

УДК: 616.361/366-002.2-008. 6-085.838. 7

ІЗ ДОСВІДУ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ ХРОНІЧНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ ТА ДИСКІНЕЗІЯМИ ЖОВЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ ІНТЕНСИВНОГО ТОРФОЛІКУВАННЯ В УМОВАХ САНАТОРІЮ “СИНЯК”

Швардак М.В., Горицька С.І., Гайнас Л.О., Дуло О.А.

Санаторій “Синяк”, об’єднання “Закарпаткурорт” с. Чинадієво, Мукачівський район

Ключові слова: хворі з хронічним холециститом та дискінезіями жовчовивідних шляхів, сульфідна бальнеотерапія та торфолікування в умовах санаторію “Синяк”.

Вступ. Хронічний холецистит (ХХ) та дискінезії жовчовивідних шляхів (ДЖВШ) продовжують залишатися однією з основних проблем сучасної гастроентерології [1, 2]. Переважне ураження осіб працездатного віку, часто рецидивуюче протікання диктують необхідність розробки нових високоефективних методів лікування [8, 3]. Велике значення в комплексному лікуванні цього захворювання мають фізіотерапевтичні і курортні фактори [4, 5]. Однак розроблені комплекси, в тому числі і торфолікування розраховані на 24 дні. Актуальним являється розробка скорочених 14-16-денних курсів, ефективність яких була б не нижче, ніж загальноприйнятих [6]. На сьогодні залишається відкритим питання про можливість застосування торфолікування в лікуванні хворих ХХ та ДЖВШ, не розроблені критерії оцінки його перенесення хворими, прогнозу ефективності [8].

Мета роботи – вивчити можливість призначення інтенсивного торфолікування хворим ХХ та ДЖВШ,

розробити критерії і прогноз ефективності цього методу.

Матеріали і методи. Під обстеженням знаходилось 112 хворих ХХ та ДЖВШ в фазі неповної клінічної ремісії і затухаючого загострення. Із них чоловіків 59%, жінок 41%. Вік складав 25-65 років (в середньому 40 років), давність захворювання 1-5 років і більше.

Хворі, яких спостерігали в фазі затухаючого загострення (62%) пройшли попередній курс медикаментозного лікування за місцем проживання. Основним критерієм затухаючого загострення було відсутність гострих ознак протікання хвороби. У хворих, яких обстежували у фазі неповної клінічної ремісії (27%), ультрасонографія показала деформацію і ознаки запалення стінок жовчного міхура (ЖМ), клінічно спостерігались невиразні прояви ХХ.

При спостереженні за хворими використовувалась спеціально розроблена карта переносимості лікуван-

ня. Обстеження хворих проводилось кожного дня в один і той же час (з 9 до 11 години). На протязі всього терміну в карту заносились виражені симптоми захворювання (в балах), артеріальний тиск (АТ), частота серцевих скорочень (ЧСС) і дихання (ЧД). Ці показники використовувались для розрахунку індексів роботи серця (ІРС) і Кердо (ІК).

$ІРС = (АТ_{\text{снст}} \times ЧСС) / 100$; ІК – стан тону вегетативної нервової системи (ВНС): $ІК = (1 - АТ_{\text{дист}}) / ЧСС \times 100$.

Результати дослідження та обговорення. В роботі використовувались наступні досліджувані методи: ультрасонографія (УЗД), інтрагастральна рН-метрія з тестом субмаксимальної стимуляції 0,1% розчином гістаміна (0,1 мг на 10 кг маси тіла), реогепаатографія, визначення типу адаптаційних реакцій [2], оцінка безпосередніх і віддалених результатів.

Всі хворі, яких обстежували на ХХ та ДЖВШ отримували комплексне лікування. Воно включало щадний режим, дієти 1, 5 по Певзнеру, ЛФК, аплікації торф'яної грязі, яка добувалась із сірчаного озера, що знаходиться на відстані 2,5 км від корпусів санаторію. Торф'яна грязь Синяцького торф'яного озера вміщує до 10 мг/л сірководню, дуже м'яка і пластична по консистенції. Запаси торф'яної грязі складають понад 9864,5 м³ з коефіцієнтом використання 0,8-1,2 і може забезпечити санаторій в лікувальних цілях більше ніж на 15-20 років. Хворим також призначались сірководні ванни, внутрішній прийом слабосульфідної мінеральної води Синяцького родовища (св. № 17). Медикаментозні засоби для курсового лікування не призначались.

