин папаверину гідрохлориду за поперечною методикою, щільність струму 0,05-0,08 мА/см², тривалість впливу до 20 хв, через день, на курс 8-12 процедур, які надають жовчогінної та спазмолітичної дії.

Термін санаторно-курортного лікування: 21-24 дні.

Показники якості лікування: зникнення больових нападів, диспепсичних явищ, болісності у ділянці печінки та колишнього жовчного міхура, болючості в епігастральній ділянці, поліпшення самопочуття, нормалізація розмірів печінки, відновлення її функціонального стану, зникнення ознак запалення та дефектів слизової оболонки стравоходу, шлунку та ДПК, відновлення моторно-евакуаторної функції гастродуоденальної системи при ендоскопічному дослідженні, відновлення функціонального стану підшлункової залози.

Протипоказання: Санаторно-курортне лікування не показано хворим при частих загостреннях, підвищенні температури тіла, підвищенні ШОЕ, з явищами жовтяниці, з наявністю каменів у жовчних протоках, явищах холангіту.

Хронічний панкреатит

Шифр по МКХ-10: К 86.1

Згідно Уніфікованої клініко-статистичної класифікації хвороб органів травлення (відомча інструкція, затверджена МОЗ України в 2004 р.) пропонується наступна класифікація:

К 86.1 Інші хронічні панкреатити

Морфологічні прояви: М1 – паренхіматозний; М2 – обструктивний; М3 – кальцифікуючий.

Клінічні прояви: Q1 – латентно перебігаючий; Q2 – больовий; Q3 – рецидивуючий.

Фаза процесу: F1 – загострення; F2 – ремісія.

Діагностика на санаторному етапі

- Основні клінічні критерії: біль у лівому підребер'ї та епігастрії, іноді оперізуючого характеру, почасти після прийому жирної, гострої їжі, алкоголю, болісність у лівому підребер'ї

Обов'язкові лабораторні дослідження

- Загальний аналіз крові,
- Загальний аналіз сечі,
- Глюкоза крові та сечі, тест толерантності до глюкози,
- Печінковий комплекс (загальний білірубін та його фракції, тимолова проба, АсАТ, АлАТ, лужна фосфатаза, ГГТП, холестерин, загальний білок та білкові фракції),
- Амілаза крові, добової сечі (до і після лікування),
- Ліпаза крові (до і після лікування),
- Копрограма (до і після лікування),
- Ліпаза та трипсин дуоденального вмісту (до і після лікування),
- Фекальна еластаза-1 (до і після лікування).

Обов'язкові інструментальні дослідження

- УЗД органів черевної порожнини
- Електрокардіографія

Додаткові інструментальні і лабораторні дослідження проводяться залежно від супутніх захворювань і тяжкості основного захворювання.

Консультації фахівців проводяться за призначенням.

Санаторно-курортне лікування

Основні терапевтичні ефекти, які очікуються – зменшення чи ліквідація запального процесу, відновлення зовнішньо- та внутрішньосекреторної функції підшлункової залози.

Дієта: 4 або 5 або 9 (раціон № 1 або № 3), тобто обмеження тваринних жирів та вуглеводів, відносно збільшення білків.

Санаторний режим: II – III

Кліматотерапія: загальна

Руховий режим: ранкова гігієнічна гімнастика, лікувальна фізкультура (групова).

Мінеральні води: Поляна Квасова володіє спазмолітичною, десенсибілізуючою, протизапальною, імунокорегуючою дією, стимулює виділення панкреатичного соку, збільшує вміст бікарбонатів, сприяє відновленню вмісту ферментів у секреті ПЗ.

Вода приймається дегазована, за 90 і 45 хв. до прийому їжі, по 100-150 мл, 3 рази на день, температура води 38-40 °С, при наявності проносів вода призначається після прийому їжі через 40-60 хв.

Тепла мінеральна вода ($t=37-38^{\circ}\text{C}$) показана за умов недостатності зовнішньої та внутрішньосекреторної функції ПЗ. Починають з 50-100 мл 1-2 рази на день, збільшуючи за умов доброї переносності до 150-200 мл 3 рази на день за 60-40 хв до їжі..

Киснева терапія: Прийом натще озонованої дистильованої води щоденно по 150-200 мл 1-3 рази на день. Концентрація озону для барботажу води при виразковій хворобі поступово зменшується з 20,0 до 5,0 мг/л, при гастриті з 10,0 до 3,0 мг/л. Одночасно призначають внутрішньовенно краплинно інфузії 200мл озонованого фізіологічного розчину (ОФР) через день. Фізіологічний розчин барботується з концентрацією озону 2,0-4,0 мг/л. Курс лікування 3 тижні.

Внутрішньовенне введення ОФР можна замінити на курс гіпербаричної оксигенації тривалістю 45 хвилин щоденно при рівні тиску 0,2-1кгф/см² (апарат БЛКС-303 МК) 8-10 процедур

Пелоїдо- та бальнеотерапія: перлинні, йодо-бромні, мінеральні, хвойні, вуглекислі **ванни**.

Пелоїдотерапія призначається тільки у стадії стійкої ремісії, при хронічному панкреатиті із зовнішньосекреторною недостатністю. **Грязьові аплікації** накладають на ліву верхню ділянку живота та сегментарно позаду, температурою 37-38°C, експозицією 10 хв, через день, 8-10 процедур на курс.

Апаратна фізіотерапія:

Позитивним ефектом володіють **синусоїдальні модульовані струми (СМС)**, що надають знеболюючого ефекту, поліпшують показники амілази та ліпази крові, панкреатичного секрету. Застосовують апарати серії «Ампліпульс». Локалізація електродів - епігастральна ділянка та ділянка нижньогрудинного відділу хребта, I та IV роди робіт по 3 хв кожний, частота модуляції 100 Гц, глибина модуляції 25-30 %, через день, 8-10 процедур на курс лікування.

Електрофорез сульфату магнію показано у випадках супутньої патології біліарної системи. Прокладки обох електродів змочують 5 % розчином сульфату магнію, анод розташовують попереду. Тривалість процедури 15-20хв, через день, 10-12 на курс.

