

## ФІЗИЧНІ ФАКТОРИ У РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ З ДИСКІНЕЗІЄЮ ТОВСТОЇ КИШКИ

Фелікс ФІЛАК, Ярослав ФІЛАК

Ужгородський національний університет

**Анотація.** Обстежено вплив факторів курортної і фізичної реабілітації у хворих з дискінезією товстої кишки. Для вивчення стану моторної функції товстої кишки і оцінки ефективності реабілітаційних заходів проведена реєстрація міоелектричної активності сліпої та сигмовидної кишок методом електроколонографії за методикою А. М. Ногаллера. Порівнювалась фонові міоелектрична активність товстої кишки та її зміни на початку і в кінці курсу лікування. Дослідження показали, що використання комплексу спеціальних вправ у реабілітації хворих з дискінезією товстої кишки справляє регулюючий вплив на порушену моторну функцію товстої кишки, який залежить від вихідного стану моторики кишечника і від індивідуального підбору гімнастичних вправ.

**Ключові слова:** Дискінезія, сліпа кишка, сигмовидна кишка, електроколонографія, фізична реабілітація.

**Постановка проблеми.** Найбільш підходящим, хоча, можливо, і небезперечним є термін "дискінезія товстої кишки". Підставою для використання такої назви є те, що рухові порушення кишечника – найбільш суттєвий патофізіологічний механізм функціональних захворювань даного органу, який і обумовлює основні клінічні прояви. Це чисто функціональний розлад діяльності товстої кишки, без яких-небудь органічних, структурних змін і біохімічних зрушень, в основі якого лежать порушення взаємодії в системі "головний мозок – кишечник" [8]. Кількість хворих із функціональними порушеннями травної системи з кожним роком зростає. Функціональні захворювання кишечника відзначаються у 40 – 70 % хворих гастроентерологічного профілю [9]. Причому цією хворобою найчастіше хворіють люди працездатного віку (20 – 45 років).

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** На підставі вивчення й аналізу літературних джерел встановлено, що у виникненні порушень моторної функції кишечника важливу роль відіграють психоемоційні, нервові і ендоктинно-гормональні розлади та аліментарний фактор, у патогенезі – порушення моторної.

**Мета дослідження.** Вивчення комплексного курортного впливу із використанням засобів фізичної реабілітації у хворих з дискінезією товстої кишки.

**Методи та організація дослідження.** Нами обстежено 100 хворих із дискінезією товстої кишки – 64 жінок і 36 чоловіків віком  $36,4 \pm 1,64$  років. Діагноз уточнювався на основі клінічних та лабораторно-інструментальних методів дослідження.

Для вивчення стану моторної функції товстої кишки і оцінки ефективності реабілітаційних заходів проведена реєстрація міоелектричної активності сліпої та сигмовидної кишок методом електроколонографії 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 і перистальтичних коливань кишечника. Контрольну групу становили 20 практично здорових осіб.

Психологічне обстеження проводилось при допомозі розробленого нами психологічного оціночного бланка. Клінічна оцінка психологічної конфліктності хворих визначалась у двох зонах психосоціальних відносин – виробничій та соціально-побутовій. Ступінь виразності психологічної конфліктності в означених зонах психосоціальних відносин оцінювався за чотирибальною системою:



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

1 /слабо виразний/ – спостерігаються поодинокі конфліктні ситуації, які 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: опитувальник Бекка для визначення нейротизму Г. Айзенка /варіант ЕРІ/ , та скорочений варіант Бека самооцінки депресії.

