

ЗАСОБИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У КОМПЛЕКСНОМУ САНАТОРНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ КОЛІТ З ГІПОМОТОРНИМ СИНДРОМОМ

Фелікс Філак,
*кандидат медичних наук доцент кафедри основ медицини,
ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Ужгород, Україна*

Постановка актуальності проблеми. Хронічні запальні захворювання кишечника, у тому числі і хронічний коліт (ХК), за даними різних авторів, складають від 30% до 70% у структурі патології гастроентерологічного профілю. В їх основі лежать функціональні і морфологічні зміни товстої кишки, які розвиваються після гострих кишкових інфекцій, радіоактивного опромінення та інших факторів, які пошкоджують стінки кишки. Патологоанатомічна картина при хронічному коліті характеризується поверхневим та атрофічними змінами слизової оболонки товстої кишки. Захворювання відрізняється сталим затяжним перебігом і вимагає систематичного застосування дієти, лікарських препаратів [3, 5].

Причиною захворювання може бути порушення регулюючої функції ЦНС, часті стреси, нерегулярне та неякісне харчування, інтоксикація, паління, зловживання алкоголем, інфекція, слабкість м'язів живота. Загальними проявами захворювань органів травлення є біль, відрижка, нудота, блювота, пронос або закріп, зміни апетиту, підвищена дратівливість. Хвороби мають хронічний перебіг із загостреннями та ремісіями. Тому одним із провідних методів лікування хронічних колітів є санаторно-курортна реабілітація. При хронічних захворюваннях кишечника спостерігаються зміни рухової, секреторної та всмоктувальної функцій. Патологічні процеси шлунково-кишкового тракту знаходяться в тісному взаємозв'язку між собою та обумовлені порушенням нервової регуляції. В результаті порушення моторної функції розвивається коліт і ентерити. Основними засобами лікування хвороб органів травлення є дієтотерапія, лікарські засоби, масаж, фізіотерапія та гідропроцедури, лікувальна фізична культура [1, 4].

Санаторно-курортне відновне лікування, діючи сукупністю різноманітних природних і преформованих лікувальних факторів, спричиняє певні зрушення у фізіологічних системах організму і, передусім, у центральній нервовій системі. Залежно від фізико-хімічного складу, мінеральні води змінюють процеси водно-сольового і електролітного обміну в організмі, насамперед, у напрямку утримання і засвоєння окремих мікроелементів, які використовуються для активації процесів метаболізму. Закарпатські мінеральні води характеризуються великим вмістом

біологічно активних елементів, особливо води Келечинського і Полянського родовищ. Доведено, що мінеральна вода Поляна Квасова своїм хімічним складом сприяє відновленню ряду функцій системи органів шлунково-кишкового тракту [2, 5].

Мета дослідження: оцінка ефективності впливу санаторно-курортної реабілітації на клінічні і функціональні показники хворих на хронічний коліт з гіпомоторним синдромом.

Методи дослідження. Для вивчення стану моторної функції товстої кишки і оцінки ефективності реабілітаційних заходів методом електроколонографії проведена реєстрація міоелектричної активності сліпої та сигмовидної кишок за методикою А.М.Ногаллера. Порівнювалась фонові міоелектрична активність товстої кишки та її зміни на початку і в кінці курсу лікування. Результати оцінювали за показниками амплітуди та частоти тонічних коливань кишечника. При нормокінетичному типі електроколограми вольтаж зубців складав 0,12 – 0,14 мВ для сліпої кишки та 0,22 – 0,24 мВ – для сигмовидної.

Виклад основного матеріалу. Дослідження проведені у 30 хворих на хронічний коліт віком від 45 до 55 років й тривалістю захворювання від 12 до 20 років із них чоловіків – 14, жінок – 16. Діагноз хронічний коліт та ступінь його важкості ставили на основі клінічних проявів, даних ендоскопічного (колоноскопічного) обстеження, ірригографії, електроколонографії. Для вивчення клінічних показників та стану моторної функції товстої кишки і оцінки ефективності реабілітаційних заходів у хворих на хронічний коліт проведена реєстрація біоелектричної активності сліпої та сигмовидної кишок електрогастрографом ЕГС - 4М за методикою А.М. Ногаллера.