В якості основного фактору лікувальної дії у хворих ХХ та ДЖВШ застосовували аплікації торфу, які накладали на зону "широкого пояса", що захоплює епігастрій, праве підбер'я і спину на рівні Th_{IV}-Th_{XII} температури 40-42°C, експозиція 20-25 хв, на курс лікування 7-10 процедур з інтервалом 3-4 години призначали сірководневі мінеральні ванни, температура 37° С, експозиція 10-12 хв., на курс 10-12 ванн. Крім того, пацієнти отримували внутрішній прийом слабосульфідної сульфатно-хлоридно натрієво-магнієвої мінеральної води загальної мінералізації 1,08 мг/л.

В залежності від схеми розподілення процедур аплікації торфу і ванн хворі ХХ та ДЖВШ були розподілені на 2 групи: 1-а – пацієнти, які приймали інтенсивний курс торфолікування – 87 (67%) і 2-а – пацієнти, які лікувались по традиційній схемі (контроль) 25 (22,3%). 1-а група хворих ХХ та ДЖВШ в залежності від фази захворювання була розділена на дві підгрупи: 1а – 38 чоловік, які обстежувались в фазі затухаючого загострення, і 1б – 49 чоловік – в фазі неповної клінічної ремісії. При традиційному лікуванні процедури призначались через день, при інтенсивному – кожний день з інтервалом 3-5 годин.

При поступленні 93,5% пацієнтів скаржились на характерні для ХХ болі; диспептичні розлади (печія, відрижка, гіркота в роті) спостерігались у 100% хворих; прояви астеновегетативного синдрому непокоїли 87,1% хворих. Аналіз клінічних симптомів хвороби по

групах виявив наявність позитивної динаміки у більшості пацієнтів. Однак, при призначенні інтенсивного курсу в порівнянні з традиційним, у більшості хворих відмічено зменшення більшого синдрому (на 14%; $p < 0,05$) печії (на 27,2%; $p < 0,01$), слабості і пітливості (на 21,3%; $p < 0,05$).

Достовірне зниження вираженості клінічних симптомів в балах у пацієнтів підгрупи 1а відмічалось на 3-4-ій процедурі, підгрупи 1б – на 5-6-ій і 2-ої групи – на 6-8-ій процедурах ($p < 0,05$). Отримані дані про нормалізацію клінічного стану пацієнтів співпадають з даними літератури про підвищення терапевтичного ефекту при інтенсифікації лікувального навантаження.

Ультрасонографічний контроль проводився при інтенсивній схемі торфолікування в середньому через 18 днів, при традиційній – через 24 дні. При оцінці ультрасонографічної картини виявлено, що зменшення вираженості в балах ознак запалення – набряки, потовщення стінок і деформація стінок ЖМ, найбільше виражено у хворих ХХ в фазі затухаючого загострення при призначенні їм інтенсивного комплексу торфолікування ($p < 0,05$). До лікування в групах 1а і 2 деформація стінок ЖМ відмічалось у 100% випадків. Повне рубцювання деформуючого дефекту спостерігалось в підгрупі 1а в 60,5%, в групі 2 – в 67,5%, що збігається з даними літератури [5, 6]. Після лікування в 90% випадків спостерігалось зменшення ознак запалення гепатобіліарної зони. Ультразвукові ознаки запальних змін слизової стінок ЖМ залишались на попередньому рівні у 10% пацієнтів, що отримали традиційний курс лікування.

Визначення кислотності шлункового соку були проведені у 87,5% обстежених хворих. Частота спостереження гіперацидного стану була однаковою по всім групам. В базальну фазу секретії у хворих всіх груп спостерігалась олужнююча дія мінеральної води, понижені значення рН підвищились в 2,7 рази. Після тесту субмаксимальної стимуляції 0,1% гістаміном відмічено, що після інтенсивного курсу виділення кислоти в тілі шлунку знизилось в 1,9 рази ($p < 0,05$), в той же час, як після традиційного курсу кислотність в значній мірі не змінювалася. Враховуючи, що в появі і прогресуванні ХХ важливу роль відіграють агресивні властивості шлункового соку, позитивний вплив на кислотоутворення в шлунку при інтенсивній торфотерапії може бути розглянуто як патогенетичний фактор в лікуванні ХХ та ДЖВШ.

Аналіз показників вегетативної регуляції серцево-судинної системи дозволив безпосередньо судити про стан вегетативної регуляції організму.

