

Можливості комплексної реабілітації хворих на хронічний панкреатит на етапі первинної медичної допомоги (огляд літератури)

Л. С. Бабінець, М. В. Палихата, Г. М. Сасик

Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського, Україна

Ключові слова: хронічний панкреатит, фізіотерапевтичні заходи, мінеральні води, рефлексотерапія, лікувальна фізкультура, психотерапія

Хронічний панкреатит (ХП) належить до найскладніших поліетіологічних і поліморбідних захворювань. Розповсюдженість ХП серед населення різних країн варіює від 0,2% до 0,7%, а серед хворих гастроентерологічного профілю досягає 6,0–9,0% [1]. Хворі на ХП становлять 25% всіх, хто звертається в гастроентерологічні кабінети поліклінік України, а в спеціалізованих гастроентерологічних стаціонарах нашої країни ці хворі займають 9–12% ліжок [6]. Лікування ХП проводиться згідно із протоколом і є загальновідомим, проте в наш час техногенних і психологічних впливів, коморбідності, значної алергізації населення і резистентності до фармакотерапії необхідно використовувати комплексний підхід до таких пацієнтів із застосуванням альтернативних методів зокрема. Тому значну роль відіграє потреба в реабілітаційній програмі на амбулаторному етапі, що, зі свого боку, сприяє подовженню тривалості і якості життя, таким чином зменшуючи інвалідизацію населення.

ХП — це прогресуюче запалення підшлункової залози (ПЗ) з дегенеративно-склеротичним процесом і фіброзно-кістозною перебудовою екзо- та ендокринного апарату, незворотними морфологічними змінами паренхіми, протоків, кінцевим етапом якого є атрофія тканини залози і острівців, що супроводжується розвитком зовнішньо- і внутрішньосекреторної недостатності органа [13].

Хвороби ПЗ займають 3-тє місце серед всієї патології шлунково-кишкового тракту (ШКТ) [10]. Поширеність ХП в різних регіонах нашої планети неоднакова. Наприклад, якщо в Європі і США вона досить мала — 26 випадків на 100 тис. населення, то на півдні Індії вона досягає значних величин — 114–200 випадків на 100 тис. населення [26]. За даними розтинів, поширеність ХП становить від 0,04% до 5%. Клінічні дослідження дають дещо інші цифри: так, захворюваність на ХП коливається від 4 випадків на 100 тис. населення у Великобританії до 13,4 — у Фінляндії, а в сусідній з нашою країною Польщі вона становить 5 випадків на 100 тис. населення [10]. У дорослих приблизно 70% випадків ХП є наслідком хронічного споживання алкоголю, при цьому щоденна доза

алкоголю становить понад 150 г протягом 6–12 років [25]. ХП зустрічається у все більш молодому віці: середній вік на момент встановлення діагнозу знизився з 50 до 39 років; на 30% зросла частка жінок; ХП почали виявляти навіть у дітей та підлітків. У нашій країні за останні три десятиліття захворюваність на панкреатит зросла більш ніж удвічі. Рівень захворюваності на ХП у популяції молодих людей зріс за останні 10 років майже в 4 рази [1, 10]. Цю загальносвітову тенденцію можна пояснити не тільки покращенням способів діагностики, а й посиленням впливу несприятливих факторів зовнішнього середовища, зниженням якості харчування та загального рівня життя [1].

Сучасні уявлення про етіологію ХП узагальнені в класифікації етіологічних факторів ризику M-ANNHEIM (2007):

- **Multiple** — багаточинникова;
- **Alcohol** — алкоголь;
- **Nikotine** — нікотин;
- **Nutrition** — харчування;
- **Heredity** — спадковість;
- **Efferent pancreatic ducts factors** — чинники, які впливають на діаметр панкреатичних проток і вплив секрету;
- **Immunologic factors** — імунологічні чинники;
- **Miscellaneous and metabolic factors** — різноманітні інші та метаболічні чинники.

Згідно із цією класифікацією виділяють три форми ХП.

- «Визначений» ХП — один або декілька з наступних критеріїв:
 1. Кальцифікація ПЗ.
 2. Помірні або тяжкі зміни проток ПЗ (за Кембриджською класифікацією).
 3. Значна постійна екзокринна недостатність залози (наприклад, стеаторея, яка значно зменшується після приймання ферментних препаратів).
 4. Типова для ХП гістологічна картина.
- «Можливий» ХП — один або декілька наступних критеріїв:
 1. Легкі зміни проток.

2. Псевдокіста(и) — постійна або рецидивуюча.
 3. Патологічні результати функціональних тестів екзокринної функції ПЗ (наприклад, фекального еластазного тесту).
 4. Ендокринна недостатність (наприклад, патологічні результати тесту толерантності до глюкози).
- «Суміжний» ХП — з типовою клінічною картиною панкреатиту, але за відсутності критеріїв «можливого» або «визначеного» ХП.

Визначається при розвитку першого епізоду гострого панкреатиту у випадку наявності або відсутності наступних чинників: 1) сімейний анамнез захворювань ПЗ; 2) присутні чинники ризику M-ANNHEIM [9].

Для оцінки морфологічних змін ПЗ користуються Кембриджською шкалою, також поділяють ХП станом зовнішньої і внутрішньої секреції.

