

# САНАТОРНО-КУРОРТНЕ ЛКУВАННЯ СИНДРОМУ ПОДРАЗНЕНОЇ ТОВСТОЇ КИШКИ

*ФІЛАК Ф.Г., КОРОСТЕЛЬОВ В.О.*

*Сан. "Поляна", Закарпатська обл.*

Останнім часом значно зросла кількість хворих із функціональними порушеннями травної системи. Синдром подразненої товстої кишки займає одне із провідних місць. Причому цією хворобою найчастіше хворіють люди працездатного віку (20–40 років). В етіології синдрому важливу роль відіграють психологічні розлади [2, 7, 8], у патогенезі – порушення моторики товстої кишки. І тому одним із провідних методів лікування цієї патології є санаторно-курортна терапія.

Нами обстежено 92 хворих із синдромом подразненої товстої кишки – 64 жінки і 28 чоловіків віком  $35,3 \pm 1,64$  років. Діагноз уточнювався на основі клінічних та лабораторно-інструментальних методів дослідження. Клінічно найбільш характерними ознаками є болі в черевній порожнині різної інтенсивності і локалізації, що їх відзначали 74,0% обстежених, метеоризм (64,0%). Нерегулярність випорожнень визначали 92,0% хворих, із них запор спастичного типу – 66,0%, діарею – 26,0%. Об'єктивно: у більшості хворих пальпувалась спазмована сигмо-видна кишка. При ректороманоскопії спостерігалися спастичні скорочення дистального відділу товстої кишки на фоні підвищеної секреції та незміненої або дещо гіперемійованої та набряк-лої слизової оболонки.

Для вивчення стану моторної функції товстої кишки і оцінки ефективності лікування проведена реєстрація міоелектричної активності сліпої та сигмовидної кишок методом електроколографії за методикою А.М. Ногаллера. Порівнювалась фонові міоелектрична активність товстої кишки на початку і в кінці курсу лікування. Результати оцінювали за показниками амплітуди та частоти тонічних і перистальтичних коливань кишечника. Контрольну групу становили 20 практично здорових осіб. При нормокінетичному типі електроколограми вольтаж зубців становив 0,12–0,14 мВ для сліпої кишки та 0,22–0,24 мВ – для сигмовидної. При дослідженні стану моторної функції кишечника натще у хворих із синдромом подразненої товстої кишки у 93,6% обстежених відзначались високоамплітудні тонічні коливання сигмовидної

кишки на фоні підвищення частоти її тонічних скорочень (гіпертонічний-тахіритмічний тип моторики). Гіпертонічний-тахіритмічний тип моторики сліпої кишки виявлений у 51,8% обстежених хворих, нормотонічний-тахіритмічний – у 35,0% і гіпотонічний-тахіритмічний – у 13,2%.

Психологічне обстеження проводилось за допомогою нами розробленого психологічного оціночного бланка. Клінічна оцінка психологічної конфліктності хворих визначалась у двох зонах психо-соціальних відносин – виробничій та соціально-побутовій. Ступінь виразності психологічної конфліктності в означених зонах психо-соціальних відносин оцінювався по чотирибальній системі:

0 (відсутній) – діяльність хворого протікає в ситуації повного психологічного комфорту;

1 (слабо виражений) – спостерігаються поодинокі конфліктні ситуації, але вони вирішуються своєчасно і майже повністю;

2 (помірний) – конфлікт і неприємні переживання мають постійний характер, але хворий намагається і надіється адекватно (продуктивно) упоратися із своїми труднощами;

3 (значний) – хворий не може, не хоче або не надіється вирішити свої проблеми та труднощі, котрі підтримують у нього стан психічної дезадаптації.

Крім того, широко використовувались психодіагностичні шкали: опитувальна анкета для визначення нейротизму Г. Айзенка (варіант EP1), метод малюнкової асоціації С. Розенцвейга, шкала реактивної стривоженості Спілбергера та скорочений варіант Бека шкали самооцінки депресії.

Порушення травної системи хронічного характеру часто пов'язані з аномаліями в сімейних відносинах. Як вважають Р. Конечний і М. Боухал [3], суворість та емоційний холод з боку батьків призводять до появи або несміливості, нерішучості, полохливості та пасивності у дитини, або ворожості, недовіри та агресивності. Нами емоційна депривація в дитинстві (втрата когось із батьків, алкоголізм або розлучення сім'ї тощо) виявлена у 87,0% хворих із синдромом подразненої товстої кишки. Створивши власні сім'ї, хворі часто були змушені проживати в конфліктних ситуаціях. Такий емоційний конфлікт виявлений у 82,0% обстежених хворих. Ступінь виразності емоційної конфліктності у виробничій зоні рівнявся  $1,4 \pm 0,09$  бала, а в соціально-побутовій –  $2,5 \pm 0,12$  бала.

За даними опитувальної анкети Айзенка, у хворих виявлені дещо знижені оцінки по шкалі екстраверсії-інтроверсії ( $11,3 \pm 0,39$  бала) і високі по шкалі нейротизму ( $17,2 \pm 0,49$  бала). Рівень реактивної стривоженості по шкалі Спілбергера був дуже високим і становив  $59,4 \pm 1,38$  бала. Підвищена активність вегетативної нервової системи, як правило, пов'язана зі схильністю до інтроверсії, яка, на думку Айзенка, є основою для виникнення страху. Особи, що легко піддаються стривоженості, відзначаються і підвищеною активністю вегетативної системи, і інтроверсивністю. Крім того, як висловився Тіл, вегетативна ейтонія і врівноважений настрій відповідають один одному так само, як вегетативна дистонія та емоційна лабільність. Серія праць А.М. Вейна і А.Д. Соловйової [1] підтвердила, що в міру зменшення виразності емоційних порушень регресують і вегетативні синдроми.

