

УДК 616. 814. 5: 616.37

Телінгер Ірина, ст. магістратури факультету здоров'я, фізичної культури і спорту; науковий керівник – к.с.-г.н., доцент Таргоній П. М. (Міжнародний економіко-гуманітарний університет імені академіка Степана Дем'янука, м. Рівне)

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ПАНКРЕАТИТІ ЗА ДОПОМОГОЮ ФІТОТЕРАПЕВТИЧНИХ ТА АПІТЕРАПЕВТИЧНИХ ЗАСОБІВ

Анотація: В статті досліджено досвід лікування хронічного панкреатиту. Розкрито роль методів і засобів фізичної реабілітації та альтернативних методів оздоровлення в терапії захворювання. Запропоновано нову методіку лікування та реабілітації хворих на хронічний панкреатит шляхом комбінування традиційних методів з фіто- та апітерапевтичними засобами.

Ключові слова: панкреатит, фітотерапія, дієтотерапія, фізіотерапія, масаж, апітерапія.

Аннотация: В статье исследован опыт лечения хронического панкреатита. Раскрыта роль методов и средств физической реабилитации и альтернативных методов оздоровления в терапии заболевания. Предложена новая методика лечения и реабилитации больных с хроническим панкреатитом путем комбинирования традиционных методов из фито- и апитерапевтическими средствами.

Ключовые слова: панкреатит, фитотерапия, диетотерапия, физиотерапия, массаж, апитерапия.

Annotation: In the article the experience of the chronic pancreatitis disease treatment is analyzed. It is investigated a role of methods and means of physical rehabilitation, the alternate methods of health improvement in therapy of the disease. The new technique of treatment and rehabilitation of patients with the chronic pancreatitis by a combination of traditional methods and phyto- and apiotherapy means is offered.

Keywords: pancreatitis, phytotherapy, dietic therapy, physiotherapy, massage, apiotherapy.

Хронічний панкреатит одне з поширених гастроентерологічних захворювань, яке становить близько 8–10 % в структурі усіх захворювань органів травлення. Нерідко це захворювання діагностують пізно (алкогольної природи – до 30 місяців, інші етіології – до 60 місяців від

початку розвитку захворювання). Через 10 років після постановки діагнозу хронічний панкреатит приблизно 25 % пацієнтів змушені залишати свою професійну діяльність або стають інвалідами. Смертність від хронічного панкреатиту протягом 10 років становить 30 %, 20 років – 50 % .

Це хронічне поліетіологічне запально-дистрофічне захворювання підшлункової залози, яке характеризується прогресуючим перебігом, наростаючими вогнищевими, сегментарними чи дифузними дегенеративними і деструктивними змінами її паренхіми та розвитку фіброзу, порушеннями прохідності панкреатичних протоків (утворенням псевдокісти, кальцифікатів, конкрементів), поступовим заміщенням паренхіми органу сполучною тканиною з розвитком її екзо- і ендокринної недостатності.

Дослідженням цієї проблеми займалися такі вчені: М. Ардуанов, Т. В. Белаєва, Е. І. Бондаренко, І. В. Волкінд, І. Я. Гуревич, О. Ю. Урюпов, В. М. Черноброва, І. В. Феджага. Вони обґрунтували, що з точки зору фармакології, лікування хронічного панкреатиту слід розпочинати з базисного лікування, яке включає: етіотропні заходи; корекцію відтоку секрету з протокової системи підшлункової залози; антибактеріальні засоби; мембраностабілізатори.

Метою нашої статті є обґрунтування можливості підвищення ефективності лікування хронічного панкреатиту при використанні різних методів та засобів реабілітації.

Сучасні принципи лікування хронічного панкреатиту базуються на знаннях основних ланок патогенезу та його корекції. При цьому лікування пацієнтів носить комплексний характер, з урахуванням індивідуальних особливостей. Лікування проводиться з урахуванням клініко-морфологічних особливостей захворювання, характеру його перебігу, ступеня розвитку патологічного процесу, загального стану хворого тощо. Якість та ефективність лікування в більшості випадків залежить від психологічної підготовки хворого.

