. **Філак Ф. , Філак Я**. Комплесна реабілітація хворих на хронічний ентероколіт в умовах санаторію /Фізична культура і спорт: досвід та перспективи //Мат. ІІ міжнародної науково-практичної конференції 4 - 5 квітня 2019 року, Чернівці, 2019. – 104 – 106.

**КОМПЛЕКСНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ЕНТЕРИТ В УМОВАХ САНАТОРІЮ**

**Філак Ф.Г., Філак Я.Ф.**

*Ужгородський національний університет*

**Вступ.** Захворювання кишечника є однією з найскладніших патологій органів травлення. Важкі метаболічні розлади, які виникають при тривалому перебігу ентериту, зниження захисних імунологічних реакцій, полігіповітаміноз, ферментативна недостатність, поширення бактеріальної флори по всьому кишечнику і декон’югація жовчних кислот ускладнюють лікування цих хворих. Питання відновного лікування і профілактики порушень функцій кишечника також залишаються гострими у зв’язку з постійним погіршенням екологічної обстановки, асортименту харчування [1, 2].

У системі реабілітації цих хворих суттєве місце займає лікувальна фізична культура, масаж, фізіотерапевтичні процедури, загартовуючі процедури, кліматотерапія та аутотренінг, які направлені на активізацію крово- і лімфообігу в черевній ділянці, покращення моторної функції кишечника, нормалізацію нейрогуморальної регуляції травної системи та загальне зміцнення організму [3, 4].

**Мета дослідження.** Вивчити консолідований вплив курортних факторів із використанням засобів фізичної реабілітації у хворих на хронічний ентерит.

**Результати дослідження.** Нами обстежено 40 хворих на хронічний ентерит віком від 35 до 50 років; жінок – 26, чоловіків - 14. Діагноз хронічний ентерит та ступінь його важкості ставили на основі клінічних та лабораторно-інструментальних методів дослідження. Для вивчення стану моторної функції товстої кишки і оцінки ефективності реабілітаційних заходів проведена реєстрація міоелектричної активності кишечника електрогастрографом ЕГС – 4М за методикою Г.А.Катаєвої [2]. Порівнювалась фонова міоелектрична активність тонкої кишки та її зміни в кінці курсу лікування. Результати оцінювали за показниками амплітуди та частоти тонічних і перистальтичних коливань кишечника.

Комплекс реабілітаційних заходів хворих на хронічний ентерит включав курсовий прийом мінеральної води Поляна Купіль, дієтотерапію, вуглекислі мінеральні ванни, лікувальну гімнастику, реабілітаційний масаж, гідропатичні процедури. Хворі були поділені на дві групи. Основну групу складали 20 хворих, у яких в комплекс санаторно-курортного лікування додатково входили засоби фізичної реабілітації, а саме лікувальна фізкультура та реабілітаційний масаж. При гіпертонічному типі моторики тонкої кишки у комплекс лікувальної гімнастики входили спеціальні вправи переважно з положення лежачи на спині, а також стоячи в упорі на колінах в чергуванні з дихальними вправами та вправами на розслаблення м’язів живота з метою зниження внутрішньочеревного тиску і розслаблення мускулатури кишечника. Проводили сегментарний масаж паравертебральних зон грудних і поперекових спинномозкових сегментів, масаж товстої кишки. При гіпотонічному типі моторики тонкої кишки, з метою посилення перистальтики кишечника застосовувались вправи для зміцнення черевного пресу і м’язів спини з поступовим збільшенням навантаження та зміною вихідних положень. Другу групу складали 20 хворих, у яких для порівняння у комплекс лікувальної гімнастики входили загальнозміцнюючі вправи для всіх м’язових груп з невеликим обтяженням, повороти тулуба в чергуванні з дихальними вправами, класичний масаж спини.

При досліджені натще у хворих на хронічний ентерит моторна функція тонкої кишки відзначалась переважно підвищенням міоелектричної активності кишечника. Найбільш характерними були високоамплітудні тонічні і низькоамплітудні перистальтичні коливання тонкої кишки при високій частоті тонічних та перистальтичних коливань. У залежності від амплітуди тонічних хвиль гіпертонічний тип моторики тонкої кишки виявляли у 31 (77,5% ) хворих (0,11 ± 0,006мВ), гіпотонічний тип – у 9 (22,5%) хворих (0,06 ± 0,007мВ). У залежності від частоти тонічних хвиль тахіритмічний тип моторики тонкої кишки виявляли у 36 (90,0%) хворих (1,64 ± 0,05), брадіритмічний відповідно – у 4 (10,0%) хворих (1,19 ± 0,04). У результаті проведених реабілітаційних заходів кращі показники виявлені у хворих першої групи. Болі в черевній порожнині зменшилися з 85,0% до 25,0% хворих першої групи і у 40,0% хворих другої групи, метеоризм – відповідно у 15,0% і 35,0% хворих обидвох груп. Проноси зменшилися з 75,0% до 15,0% пацієнтів першої групи і у 30,0% другої, запори – з 25,0% відповідно до 5,0% і 10,0% хворих обох груп. За даними електроколонографії, яка проведена в кінці курсу відновного лікування, вольтаж зубців тонкої кишки достовірно зменшився з 0,11 ± 0,006 мВ до 0,08± 0,004 мВ у хворих першої групи (Р < 0,001) і до 0,09 ± 0,004мВ у хворих другої групи (Р < 0,05). Відзначено нормалізацію показників частоти тонічних коливань тонкої кишки. Тахіаритмічний тип моторики тонкої кишки достовірно зменшився з 1,64 ± 0,05 до 1, 49 ± 0,04 хворих першої групи (Р < 0,05), тенденція до нормалізації спостерігалась у хворих другої групи 1, 56 ± 0,03, (Р > 0,05). Виявлена тенденція до нормалізації показників амплітуди перистальтичних хвиль кишечника.

**Висновки.** Використання засобів фізичної реабілітації в комплексному санаторно-курортному комплексі позитивно впливає на об´єктивні показники, підвищує ефективність лікування, психоемоційний стан хворих з на хронічний ентерит. Кращі показники виявлені у хворих першої групи. Для оцінки ефективності реабілітаційних заходів рекомендовано запис моторної функції кишечника в динаміці.

**Література**

1. Выгоднер Е.Б. Физические факторы в гастроэнтерологии. – М.: Медицина, 1987.—304с.

2. Катаева А.Г. Изучение моторики кишечника у хирургических больных с помощью электрогастрографа //Вестник хирургии. - 1970.- № 9. - С. 16 – 18.

3. Крумс Л.М. Патогенетическая терапия хронических болезней тонкой кишки: Автореф. дис. … док. мед. наук. – М., 1989. – 39с.

4. Серебрина Л.А. Реабилитация больных с патологией органов пищеварения. – К.: Здоровья, 1989. – 208с.