За даними Бека шкали самооцінки, рівень депресії у хворих із синдромом подразненої товстої кишки становив  $19,3 \pm 1,15$  бала. Найбільш високі оцінки виявлені за такими симптомами шкали, як підвищена дратливість, втрата задоволення, знижений настрій, низька працездатність та порушення сну. Хворі відзначались занадто високою чутливістю до фрустрації. За даними тесту Розенцвейга, у них переважала екстрапунітивна спрямованість ( $44,0 \pm 1,39\%$ ) та егозахисний тип ( $40,4 \pm 1,17\%$ ) реакцій на фрустрацію.

Таким чином, хворі із синдромом подразненої товстої кишки виділялись високою тривогою, емоційним напруженням, дратівливістю, емоційною лабільністю, різними страхами, особливо в зв'язку з станом свого здоров'я, істеричними та нерідко навіть параноїдними реакціями. Чутливість до стресу у них така висока, що навіть незначні невдачі можуть викликати

загострення хвороби. Такий афективний стан, як правило, супроводжувався різкою вегетативною стигматизацією – зниженням температури тіла дистальних відділів кінцівок, гіпергідрозом, лабільністю пульсу та кров'яного тиску. Характерним є підвищення м'язового тону, на що вказували симптоми Шульца та Хвостека. В більшості хворих також були підвищені сухожильні рефлекси. За психопатологічним синдромом хворі були розподілені таким чином: астеничний виявлений у 6,0% чоловік, депресивний – у 7,0%, фобічний – у 22,0%, тривоги – у 33,0%, істеричний – у 15,0% і гіпохондричний – у 17,0%.

Комплекс лікування хворих із синдромом подразненої товстої кишки включав курсовий прийом середньомінералізованої вуглекислої гідрокарбонатно-натрієвої мінеральної води Поляна-Купіль температури 42–45°C за 30 хвилин до прийому їжі по 200 мл 3 рази в день, дієтотерапію, відвар лікарських трав, лікувальну гімнастику, вуглекислі мінеральні ванни, мікроклізми відвару трав, при необхідності масляні, кишкові зрошення, масаж. З метою локальної терапії широко використовували аплікації озокериту температури 42–44°C, тривалістю 20 хвилин, на курс 8–10 процедур. Психотерапія (раціональна, гіпноз, медитація) була обов'язковим методом лікування даної категорії хворих. Вона сприяла редукції тривоги, налагодженню гармонійної співдружності в роботі вегетативної нервової системи, нормалізації моторики кишечника. Завдяки індукції стану розслаблення скелетних м'язів спостерігалось і глибоке розслаблення гладких м'язів шлунково-кишкового каналу [4, 5].

Отже, у результаті проведеного комплексного санаторного лікування поряд з поліпшенням клінічної картини, у 90,4% хворих із синдромом подразненої товстої кишки нормалізувались випорожнення, значно поліпшився емоційний стан хворих, стабілізувалась робота вегетативної нервової системи. За даними електроколографії, вольтаж зубців сигмовидної кишки достовірно зменшився – з  $0,31 \pm 0,003$  до  $0,24 \pm 0,002$  мВ ( $P < 0,001$ ). На моторику сліпої кишки таке санаторне лікування мало коригуючий вплив. Відзначено нормалізацію показників частоти тонічних коливань товстої кишки. Цим підтверджено високу ефективність комплексу лікування хворих із синдромом подразненої товстої кишки в умовах санаторію “Поляна”.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Вейн А.М., Соловьева А.Д. Патологические вегетативные синдромы: Клинико-физиологическая характеристика//Физиология вегетативной нервной системы. – Ленинград, 1981. – С. 668–710.
2. Герман И. Функциональные энтерокопатии//Клиническая копрология. – Бухарест, 1977. – С. 147–150.
3. Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине. – Прага, 1983. – 405 с.
4. Коростелев В.А., Филак Ф.Г., Данилаш М.М. Влияние медитации на гладкую мускулатуру тонкой кишки: по данным электроэнтерографии//Всес. конф. по метод. исследования и лечения, аппаратные системы и ЭВМ в гастроэнтерологии. – Железноводск–Ессентуки, 1991. – С. 46–47.
5. Лобзин В.С., Решетников М.М. Аутогенная тренировка. – Ленинград, 1986. – 279 с.
6. Пелещук А.П., Ногаллер А.М., Ревенок Е.Н. Функциональные заболевания пищеварительной системы. – Киев, 1985. – 200 с.
7. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Функциональные нарушения тонуса и моторики полых органов брюшной полости//Психосоматические расстройства. – Москва, 1986. – С. 181–192.
8. Фролькис А.В. Функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта. – Л.: Медицина, 1991. – 224 с.

**IRRITABLE COLON SYNDROME AND ITS TREATMENT IN A HEALTH RESORT**

*Filak F.G., Korostelyov V.O.*

*Sanatorium "Polyana" Ass. "Zakarpaturort"*

92 patients with irritable colon syndrome were examined. The diagnosis was confirmed by the results of clinical and laboratory methods of investigation. The motility of colon was studied using the electrocolonography at the beginning and at the end of the course. Psychological tests (G. Eiseng, S. Rosentweig, Spielberg) have been carried out. High efficiency of "Polyana-Kupil" mineral water intake was revealed in "Polyana" health resort.