Корекція відтоку секрету підшлункової залози проводиться за допомогою препаратів, що мають спазмолітичну дію щодо сфінктера Одді: но-шпи, папаверину, блокаторів кальцієвих каналів (дицителу, спазмомену), холінолітиків (атропіну, гастроцепіну), ксантину (еуфіліну), нітратів, ефедрину, баралгіну, новокаїну [1]. З поміж препаратів, що знижують тонус сфінктера Одді, привертає до себе увагу одестон. Він чинить вибірково спазмолітичну дію на сфінктер Одді та сфінктер жовчного міхура, а також підсилює утворення та виділення жовчі, тобто знижує тиск у внутрішньо та зовнішньо-печінковій міліарній системі. Виражену спазмолітичну дію щодо сфінктера Одді має також дуспаталін (мебеверин) [2]. Доведено, що цей препарат у 20–40 разів ефективніший від папаверину щодо здатності релаксувати сфінктер Одді. Крім того, дуспаталін нормалізує тонус гладеньких м'язів, тобто усуває спазм, не викликаючи гіпотонії, тобто

фактично коригує змінений тонус. Доведено, що розвитку панкреатичного болу сприяє, як гіпертонус сфінктера, так і його недостатність, що веде до дуоденопанкреатичного рефлексу з активацією панкреатичних ферментів у вірсунговій протоці. Усуваючи спазм сфінктера Одді та запобігаючи його недостатності, дуспаталін блокує обидва механізми розвитку хронічного панкреатиту і купірує панкреатичний біль. Нездатність викликати недостатність сфінктера Одді робить дуспаталін препаратом вибору в лікуванні ХП, тому що інші спазмолітини цієї особливості не мають. Дуспаталін не впливає на нормальну скорочувальну функцію сфінктера Одді та жовчного міхура.

Використання антибактеріальних засобів відноситься також до базисної терапії, тому що роль бактеріального фактора надзвичайно велика, як у прогресуванні панкреатитів, та і в розвитку їхніх ускладнень. Моноінфекція при захворюваннях підшлункової залози зустрічається у 60 – 87 % випадків, комбінації бактерій – 3 – 40 %, грибкових ураженнях – 5 – 7 % [3].

Лікування антибіотиками має тривати не менше 14 днів, а іноді й довше, позаяк інфікування часто відбувається більш, ніж через 2 тижні від початку захворювання [4].

При вираженому загостренні хронічного панкреатиту можна запропонувати таку тактику емпіричної антибактеріальної терапії: метронідазол у дозі 500–750 мг в/в кожні 8 год., у комбінації з: уреїдопеніциліном (мезлоцилін, азлоцилін, піперацилін) в/в 200–300 мг/кг/добу або цефуроксимом в/в 4,5 г/добу або цефоперазоном в/в 2г 2 рази на добу або цефотаксимом в/м 2г 2 рази на добу або цефтріаксоном в/м 2г 2 рази на добу; перитонеальний лаваж для зникнення інтоксикації та ризику розвитку перитоніту, сепсису. Не кожен панкреатит вимагає «важкої артилерії». При легких атаках панкреатиту показані такі антибактеріальні засоби: доксицилін, абактал, сумамед, метронідазол, нітрофурани, бісептол.

Після визначення обсягу базисної терапії необхідно перейти до корекції ферментно-інгібіторного дисбалансу (ФІД) [5], що є центральною ланкою патогенезу гіперферментних панкреатитів. ФІД спричиняє численні порушення гомеостазу, тому лікування панкреатичної атаки варто починати з корекції ФІД, що розвивається насамперед у тканині підшлункової залози і лише потім – у крові. Цей принцип полягає у забезпеченні функціонального спокою підшлункової залози, який може бути забезпечений двома шляхами: зниження стимулюючих впливів на зовнішньосекреторну функцію; впливом на самі панкреати.

Для зниження стимулюючих впливів на зовнішню секрецію підшлункової залози можна призначати такі препарати: регуляторні пептиди (соматостатин, кальцитонін, даларгін); блокатори H₂-гістамінових рецепторів (циметидин, ранітидин, фамотидин і їхні аналоги); М-холінолітики (атропін, метацин, платифілін, бускопан, гастроцепін та ін.); блокатори протонної помпи

(омепразол, пантопразол, лансопразол, рабепразол, езомепразол); антациди; В-адренергічні блокатори (анаприлін, обзидан та ін.); ферментні препарати (креон, панкремен, панкреамин та ін.); блокатори рецепторів холецистокініну-панкреозиміну (локсиглюмід, девазепід та ін.) [6].

Безпосередній вплив на пригнічення функції ацинарних клітин здійснюють: антиметаболіти (5-фторурацил, фторафур); панкреатична рибонуклеаза; антагоністи кальцію (неселективні – верапаміл, ніфедипін; селективні – дицетел, спазмомен) [7].