За даними ІК, в 68% випадків визначався парасимпатичний тип вегетативної нервової системи (ВНС), в 15% – симпатичний і в 11% – нормотонічний. У всіх групах до кінця лікування відмічалось достовірне зниження частоти виявлення ваготонічного типу в поєднанні з збільшенням частоти нормо- і симпатонічного типу. Виявлено, що при вихідному значенні ІК=25-50 лікування було більш ефективним, ніж пр ІК > 50 ($p \leq 0,05$).

Виявлено, що процес зниження напруженості парасимпатичного відділу ВНС починався уже після 1-ої процедури незалежно від призначеного комплексу торфолікування. Це являється важливим патогенетичним фактором при лікуванні ХХ, так як блукаючий нерв нейрогуморальним шляхом веде до стимуляції шлункових залоз і спазму мускулатури ЖМ з порушенням кровообігу в його слизовій оболонці.

Достовірної динаміки показників ІРС в процесі лікування не виявлено незалежно від призначеного курсу, що свідчить про напруження регуляторних механізмів і розвитку тривалої адаптації до дії інтенсивної торфотерапії. Виявлено відсутність значних коливань показників індексу Хільденбрата незалежно від призначеного курсу, що свідчить про відсутність узгодженості в роботі серцево-судинної та дихальної систем під дією інтенсивного торфолікування.

При вивченні динаміки показників адаптаційних реакцій виявлено, що у всіх групах після лікування відмічалось зниження числа реакцій підвищеної активації і приріст числа реакцій спокійної активації. Появи реакцій стресу не було відмічено незалежно від призначеного лікування. При аналізі динаміки адаптаційних реакцій перенапруги адаптаційно-компенсаторних механізмів не виявлено.

Високий рівень реактивності (РР) до лікування спостерігався у 51,5% хворих ХХ, низький – у 37,5%. При вихідному високому РР незалежно від призначеного курсу відмічалась висока ефективність лікування. Показником доброї переносимості інтенсивної схеми торфолікування виявилось те, що значне покращення у хворих з низьким РР наступало також часто і не залежало від призначеного курсу (61,5% в підгрупі 1а і 73,2 в 2-ій групі). Це свідчить про те, що інтенсивний курс для хворих ХХ та ДЖВШ не супроводжується навантаженням адаптаційних механізмів.

Таким чином, критеріями оцінки переносимості інтенсивного лікування можуть бути ІК, ІРС і в меншій ступені ІХ, адаптаційні реакції.

Критеріями оцінки адекватності призначення інтенсивного курсу можуть служити вихідний РР, показники ІК. На основі комп'ютерної обробки даних нами представлені формули, використання яких, на нашу думку, дозволить вирішити питання про можливість призначення кожному конкретному хворому інтенсивної схеми торфолікування в умовах санаторію "Синяк".

При вивченні показників гемодинаміки гепатобілярної зони виявлено, що обидва курси сприятливо впливали на стан кровообігу в печінково-воротному руслі у всіх обстежуваних хворих. Достовірно нормалізувались вихідні зміни показників тону артеріальних судин і вен. Однак, при призначенні традиційного лікування нормалізація венозного відтоку була виражена менше. Така динаміка може бути пояснена кількістю тепла, яке діє на організм під час інтенсивного торфолікування. – при збільшенні кількості тепла розвиваються більш виражені реакції. Нормалізація порушеного кровообігу в системі печінково-воротного русла має патогенетичне значення в ліку-

ванні ХХ та ДЖВШ так, як приводить до збільшення захисних факторів слизової оболонки ЖМ і підсилено репаративних процесів в ній.

Безпосередні результати лікування оцінювались по динаміці клінічного стану і ультрасонографічного обстеження. Загальна безпосередня ефективність інтенсивного курсу складала 94,6%, традиційного – 90,5%.

Були вивчені віддалені результати у 46% пацієнтів строком від 6 місяців до 2-х років після лікування. Середня тривалість ремісії у хворих підгрупи 1а складала $1,95 \pm 0,27$ роки, підгрупи 1б – $1,32 \pm 0,14$ роки, 2-ої групи – $1 \pm 0,05$ роки ($p < 0,01$).

Через два роки після лікування при УЗД відмічені явища загострення хронічного запалення у хворих, які отримали традиційний курс лікування. У хворих після інтенсивного курсу лікування спостерігалась відсутність патологічних змін, характерних для фази загострення.