На першій стадії, що триває близько 5 років, ХП проявляється рецидивами болю. У наступні 5–10 років (друга стадія) частота рецидивів зменшується і на перший план виходять ускладнення панкреатиту (псевдокісти, стриктури проток, кальцифікати), також може виявлятися прихована зовнішньосекреторна недостатність (ЗНПЗ). На третій стадії, коли минуло понад 10 років, напади болю можуть зменшуватися або взагалі припинятися, і провідну роль починає відігравати ЗНПЗ і/або цукровий діабет. Однак далеко не у всіх пацієнтів відзначається така класична клінічна картина. Так, при алкогольному панкреатиті до припинення болю проходить в середньому 14 років, а при ювенільному ідіопатичному — майже 27, причому болі припиняються тільки у $\frac{2}{3}$ пацієнтів [10].

У більшості випадків при ХП переважають три основних синдроми: абдомінальний біль, порушення процесів травлення і цукровий діабет [14].

Больовий синдром спостерігається у 80–85% випадків ХП. Біль може носити гострий характер і тривати близько тижня (загострення ХП) або спостерігатися постійно [25]. Причому саме біль є основним чинником, що знижує практично всі аспекти якості життя хворих з патологією. З болем можуть бути пов'язані і деякі інші симптоми захворювань ПЗ. Так, зниження маси тіла часто обумовлено саме прандіальним і постпрандіальним посиленням болю.

Першим етапом лікування болю є утримання від алкоголю і припинення куріння [10]. Наступним є пероральне застосування панкреатичних ферментів. Проте клінічна ефективність застосування їх для ліквідації болю є суперечливою: саме тоді як в одних дослідженнях була підтверджена ефективність цих засобів, у ряді інших досліджень відомості про неї були відсутні. Для остаточної відповіді на це питання потрібне проведення додаткових клінічних досліджень. Проте рівень доказовості застосування панкреатичних ферментів за такими трьома показниками, як стеаторея, мальабсорбція і біль, — «В» [25]. Можливе також призначення спазмолітиків.

При збереженні больового синдрому застосовується ступенева терапія болю, рекомендована ВООЗ для його лікування при раку і адаптована для ХП [27].

Разом із прогресуванням ХП зменшується больовий синдром і наростає ЗНПЗ: проноси, зниження маси тіла, стеаторея. При лікуванні ЗНПЗ особливу увагу звертають на адекватне заміщення ліпази. Для того щоб забезпечити нормальний процес травлення при ХП з панкреатичною недостатністю, призначають 20 000–40 000 ОД ліпази з кожним прийомом їжі [14].

Лікування ЗНПЗ базується на замісній терапії препаратами панкреатину для оптимізації процесів перетравлення і всмоктування поживних речовин. У рекомендаціях експертів європейських країн зазначено, що основним критерієм призначення ферментів є стеаторея — патологічна екскреція понад 15 г/добу жиру з калом. Однак на практиці визначити цей показник складно, крім того, жирова діарея з'являється не в усіх хворих із ЗНПЗ. Тому ферменти повинні бути призначені також всім пацієнтам з втратою маси тіла або іншими клінічними або лабораторними ознаками недостатності харчування. Замісна ферментна терапія покращує травлення і всмоктування поживних речовин і асоціюється зі значним підвищенням якості життя пацієнтів з ХП [23].

У більшості хворих на ХП розвивається дисбактеріоз кишечника, з приводу якого проводиться лікування з включенням пребіотиків і пробіотиків. При виражених мальдигестії і мальабсорбції призначають білкові замінники і жирові емульсії внутрішньовенно крапельно. При ХП показані ліпоева кислота, препарати, що поліпшують мікроциркуляцію (трентал, гепарин, курантил), антиоксиданти і адаптогени (токоферолу ацетат, вітамін А та ін.) [14].

Ендокринна недостатність лікується, передовсім, дієтою і корекцією вуглеводного обміну, цукрознижувальними препаратами [14].

Проте лікування ХП не обмежується лише медикаментозною терапією. Дуже важливим у профілактиці загострень і подовженні ремісії захворювання є подальша реабілітація таких пацієнтів. На думку іноземних авторів, реабілітація хворих з ХП є складним завданням: вона повинна включати в себе не тільки спеціалізоване лікування ХП і супутніх розладів ШКТ, але й дієтичну підтримку, ретельну фізичну підготовку і у випадках, викликаних алкоголізмом, — психо-соціальну підтримку. Така багатопрофільна допомога може бути належно забезпечена тільки в спеціалізованих реабілітаційних центрах [29].

Першим і найбільш важливим кроком у профілактиці повторних загострень ХП є модифікація стилю життя: хворому необхідно відмовитися від прийому алкоголю і від тютюнокуріння, знизити споживання м'ясої і жирної їжі [25]. Пацієнтам із ХП потрібно строго дотримуватися режиму праці і відпочинку, тому нічна праця і тривалі відрядження таким людям заборонені.

У фазі ремісії при ХП використовується дієта, що відповідає принципам другого варіанту дієти № 5п за Певзнером. Принцип такий же, як і при першому варіанті. Необхідність обмеження продуктів, які стимулюють зовнішню секрецію ПЗ, пов'язана з можливістю підвищення внутрішньопотокового тиску з посиленням болю. Другий варіант дієти № 5п відрізняється

підвищеним вмістом білка в їжі до 130–140 г на добу для посилення синтезу ферментів та їх інгібіторів. Оскільки при гіпоферментних панкреатитах часто розвивається цукровий діабет, то обмежуються легкозасвоювані вуглеводи (цукор, мед) із їх заміною ксилітом, сорбітом і продуктами, що містять крохмаль (картопля, каші). Обмеження вуглеводів пояснюється і частим дисбіозом кишечника, при якому посилюються процеси бродіння. Особливу увагу приділяють зменшенню вживання продуктів, що підвищують перистальтику кишечника і газоутворення, оскільки хворі із гіпоферментним панкреатитом скаржаться на часті випорожнення, здуття живота. При дисбіозі кишечника необхідно збільшити кількість кисломолочних продуктів у раціоні. Потрібно збагачувати їжу вітамінами і ліпотропними речовинами (нежирний сир, гречана і вівсяна каші, варений яєчний білок та ін.). Безумовно, дотримання дієти передбачає і відмову від алкоголю, забороняється переїдання [6].