Симптоматичне лікування складається з замісної терапії при зовнішньо-секреторній недостатності підшлункової залози та купіруванні больового синдрому [8]. Для ліквідації больового синдрому використовують препарати, що мають спазмолітичну дію, знімають спазм сфінктера Одді, зменшують внутрішньоорганний тиск, відновлюють відтік панкреатичного секрету: м-холінолітики (атропін 0,1 % розчин 1,0; метацин 0,1 % розчин 1,0; платифіліну гідротартрат 0,2 %; гастроцепін); міотропні спазмолітики (2 % розчин но-шпи, папаверин 2 %, фанікаберан по 2 мл 0,25 % розчину; бускопан по 1,0 мл внутрішньом'язево); 2–5 мл 50 % розчину анальгіну внутрішньом'язево або 5 мл баралгіну; 0,25% розчину новокаїну 200–250 мл внутрішньовенно крапельно.

Для зняття набряку залози використовують: трасілол-по 100–200 тис. од, контрікал-20–40 тис.од., гордокс–50 і більше тис.од. на добу).

Для боротьби з інтоксикацією, зневодненням, електролітними порушеннями, судинною недостатністю, в період вираженого загострення хронічного панкреатиту призначають гемодез, солеві розчини (дісоль, трисоль, ацесоль, хлосоль, квартасоль), реополіглюкін, реомакродекс внутрішньовенно крапельно від 400 мл до 1 л [9].

Лікування та реабілітація хронічного панкреатиту на нинішньому етапі еволюції із застосуванням фіто- та апітерапевтичних засобів застосовується рідко та є маловивченим. Це свідчить про необхідність удосконалення методів лікування та профілактики, які не лише усували клінічні симптоми захворювання, але й сприяли оздоровленню, без негативного впливу на інші тканини та органи.

Завдання дослідження полягає у підборі методики та складанні програми дослідження, підборі фіто- та апітерапевтичних засобів для лікування хвороби, організації та проведення дослідження, аналізі отриманих результатів, складанні висновків та розробленні пропозицій.

Хімічний склад апітерапевтичних засобів (меду, прополісу, пилку, маточного молочка, бджолоїної живиці та екстракту воскової молі) дає підстави застосовувати їх в комплексному лікуванні хронічного панкреатиту. Вони виявляють протизапальну, в'язучу, обволікаючу, протинабрякову, знеболуючу, загальнозміцнюючу дію, підвищують життєвий тонус, стимулюють імунну систему, створюють умови для специфічного лікування.

Використання апітерапевтичних засобів розширює спектр ефективних лікувальних засобів, дозволяє зменшити вживання хімічних препаратів, змістити акцент на біологічні методи лікування [10].

Лікарські рослини, які застосовуються для лікування хронічного панкреатиту володіють такими властивостями: протизапальними, анестезуючими, в'язучими, протимікробними, пом'якшувальними, спазмолітичними, регенеративними [11].

Враховуючи лікувальні властивості рослин та їх хімічний склад для лікування хронічного панкреатиту застосовуються такі лікарські рослини: аніс звичайний (*anisumvulgar*), арніка звичайна (*arnica montana*), безсмертник піщаний (*helichrysum arenarium*), береза звичайна (*betulaalba*), болотна трава (*graphalium uliginosum*), брусниця (*vaccinium vitis-idaea*), валеріана лікарська (*valeriana officinalis*), верес звичайний (*calluna vulgaris*), вероніка лікарська (*veronica officinalis*), дев'ясил високий (*inulahelenium*), деревій звичайний (*achilleamillefolium*), дивина густоцвіткова (*verbascumdensiflorum*), звіробій звичайний (*hypericumperforatum*), кмин звичайний (*carumcarvi*), коріандр посівний (*coriandrumsativum*), кріп запашний (*anethumgraveolens*), кропива дводомна (*urtica dioica*), крушина вільховильна (*frangulaalnus mill*), кукурузні рильця (*stigmata maydis*), кульбаба лікарська (*taraxacumofficinale web. Et wig*), лепеха або айр звичайний (*acoruscalamus*), липа серцелиста (*tiliacordata mill*), материнка звичайна (*organumvulgare*), м'ята перцева (*mentha piperita*), нагідки лікарські (*calendulaofficinalis*), парило звичайне (*agrimoniaeupatoria*), ромашка лікарська (*matricaria chamomilla*), собача кропива (*leonuruscardiaca*), спориш звичайний (*polygonumaviculare*), фіалка триколірна (*viola tricolor*), хвощ польовий (*equisetumarvense*), чистотіл великий (*chelidoniummajus*), чорниця звичайна (*vacciniummyrtillus*).