Враховуючи те, що значення терміну "бальнеореакція" в більшості застосовують до різних видів водолікування, тому реакцію на дію супутнього комплексу, який включає призначення торфолікування, ванн і мінеральної води, ми назвали відповідною реакцією організму (ВРО). ВРО на лікування була зареєстрована у всіх групах, але при призначенні інтенсивного курсу вона відмічалась частіше – 64% проти 60% при традиційному курсі. Реакція середнього ступеня відмічалась на 14% частіше при інтенсифікації лікувальної навантаження. Патологічно ВРО, тобто загострення хвороби, не зареєстровано. Відмічено, що при призначенні інтенсивного курсу ефективність лікування була в 1,6 разів вище при наявності ВРО легкої ступені, ніж при її відсутності. При призначенні традиційного курсу найбільш висока ефективність спостерігалась при відсутності ВРО, або при проявах її в легкій ступені – значне покращення відмічено в 78 і 68% відповідно.

Аналіз віддалених результатів виявив, що при наявності в процесі лікування бальнеореакції легкої і середньої ступені важкості віддалена ефективність була вище на 27-32% ($p \geq 0,05$) при призначенні інтенсивної схеми. Після проведеного традиційного лікування віддалена ефективність була на 28% ($p \geq 0,05$) вище при відсутності бальнеореакції.

Отримані результати свідчать, що виникнення в процесі інтенсивного торфолікування бальнеореакцій легкої і середньої ступеня важкості є сприятливою ознакою і обумовлює більш високу безпосередню і віддалену ефективність лікування. Бальнеореакція є наслідком і виявом адаптивно-компенсаторних реакцій на дію дозуючого подразника (торфотерапія). Порушенню процесів адаптації організму надається велике значення в патогенезі ХХ, а застосування грязелікування викликає їх тренування, що знижує напругу адаптаційних процесів після курсу лікування.

Висновки. Таким чином, проведені дослідження дозволили встановити можливість оптимізації лікування хворих за принципом інтенсифікації схеми торфотерапії, яка приводить до високих безпосеред-

ній результатів і дозволяє досягнути стійкої ремісії захворювання, так як нормалізує кислотоутворюючу функцію шлунку, покращує кровообіг в печінково-воротному руслі, приводить до значного зниження хронічного запалення в біліарній системі. Розроблені

критерії оцінки переносимості інтенсивного курсу лікування і можливості прогнозу його ефективності. Ефективність застосування інтенсивної схеми торфолікування не відрізняється від ефективності традиційної схеми.

ЛІТЕРАТУРА

1. Спішін А.В., Шерстюк П.Я., Хабарова Н.А. Питання етіології, патогенезу, лікування хронічних запальних захворювань біліарної системи // Лікарська справа. – 1998. – №5. – С.11-19.
2. Ротаєнко А.П., Лемко І.С., Горицька С.І., Чайковська Т.В. Питне застосування маломінералізованої слабосульфідної мінеральної води Синяцького родовища у хворих хронічним холециститом та дискінезіями жовчовивідних шляхів. «Інформаційний лист». -Київ, 2002.
3. Ротаєнко А.П., Міцо А.Ш., Горицька С.І. Оптимізація питного лікування хворих хронічним холециститом сульфідною маломінералізованою мінеральною водоюна курорті «Синяк». //«Вісник Ужгородського університету. Серія Медицина.- № 17. – 2002. – С. 106-108.
4. Рысс Е.С. Заболевания органов пищеварения. – СПб., 1995. – Ч. 1.
5. Сердюк К.М., Нейко С.М., Глушко Л.А. Деякі аспекти застосування вод в якості засобу сферентної медицини // Медична реабілітація, курортологія, фізіотерапія. 1995. – № 1. – С. 31-35.
6. Школенко Р.Л., Липецкий В.В., Нагоев Х.Н. Физические факторы в комплексном лечении заболеваний органов пищеварения и обмена веществ. – Пятигорск, 1985. – С. 27-35.
7. Яковенко Э.П., Григорьев П.Я. Хронические заболевания желчевыводящих путей. Диагностика и лечение. Медицинское пособие для врачей. – М.: Медпрактика, 2000. – 223 с.
8. Nelson D.B. Extrahepatic biliari disoders // The Merck manual of diagnosis and thepari. – Rahway – N.I.: Merck Research Laboratories. – 1999. – P.399-406.

SUMMARY

EXPERIENCE OF INTENSIVE PEAT-TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC CHOLECYSTITIS AND BILE DUCTS DYSKINESIA IN CONDITIONS OF THE SPA "SINYAK"

Swardak M.V., Horitskaj S.I., Hajnas L.O., Dulo O.A.

Complex examination of 112 patients with chronic cholecystitis and bile ducts dyskinesia proved high effectiveness of intensive peat-treatment in conditions of the spa "Sinyak".

Key words: chronic cholecystitis, bile ducts dyskinesia, sulphide balneotherapy, peat-treatment, spa-treatment.