Термін санаторно-курортного лікування: 21-24 дні.

Показники якості лікування: зникнення диспепсичних явищ, болю та болісності у ділянці лівого підребер'я, поліпшення самопочуття, відновлення рівня амілази та ліпази сироватки крові, показників дуоденального зондування, нормалізація фекальної еластази, показників копрологічного дослідження, поліпшення ультразвукової картини стану ПЗ.

Протипоказання: курортне лікування не показано хворим у стадії загострення хронічного панкреатиту.

Хронічний вірусний гепатит В та хронічний вірусний гепатит С при відсутності активності або з мінімальними ознаками запального процесу в печінці

Шифр по МКХ – 10:

Хронічний вірусний гепатит С В 18.2

Хронічний вірусний гепатит В з дельта-агентом (вірусом) В 18.0

Хронічний вірусний гепатит В без дельта-агента (вірусом) В 18.1.

Класифікація вірусного гепатиту С та В за клінічно-біохімічними ознаками:

I. Ступінь активності процесу (визначається важкістю, вираженістю та глибиною запального процесу у печінці):

- а) мінімальний;
- б) помірний;
- в) виразний.

II. Стадія хронічного гепатиту (залежно від ступеня фіброзу)

- 0- фіброз відсутній,
- 1- мінімальний періпортальний фіброз,
- 2- помірний фіброз з портопортальними септами,
- 3- виражений фіброз з портоцентральною септатою,
- 4- цироз печінки.

Діагностика на санаторному етапі

Основні клінічні критерії: астеновегетативні розлади, біль у ділянці печінки, артралгії, міалгії, збільшення печінки, диспепсичні явища, шкірна сверблячка, підвищена кровоточивість, підвищення температури тіла, схуднення.

Обов'язкові лабораторні дослідження

- загальний аналіз крові;
- загальний аналіз сечі;
- печінковий комплекс (загальний білірубін та його фракції, загальний білок та білкові фракції, АсАТ, АлАТ, лужна фосфатаза, ГГТП, бета-ліпопротеїди, холестерин крові)
- амілаза крові;
- копрограма;
- аналіз калу на приховану кров;
- вірусні маркери, визначення активності реплікації (при необхідності)
- імуноглобуліни крові (при необхідності).

Обов'язкові інструментальні дослідження.

- Електрокардіографія;
- УЗД органів черевної порожнини.

Додаткові дослідження проводяться за показаннями залежно від особливостей перебігу захворювання і тяжкості супутніх захворювань.

Консультації фахівців поводяться за призначенням.

Санаторно-курортне лікування

Санаторний режим: II – III.

Дієта: 5 (раціон №2), дрібне харчування.

Кліматотерапія: загальна.

Руховий режим: ранкова гігієнічна гімнастика, групова лікувальна фізкультура.

Мінеральні води:

«Поляна Квасова» поліпшує вуглеводний та білковий обмін, має протизапальну дію. Враховуючи, що гідрокарбонати знижують рівень кислотоутворення у шлунку, вони показані при сполученій патології печінки та гастродуоденальної системи.

Мінеральну воду слід пити у теплому вигляді температурою 40-45° С у кількості від 100 до 250 мл на прийом, тричі на добу, перед вживанням їжі. При підвищеному кислотоутворенні мінеральна вода призначається за 90-60 хв перед вживанням їжі, іноді й за 40 хв після вживання їжі на висоті травлення. При зниженій кислотоутворювальній функції шлунку воду призначають за 30 хв перед вживанням їжі.

Слід зауважити, що у хворих, які тривалий час приймають інтерферонотерапію, внутрішній прийом мінеральних вод сприяє значно кращій переносності α -інтерферону, зменшує вираженість побічних реакцій цього препарату

Форми використання озону:

- велика аутогемотерапія;
- ректальні інсуфляції ОКС;
- внутрішньовенні інфузії ОФР.

Курс лікування:

велика аутогемотерапія через день 8-12 процедур на курс лікування з індивідуально визначеною дозою озону є методом вибору. При легкому перебігу гепатиту лікування внутрішньовенними краплинними інфузіями ОФР через день з поступовим підвищенням концентрації озону для барботажу від 2,0 до 12,0 мг/л., 10 процедур на курс лікування. Внутрішньовенні інфузії чергують з ректальними інсуфляціями ОКС з концентрацією озону від 10,0 до 30,0 мг/л в об'ємі від 150 до 700 мл. На курс 7-10 процедур через день

Бальнеотерапія: у комплексі відновлювального лікування обов'язково використовуються **ванни** різного хімічного складу. Кисневі, хвойні, морські, йодобромні, мінеральні ванни чинять сприятливу дію на вищі регуляторні механізми, які зумовлюють нормалізацію функціонального стану органів травлення. Значне поліпшення печінкової гемодинаміки спостерігається під впливом радонових ванн.

Апаратна фізіотерапія: застосовують **електросон**. Струми низької частоти сприяють поліпшенню перебігу захворювання, позитивним зрушенням при низці обмінних порушень нейрогуморальної регуляції за рахунок впливу на підкорково-стовбурову ділянку мозку, гіпоталамус, ретикулярну формацію стовбура мозку.

Процедури проводять за допомогою апарату «Електросон-3». Розташування електродів повинно бути очно-завушним або завушно-лобним. Частота імпульсів 3-5 Гц, тривалість процедури 6-10 хв, надалі – від 15 до 30 хв, двічі – тричі на тиждень, 8-10 процедур на курс лікування.

Термін санаторно-курортного лікування: 21-24 дні.

Показники якості лікування: зменшення чи зникнення больових нападів, відчуття важкості в правому підребер'ї, диспепсичних явищ, пальпаторної болючості в ділянці печінки та жовчного міхура, нормалізація розмірів печінки, нормалізація показників інструментальних та лабораторних досліджень, поліпшення самопочуття.

Протипоказання:

- хронічний гепатит С у стадії вираженої активності.
- хронічний гепатит В у стадії вираженої активності.