Доведено, що продовження зловживання алкоголем достовірно підвищує летальність хворих з панкреатитом і частоту загострень, але чинить менший вплив на вираженість больового синдрому. Як відомо, прийом алкоголю збільшує біль в ПЗ за рахунок стимуляції її зовнішньої секреції. Однак при вираженій ЗНПЗ (коли стимулювати вже просто нічого) вживання спиртного не тільки не підсилює біль, але може навіть зменшувати його завдяки своєму седативному впливу. Проте в усіх рекомендаціях підкреслюється необхідність відмови від прийому алкоголю [10]. Ризик кальцифікації ПЗ зменшується при відмові від спиртного, особливо у міру збільшення тривалості ХП, а продукція бікарбонатів, ліпази і хімотрипсину істотно збільшується, на відміну від пацієнтів, які продовжують зловживати алкоголем.

З огляду на те, що тютюнокуріння не тільки підсилює негативний ефект алкоголю, а й сприяє прогресуванню ХП, рекомендована і повна відмова від цієї шкідливої звички. Особливо важливим вважають припинення тютюнокуріння у пацієнтів із наявністю спадкових факторів, оскільки воно підвищує ризик раку ПЗ і зумовлює більш ранню його маніфестацію [8, 10]. Куріння негативно впливає на клінічну симптоматику ХП у фазі ремісії за рахунок більш інтенсивних проявів диспептичного, больового та астеноневротичного синдромів порівняно з такими у некурців. Під впливом цієї шкідливої звички у пацієнтів спостерігається прогресування трофологічних розладів, зокрема білкового і жирового обміну [13]. Іспанські вчені дослідили, що тютюнокуріння є більш небезпечним, ніж зловживання алкоголем, відносно розвитку тяжкого ХП, адже саме воно, а не зловживання алкоголем, асоціюється з високим ризиком панкреатичної недостатності, кальцифікатів і псевдокіст ПЗ при першому встановленні діагнозу ХП [7].

Важливим розділом у реабілітації пацієнта з ХП є використання фізіотерапевтичних методів. У час великого зростання кількості захворювань, пов'язаних з побічною дією ліків і тяжких алергічних реакцій, спричинених ними, саме фізіотерапевтичні методи лікування можуть зайняти ключові позиції в комплексній терапії захворювань внутрішніх органів.

Фізіотерапія дозволяє здійснити вплив конкретно на уражений орган. При цьому біологічні ефекти, якими володіють різні фізичні фактори, достатньо різноманітні. Перевагою фізіотерапевтичних методів є те, що вони легкі у виконанні та широко доступні у поліклінічній практиці [19]. Більшість методів фізіотерапії мають протизапальну дію, покращують трофіку тканин, забезпечують анальгезуючий ефект, впливають на стан гладкої та поперечнопосмугової мускулатури, нормалізують функції центральної та периферичної нервової системи [2].

Із фізіотерапевтичних методів у комплексному лікуванні хворих на ХП застосовують кліматотерапію, лікувальну фізкультуру, водо- і теплолікування, пелоїдотерапію, методи апаратної фізіотерапії. Зазвичай фізіолікування застосовують у період ремісії і при больовій формі ХП з метою отримати анальгезуючий ефект і певну протизапальну дію, але не раніше, ніж через 3 місяці після стихання останнього загострення.

Основою фізіотерапевтичного лікування ХП є курс прийому мінеральної води (МВ). На думку багатьох дослідників, комплексне лікування з використанням питних МВ сприяє усуненню гіпоксії панкреато- і гепатоцитів, покращуючи їхню функцію, збільшуючи жовчоутворення та жовчовиділення, нормалізуючи фізико-хімічний склад жовчі, зменшуючи запальний процес у жовчних шляхах, що має велике значення для профілактики рецидиву холелітіазу та загострень ХП переважного біліарного походження [12]. Показані питні МВ малої та середньої мінералізації, які містять гідрокарбонати, сульфати, двовалентну сірку, кальцій, цинк: «Слов'янська», «Смирновська», «Боржомі», «Моршинська», «Лужанська», «Поляна Квасова», «Свалєва» та інші. Середньо мінералізовані теплі МВ гідрокарбонатно-сульфатного складу ($t=37-38^{\circ}\text{C}$) показані за умов недостатності зовнішньо- та внутрішньосекреторної функції ПЗ [17]. Ще однією з причин необхідності прийому МВ є хронічна ендогенна інтоксикація, яка виникає при патології органів травлення. Успішність лікування також значною мірою залежить від своєчасно проведених заходів активної детоксикації, які все частіше застосовуються в терапевтичній практиці. Доведено, що курс питного прийому природних лужних МВ (типу «Боржомі», «Віші», «Карлові Вари») є ефективним способом неінтенсивної детоксикаційної терапії, в основі якого — олужнявальні властивості МВ, а також їхній нормалізуючий вплив на порушення функціонального стану органів ШКТ, що приводить до зменшення метаболічного навантаження на печінку та нирки, зниження рівнів маркерів хронічної ендогенної інтоксикації [4].

