**МОЖЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ НЕТРАДИЦІЙНІ ЗАСОБІВ**

**У ФІЗИЧНІЙ ТЕРАПІЇ ХРОНІЧНОГО КОЛІТУ**

**Мальцева Ольга Борисівна,**

к.м.н., доцент

ДВНЗ Ужгородський національний університет

факультет здоров’я та фізичного виховання

кафедра основ медицини, м. Ужгород, Україна

[55olgamobo@gmail.com](mailto:55olgamobo@gmail.com)

**Самойленко Світлана Михайлівна,**

сімейний лікар,

замісник директора з медичних питань

svetsam17@gmail.com

**Гомонай Марія Василівна,**

лікар - гастроентеролог

Некомерційне комунальне підприємство

«Ужгородська міська поліклініка»

Ужгородської міської ради

м. Ужгород, Україна

**Вступ.** Хвороби органів травлення займають друге місце в загальній структурі захворюваності серед дорослого населення, характеризуються хронічним перебігом, схильністю до частих рецидивів. Хронічні хвороби кишківника залишаються однією з найскладніших проблем гастроентерології. Хронічний характер перебігу хронічного коліту (ХК) по гіпомоторному типу зумовлює високі показники тимчасової непрацездатності. Тісний анатомно-фізіологічний зв’язок між органами травлення робить неможливими відокремлене відновне лікування того чи іншого органа при формуванні патології, адже система травлення перебуває у складних взаємозв’язках з вищими відділами центральної нервової системи (ЦНС) і підкорковими центрами. Проходить спотворення нервової регуляції внутрішніх органів, що призводить до порушення моторної, секреторної і всмоктуючої функцій кишківника. Рецидивний перебіг ХК з прогресуючими порушеннями структури і функцій слизової оболонки супроводжується значним зниженням якості життя хворих, що ставить хворобу в ряд важливих медико-соціальних проблем з необхідністю пошуку нових напрямків у вивченні етіології і патогенезу з метою удосконалення методів профілактики, лікування, реабілітації даної патології.

Фізична терапія (ФТ) захворювань товстого кишківника, і, зокрема ХК по гіпоморному типу, включає обов’язкове включення дієтотерапії (ДТ), фітотерапії (ФТ) з послідовним підключенням масажу та фізичних вправ. Застосування комплексу ФТ сприяє зменшенню запального процесу в стінці товстого кишківника на всьому протязі. Проявляється загально зміцнюючий вплив, що сприяє нормалізації секреторної та моторної функцій кишківника. Стабілізується діяльність ЦНС та вегетативної нервової системи, зміцнюються м’язи живота, організм адаптується до фізичних навантажень виробничого та побутового характеру.

**Мета роботи.** Підвищити ефективність відновлювального лікування хворих ХК по гіпомоторному типу на поліклінічному етапі шляхом корекції комплексу фізичної терапії, що включає дієтотерапію, фітотерапію, масаж та фізичні вправи.

**Матеріали та методи**. Під наглядом знаходились 21 хворий ХК по гіпомоторному типу у фазі неповної ремісії, 9 (43%) – чоловіків та 12 (57%) – жінок. Комплекс обстеження включав збір скарг, аналіз анамнезу хвороби та анамнезу життя, об’єктивний огляд, клінічні аналізи крові та сечі, аналіз калу (на яйця паразитів, атипові клітини), посів калу на дисбактеріоз, колоноскопію або іригоскопію з біопсією, ректороманоскопію. Об’єкт дослідження – ХК по гіпомоторному типу. Предмет дослідження – вплив комплексу фізичної терапії на перебіг ХК по гіпомоторному типу на поліклінічному етапі відновлення. З першого дня – харчування та фітотерапія, масаж черева, фізичні вправи (загальні та спеціальні). Дієтотерапія корегує стілець та нормалізує кишкову мікрофлору -здійснює етіотропну терапію. При закрепах, з метою посилення моторної функції кишок призначали харчування фізіологічно повноцінне, з обмеженням механічних та хімічних подразників та виключенням продуктів і страв, які посилюють бродіння в кишках, посилюють перистальтику та вивільнення кишок. Рекомендували: страви готувати у відвареному, злегка смаженому та запеченому вигляді (без подрібнення); борщі (холодний борщ), холодні фруктові супи, яловичину, нежирну свинину, телятину, хліб переважно чорний, сірий, овочеві гарніри, овочі (грубо нарізані), розсипчасту кашу, ковбаси, частково салати і вінегрети, овочі, молоко і сметану, одноденний кефір, кисле молоко, свіжий сир, вершкове масло, олію, сирі фрукти, ягоди, компот, варення, мед, чорнослив. Супи (слизисті) з круп, бульйони з рисом, манними крупами, фрикадельками, нежирні сорти м’яса у вигляді парових котлет, м’ясних пюре, свіжий протертий сир, триденний кефір, білковий омлет, масло вершкове несолоне, цукор (40 –50 г на день), сухарі з білого хліба, каші з різних круп, (крім пшона і гречки ), зварені на воді і протерті, натуральне червоне вино, напої з сухих ягід (чорниці, терену, кісточок гранату, вишні, смородини), міцний чай. Замість хліба по можливості вживати відварений рис. До всіх м’ясних страв слід додавати 1 – 2 г часнику. Проти закрепне харчування - з малим або великим вмістом клітковини;.

