

Філак Ф.Г. Санаторна реабілітація осіб працездатного віку хворих на хронічний ентерит /Мат. 75-ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького складу університету, 25 лютого 2021. – Ужгород. - С.54 – 56.

САНАТОРНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ОСІБ ПРАЦЕЗДАТНОГО ВІКУ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ЕНТЕРИТ

ДВНЗ «УжНУ», факультет здоров'я та фізичного виховання, кафедра основ медицини, м. Ужгород

Ключові слова: моторна функція кишківника, хронічний ентерит, лікувальна гімнастика.

Вступ. Захворювання кишечника є однією з найскладніших патологій органів травлення. Одним із провідних методів лікування хронічних захворювань кишечника є санаторно-курортна реабілітація, яка, діючи сукупністю різноманітних природних і преформованих лікувальних факторів, спричинює певні зрушення в фізіологічних системах організму. Це досягається шляхом дотримання правильної дієти, рухового режиму, використання мінеральних вод, фізіотерапевтичних факторів, водних процедур тощо. У системі реабілітації цих хворих суттєве місце займає лікувальна фізична культура, масаж, фізіотерапевтичні процедури, загартовуючі процедури, кліматотерапія які направлені на активізацію крово- і лімфообігу в черевній ділянці, покращення моторної функції кишківника, нормалізацію нейрогуморальної регуляції травної системи та загальне зміцнення організму.

Мета дослідження - вплив курортної реабілітації із використанням засобів фізичної терапії у осіб працездатного віку хворих на хронічний ентерит.

Матеріали та методи. Дослідження проведені у 40 хворих на хронічний ентерит віком від 40 до 50 років; жінок – 26, чоловіків - 14. Для вивчення стану моторної функції тонкої і товстої кишки і оцінки ефективності реабілітаційних заходів на базі санаторію Поляна проведена реєстрація міоелектричної активності кишечника електрогастрографом ЕГС – 4М за методикою Г.А.Катаєвої. Порівнювалась фонові 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 середньомінералізованої вуглекислої гідрокарбонатно-натрієвої мінеральної води Поляна Купіль температури 42°C за 45 хвилин до прийому їжі по 200 мл. 3 рази в день, дієтотерапію, вуглекислі мінеральні ванни, кліматотерапію, лікувальну гімнастику, масаж, психотерапію.

Результати досліджень. У яких в комплекс санаторно-курортного лікування додатково входили засоби фізичної реабілітації, а саме лікувальна фізкультура та сегментарний 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. При гіпотонічному типі моторики тонкої кишки, з метою посилення перистальтики кишечника лікувальна гімнастика направлена на посилення тону м'язової мускулатури. в комплекс лікувальної гімнастики входили загальнозміцнюючі вправи для всіх м'язових груп з невеликим обтяженням, вправи для зміцнення черевного пресу і м'язів спини з поступовим збільшенням навантаження та зміною вихідних положень з предметами, повороти тулуба в чергуванні з дихальними вправами. Проводили сегментарний масаж паравертебральних зон грудних і поперекових спинномозкових сегментів. Також застосовували класичний масаж спини, на курс 10 – 12 процедур. Психотерапія (раціональна, гіпноз, медитація) була обов'язковим методом реабілітації даної категорії хворих. Вона сприяла налагодженню гармонійної співдружності в роботі вегетативної нервової системи, нормалізації моторики кишечника.

При дослідженні 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 25 (62,5%) хворих ($0,11 \pm 0,006$ мВ), гіпотонічний тип – у 15 (37,5%) хворих ($0,06 \pm 0,007$ мВ). У залежності від частоти тонічних хвиль тахіритмічний тип моторики тонкої кишки виявляли у 31 (77,5%) хворих ($1,64 \pm 0,05$), брадіритмічний відповідно – у 9 (22,5%) хворих ($1,19 \pm 0,04$).

У результаті проведених реабілітаційних заходів кращі показники виявлені у хворих першої групи. Болі в черевній порожнині зменшилися з 85,0% до 17,5% хворих метеоризм – з 95,0% до 27,5% хворих. За даними електроколонографії, яка проведена в кінці курсу відновного лікування, вольтаж зубців тонкої кишки достовірно зменшився з $0,11 \pm 0,006$ мВ до $0,08 \pm 0,004$ мВ ($P < 0,001$) Відзначено нормалізацію показників частоти тонічних коливань тонкої кишки. Тахіритмічний тип моторики тонкої кишки достовірно зменшився з $1,64 \pm 0,05$ до $1,49 \pm 0,04$ хворих ($P < 0,05$). Виявлена тенденція до нормалізації показників амплітуди перистальтичних хвиль кишечника.

Висновки. Дослідження показали, що переважна більшість вправ основної частини заняття з лікувальної фізкультури повинна бути спрямована на нормалізацію моторно-евакуаторної функції кишечника, покращення обмінних процесів в органах черевної порожнини в поєднанні з дихальними вправами та вправами на розслаблення з метою регуляції внутрішньочеревного тиску, при цьому слід враховувати тип моторики.