Ще один з методів фізіотерапії — це пелоїдо- та бальнеотерапія: перлинні, йодобромні, мінеральні, хвойні, вуглекислі ванни. Пелоїдотерапія призначається тільки у стадії стійкої ремісії, при ХП із ЗНПЗ.

Апаратна фізіотерапія:

1. Діадинамічні струми — для ліквідації больового синдрому.

2. Синусоїдальні модульовані струми надають знеболювальний ефект, поліпшують показники амілази і ліпази крові, панкреатичного секрету.

3. Хвилі дециметрового діапазону застосовують у фазі стійкої ремісії при наявності стійкої зовнішньої і внутрішньосекреторної недостатності ПЗ [17].

Для лікування та реабілітації ХП на сьогоднішньому етапі еволюції можуть застосовуватися фіто- та апітерапевтичні засоби, проте їх використання є ще маловивченим.

Хімічний склад апітерапевтичних засобів (меду, прополісу, пилку, маточного молочка, бджолиної жилиці та екстракту воскової моли) дає підстави застосовувати їх в комплексному лікуванні ХП. Вони виявляють протизапальну, в'язучу, обволікаючу, протинабрякову, знеболювальну, загальнозміцнювальну 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 [5].

Лікування травами, або фітотерапія, корінням йде в народну медицину і все частіше використовується зараз у практичній охороні здоров'я. Це характерно для багатьох країн. Наприклад, лікарські рослини поряд з гомеопатичними засобами, голковколюванням і дієтотерапією широко застосовуються у Франції, Німеччині, Китаї. А в багатьох країнах, що розвиваються, фітотерапія — один з головних методів лікування. Лікарські рослини, які застосовуються для лікування ХП, володіють такими властивостями: протизапальними, знеболювальними, в'язучими, протимікробними, пом'якшувальними, спазмолітичними, відновлювальними. Фітотерапія ХП вимагає часу і триває зазвичай 2–3 роки. Рекомендують — як зазвичай при тривалому лікуванні — чергувати збори кожні 2–3 місяці, роблячи перерви по 10–14 днів. При лікуванні травами напади виникають рідше, больові відчуття слабшають. Загальне самопочуття поступово нормалізується, зменшується запальний процес, поліпшується відтік жовчі, відновлюється діяльність ПЗ. Прогнозувати терміни, в які настане поліпшення, важко, якщо взагалі можливо. Іноді доводиться чекати і шість, і вісім місяців, а іноді хворий відзначає поліпшення вже через два тижні [21].

Ще одним з напрямів натуральної традиційної медицини, що сьогодні набуває усе більшої цікавості, є гірудотерапія, яка інтенсивно повертається в клінічну практику. За останні роки встановлено, що гірудотерапія є ефективною при хронічних запальних дистрофічних процесах практично усіх локалізацій [24]. При ХП гірудотерапія чинить таку дію: антикоагулянтну, тромболітичну, протиішемічну, антигіпоксичну, гіпотензивну, протинабрякову, відновлення мікроциркуляції; ліполітичну, загальну рефлекторну, відновлення проникності судинної стінки, бактеріостатичну, імуностимулюючу, анальгезуючу [26]. Одним із найбільш значимих лікувальних механізмів гірудотерапії є протиішемічний вплив, а також здатність медичних п'явок відновити процес мікроциркуляції, що сприяє усуненню кисневої недостатності клітин і тканин. За рахунок шкірно-капілярного шунта створюються

передумови для контролювання регіонарного крово- і лімфовідтоку. Таким чином стимулюється відновлення нормальної діяльності пошкодженого органа [24].

Оскільки при ХП відбуваються фіброзні і жирові зміни ПЗ, то застосування п'явок дає можливість посилити регенерацію тканини цього органа, покращити кровотік в ньому, ліквідувати запалення, значно продовжує період ремісії.

Звичайно, що гірудотерапія обов'язково поєднується з дієтотерапією та відмовою від шкідливих звичок [22].

П'явка прокушує шкіру людини тільки в біологічно активних точках, зокрема в точках акупунктури (ТА), що, на думку багатьох сучасних дослідників, і обумовлює її рефлекторну дію. Таким чином, механізм рефлекторної дії гірудотерапії аналогічний такому при голкорексотерапії, яка є також однією з потужних систем реабілітації [24].

Рефлексотерапія (РТ) — це лікувально-профілактична система, яка базується на оцінці параметрів периферійних рефлексогенних зон (ТА) й впливу на них з метою регуляції функціональних систем. РТ та її методи, що включають різні види впливу, зокрема і фармакологічні, на певні ділянки тіла людини з відмінними фізичними та біохімічними характеристиками, сповідує головний принцип медицини. Саме людина в цілісному психофізичному аспекті, а не окрема хвороба, є в полі зору лікаря-рефлексотерапевта. Багатовіковий клінічний досвід, коріння якого походить з Китаю, доводить високу ефективність впливу на ТА як при гострій, так і хронічній патології. В її основі — складні етіопатогенетичні механізми, що обґрунтовують ефективність методу. Служба РТ України визнана у всьому світі: вона співпрацює зі спеціалістами інших країн, зокрема Росії, Китаю, В'єтнаму, Німеччини, Італії, Іспанії, Польщі; проводяться сумісні семінари, навчання спеціалістами з різних країн Заходу та Сходу. Українська асоціація РТ та лазеропунктури прийнята членом Всесвітньої асоціації акупунктури «Ichmart».