У комплексному лікуванні хронічного панкреатиту також доцільно застосовувати лікувальний масаж. Впливу підлягають м'язи живота, а також поперековий відділ хребта. Стимуляція хребців призводить до поліпшення координації нервових імпульсів, які керують діяльністю підшлункової залози та інших внутрішніх органів. Масаж також перешкоджає поширенню запальних процесів на інші органи при хронічному захворюванні [12].

В останні роки дослідження підтвердили високу ефективність різних фізіотерапевтичних методів лікування патологій підшлункової залози, які покращують показники крові, посилюють мікроциркуляцію в тканинах, мають протизапальну й анальгетичну дію, значно зменшують ймовірність виникнення рецидивів, відновлюють порушені нейрогуморальні взаємозв'язки підшлункової залози з іншими залозами травної системи, нормалізують її екзокринну і ендокринну функції [13].

У комплекс лікування входить дієта № 5п. Дієтичне лікування – головне в лікуванні хронічного панкреатиту. Оскільки дієту слід

дотримуватися протягом тривалого часу, то вона повинна бути повноцінною, калорійною (2500–2800 Ккал.) і вітамінізованою. Мета дієти: нормалізувати функцію підшлункової залози, забезпечити механічне і хімічне щадіння шлунка і кишечника, зменшити збудливість жовчного міхура. Дієта повинна містити підвищену кількість білків (110–120г в тому числі 50–60 % тваринних), трохи зменшену кількість жирів (80 г, в тому числі 15–20 % рослинних), вуглеводів (350–400 г, в тому числі 30 г цукру), кухонної солі – до 10 г вільної рідини – 1.5 л. Замість цукру в солодкі страви можна добавляти ксиліт (до 20–30 г) [14].

Лікувальна фізкультура має велике значення в реабілітації хворих хронічним панкреатитом. Спеціально підібрані комплекси ЛФК для хворих хронічним панкреатитом сприяють стимуляції обмінно-трофічних процесів, поліпшенню кровообігу в органах черевної порожнини, прискоренню пасажу кишкового вмісту і ліквідації метеоризму, спорожнюванню жовчного міхура і підвищенню загального тонуусу організму [15].

Ще одним з напрямів традиційної медицини, який нині набуває все більшого значення є гірудотерапія. При хронічному панкреатиті гірудотерапія чинить таку дію: антикоагулюючу (зниження здатності згущуватися крові); тромболітичну (руйнування тромбів); протишемічну (поліпшення постачання кров'ю тканин і органів); антигіпоксичну (поліпшення постачання кров'ю киснем тканин і органів); гіпотензивну (нормотензивну); протиабрякову; відновлення мікроциркуляції; ліполітичну (розщеплення жирових відкладень); загальну рефлекторну; відновлення проникності судинної стінки; бактеріостатичну (загибель мікроорганізмів, що викликали запальний процес, «як антибіотик»); імуностимулюючу; анальгізуючу (знеболюючу) [16].

Для обґрунтування нових методів лікування хронічного панкреатиту в умовах амбулаторії загальної практики сімейної медицини нами було проведено лікування 20 хворих з діагнозом «Хронічний панкреатит» у поєднанні з іншими захворюваннями шлунково-кишкового тракту, зокрема гастриту з підвищеною та пониженою шлунковою секрецією, виразковою хворобою 12-палої кишки, хронічним холециститом. Підбір хворих для практичного дослідження був проведений за аналізом даних амбулаторних карток хворих хронічним панкреатитом.

Хворі були умовно поділені на дві групи: основну (10 чол.), для якої використовувалося комбіноване лікування із застосуванням фітотерапевтичних та апітерапевтичних засобів та контрольну (10 чол.), для якої лікування панкреатиту проводилося із застосуванням фармакологічних препаратів.

Для хворих обох груп було проведено традиційне лікування.

Для хворих основної групи додатково було призначено дієту № 5п.

Із фізіотерапевтичних процедур із врахуванням протипоказів за супутніми патологіями використовувався електрофорез із даларгіном протягом 15 хв. та курсом 5–7 процедур щоденно.

Водночас хворим назначався масаж, а також вправи із ЛФК.

З урахуванням хімічного складу, лікувальних властивостей, показів та протипоказів були призначені апі- та фітотерапевтичні засоби (у вигляді чаю, настою, відвару або вживання сирової речовини: меду, прополісу, маточного молочка).