Комплекс реабілітаційних заходів хворих із синдромом подразненої товстої кишки тривалістю 24 дні включав: курсовий прийом середньомінералізованої вуглекислорозчинної натрієво-натрієвої мінеральної води Поляна Купіль температури 42 – 45°C за 30 хвилин до прийому їжі по 200 мл. 3 рази в день, дієтотерапію, вуглекислі мінеральні води, кліматотерапію, психотерапію, лікувальну гімнастику, масаж. Лікувальну фізичну терапію застосовували у таких формах: ранкова гігієнічна гімнастика, лікувальна гімнастика, лікувальна ходьба, спортивні ігри. Основне завдання ранкової гігієнічної гімнастики, яка проводилась протягом 15 хвилин, – підвищення загального тону організму, надання йому бадьорого настрою. У комплекс лікувальної гімнастики, яка проводилась протягом 20–30 хвилин, входили: загальнорозвиваючі, дихальні вправи, спеціальні вправи на розслаблення м'язів живота, зниження внутрішнього кишкового тиску, розслаблення мускулатури кишечника. Використовувались вправи для кінцівок, згинання і повороти тулуба, присідання, вправи для зміцнення м'язів черевного пресу, тазового дна, тулуба. Вправи виконувались повільному і середньому темпі з поступовим навантаженням. Комплекс спеціальних вправ мав на меті вирішення таких завдань: загальне зміцнення організму; вплив на вегетативну психічну сферу і нейрогуморальну регуляцію органів травлення; нормалізацію моторно-евакуаторної функції кишечника; зміцнення м'язової системи черевного пресу. Протягом лікувальної ходьби – адаптація до психологічних і фізичних навантажень, а також покращення психоемоційного стану шляхом спілкування з природою та отримання позитивних вражень. Психотерапія (раціональна, гіпноз, медитація) була обов'язковим методом реабілітації даної категорії хворих. Вона сприяла редукції тривоги, налагодженню гармонійної співдружності в роботі вегетативної нервової системи, нормалізації моторики кишечника.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Клінічно найбільш характерними ознаками є болі в черевній порожнині різної інтенсивності і локалізації, що їх відзначає 78,0 % обстежених, метеоризм – 66,0 %. Нерегулярність випорожнень визначили 52,0 % хворих, із них запор спастичного типу – 64,0 %, діарею – 28,0 %. Об'єктивно у багатьох хворих пальпувалась спазмована сигмовидна кишка. При ректороманоскопії спостерігали спастичні скорочення дистального відділу товстої кишки на фоні підвищеної секреції незміненої або дещо гіперемійованої та набряклої слизової оболонки.

При нормокінетичному типі електроколограми вольтаж зубців склав 0,12 – 0,18 мВ для сліпої кишки та 0,22 – 0,24 мВ – для сигмовидної. При дослідженні стану моторики кишечника натще у хворих із дискінезією товстої кишки у 91,6 % обстежених відзначено підвищення міоелектричної активності сліпої та сигмовидної кишок. Найбільш характерними були високоамплітудні тонічні і низькоамплітудні перистальтичні коливання сигмовидної кишки на фоні підвищення частоти її тонічних скорочень, що спостерігалось у 52,0 % обстежених /гіпертонічний-тахіритмічний тип моторики,  $0,31 \pm 0,003$  мВ/. Гіпертонічний-спастичний тип моторики сліпої кишки виявлений у 52,8 % хворих / $0,24 \pm 0,02$  мВ/. Гіпертонічний-тахіритмічний тип моторики сліпої кишки – у 34,0 %, сигмовидної – 28,0 %, гіпотонічний-тахіритмічний тип моторики виявляли відповідно у 13,2 % і 10,0 % хворих обох відділів товстої кишки.



Порушення травної системи хронічного характеру часто пов'язані з аномаліями в сімейних відносинах. Як вважають Р. Конечний і М. Боухал /1983/, суворість та емоційний холод призводить 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 дорівнював  $1,4 \pm 0,09$  балам, а в соціально-побутовій –  $2,5 \pm 0,12$  балам.

За даними опитувальної анкети Айзенка, у хворих виявлені дещо знижені оцінки по шкалі екстраверсії-інтраверсії / $11,3 \pm 0,39$  балів/ і високі по шкалі нейротизму ( $17,2 \pm 0,49$  балів). 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 нервової системи. За даними Бека шкали самооцінки, рівень депресії у хворих із синдромом подразненої товстої кишки склав  $19,3 \pm 1,15$  балів. Найбільш високі оцінки виявлені по таких симптомах шкали, як підвищена дратівливість, втрата задоволення, знижений настрій, низька працездатність та порушення сну.

Таким чином, хворі із дискінезією товстої кишки виділялись високою тривогою, емоційним напруженням, дратівливістю, емоційною лябільністю, різними страхами, особливо в зв'язку зі станом свого здоров'я, істеричними 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. По психопатологічних синдромах хворі були розподілені таким чином: астеничний виявлений у 6,0 % чоловік, депресивний – у 7,0 %, побічний – у 22,0 %, тривоги – у 33,0 %, істеричний – у 15,0 %.