Ефективність РТ при різних захворюваннях багаторазово доводилась не тільки на практиці, але й науково. Так, тільки в Україні з 61 дисертації (кандидатських і докторських), що написані під керівництвом проф. Є. Л. Мачерет, понад 40 стосуються рефлексотерапії і доводять її ефективність при лікуванні різної патології [16].

За останні роки накопичилося достатньо даних щодо використання антигомотоксичних препаратів (АГП) у лікуванні терапевтичної патології [1, 16, 24]. Як відомо, дія АГП, які являють собою комплексні біологічні засоби, що запускають процеси саморегуляції та детоксикації, заснована на ініціації та підтримці захисних реакцій організму, а не на пригніченні симптомів захворювання, які розглядаються в гомотоксикології як прояви боротьби організму з патогенними чинниками (етіологічними і патогенетичними) [16]. ХП, з позиції гомотоксикозу, є складним захворюванням, при якому процес, залежно від тривалості хвороби та можливостей захисних сил організму, перебуває вже у глибокій фазі, часто навіть

у фазі клітинної дегенерації [1]. Однак можливості методу такі, що відновити процеси саморегуляції практично завжди можливо при наполегливому та ретельному підході. За даними багатьох дослідників, АГП мають багато переваг, а саме: цілісний підхід до організму хворого; спрямованість на повну ліквідацію патогенного чинника; можливість дії не тільки на органному і тканинному рівні, але й на клітинному; можливість гармонійного поєднання з другими методами терапії; мінімальна енергозатратність для організму; можливість уникнути поліпрагмазії; відсутність протипоказань за віком, супутніми захворюваннями; швидка дія та економічна доступність [1].

Принципова подібність основних засад методів РТ й антигомотоксичної терапії дає можливість для їх сумісного використання з метою досягнення більш швидкого та гармонійного ефекту. Останніми роками є інформація про ефективне використання в медичній практиці такого сумісного методу — гомеосиніатрії (ГС). Як відомо, ГС — це введення комплексних АГП в ТА [1, 16]. Такий метод дозволяє об'єднати найкращі ознаки гомеопатії та РТ і суттєво покращити ефект лікування. Найефективнішою ГС є при захворюваннях, які супроводжуються больовим синдромом, що характерно для ХП. АГП вводять у ТА відповідних меридіанів (при ХП — меридіанів ПЗ, шлунку, печінки, тонкої і товстої кишки та ін.). Рецептuru ТА підбирається лікарем індивідуально, що сприяє досягненню швидкого та стійкого терапевтичного ефекту з урахуванням стану пацієнта на момент лікування. Крім того, метод практично не має протипоказань і побічних дій, а також може бути комбінований з іншими видами лікування (як медикаментозними, так і немедикаментозними). ГС має всі перераховані вище позитивні ознаки РТ і гомотоксикології, а також гармонійно поєднується з комплексним загальноприйнятим лікуванням. За даними Л. С. Бабінець, для покращення параметрів трофологічного статусу, перекисного окиснення ліпідів, ендотоксикозу, оптимізації антиоксидантних систем і цитокінового профілю доцільно в комплексне лікування ХП включати курс ГС з 20 сеансів: вводити вміст 1 ампули на сеанс — 2,2 мл (по 0,2 мл у кожную точку за допомогою інсулінового шприца), чергуючи препарати *Momordica compositum* і *Coenzyme compositum* за днями; на курс лікування — по 10 ампул кожного препарату з кратністю введення по 3 рази на тиждень протягом перших двох тижнів, в подальшому — 1 раз на тиждень. Доцільним, однак менш ефективним, є застосування аналогічного курсу внутрішньом'язового введення даних препаратів у комплексному лікуванні хворих на ХП [1].

Застосування в комплексному лікуванні хворих на ХП рефлексотерапевтичних методик є доцільним, оскільки значно підсилює дієвість лікування, сприяє нормалізації клінічної симптоматики, показників синдрому пероксидації та активації антиоксидантного захисту, об'єктивно покращує загальний стан пацієнтів, прискорює відновлення активності та здатність до якісного самообслуговування та працездатності [16].

Не менш важливою частиною в медичній реабілітації хворих на ХП є лікувальна фізкультура.

Спеціально підібрані комплекси лікувальної фізкультури для таких пацієнтів сприяють стимуляції обмінно-трофічних процесів, поліпшенню кровообігу в органах черевної порожнини, прискоренню пасажу кишкового вмісту і ліквідації метеоризму, спорожненню жовчного міхура і підвищенню загального тону організму [11]. Додатково доцільно застосовувати лікувальний масаж. Впливу підлягають м'язи живота, а також поперековий відділ хребта. Стимуляція хребців приводить до поліпшення координації нервових імпульсів, які керують діяльністю ПЗ та інших внутрішніх органів. Масаж також перешкоджає поширенню запальних процесів на інші органи при хронічному захворюванні [15].