Аналіз результатів після закінчення курсу лікування виявив, щовилікування хронічного панкреатиту відмічалось у 2 хворих (20 %) хворих, чого не спостерігалось у хворих при лікуванні лише медикаментозним лікуванням. Залишкові явища захворювання в основній групі відмічалися у 1 хворого (10 %), чого також не було серед хворих контрольної групи, а у інших 7 (70 %) хворих основної групи спостерігалася тривала ремісія, яка значно відрізнялася від хворих контрольної групи. Таким чином, можна зробити висновок, що використання у комплексному лікуванні методів та засобів фізичної реабілітації (фізіотерапії, дієтотерапії, масажу, ЛФК), альтернативних методів оздоровлення (фітотерапії та апітерапії) мають високий лікувальний ефект.

Подальші спостереження показали, що лікувальний ефект у основній групі зберігся і через 6, і через 12 місяців, на відміну від контрольної, в якій виникали часті рецидиви.

Отже, лікування хронічного панкреатиту запропонованим комбінованим методом зменшує ризик появи рецидиву захворювання у майбутньому.

Узагальнюючи результати теоретичного та практичного дослідження, можна зробити такі висновки:

Лікування та реабілітація хворих при хронічному панкреатиті за допомогою фіто- та апітерапевтичних засобів застосовується рідко, є мало вивченим та потребують удосконалення.

Складові елементи запропонованої методики комбінованого лікування хронічного панкреатиту сприяють зникненню запальних явищ в тканинах підшлункової, призупиненні дистрофічного процесу, а отже ведуть до оздоровлення пацієнтів та сприяють стабільній ремісії після проведеної терапії та у віддалені строки.

1. Мінушкін О. М. Хронічний панкреатит : епідеміологія, етіологія, класифікація / О. М. Мінушкін // Фарматека. – 2007. – 129 с. **2.** Чернобровій В. М. Ефективність дуспаталіну у хворих на хронічний панкреатит / В. М. Чернобровій, І. В. Феджага // Буковинський медичний вісник. – 2008. – Т. 12. – № 1. – С. 7–11. **3.** Шлапак І. П. Острый панкреатит : профилактика и лечение панкреатической инфекции / И. П. Шлапак, Д. Л. Мищенко, Г. А. Васильев // Клиническая антибиотикотерапия. – 2004. – 54 с. **4.** Охлобистін А. В. Сучасні можливості терапії хронічного панкреатита / А. В. Охлобистін, Е. Р. Букліс // Лікуючий лікар (журнал для практикуючого лікаря). – 2003. – № 5. – С. 32–36. **5.** Яковенко А. В. Хронічний панкреатит. Практичні підходи до терапії / А. В. Яковенко, Е. П. Яковенко // Хвороби органів травлення (для фахівців та лікарів загальної практики) : Бібліотека РМЗ. – 2007. –

Том 9. – 184 с. **6.** Справочник по хирургии. Под ред. Шварца С., Спенсера Ф. – Спб. : Питер, 1999.– 538 с. **7.** Шифрін О. С. Ферментні препарати в лікуванні зовнішньосекреторної недостатності підшлункової залози / О. С. Шифрін // CONSILIUM MEDICUM. – 2007. – Том 9. – № 1. – С. 45–58. **8.** Пальців А. І. Больовий синдром в клініці хронічного панкреатиту / А. І. Пальців // Медичний міждисциплінарний науково-практичний журнал «Біль і його лікування». – 2000. – № 12. – С. 89–90. **9.** Бобров О. Е. Мифы панкреатологии: соматостатин и октреотид при остром панкреатите / О. Е. Бобров, Н. А. Мендень // Хірургія України. – 2007. – № 1. – С. 85–92. **10.** Голошапов В. М. Апітерапія / В. М. Голошапов. – М. : Тимошка, 2005. **11.** Тайц Б. Унікальний лечебник врача-гомеопата / Под ред. В. Е. Соколинского. – Спб. : Комплект, 2001. – 231 с. **12.** Золотые приемы массажа. Сост. Н. Орещук. – М.: Образ Компании, 1998. – 43 с. **13.** Коцюбняк Л. А. Медична та соціальна реабілітація / Л. А. Коцюбняк, Е. Й. Архій, В. В. Вайс, Є. С. Сірчак. Методичні розробки. – Ужгород, 2011. – 52 с. **14.** Ганич О.М. Практична дієтологія / О. М. Ганич, П. П. Танинець. – Навчальний посібник для студентів, лікарів-інтернів ВНЗ III–IV рівнів акредитації, сімейних лікарів, лікарів загальної практики. – Ужгород : Говерла, 2009. – 224 с. **15.** Дубровский В. И. Лечебная физическая культура / В. И. Дубровский. – М. : Владос, 1999. **16.** Сухинина Н. М. Пиявки для здоровья и долголетия / Н. М. Сухинина. – М. : РИПОЛ– класик, 2006. – 192 с.