Застосування засобів фізичної реабілітації позитивно вплинуло як на клінічний перебіг захворювання, так і на функціональний стан товстої кишки. У результаті комплексу реабілітаційних заходів болі в черевній порожнині зменшилися з 78,0 % до 29,3 %, метеоризм – відповідно у 34,0 % пацієнтів. Запори спастичного характеру зменшилися з 64,0 % до 18,6 %, проноси – з 28,0 % до 7,8 %. За даними електроколонографії, яка проведена в кінці курсу відновного лікування, вольтаж зубців сигмовидної кишки достовірно зменшився з  $0,31 \pm 0,003$  мВ до  $0,24 \pm 0,002$  мВ ( $P < 0,001$ ), сліпої кишки відповідно з  $0,24 \pm 0,02$  мВ до  $0,20 \pm 0,003$  мВ ( $P < 0,05$ ). Нормотонічний-тахіритмічний тип моторики сліпої кишки виявлений у 34,0 % хворих, сигмовидної у 5,2 % та гіпотонічний-тахіритмічний – відповідно у 8,2 % і 7,1 % пацієнтів обох відділів товстої кишки. Відзначено нормалізацію показників частоти тонічних коливань товстої кишки.

Ступінь виразності емоційної конфліктності у виробничій зоні зменшився з  $1,4 \pm 0,09$  балів до  $1,1 \pm 0,06$  балів, а в соціально-побутовій – з  $2,5 \pm 0,12$  до  $1,8 \pm 0,08$  балів ( $P < 0,05$ ).

### Висновки

1. Таким чином, у результаті проведеного реабілітаційного комплексу поряд з покращанням клінічної картини, у 64,6 % хворих із дискінезією товстої кишки нормалізувались випорожнення, значно поліпшився емоційний стан хворих, стабілізувалась робота вегетативної нервової системи.

2. Дослідження показали, що використання комплексу спеціальних вправ у реабілітації хворих з дискінезією товстої кишки справляє регулюючий вплив на порушену моторну функцію товстої кишки, який залежить від вихідного стану моторики кишечника і від індивідуального підбору гімнастичних вправ.

3. Для оцінки ефективності реабілітаційних заходів рекомендовано запис моторної функції кишечника в динаміці.



### Список літератури

1. Вейн А. М., Соловьева А. Д. Патологические вегетативные синдромы: Клинико-физиологическая характеристика // Физиология вегетативной нервной системы. – Л., 1981. – С. 668 – 710
2. Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине Прага, 1983. – 405 с.
3. Коростелев В. А., Филак Ф. Г., Данилаш М. М. Влияние медитации на гладкую мускулатуру тонкой кишки: по данным электроентерографии // Всес. Конф. по метод. Исследования и лечения, аппаратные системы и ЭВМ в гастроэнтерологии. – Железнодорож.-Ессентуки, 1991. – С. 46 – 47
4. Мухін В. М. Фізична реабілітація. – К.: Олімпійська література, 2000. – 423 с.
5. Пелещук А. П., Ногаллер А. М., Ревенок Е. Н. Функциональные заболевания пищеварительной системы. – К., 1985. – 200с.
6. Тополянский В. Д., Струковская М. В. Функциональные нарушения и моторные поля органов брюшной полости // Психосоматические расстройства. – М., 1986. – С. 181 – 192
7. Фролькис А. В. Функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта. – В: Медицина, 1991. – 224 с.
8. Drossman D. A., Louman B.C. Irritable bowel syndrome // clin.Gastroenterol. – 1985 – Vol. 14. – P. 559 – 579.

## ФИЗИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ДИСКИНЕЗИЕЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Феликс ФИЛАК, Ярослав ФИЛАК

Ужгородский национальный университет

**Аннотация.** Обследовано влияние факторов курортной и физической реабилитации больных дискинезией толстой кишки. Для изучения состояния моторной функции толстой кишки и оценки эффективности реабилитационных мероприятий проведена регистрация миоэлектрической активности слепой и сигмовидной кишок методом электроколонотомографии по методике А. М. Ногаллера. Сравнивалась фоновая миоэлектрическая активность толстой кишки и ее изменения в начале и в конце курса лечения. Исследования показали, что использование комплекса специальных упражнений в реабилитации больных дискинезией толстой кишки оказывает регулирующее действие на нарушенную моторную функцию толстой кишки, зависящее от исходного состояния моторики кишечника и от индивидуального подбора гимнастических упражнений.

**Ключевые слова:** дискинезия, слепая кишка, сигмовидная кишка, электрофизиология, физическая реабилитация.