У Великій Британії було проведене дослідження з метою визначення ефективності йоги в управлінні болу у пацієнтів з ХП. Унікальність йоги як вчення полягає в комбінуванні активного м'язового напруження і глибокого тілесного розслаблення, при цьому в обов'язковому поєднанні з правильним диханням. Таке поєднання має зміцнювальну дію на весь організм і підвищує стійкість до болу. Йога допомагає людям краще зрозуміти своє тіло і стати менш сприйнятливими до больових відчуттів. У Китаї було проведене спостереження за реабілітацією 30 пацієнтів з ХП, які зазнавали труднощів з болем і втратою маси тіла. Вони пройшли програму йоги за 12 тижнів. Заняття були заплановані 3 рази на тиждень. Кожен сеанс тривав приблизно 1 годину. Перед початком програми в усіх учасників були зібрані такі дані: рівень болу, маса тіла і ступінь медикаментозного зменшення болу. З 30 пацієнтів 24 пройшли повний 12-тижневий курс. Ступінь болу зменшився відповідно до шкали болу Von Korff. Середня оцінка до початку програми становила 5,34, а вже після 6 тижнів занять — 1,98 (рівень болу зменшився на 62%). Щодо середньої маси тіла, то перед початком програми вона була 42,4 кг, а після 12 тижнів становила 44,6 кг (тобто підвищилася на 5%). Отримані дані свідчать, що йога є ефективною у зниженні сприйняття болу в цій групі населення, що зменшує потребу споживання знеболювальних препаратів. Також спостерігалось підвищення маси тіла, що є позитивним ефектом для пацієнтів із ХП [30].

Література вказує, що не тільки біль, але й тривога і неспокій є частими супутниками розладів у хворих на ХП, що значно знижує якість життя таких людей. Гастроентерологічна патологія надзвичайно часто супроводжується змінами у психоемоційній сфері, зокрема у вигляді тривожно-депресивних розладів. Вони можуть мати соматогенний характер, а можуть бути причиною власне гастроентерологічної патології, особливо функціонального характеру. У таких ситуаціях стандартна терапія недостатньо ефективна. Пацієнтам показана консультація психіатра чи психотерапевта, водночас більшість хворих такої допомоги не отримують. Хронічний з постійними рецидивами перебіг захворювання несприятливо впливає на формування компенсаторно-приспосувальних реакцій в період ремісії, сприяє появі відчуття невпевненості

в своїх силах, зниженню психічної активності. Зазначені особливості перешкоджають становленню тривалих і повноцінних ремісій у хворих на ХП і знижують ефективність проведеного лікування. Хвороба створює важку для хворого життєво-психологічну ситуацію, яка включає в себе безліч різних моментів: процедури і прийом ліків, спілкування з лікарями, перебування відносин з близькими і колегами по роботі. Ці та деякі інші моменти накладають відбиток на власну оцінку хвороби і формують остаточне ставлення до свого захворювання. Для виявлення пацієнтів, які можуть потребувати корекції психоемоційних розладів, використовується контрольне запитання: чи є порушення сну або порушення апетиту — це загальні соматовегетативні ознаки тривоги та депресії. Це дозволяє вже при первинному огляді лікарем припустити розлади психоемоційної сфери [20]. Для формування оптимальних підходів до лікування таких хворих слід враховувати індивідуальні особливості особистості з поглибленим вивченням реакцій пацієнтів на свою хворобу. Діагностика типів відносин до хвороби необхідна для використання диференційованих реабілітаційних програм з включенням в традиційні схеми терапії ХП психотропних препаратів і методів психотерапії [28]. Психологічна допомога потрібна й у тих випадках, коли ХП викликаний надмірним вживанням алкоголю, чи хворий не може самостійно припинити тютюнокуріння. Проте психотерапевтична робота із хворими повинна починатися ще на етапі прийому у сімейного лікаря. Насамперед необхідно пояснити пацієнтові, що наявні у нього різноманітні симптоми — складові поширеного, добре відомого для лікаря синдрому, а зовсім не вказують на прояви якогось загадкового серйозного захворювання. Потім слід розповісти, як поводитися під час нападу тривоги:

Литература:

1. Бабінець Л. С. Клініко-патогенетичне обґрунтування впливу тютюнопаління на клінічний перебіг хронічного панкреатиту / Л. С. Бабінець, З. Я. Пінкевич // Здоров'я України. — 2013. — № 4. — С. 46–48.
2. Бурдаєв К. В. Наукове обґрунтування побудови програми фізичної реабілітації хворих на гострий панкреатит в післяопераційному періоді / К. В. Бурдаєв // Спортивний вісник Придніпров'я: науково-практичний журнал. — 2010. — № 3. — С. 119–124.
3. Внутрішня медицина та тривожно-депресивні розлади: підручник / В. І. Денисюк, В. З. Нетяженко, І. С. Вітенко [та ін.] ; за заг. ред. В. І. Денисюка — Вінниця: Консоль, 2011. — 571 с.
4. Гайсак М. О. Обґрунтування неінтенсивної бальнеологічної детоксикації при хронічному панкреатиті органів травлення / М. О. Гайсак, І. С. Лемко, Н. А. Яковенко [та ін.] / Буковинський медичний вісник. — 2015. — № 1(73). — С. 30–33.
5. Голощапов В. М. Апитерапия / В. М. Голощапов. — М.: Тимошка, 2005. — 30 с.
6. Губергриц Н. Б. Клиническая гастроэнтерология / Н. Б. Губергриц, Т. Н. Христинич. — Донецк: Лебедь, 2000. — 416 с.

потрібно сісти (якщо обставини дозволяють), постаратися розслабитися, дихати не глибше, ніж зазвичай, — і це сприятиме зменшенню ознак тривоги, нагадати про доцільність відвідувань занять з навчання релаксації, медитації або йоги — залежно від схильностей та інтересів хворого. Свого часу знаменитий філософ Платон стверджував: «Великою помилкою при лікуванні хвороби є те, що є лікарі для душі і тіла, тоді як і те, й інше не розділяється» [3].

