

МЕДИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ТА БАЛЬНЕОТЕРАПІЯ

УДК: 616-053.2-039.96

І.С. СМІЯН

КЛІНІКО-ПАТОГЕНЕТИЧНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ НА ПИТНИХ КУОРТАХ: СЬОГОДЕННЯ ЧИ МАЙБУТНЄ?

В статтє приводится обоснование ефективности лечения хронических воспалительных заболеваний человека (ребенка) с помощью многокомпонентного, многовекторного и продолжительного действия реабилитационных факторов питьевого курорта. На основании клинико-патогенетической оценки эффективности курортной терапии предложено организовать в Трускавце НИИ питьевого курорта НАН Украины.

* * *

Хронічні запальні захворювання у людини ніколи не можуть бути локалізованими. Вони завжди супроводжуються втягненням в патологічний процес сусідніх або віддалених від них органів і систем (споріднених і не споріднених). Так, наприклад, із 748 дітей з хронічним ураженням гепатобіліарної системи ми знаходили втягнення в патологічний процес гастродуоденальної зони у 67,3% хворих. У інших авторів цей показник був дещо вищий і дорівнював 70,6%. Зміни з боку кишечника у таких дітей ми констатували у значній більшості (73,1%), а з боку підшлункової залози – у 60,9%. Визначення активності ферментів у дуоденальному соку виявила спотворення активності специфічних ферментів кишечника (ентерокінази) у 59,6% хворих, неспецифічних (лужна фосфатаза) – у 9,1%. У більшості дітей спостерігалось порушення інактивації ферментів в товстому кишечнику – сахарази (специфічної для тонкого відділу кишечника) у 26,9%, лужної фосфатази у 51,1%, ентерокінази у 63,6% випадків. За умов хронічного гепатолітисту після вірусного гепатиту нами констатувалося порушення кишкової абсорбції галактози (82,8%) і Д-ксилози (71,4%).

При хронічному піелонефриті втягнення в патологічний процес гепатобіліарної системи (збільшення й ущільнення печінки, пальпаторна болючість в правому підребер'ї, запальні зміни в дуоденальному вмісті) ми спостерігали у 67,7% дітей із 128; алергологічну налагодженість організму – у 73,5%; у 82% – помірне зниження гемоглобіну; у 25,4% – зміни з боку серцево-судинної системи. А хронічний тонзиліт майже в кожного другого – 42,9%. При хронічному гломерулонефриті зміни з боку гепатобіліарної системи також були частими – 54,5%. Поєднання патології печінки і жовчних шляхів у дітей з сечокам'яною хворобою ми знаходили у 13,3% (із 237 хворих). У всіх дітей з цукровим діабетом, з тривалістю захворювання понад одного року діагностували патологічні явища з боку печінки.

Нерідко, при хронічних захворюваннях органів системи травлення (шлунок, кишечник, печінка, жовчний міхур) основний діагноз встановлюється в залежності від суб'єктивної оцінки лікаря та рівня можливостей додаткових методів дослідження. Так, коли була відсутня гастродуоденоскопічна апаратура, питома вага виразок шлунку і дванадцятипалої кишки, гастродуоденітів була за нашими даним біля 20 % серед всіх хронічних захворювань системи органів травлення, а хронічних запальних процесів печінки і жовчних шляхів в межах 80%. Впровадження в практику езофагогастродуоденоскопії змінили ці показники до навпаки. Подальше широке використання ультразвукової діагностики знову різко підвищило питому вагу хронічних захворювань гепатобіліарної системи. Так, не виявлено патології печінки і жовчного міхура тільки у 1408 (16,2%) дітей зі скаргами на болі в животі та диспепсичні явища із 8684 обстежених в Тернопільській обласній дитячій лікарні за період 1999-2002 роки. Ось чому іноді недоцільно сперечатися про відносну «первинність» ураження гепатобіліарної системи чи гастродуоденальної зони. В таких випадках доцільно говорити про синдром ураження органів травлення з відповідною розшифровкою.

Досконале обстеження дітей з хронічною патологією завжди дозволяє знайти ті чи інші зміни не лише різних органів та систем організму, а й, насамперед, з боку тих показників опірності організму, які визначають потенціальні можливості щодо можливості позбавлення або зменшення

проявів того чи іншого конкретного захворювання. Це насамперед: гормональний, ферментний, імунологічний, вітамінний, водно-електролітний, бактеріальний статус організму.

Ми не в змозі назвати хоча б одно будь-яке хронічне захворювання, де б були відсутні відхилення вказаних параметрів. І цьому підтвердженням є матеріали численних монографій, статей і навіть підручників. Сьогодні немає жодного наукового повідомлення, де б про це не говорилось.

На наше переконання, на відміну від більшості дослідників, показники опірності організму людини (дитини) з хронічним, підкреслюю, з хронічним запальним процесом є відображенням загального стану, а тому не може бути специфічним. Цей статус відображає ступінь зниження можливостей боротьби з хворобою, а не саму хворобу.

Ось приклад (1976 р.). Ми вивчали стан диспротеїнемії (опосередковано виражає гормонально-ферментативну функцію організму) шляхом визначення білкових фракцій сироватки крові у дітей з хронічним гломерулонефритом (57) і хронічним піелонефритом (128) в період ремісії.