Хронічний алкогольний гепатиту та токсичне ураження печінки (неактивна фаза або стадія мінімальної активності)

Шифр по МКХ-10:

Алкогольна жирова дистрофія печінки (К 70.0)

Хронічний алкогольний гепатит (К 70.1)

Алкогольний фіброз печінки (К 70.2)

Токсичне ураження печінки (К 71)

Згідно Уніфікованої клініко-статистичної класифікації хвороб органів травлення (відомча інструкція, затверджена МОЗ України в 2004 р.) пропонується наступна класифікація:

К 70 Алкогольна хвороба печінки

Фаза процесу: F1 – стеатоз; F2 – гострий гепатит; F3 – хронічний гепатит; F4 – цироз.

Ускладнення цирозу печінки: O1 – гостра кровотеча; L1 – із вен стравоходу; L2 – із гемороїдальний вен; O2 – крововтрата.

В залежності від клінічної форми, перебігу, активності процесу виділяють:

- Алкогольна жирова дистрофія печінки
- Алкогольний стеатогепатит
- Гострий алкогольний гепатит, фульмінантна форма
- Гострий алкогольний гепатит, жовтянична форма
- Гострий алкогольний гепатит, латентна форма

Класифікація токсичного ураження печінки:

I. Гостре токсичне ураження печінки

II. Хронічне токсичне ураження печінки

Діагностика на санаторному етапі

• Основні клінічні критерії: диспепсичні явища, астеновегетативні розлади, важкість або біль у ділянці печінки, збільшення печінки, схуднення, телеангіектазії.

Обов'язкові лабораторні дослідження

- загальний аналіз крові;
- загальний аналіз сечі;
- печінковий комплекс (загальний білірубін та його фракції, загальний білок та білкові фракції, АсАТ, АлАТ, лужна фосфатаза, ГГТ, бета-ліпопротеїди, холестерин крові)
- амілаза крові;
- копрограма;
- аналіз калу на приховану кров;
- вірусні маркери, визначення активності реплікації (при необхідності)
- імуноглобуліни крові (при необхідності).

Обов'язкові інструментальні дослідження.

- Електрокардіографія;
- УЗД органів черевної порожнини.

Додаткові дослідження проводяться за показаннями залежно від особливостей перебігу захворювання і тяжкості супутніх захворювань.

Консультації фахівців проводяться за призначенням.

Санаторне-курортне лікування

Санаторний режим: II - III.

Дієта: 5 (раціон №2), дрібне харчування.

Кліматотерапія: загальна.

Руховий режим: ранкова гігієнічна гімнастика, групова лікувальна фізкультура.

Мінеральна вод: Воду слід пити у теплому вигляді, час прийому води залежить від стану кислотоутворюючої функції шлунка, по 200-250 мл на прийом, тричі на день.

Форми використання озону:

- велика аутогемотерапія;
- ректальні інсуфляції ОКС;
- внутрішньовенні інфузії ОФР.

Курс лікування:

велика аутогемотерапія через день 8-12 процедур на курс лікування з індивідуально визначеною дозою озону є методом вибору. При легкому перебігу гепатиту лікування внутрішньовенними краплинними інфузіями ОФР через день з поступовим підвищенням концентрації озону для барботажу від 2,0 до 12,0 мг/л., 10 процедур на курс лікування. Внутрішньовенні інфузії чергують з ректальними інсуфляціями ОКС з концентрацією озону від 10,0 до 30,0 мг/л в об'ємі від 150 до 700 мл. На курс 7-10 процедур через день

Бальнеотерапія: використовують **ванни** різного хімічного складу. Мінеральні, кисневі, хвойні та йодо-бромні ванни чинять сприятливу дію на вищі регуляторні механізми, які зумовлюють нормалізацію функціонального стану органів травлення.

Апаратна фізіотерапія: Застосовують **електросон**. Процедури проводять за допомогою апарата «Електросон-3». Розташування електродів повинно бути очно-завушним або завушно-лобним. Частота імпульсів 3-5 Гц, тривалість процедури 6-10 хв, надалі – від 15 до 30 хв, двічі – тричі на тиждень, 8-10 процедур на курс лікування.

Магнітотерапія. Положення хворого – сидячи. Циліндричні індуктори встановлюють контактено, попереку, один попереку на ділянку печінки, другий – попереку в межах сегментів D₇-D₁₁, величина магнітної індукції 27 мТл, 10-15 хв, через день, на курс 10-12 процедур.

Термін санаторно-курортного лікування: 21-24 днів.

Показники якості лікування: зникнення диспепсичних явищ, болю та відчуття важкості в правому підребер'ї, пальпаторної болісності в ділянці печінки та жовчного міхура, нормалізація розмірів печінки, показників інструментальних та лабораторних досліджень, поліпшення самопочуття.

Синдром подразненого кишечника

Шифр по МКХ-10: К 58.0, К 58.9, К 59.0

Згідно Уніфікованої клініко-статистичної класифікації хвороб органів травлення (відомча інструкція, затверджена МОЗ України в 2004 р.) виділяють:

К 58 Синдром подразненого кишечника

Клінічні прояви: Q1 – діарея; Q2 – закреп; Q3 – больовий синдром.

Діагностика на санаторному етапі*

Діагностичні критерії СПК (Римські критерії III, 2006 р.)

Рецидивуючий абдомінальний біль або дискомфорт протягом щонайменше 3 днів на місяць за останні 3 місяці, що супроводжується 2 або більше з нижче вказаних ознак:

1. Покращення після дефекації
2. Початок захворювання супроводжувався зміною частоти випорожнень
3. Початок захворювання супроводжувався зміною консистенції випорожнень

Критерії повинні бути присутні протягом останніх трьох місяців та з'явиться щонайменше за 6 місяців до встановлення діагнозу.

Дискомфорт означає неприємне відчуття, що не можна описати як біль.

Додаткові діагностичні критерії СПК (Римські критерії III, 2006 р.)