Існує велика кількість рецептів застосування лікарських рослин при ХК по гіпомоторному типу у вигляді відварів (насіння кмину, шишок вільхи сірої, сухих шкірок граната, розтертих на порошок коренів щавлю кінського, кора крушини, шкірки апельсина, зерна вівса, кореневища перстачу прямостоячого, коріня кропиви пекучої) та настоїв (трава золототисячнику, листки шавлії, квіти ромашки аптечної, листки м’яти перцевої, трава суниці лісової, трава деревію звичайного, сережки вільхи сірої, листки полину гіркого, листки шавлії лікарської, трава материнки звичайної, трава грициків звичайних, трава звіробою продірявленого, листки кропиви дводомної). Для боротьби із закрепами показано також призначення настоїв листя алое, кори і ягід крушини, кори ревіню, олександрійського листа, морської капусти. Масаж призначили з метою активації моторно-евакуаторної функції кишок, нормалізації діяльності ЦНС та вегетативної нервової системи; при атонічних закрепах діють енергійно, використовують усі прийоми, в тому числі безперервну і переривчасту вібрацію, струшування і підштовхування окремих частин товстого кишківника, струшування черева і тазу.

В комплекс фізичних вправ входили вправи переважно для великих і середніх м'язових груп, з великим числом повторень (при м’язовій роботі виділяється багато енергії, необхідної для нормального функціонування клітин організму, у тому числі і для відновлення пошкоджених клітин). Обов’язковими були вправи для черевного прессу, дихальні вправи. Основне завдання дихати правильно - «животом», тобто включати нижнє дихання. Пульс у період фізичного навантаження не повинен перевищувати 120-130 поштовхів за хвилину. Заняття ЛФК проводилися не раніше ніж через 2-2,5 години після прийому їжі. На початку курсу основні вихідні положення - лежачи на спині і правому боці, на похилій площині з піднятим на 15-20 см головним кінцем. Критерієм правильності виконання вправ була відсутність у процесі тренування печії або відрижки. В комплекс фізичних вправ поступово вводили рухи ногами, повороти тулуба в вихідному положенні лежачи на спині, на правому, пізніше і на лівому боці, животі, колінах та стоячи (розгинання, нахили тулуба у сторони, повороти, присідання.

**Результати та обговорення**. При поступленні в поліклініку для проходження комплексу фізичної терапії хворі ХК по гіпомоторному типу у фазі неповної ремісії відмічали наявність у себе комплексу змін, характерних для стишування проявів загострення захворювання: 6 (29%) осіб відмічали періодичну помірну болючість ниючого монотонного і 15 (71%) - тиснучого характеру по всьому череву або в лівій здухвинній ділянці. Ця болючість 15 (71%) хворих турбувала під ранок (симптом “будильника”), у 8 (38%) хворих посилювалась при трясці, їзді, ходінні, у 19 (90%) хворих проходила після прийому спазмолітиків, і у всіх 21 (100%) хворих - зменшувалась після акту дефекації та (або) відходження газів. Сухість та неприємний смак в ротовій порожнині відмічали 4 (19%) хворих, дисфагія у вигляді відрижок та нудот турбували 6 (29%) хворих. Тенезми та урчання по ходу товстого кишківника спостерігались відповідно у 7 (33%) та 8 (38%) хворих, а періодично виникаюче здуття черева - майже у всіх – 20 (95%) пацієнтів. Посилене відходження газів (як ознака залишкового супутнього дисбактеріозу) відмітили 7 (33%) хворих. Порушення стільця турбувало всіх 21 (100%) хворих: несправжні позови – у 5 (24%) хворих, відчуття неповного звільнення кишківника – у 10 (47%) хворих, чергування проносів та закрепів – у 11 (52%) хворих, а позитивний симптом “ закріпного стільця” спостерігався у 20 (95%) хворих.