За даними опитування практично всі хворі на хронічний коліт скаржилися на відчуття важкості в епігастрії, який відзначали 93,3% хворих. Скарги на постійний ниючий біль в ділянці сигмовидної кишки, який поступово посилюється при ходьбі відзначали 76,7% пацієнтів. Здуття живота відзначали всі 100,0% обстежених хворих, бурчання по ходу кишечника відзначали 63,3%. Закрепи відзначали 100,0% хворих.

При дослідженні стану моторної функції кишечника натще у хворих хронічним колітом із гіпомоторним синдромом у 28 (93,3%) обстежених відзначалось зниження міоелектричної активності сліпої та сигмовидної кишок. Найбільш характерні були низькоамплітудні тонічні і перистальтичні коливання сигмовидної кишки на фоні підвищення частоти її тонічних скорочень, що спостерігалось у 93,3%) обстежених. Це гіпотонічний-тахіритмічний тип моторики ($0,17 \pm 0,04$ мВ) для синмовидної кишки. Нормотонічний-тахіритмічний тип моторики виявляли у 2 (6,7%) пацієнтів.

Комплексна санаторно-курортна реабілітація включала: внутрішній прийом мінеральної води «Поляна Квасова», ранкова гігієнічна гімнастика, аквагімнастика, лікувальний і сегментарно-рефлекторний масаж, ампліпульстерапія на ділянку товстої кишки, плавання. Аквагімнастика надає загальнотонізуючу дію, налагоджує нейрогуморальну регуляцію, стимулює крово- та лімфообіг в органах черевної порожнини, зміцнює м'язи черевного преса, сприяє нормалізації евакуаторної та моторної функцій кишечника. Сегментарно-рефлекторний масаж передбачає вплив на рефлекторні зони поверхні тіла, що викликають зміни діяльності внутрішніх органів.

У результаті проведених реабілітаційних заходів у 83,3% хворих покращилось самопочуття. Відчуття важкості в епігастрії після курсу реабілітації відзначали лише 16,7% пацієнтів. Ниючий біль в ділянці сигмовидної кишки виявляли у 40,0% пацієнтів. Після проведених реабілітаційних заходів у обстежених пацієнтів вірогідно підвищилися показники частоти тонічних хвиль сліпої з $0,46 \pm 0,03$ до $0,61 \pm 0,05$ мВ, сигмовидної $0,51 \pm 0,01$ до $0,63 \pm 0,04$ мВ кишок. Відзначається також достовірне підвищення показників амплітуди тонічних хвиль сліпої з $0,10 \pm 0,03$ до $0,12 \pm 0,007$ мВ сигмовидної $0,17 \pm 0,009$ до $0,21 \pm 0,02$ мВ ($P < 0,05$) кишок.

Висновки. Після проведеного комплексу реабілітаційних заходів у хворих на хронічний коліт з гіпомоторним синдромом відзначається позитивна динаміка клінічних показників, порушення функцій інших органів травної системи, нормалізація моторної функції товстого кишечника. Доведена ефективність використання розроблених нами комплексу реабілітаційних заходів, які спрямовані на покращання клінічних, лабораторних показників нормалізацію моторно-евакуаторної, секреторної функцій товстого кишечника.

Література

1. Вдовиченко В.І., Бичков М.А., Денисюк Я.С. Функціональні захворювання органів травлення у світлі Римських III критеріїв. Львів, 2010. 105 с.
2. Малихіна Т. І. Клініко-патогенетичне обґрунтування застосування диференційованих методів санаторно-курортного лікування хворих на хронічний коліт: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.33. \2004. 21 с.
3. Мухін В. М. Фізична реабілітація : підручник [для студ. вищ. навч. закладів фіз. виховання і спорту]. К. : Олімпійська література, 2009. 488 с.
4. Степанов Ю.М. Хронічні запальні захворювання кишечника: особливості епідеміології в Україні / Ю. М. Степанов, І. Ю. Скирда, О. П. Петішко// Гастроентерол. 2017. Т. 51, № 2. С. 97-105