- порушення частоти випорожнень (≤ 3 випорожнень на тиждень або > 3 випорожнень на день)
- неправильна форма випорожнень (грудкуваті/тверді випорожнення або рідкі водянисті випорожнення)
- натужування при дефекації
- імперативні позиви, а також відчуття неповного випорожнення, виділення слизу з фекаліями та здуття животу.

Обов'язкові лабораторні дослідження:

- Загальний аналіз крові (при відхиленні від норми дослідження повторювати 1 раз у 10 днів)
- Загальний аналіз сечі

- Печінковий комплекс (загальний білірубін та його фракції, АсАТ, АлАТ, лужан фосфатаза, ГГТП)
- Копрограма
- Аналіз калу на дисбактеріоз
- Аналіз калу на приховану кров

Обов'язкові інструментальні дослідження:

- Ректороманоскопія
- УЗД органів черевної порожнини і малого тазу
- Електрокардіографія
- Езофагогастроуденоскопія

Обов'язкова консультація: колопроктолога.

Консультація фахівців за призначенням: гінеколога, уролога, невропатолога.

Санаторно-курортне лікування

Основні терапевтичні ефекти, які очікуються – відновлення функції товстої кишки на тлі вилучення психічного й нервового перенапруження, що вимагає нормалізації режиму праці та відпочинку, створення умов, сприятливих для нервової системи, регулярні заняття гігієнічною гімнастикою з включенням фізичних вправ, які сприяють розвитку м'язів черевини.

Зважаючи на це, *дієта* хворих на СПК повинна бути диференційована залежно від характеру моторних порушень товстої кишки. Тому при СПК з переважанням проносів рекомендується дієта 4 (згодом 4б та 4в), які забезпечують максимальне обмеження механічних та хімічних подразників, а також містять продукти, що гальмують перистальтику кишечника (харчування дрібне 5-6 разів на добу). При СПК з переважанням закрепів застосовується дієта 3, яка передбачає необхідну кількість харчових волокон та послаблюючих речовин, що забезпечують достатній обсяг стільця для його просування.

Санаторний режим: II – III

Кліматотерапія: загальна

Руховий режим: ранкова гігієнічна гімнастика, лікувальна фізкультура (групова).

Мінеральна вода: Внутрішнє вживання «Поляна Квасова» сприяє нормалізації моторики та вмісту мікрофлори товстої кишки, сприяє відновленню основних функцій шлунку, печінки, підшлункової залози, відновлює рефлекторні зв'язки поміж різними органами системи травлення, спричинює відновлення місцевого імунітету та імунологічної реактивності організму.

Хворим на СПК із діареєю воду призначаються у періоди затухаючого загострення та ремісії. Мінеральна вода призначається двічі на добу, окрім ранкового прийому, теплої або гарячої температури (45-55°C), 100 мл на прийом. При гарній переносності доза мінеральної води збільшується до 200 мл, а число прийомів – до трьох разів на добу. Час приймання мінеральної води залежить від стану кислотоутворюючої функції шлунку. Зокрема, за необхідності пригнічення підвищеної кислотоутворюючої й секреторної функцій шлунку при гіперхлоргідрії мінеральна вода призначається за 1-1,5 год. перед їжею, а за необхідності стимулювання пониженої кислотоутворюючої й

секреторної функції шлунку при гіпохлоргідрії – за 30 хв перед їжею. Внаслідок такого застосування внутрішнє приймання гарячої МВ води сприятиме усуненню спазмів кишечника й зменшенню його підвищеної перистальтики.

В лікуванні хворих на СПК із закрепами застосовують прохолодну воду, дія якої спрямована на стимулювання рухливої функції кишечника. Час прийому визначається залежно від вихідного рівня кислотоутворення в шлунку. Воду призначають кімнатної температури, 200 мл на один прийом тричі на добу.

Форми використання озону:

- внутрішньовенні інфузії ОФР.
- ректальні інсуфляції ОКС.

Внутрішньовенні краплинні інфузії ОФР через день з поступовим підвищенням концентрації озону для барботажу від 3,0 до 12,0 мг/л., 10 процедур на курс лікування.

Ректальні інсуфляції ОКС починають з концентрації озону 10,0-12,0 мг/л (при спастичному коліті-20,0 мг/л) та об'ємі 100-150 мл, потім концентрацію зменшують поступово до 5,0-3,0 мг/л, а об'єм збільшують до 1000мл. На курс 10-12 процедур через день.

Пелоїдо- та бальнеотерапія: Застосування лікувальних **грязей** температурою 38-40° С на ділянку проекції товстої кишки і симетрично позаду на поперек впродовж 15-20 хв поліпшує моторну функцію кишечника, підвищує активність кишкових ферментів, імунологічну реактивність організму, нормалізує вітаміноутворення і біоценоз, впливає на біохімічні процеси, чинить протизапальну дію. Рефлекторно, через ЦНС, вегетативну нервову систему, гормональні та нейрогуморальні фактори грязелікування впливає на процеси всмоктування у тонкому кишечнику. Грязелікування проводять через день, чергуючи його з ваннами (радоновими, хвойними, морськими, мінеральними), на курс лікування 10-12 сеансів.

Апаратна фізіотерапія: Застосування постійного електричного струму у вигляді процедур **гальванізації** сприяє відновленню моторики товстої кишки за рахунок знеболюючого та антиспастичного ефектів гальванічного струму, що відбувається при поперечному розташуванні електродів на ділянку проекції товстої кишки і симетрично позаду на поперек, щільності струму 0,03-0,05 мА/см², експозиції 15-20 хвилин, щоденно або через день чергуючи з пелоїдотерапією, 10 процедур на курс лікування.

Задля відновлення рефлекторного зв'язку між різними відділами травної системи, з одного боку, та центральної нервової – з іншого, показане застосування **електросну**. Використання струмів низької частоти сприяє поліпшенню клінічного перебігу захворювання за рахунок впливу на підкорково-стовбурову ділянку мозку, гіпоталамус, ретикулярну формацію стовбуру мозку. Розташування електродів очно-завушне. Частота імпульсів 3-5 Гц, тривалість процедури 20-40 хв, через день, 10 процедур на курс лікування. Ефективність лікування хворих на СПК може бути підвищена, якщо сполучати застосування пелоїдотерапії та електросну.