Отже, оптимізація системи медичної реабілітації хворих з різною патологією є одним із пріоритетних напрямків роботи служби охорони здоров'я не тільки в Україні, але й в усьому світі. В наш час техногенних впливів, психологічних та інформаційних перевантажень перед лікарями різних спеціальностей нерідко постає складне завдання: як далі «вести» хвору людину, коли використані найсучасніші фармакологічні препарати згідно з їх призначенням, а очікуваного ефекту досягти не вдалось, або застосування необхідного препарату та його аналогу є неможливим через наявність протипоказань з боку патології інших органів та систем. Вельми проблематичними щодо традиційної терапії є випадки алергії, особливо полівалентної. Відмічається відносна резистентність до фармакотерапії в істотній кількості випадків і у разі хронічної патології [18].

Нестандартні реакції на лікування потребують пошуку інших терапевтичних підходів, результатом цього має бути індивідуалізований підхід з використанням наведених методик медичної реабілітації, що забезпечать максимальне відновлення здоров'я хворого до оптимального рівня працездатності, за допомогою їх поєднаного, послідовного та узгодженого застосування.

7. Губергриц Н. Б. Новости европейской и мировой панкреатологии / Н. Б. Губергриц // Сучасна гастроентерологія. — 2009. — № 4(48). — С. 22–25.
8. Губергриц Н. Б. Новости европейской панкреатологии / Н. Б. Губергриц // Школа панкреатологов. — 2013. — № 15–16. — С. 22–25.
9. Губергриц Н. Б. Хронический панкреатит: работа над ошибками / Н. Б. Губергриц, Н. В. Беляева, А. Е. Клочков, П. Г. Фоменко // Сучасна гастроентерологія. — 2015. — № 3(83). — С. 97–104.
10. Дорофеев А. Э. Хронический панкреатит: современные подходы к лечению / А. Э. Дорофеев, Н. Н. Руденко // Новини медицини та фармації. — 2015. — № 3(532). — С. 25–28.
11. Дубровский В. И. Лечебная физическая культура / В. И. Дубровский. — М.: Владос, 1998. — 608 с.
12. Заіченко Н. Г. Вплив хлоридно-натрієвої мінеральної води на функціональний стан підшлункової залози у хворих на хронічний панкреатит / Н. Г. Заіченко // Гастроентерологія. — 2012. — № 46. — С. 350–362.
13. Звягинцева Т. Д. Хронический панкреатит / Т. Д. Звягинцева, И. И. Шаргород // Ліки України. — 2010. — № 9(145). — С. 24–29.

14. Звягинцева Т. Д. Хронический панкреатит: современное состояние проблемы / Т. Д. Звягинцева, И. И. Шаргород / Новини медицини та фармації. — 2011. — Гастроентерологія (358).
15. Золотые приемы массажа / Сост. Н. Орещук. — М. : Образ Компании, 1998. — 43 с.
16. Класична акупунктура в комплексному лікуванні хворих на хронічний панкреатит / Л. С. Бабінець // Вісник Сумського державного університету. Сер. Медицина. — 2003. — Вип. 55, № 9. — С. 112–115.
17. Клінічні протоколи санаторно-курортного лікування в санаторно-курортних закладах для дорослого населення захворювань органів травлення / Про затвердження клінічних протоколів санаторно-курортного лікування в санаторно-курортних закладах (крім туберкульозного профілю) для дорослого населення: наказ МОЗ України від 6 лютого 2008 року № 56. — Режим доступу : http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20080206_56.html
18. Коваленко О. Є. Роль та місце рефлексотерапії в системі медичної реабілітації хворих / О. Є. Коваленко, Є. Л. Мачерет, Т. П. Гарник // Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Рефлексотерапія в Україні: досвід і перспективи» (Київ, 29–30 вересня 2009 р.). — К. : Віпол. — 2009. — С. 5–9.
19. Коновалова Э. В. Лечение хронического панкреатита в условиях поликлиники / Э. В. Коновалова, А. А. Федоров. — Свердловск : Издательство Урал. ун-та, 1989. — 128 с.
20. Косинська С. В. Ефективність лікування тривожно-депресивних розладів у хворих на гастроентерологічну патологію / С. В. Косинська // Гастроентерологія. — 2015. — № 1(55). — С. 11–14.
21. Ладынина Э. А. Лечение травмами / Э. А. Ладынина, Р. С. Морозова. — Самиздат, 2004. — 47 с.
22. Лялина Э. Г. Лечение методами традиционной медицины острого и хронического панкреатита

в сочетанной гастроентерологической патологии / Э. Г. Лялина. — Бюллетень медицинских интернет-конференций. — 2013. — Т. 3, № 1. — С. 11–12.

23. Молчанов Д. Обзор экспертных рекомендаций некоторых европейских стран по ведению больных хроническим панкреатитом / Д. Молчанов // Здоров'я України. — 2014. — № 1. — С. 32–33.

24. Пересадин Н. А. Гирудотерапия в современной клинической медицине и реабилитологии / Н. А. Пересадин, В. М. Фролов, Л. В. Кузнецова // Проблемы экологической та медичної генетики і клінічної імунології. — 2009. — Вип. 1–2. — С. 98–119.

25. Савустьяненко А. В. К вопросу о хроническом панкреатите: срез знаний / А. В. Савустьяненко // Новини медицини та фармації. — 2011. — № 18(387).

26. Сухина Н. М. Пиявки для здоровья и долголетия / Н. М. Сухина. — М. : РИПОЛ-классик, 2006. — 192 с.