Окрема група скарг пацієнтів – астеновегетативний синдром - стосувалась початкових ознак неврозу, пов’язаних з давністю хвороби та виснаженням нейрогуморальних механізмів функціонування органів травлення. У всіх 21 (100%) хворих було відмічено ознаки “ вживання хворого у хворобу”, швидка втомлюваність, головні болі, погіршення сну, зниження працездатності, загальна роздратованість. При огляді пацієнтів пальпаторно у 10 (47%) хворих спостерігалось здуття черева, помірна болючість по ходу товстого кишківника - у 8 (38%) хворих, болючість по ходу нисхідного відділу товстого кишківника – у 7 (33%) хворих, а спазмовані ділянки по ходу товстого кишівника – у 3 (14%) хворих.

### Всі хворі прийняли комплекс фізичної терапії, що включав щоденні – дієтотерапію та фітотерапію, вправи ЛФК (щодня, по схемі), та курсове застосування, по 10 днів, в кілька етапів – масаж. В кінці курсу спостерігалось покращення загального стану хворих ХК. Повністю (100%) зникла болючість монотонного ниючого та спазматичного характеру в області черева, періодична болючість ниючого характеру під ранок (симптом “будильника”) зникла у 13 (86%) та зменшилась у 2 (14%) хворих, а болючість, що зменшується після акту дефекації та/або відродження газів - зникла у 19 (90%) хворих та зменшилась у 2 (10%) хворих. Перестали турбувати сухість та неприємний смак в ротовій порожнині, нудоти та відрижки, урчання по ходу кишківника. Покращилась моторика товстого кишківника, про що свідчило зникнення у більшості хворих скарг на порушення стільця, відсутність стільця, несправжні позови. У 6 (86%) хворих тенезми зникли, і у 1 (14%) – зменшились (і кількісно, і якісно). Стілець став більш регулярним, частіше в ранкові години, з відчуттям повного звільнення кишківника, при цьому візуально калові маси стали більш однорідними по структурі і втратили різкі неприємні пахощі гниття неперетравлених решток. Після зникнення більшості скарг з боку товстого кишківника та покращення загального самопочуття майже всі хворі ХК по гіпомоторному типу відмітили зникнення симптомів астеновегетативного комплексу або їхнє значне зменшення. Тільки 4 (19%) пацієнтів продовжували скаржитись на підвищену роздратованість, погіршення працездатності, поганий сон; симптом “ вживлення в хворобу” залишився без змін.

**Висновки.**  Включення методик дієтотерапії та фітотерапії в процеси фізичної терапії дає можливість покращити самопочуття, навчити хворих методикам самоконтролю, зменшити прояви хвороби, покращити якість життя, соціальну адаптацію, зменшити вартість лікування. Фітотерапія відіграє важливу роль у науково обґрунтованому комплексі, адже препарати з лікарських рослини, як засоби, що допомагають основній терапії, мають важливе значення для хворих. Фізіологічно активні речовини (різні компоненти в рослини) визначають фармакологічні ефекти (які частково нашаровуються один на одного), здійснюють не тільки етіотропний, але і патогенетичний впливи, допомагають вивести з організму токсини бактерій, продукти обміну, антибіотики, зменшити побічні негативні ефекти фармакопрепаратів, є жаропонижуючими і відхаркуючими засобами, сприяють відновленню та запуску окремих ланок саногенезу.

Фізичні вправи та масажстабілізують діяльність ЦНС та вегетативної нервової системи, зміцнюють м’язи живота, проявляють загально зміцнюючу дію, сприяють нормалізації секреторної та моторної функцій кишківника загалом. Сприяють нормальному перебігу трофічних процесів, покращують циркуляцію крові та лімфи, що сприяє зменшенню застійних явищ в зоні ураження,протидіє порушенням функцій всього травного апарату.

Проведені дослідження підтвердили позитивне значення використання комплексу дієтотерапії, фітотерапіїЇ, масажу та фізичних вправ при хронічному коліті, потребують уточнення та подальшого вивчення.