Застосування **синусоїдальних модульованих струмів (СМС-терапія або ампліпульс-терапія)** обумовлює позитивну динаміку в лікуванні спастичних закрепів, що зумовлено поліпшенням кровообігу внаслідок безпосереднього

збудження численних нервів й рецепторів, нормалізації трофіки та купірування больового синдрому. Методика при атонічних запорах: один – роздвоєний – електрод розмірами 50x10 мм кожен розташовується на черевині на рівні пупа праворуч й ліворуч, а другий – розмірами 20x10 мм – під грудьми. Впливають струмом частотою 100 Гц, імпульс по 5 сек. Глибина модуляцій 100 %, режим змінний. Експозиція 10-15 хв, 10 процедур на курс лікування, щодня або через день.

Задля стимуляції репаративної регенерації СО товстої кишки використовують ЕМП дециметрового діапазону – **мікрохвильову терапію (ДМХ)** на ділянку проекції товстої кишки за контактною методикою, потужністю 25-40 Вт, експозиція 15-30 хв, кожен день або через день, на курс лікування 8-10 процедур. *За наявності СПК з переважанням болю та метеоризму* - при вираженому больовому синдромі рекомендується нешкодуючий руховий режим, дієта №4б, в з вилученням продуктів, що викликають бродильні й гнилісні процеси у кишечнику, зігріваючий компрес на живіт, електросон, індуктотермія, ДМХ-терапія. При послабленні больового синдрому пацієнту призначається тонізуючий руховий режим, ранкова гігієнічна й лікувальна гімнастика, прогулянки, залежно від характеру стільця дієта №3 або №4. При значному ослабленні больового синдрому призначається внутрішнє приймання теплих слабомінералізованих мінеральних вод по $\frac{1}{2}$ або $\frac{3}{4}$ стакану тричі на добу, час приймання води визначається станом кислотоутворюючої й секреторної функцій шлунку. Внутрішнє приймання мінеральних вод доповнюється зовнішнім, для чого застосовуються теплі ($t=37-38^{\circ}\text{C}$) мінеральні ванни різного складу, краще – кисневі, шавлеві або йодно-бромні. До того ж, при ослабленні больового синдрому у пацієнтів процедури електросну починають сполучати з методиками мітигваного грязелікування (грязьові апплікації, гальваногрязь), чергуючи їхні процедури через день.

Лікування хворих на СПК з переважанням закріпів - хворим на СПК з переважанням закріпів показано призначення тонізуючого рухового режиму, ранкової гігієнічної та лікувальної гімнастики, дієти №3. Вода призначається кімнатної температури, 200 мл на одне приймання тричі на добу, час приймання визначається залежно від початкового рівня кислотоутворюючої функції шлунку. З методів апаратної фізіотерапії – особливо показаними є СМС-терапія, інтерференц-терапія, поперечна гальванізація, електросон у сполученні з мітигваними видами пелоїдотерапії. Ці методи фізіотерапевтичного лікування чергуються через день з мінеральними і газовими ваннами різного складу температурою $35-36^{\circ}\text{C}$. Показано сифонні та субаквальні промивання кишечника мінеральною водою.

Для хворих на СПК з переважанням проносів на початку курсу лікування призначається шкодуючий руховий режим і дієта №4б, в. Питне лікування не рекомендується у періоді загострення, а також за наявності виражених проносів. Вода призначається в періоді затухаючого загострення і ремісії двічі на добу, за винятком ранкового прийому, тепла або гаряча, температурою $45-55^{\circ}\text{C}$, по 100 мл на прийом. При гарній переносності доза мінеральної води збільшується до 200 мл, а число приймань – до 3 разів на добу. Час приймання мінеральної води

залежить від стану кислотоутворюючої функції шлунку. З методів апаратної фізіотерапії особливо показаними є індуктотермія, ДМХ-терапія, поперечна гальванізація, електросон. Методи фізіотерапевтичного лікування чергуються через день з мінеральними йодно-бромними і кисневими ваннами температурою 36-37°C.

Термін санаторно-курортного лікування: 21-24 дні.

Показники якості лікування: ліквідація больового і диспепсичного синдромів, нормалізація самопочуття та позитивна динаміка об'єктивних даних (нормалізація стільця).

Противопоказання: СПК у стадії загострення за умов вираженого больового синдрому на тлі констипації.

Хронічний коліт

Шифр по МКХ-10: К 52

Згідно Уніфікованої клініко-статистичної класифікації хвороб органів травлення (відомча інструкція, затверджена МОЗ України в 2004 р.) виділяють:

К 52 Хронічний коліт

Етіологія: E1 – аліментарний, E2 – післяінфекційний, E3 – паразитарний, E4 – алергічний, E5 – токсичний, E6 – променевиий, E7 – механічний, E8 – псевдомембранозний.

Функціональний стан кишки: Q1 – Гіпермоторна дискінезія,

Q2 – Гіпомоторна дискінезія.

Фаза процесу: F1 – загострення, F2 – ремісія.

Діагностика на санаторному етапі*

- Основні клінічні критерії: *диспепсичний* (метеоризм, відриг, нудота, порушення апетиту, закрепи або проноси), *больовий абдомінальний* (переважно відчуття болю у різних відділах товстої кишки) і *астеновегетативний* (загальна слабкість, підвищена стомлюваність) *синдрому*

Обов'язкові лабораторні дослідження:

- Загальний аналіз крові (при відхиленні від норми дослідження повторювати 1 раз у 10 днів)

- Загальний аналіз сечі

- Печінковий комплекс (загальний білірубін крові та його фракції, АсАТ, АлАТ, лужна фосфатаза, ГГТП)

- Копрограма

- Аналіз калу на дисбактеріоз

- Аналіз калу на приховану кров

Обов'язкові інструментальні дослідження:

- Ректороманоскопія

- УЗД органів черевної порожнини і малого тазу

- Електрокардіографія

- Езофагогастродуоденофіброскопія

Обов'язкова консультація: колопроктолога.