27. Уніфікований клінічний протокол паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі : наказ МОЗ України від 25 квітня 2012 року № 311. — Режим доступу : http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/311_2012/dod_311_2ykpmd.pdf

28. Харькина Д. Н. Психостатические и соматоформные расстройства в современной клинической практике / Д. Н. Харькина., Т. Е. Пивоварова // Сборник материалов межрегиональной научно-практической конференции. — Иркутск, 2005. — С. 102.

29. Armbrrecht U. Chronic pancreatitis weight loss and poor physical performance—experience from a specialized rehabilitation centre / U. Armbrrecht // Rehabilitation (Stuttg). — 2001. — Vol. 40. — P. 332–336.

30. Sareen S. Yoga for rehabilitation in chronic pancreatitis / S. Sareen, V. Kumari // Gut. — 2006. — Vol. 55, No 7. — P. 1051.

УДК 616.37-002-06:616.155.194.8]-08-039.76

UA **Можливості комплексної реабілітації хворих на хронічний панкреатит на етапі первинної медичної допомоги (огляд літератури)**

Л. С. Бабінець, М. В. Палихата, Г. М. Сасик

Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського, Україна

Ключові слова: хронічний панкреатит, фізіотерапевтичні заходи, мінеральні води, рефлексотерапія, лікувальна фізкультура, психотерапія

Дуже важливим у профілактиці загострень і подовженні ремісії хронічного панкреатиту є подальша реабілітація пацієнтів. Першим і найбільш важливим кроком у профілактиці повторних загострень захворювання є модифікація стилю життя: відмова від прийому алко-

лю і від тютюнокуріння, дієта. У час великого зростання кількості захворювань, пов'язаних з побічною дією ліків, і тяжких алергічних реакцій, спричинених ними, саме фізіотерапевтичні методи лікування можуть посісти ключові позиції в комплексній терапії захворювань внутрішніх органів: кліматотерапія, лікувальна фізкультура (йога є ефективною у зменшенні сприйняття болю, сприяє підвищенню маси тіла), водо- і тепловікування (прийом мінеральної води), пелоїдотерапія, методи апаратної фізіотерапії. Для лікування та реабілітації хворих на хронічний панкреатит на сьогоденішньому етапі еволюції можуть застосовуватися фіто- та апітерапевтичні засоби, гірудотерапія, які інтенсивно повертаються в клінічну практику, а також рефлексотерапевтичні методики. Часто у хворих присутні розлади психоемоційної сфери, що необхідно враховувати для використання диференційованих реабілітаційних програм з включенням в традиційні схеми терапії панкреатиту психотропних препаратів і методів психотерапії.

RU **Возможности комплексной реабилитации больных хроническим панкреатитом на этапе первичной медицинской помощи (обзор литературы)**

Л. С. Бабинец, М. В. Палихата, Г. М. Сасик

Тернопольский государственный медицинский университет им. И. Я. Горбачевского, Украина

Ключевые слова: хронический панкреатит, физиотерапевтические мероприятия, минеральные воды, рефлексотерапия, лечебная физкультура, психотерапия

Очень важным в профилактике обострений и удлинении ремиссии хронического панкреатита является дальнейшая реабилитация пациентов. Первым и наиболее важным шагом в профилактике повторных обострений заболевания является модификация образа жизни: отказ от приема алкоголя и от курения, диета. В наше время большого роста количества заболеваний, связанных с побочным действием лекарств, и тяжелых аллергических реакций, вызываемых ими, именно физиотерапевтические методы лечения могут занять ключевые позиции в комплексной терапии заболеваний внутренних органов: климатотерапия, лечебная физкультура (йога эффективна в снижении восприятия боли, способствует повышению массы тела), водо- и теплолечение (прием минеральной воды), пелоидотерапия, методы аппаратной физиотерапии. Для лечения и реабилитации больных хроническим панкреатитом на сегодняшнем этапе эволюции могут применяться фито- и апитерапевтические средства, гирудотерапия, которые интенсивно возвращаются в клиническую практику, а также рефлексотерапевтические методики. Часто у больных присутствуют расстройства психоэмоциональной сферы, что необходимо учитывать для использования дифференцированных реабилитационных программ с включением в традиционные схемы терапии панкреатита психотропных препаратов и методов психотерапии.

EN **Possibility of complex rehabilitation of chronic pancreatitis at the stage of primary medical care (literature review)**

L. S. Babinets, M. V. Palykhata, G. M. Sasyk

Ternopil State Medical University n. a. I. Y. Horbachevsky, Ukraine

Key words: chronic pancreatitis, physiotherapeutic activities, mineral waters, reflexotherapy, physical exercises, psychotherapy

Prevention of exacerbation and extension of remission of disease are crucial for the further rehabilitation of patients with chronic pancreatitis. Change of lifestyle is the first and the most important step in the prevention of repeated exacerbations of disease: stopping alcohol consumption and smoking, diet. In our time of the increasing number of diseases associated with the side effects of drugs and severe allergic reactions caused by them, physiotherapeutic methods of treatment can play key role in the complex therapy of diseases of internal organs: climate therapy, physiotherapy (yoga is effective in reducing the pain perception and increasing the body mass), hydrotherapy and treatment by heat (mineral water intake), peloidotherapy, methods of outfit physiotherapy. Phyto- and apitherapeutic agents, hirudotherapy, which are coming back to clinical practice, as well as reflexotherapeutic techniques, can be used for the treatment and rehabilitation of patients with chronic pancreatitis at the present stage of evolution. It should be taken into account that patients often have psychoemotional disorders, which can be considered upon choosing the differentiated rehabilitation programs, including psychotropic drugs and psychotherapy techniques in the traditional therapy of pancreatitis.