Консультація фахівців за призначенням: гінеколога, уролога, невропатолога.

Санаторно-курортне лікування

Основні терапевтичні ефекти, які очікуються – це відновлення функції товстої кишки на тлі зникнення запального процесу в ній, корекція порушень мікрофлори товстої кишки та імунологічної реактивності організму хворих.

Зважаючи на це, *дієта* хворих на ХК повинна бути диференційована залежно від характеру дискінезії товстої кишки, переважання бродильних або гнилісних процесів у кишечнику. Тому при ХК з переважанням проносів рекомендується дієта № 4 (згодом 4б та 4в), які забезпечують максимальне обмеження механічних та хімічних подразників, а також містить продукти, що гальмують перистальтику кишечника (харчування дрібне 5-6 разів на добу). При ХК з переважанням закрепів застосовується дієта № 3, яка передбачає необхідну кількість харчових волокон та послаблюючих речовин, що забезпечують достатній обсяг стільця для його просування.

Санаторний режим: II – III

Кліматотерапія: загальна

Руховий режим: ранкова гігієнічна гімнастика, лікувальна фізкультура (групова).

Мінеральна вода: Внутрішнє вживання «Полян Квасова» сприяє нормалізації моторики та вмісту мікрофлори товстої кишки, стимулює репаративні процеси у її слизовій оболонці, сприяє відновленню основних функцій шлунку, печінки, підшлункової залози, відновлює рефлекторні зв'язки поміж різними органами системи травлення, спричинює відновлення місцевого імунітету та імунологічної реактивності організму.

Хворим на ХК із діареєю вода призначається у періоди затухаючого загострення й ремісії двічі на добу, окрім ранкового прийому, теплої або гарячої температури (45-55°C), 100 мл на прийом. При гарній переносності доза мінеральної води збільшується до 200 мл, а число прийомів – до трьох разів на добу. Час приймання мінеральної води залежить від стану кислотоутворюючої функції шлунку. Зокрема, за необхідності пригнічення підвищеної кислотоутворюючої й секреторної функцій шлунку при гіперхлоргідрії мінеральна вода призначається за 1-1,5 год. перед їжею, а за необхідності стимулювання зниженої кислотоутворюючої й секреторної функції шлунку при гіпохлоргідрії – за 30 хв перед їжею. Внаслідок такого застосування внутрішнє приймання гарячої МВ води сприятиме усуненню спазмів кишечника й зменшенню його підвищеної перистальтики.

В лікуванні хворих на ХК із закрепамі застосовують Поляна Квасова, прохолодна. Час прийому визначається залежно від вихідного рівня кислотоутворення в шлунку. Воду призначають 200 мл на один прийом тричі на добу.

Форми використання озону:

- внутрішньовенні інфузії ОФР.

- ректальні інсуфляції ОКС.

Внутрішньовенні краплинні інфузії ОФР через день з поступовим підвищенням концентрації озону для барботажу від 3,0 до 12,0 мг/л., 10 процедур на курс лікування.

Ректальні інсуфляції ОКС починають з концентрації озону 10,0-12,0 мг/л (при спастичному коліті-20,0 мг/л) та об'ємі 100-150 мл, потім концентрацію зменшують поступово до 5,0-3,0 мг/л, а об'єм збільшують до 1000мл. На курс 10-12 процедур через день.

Форми використання озону:

- внутрішньовенні інфузії ОФР.
- ректальні інсуфляції ОКС.

Внутрішньовенні краплинні інфузії ОФР через день з поступовим підвищенням концентрації озону для барботажу від 3,0 до 12,0 мг/л., 10 процедур на курс лікування.

Ректальні інсуфляції ОКС починають з концентрації озону 10,0-12,0 мг/л (при спастичному коліті-20,0 мг/л) та об'ємі 100-150 мл, потім концентрацію зменшують поступово до 5,0-3,0 мг/л, а об'єм збільшують до 1000мл. На курс 10-12 процедур через день.

Пелоїдо- та бальнеотерапія: Застосування лікувальних **грязей** температурою 38-40° С на ділянку проекції товстої кишки і симетрично позаду на поперек впродовж 15-20 хв поліпшує біохімічні процеси, підвищує активність кишкових ферментів, імунологічну реактивність організму, нормалізує вітаміноутворення і біоценоз, впливає на моторну функцію кишечника, чинить протизапальну дію. Рефлекторно, через ЦНС, вегетативну нервову систему, гормональні та нейрогуморальні фактори грязелікування впливає на процеси всмоктування у тонкому кишечнику. Грязелікування проводять через день, чергуючи його з **ваннами** (радоновими, хвойними, морськими, мінеральними), на курс лікування 10-12 сеансів.

Апаратна фізіотерапія: Із методів фізіотерапії застосовують **внутрішньоорганний електрофорез пробіотиків**, що сприяє зменшенню запальних змін СО товстої кишки на тлі нормалізації її функціонального стану, відновлення еубіозу та активації імунологічної реактивності організму. При цьому хворому вводять внутрішньо за 30-40 хвилин до їжі колибактерин сухий (чи біфідобактерин, чи лактобактерин – залежно від характеру дисбактеріозу кишечника) один раз на день на порожній шлунок у кількості 5 доз, а через 2-2,5 години додатково проводять гальванізацію при поперечному розташуванні електродів на ділянку проекції товстої кишки і симетрично позаду на поперек, щільності струму 0,03-0,05 мА/см², експозиції 15-20 хвилин, щоденно або через день 10 процедур на курс лікування. Ефективність лікування хворих на ХК може бути підвищена, якщо сполучати застосування внутрішньоорганного електрофорезу пробіотиків та пелоїдотерапію.

Додатково: задля досягнення протизапального, антиспастичного та знеболюючого ефектів застосовують високочастотне змінне магнітне поле (**індуктотермію**) на ділянку проекції товстої кишки та симетрично позаду на поперек у безперервному слабкотепловому режимі впливу, тривалість

процедури 15-20 хв, через день, 8-10 процедур на курс лікування. Задля стимуляції репаративної регенерації СО товстої кишки використовують ЕМП дециметрового діапазону – **мікрохвильову терапію (ДМХ)** на ділянку проекції товстої кишки за контактною методикою, потужності 25-40 Вт, експозиції 15-30 хв, кожен день або через день, на курс лікування 8-10 процедур.

За наявності ХК з переважаним ураженням дистальних відділів товстої кишки без порушень моторики - призначається терапія, спрямована на усунення больових відчуттів та запальних змін слизової оболонки сигмовидної і прямої кишки. Руховий режим – ошадливий або тонізуючий, показаними є ранкова гігієнічна та лікувальна гімнастика, дієта № 3. Рекомендується питне лікування мало-, середньо- й високомінералізованими мінеральними водами з урахуванням кислотоутворюючої функції шлунку. За наявності у хворих геморою, тріщин заднього проходу, проктиту, проктосигмоїдиту, сфінктериту у стадії ремісії можуть призначатися ректальні грязьові тампони й лікарняні мікроклізми різного складу, включаючи й мінеральну воду. Для лікування хворих на означену патологію показаними є внутрішньоорганний електрофорез пробіотиків, пелоїдотерапія, індуктотермія, ДМХ-терапія. *Лікування ХК з порушенням моторики за гіпомоторним типом* - призначається шкодуючий або тонізуючий руховий режим, ранкова гігієнічна та лікувальна гімнастика, дієта №3 або №4в. Мінеральні води малої та середньої мінералізації кімнатної температури, по 200 мл на одне споживання тричі на добу, час приймання визначається залежно від початкового рівня кислотоутворюючої функції шлунку. З методів апаратної фізіотерапії особливо показаними є внутрішньоорганний електрофорез пробіотиків, ДМХ-терапія, ампліпульс-терапія. Ці методи фізіотерапевтичного лікування чергуються через день з мінеральними ваннами різного складу температурою 35-36°С та пелоїдотерапією. Хворим означеної групи показаними є сифонні і субаквальні промивання кишечника мінеральною водою.

Термін санаторно-курортного лікування: 21-24 дні.

Показники якості лікування: зникнення чи значне зменшення клінічних та ендоскопічних проявів хвороби – болю, диспепсичних явищ, поліпшення самопочуття, ознак запалення слизової оболонки товстої кишки при ендоскопічному дослідженні, відновлення мікрофлори кишечника.

Протипоказання: Санаторно-курортне лікування не показано хворим на хронічний коліт у фазі вираженого загострення процесу.

Дивертикулярна хвороба кишечника

Шифр по МКХ-10: К 57

Згідно Уніфікованої клініко-статистичної класифікації хвороб органів травлення (відомча інструкція, затверджена МОЗ України в 2004 р.) виділяють:

К 57 Дивертикулярна хвороба кишечника

Поширеність процесу: R1 – поодинокий дивертикул, R2 – численні дивертикули.

Локалізація: L1 – дванадцятипала кишка, L 2 – тонка кишки, L3 – товста кишка, L4 – тонка і товста кишка.

Клінічні прояви: Q1 – безсимптомна форма, Q2 – з больовим синдромом.

Ускладнення: O1 – дивертикуліт, O2 – кровотеча, O3 – перфорація,

O4 – абсцес, O5 – перитоніт.

Діагностика на санаторному етапі

- Основні клінічні критерії: *диспепсичний* (закрепи та/або проноси), *больовий абдомінальний* (переважно відчуття болю у різних відділах товстої кишки) і *астеновегетативний* (загальна слабкість, підвищена стомлюваність) *синдрому*

Обов'язкові лабораторні дослідження:

- Загальний аналіз крові (при відхиленні від норми дослідження повторювати 1 раз у 10 днів)

- Загальний аналіз сечі
- С-реактивний білок
- Фібриноген
- Загальний білок та його фракції
- Копрограма
- Бактеріологічне дослідження калу

Обов'язкові інструментальні дослідження:

- Ректороманоскопія
- УЗД органів черевної порожнини і малого тазу
- Електрокардіографія

Консультації фахівців обов'язкові: колопроктолога, гінеколога, уролога.

Санаторно-курортне лікування

Основні терапевтичні ефекти, які очікуються – це відновлення функції товстої кишки на тлі зникнення запального процесу в неї, корекція порушень мікрофлори товстої кишки та імунологічної реактивності організму хворих.

Зважаючи на це, при дивертикульозі товстої кишки з наявністю закрепів застосовується *дієта*, яка передбачає необхідну кількість харчових волокон та послаблюючих речовин, що забезпечують достатній обсяг стільця для його просування. При наявності проносів рекомендуються дієти (4б та 4в), які забезпечують максимальне обмеження механічних та хімічних подразників, а

також містять продукти, що гальмують перистальтику кишечника (харчування дрібне 5-6 разів на добу).

Санаторний режим: II – III

Кліматотерапія: загальна

Руховий режим: ранкова гігієнічна гімнастика, лікувальна фізкультура (групова).

Мінеральні води: Внутрішнє вживання «Поляна Квасова» сприяє нормалізації моторики та вмісту мікрофлори товстої кишки, стимулює репаративні процеси у її слизовій оболонці, сприяє відновленню основних функцій шлунку, печінки, підшлункової залози, відновлює рефлекторні зв'язки поміж різними органами системи травлення, спричинює відновлення місцевого імунітету та імунологічної реактивності організму.

Хворим на дивертикульоз товстої кишки із діареєю призначається двічі на добу, окрім ранкового прийому, теплої або гарячої температури (45-55°C), 100 мл на прийом. При гарній переносності доза мінеральної води збільшується до 200 мл, а число прийомів – до трьох разів на добу. Час приймання мінеральної води залежить від стану кислотоутворюючої функції шлунку. Зокрема, за необхідності пригнічення підвищеної кислотоутворюючої й секреторної функцій шлунку при гіперхлоргідрії мінеральна вода призначається за 1-1,5 год. перед їжею, а за необхідності стимулювання пониженої кислотоутворюючої й секреторної функції шлунку при гіпохлоргідрії – за 30 хв перед їжею. Внаслідок такого застосування внутрішнє приймання гарячої МВ води сприятиме усуненню спазмів кишечника й зменшенню його підвищеної перистальтики.

В лікуванні хворих на дивертикульоз товстої кишки із закрепами застосовують залежно від вихідного рівня кислотоутворення в шлунку. Воду призначають кімнатної температури, 200 мл на один прийом тричі на добу.

Форми використання озону:

- внутрішньовенні інфузії ОФР.
- ректальні інсуфляції ОКС.

Внутрішньовенні краплинні інфузії ОФР через день з поступовим підвищенням концентрації озону для барботажу від 3,0 до 12,0 мг/л., 10 процедур на курс лікування.

Ректальні інсуфляції ОКС починають з концентрації озону 10,0-12,0 мг/л (при спастичному коліті-20,0 мг/л) та об'ємі 100-150 мл, потім концентрацію зменшують поступово до 5,0-3,0 мг/л, а об'єм збільшують до 1000мл. На курс 10-12 процедур через день.

Пелоїдо- та бальнеотерапія: Застосування мітигрованої пелоїдотерапії у вигляді **гальваногрязі** температурою 36-38° С на ділянку проекції товстої кишки і симетрично позаду на поперек при щільності струму 0,03-0,05 мА/см², впродовж 15-20 хв чинить протизапальну дію, поліпшує біохімічні процеси, підвищує активність кишкових ферментів, імунологічну реактивність

організму, нормалізує вітаміноутворення і біоценоз, впливає на моторну функцію та процеси всмоктування у тонкому кишечнику. Грязелікування проводять через день, чергуючи його з ваннами (хвойними, морськими, мінеральними), на курс лікування 8-10 сеансів.

Апаратна фізіотерапія: Із методів фізіотерапії застосовують **внутрішньоорганний електрофорез пробіотиків**, що сприяє зменшенню запальних змін СО товстої кишки на тлі нормалізації її функціонального стану, відновлення еубіозу та активації імунологічної реактивності організму. При цьому хворому вводять внутрішньо за 30-40 хвилин до їжі колібактерин сухий (чи біфідобактерин, чи лактобактерин – залежно від характеру дисбактеріозу кишечника) один раз на день на порожній шлунок у кількості 5 доз, а через 2-2,5 години додатково проводять гальванізацію при поперечному розташуванні електродів на ділянку проекції товстої кишки і симетрично позаду на поперек, щільності струму 0,03-0,05 мА/см², експозиції 15-20 хвилин, щоденно або через день, 10 процедур на курс лікування. Ефективність лікування хворих на дивертикульоз товстої кишки може бути підвищена, якщо сполучати застосування внутрішньоорганного електрофорезу пробіотиків та пелоїдотерапію.

Додатково: задля стимуляції репаративної регенерації СО товстої кишки використовують ЕМП дециметрового діапазону – **мікрохвильову терапію (ДМХ)** на ділянку проекції товстої кишки за контактною методикою, потужність 25-40 Вт, експозиція 15-30 хв, кожен день або через день, на курс лікування 8-10 процедур.

Термін санаторно-курортного лікування: 21-24 дні.

Показники якості лікування: зменшення чи зникнення клінічних ознак захворювання, відновлення функції товстої кишки з нормалізацією стільця на тлі зникнення запального процесу в ній, відновлення мікрофлори товстої кишки.

Противоказання: ускладнена дивертикулярна хвороба.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Міщенко А.В., Олексюк В.І. Лікувальне застосування ГБО при гострому ураженні шлунково-кишкового тракту і міокарду натрію фторидом //Мат. Першого Національного з'їзду фармакологів України "Сучасні проблеми фармакології". - Полтава, 1995. - С. 113.
2. Чопей, І. В. Вплив комплексного використання мінеральної води "Поляна Квасова" та озонотерапії на кислотоутворюючу функцію шлунка у хворих із гастроезофагеальною рефлюксною хворобою на етапі санаторно-курортного лікування / І. В. Чопей, І. І. Мигович // Науковий вісник Ужгородського університету: Серія: Медицина / голов. ред. А.С. Головацький. – Ужгород: Поліграфцентр «Ліра», 2011. – Вип. 40. – С. 181–184.
3. Bocci VA. Scientific and medical aspects of ozone therapy. State of the art. Arch Med Res. 2006;37:425–435.
4. Bocci V. Ozone as a Bioregulator. Pharmacology and Toxicology of Ozonotherapy Today / V. Bocci // Journal of biological regulators and homeostatic agents. – 1996. – Vol. 10, N 2/3. – P. 31–53.
5. Elvis AM, Ekta JS. Ozone therapy: A clinical review. J Nat Sci Biol Med. 2011;2:66–70.
6. Gill A, Bell CN. Hyperbaric oxygen: its uses, mechanisms of action and outcomes. QJM. 2004;97:385-95.
7. Hampson NB. Hyperbaric oxygen therapy: 2003 Committee Report. Undersea and Hyperbaric Medical Society; 1999.
8. Isik A, Peker K, Gursul C, et al. The effect of ozone and naringin on intestinal ischemia/reperfusion injury in an experimental model. Int J Surg. 2015;21:38-44.
9. Leon O. S. Ozone oxidative preconditioning: a protection against cellular damage by free radicals / O. S. Leon, S. Menendez, N. Merino [et al.] // Mediators of inflammation. – 1998. – Vol. 7. – P. 289–294.
10. Shahriari A, Khooshideh M, Heidari M. Diseases treated with hyperbaric oxygen therapy; a literature review. Med Hypothesis. 2014;1(1).
11. Zanardi I, Borrelli E, Valacchi G, Travagli V, Bocci V. Ozone: a multifaceted molecule with unexpected therapeutic activity. Curr Med Chem. 2016;23:304–314.