Не зважаючи на те, що характер запального процесу при цих двох захворюваннях різний, порушення показників білкових фракцій був майже ідентичним.

При тому і іншому захворюванні диспротеїнемія визначалася у більшості хворих дітей. Як при хронічному піелонефриті, так і при хронічному гломерулонефриті був знижений рівень альбумінів в сироватці крові (відповідно у 50% і 57,6% дітей) та альбуміно-глобуліновий коефіцієнт, підвищувався вміст бета-глобулінів (53,8% та 43,8% відповідно) і гама-глобулінів (35,9%, 43,8%), дещо рідше – α_1 і α_2 -глобуліни. Навіть за видимої різниці деяких кількісних відмінностей аналогічних показників при піелонефриті і гломерулонефриті, при їх статистичній обробці не виявлено достовірної різниці. Все це дозволило нам думати про єдиний провідний генез розвитку таких змін при хронічному піелонефриті і гломерулонефриті.

Таким чином, можна стверджувати, що хронічні запальні процеси, які поширені як у дорослих, так й у дітей характеризуються різним ступенем прояву змін адаптивних систем відповідальних за гомеостаз організму. Ці зміни не носять специфічного характеру, а їх рівень залежить від глибини патологічного процесу та вказує на важкість хвороби.

Численні курортні фактори мають неабиякий вплив на перебіг захворювання. Але на питних курортах провідну роль відіграють мінеральні води, які використовують для внутрішнього вживання.

Мінеральна вода, яка вживається людиною для лікування, є невід'ємною часткою природи, яку ще не вдалося синтезувати. Як неможливо синтезувати яблуко, грушу, капусту, буряк...

Мінеральна вода, як частка природи, є найбільш адаптованою до іншої частки природи – людини, особливо дитини, функціональні та морфологічні системи якої перебувають у процесі постійного вдосконалення.

Мінеральна вода, яка поступає в організм (дитини) є природним поєднанням (з точки зору людини – фізіологічним) з ним і не призводить до ускладнень типу «медикаментозної хвороби».

Мінеральна вода є природним чинником, який може сприяти нормалізації порушеного гомеостазу в організмі хворої дитини (людини).

Дія мінеральної води є багатоконпонентною, багатовекторною та тривалою в часі.

На сьогодні не вдалося дослідникам виявити такий орган або систему організму, на які б діяла мінеральна вода, або по іншому – на які б були інтактні стосовно її вживання.

Мінеральна вода діє безпосередньо на слизову оболонку (епітелій, залози, нервові рецептори...) шлунково-кишкового тракту (місцева, локальна дія), всмоктуючись в кров (гуморально), діє на органи, тканини, клітини. Мінеральна вода загалом і своїми складовими частинами виявляє виражену рефлекторну дію безпосередньо на регуляторні системні механізми (гормональні, імунологічні, водно-електролітні, бактеріальні...) організму. Очікуваний наслідок дії від вживання мінеральної води при хронічних запальних захворюваннях: позитивна динаміка, насамперед з боку адаптивних систем організму, про які мова йшла вище.

Дія мінеральної води, яка вживається хворою людиною наскільки складна і багатополлярна, що наші напрацювання в цьому напрямку – це лише початок. Щоб ви зі мною згодні, я наведу тільки один абзац з монографії "Бальнеокардіоангіологія. Вплив бальнеотерапії на курорті Трускавець на серцево-судинну систем та фізичну працездатність" (за ред. І.Л. Поповича, С.В. Ружилю, С.В. Івасівки, Б.І. Аксентійчука.- К., 2005). Це тільки один із багатьох сотень напрямків дії мінеральної води: "На основі отриманих фактів автори припускають, що діючі фактори Нафтусі (гіпотонічність, іони, органічні речовини) реалізують свій гастринікриторний ефект через

позраження інтерорецепторів (осмо- і хеморецепторів) антрально-дуоденальної слизової, імпульси від яких поступають до аферентних нейронів інтрамуральної (метасимпатичної) нервової системи, якими є клітини Догеля II типу; холінергічні аксони останніх через N-холіноорецептори збуджують ефекторні нейрони – клітини Догеля I типу, як холінергічні, так і адренергічні (звідси термін – метасимпатична нервова система). Аксони перших нейронів, своєю чергою, закінчуються на активуючих M-холіноорецепторах гастринвмісних G-клітин і інсулінвмісних β -клітин та гальмівних M-холіноорецепторах D-, H-, A- і, можливо, α -клітин, що містять відповідно соматостатин, ВІП, ентоероглюкагон і глюкагон. Аксони інших нейронів, навпаки, збуджують α - і β -адренорецептори перелічених клітин ГЕПЕС. Відомо, що вивільнення гастрину реалізується через M-, α - і β -адренорецептори, вивільнення соматостатину, глюкагону, інших поліпептидів сімейства секретину – через адренорецептори обидвох типів, натомість вивільнення інсуліну при збудженні β -адренорецепторів активується, а α -адренорецепторів – гальмується. З іншого боку, ендокриноцити різних типів взаємодіють між собою через свої продукти (інкрети) паракринним чи ендокринним шляхом, зокрема соматостатин, глюкагон, ВІП гальмують вивільнення гастрину, тобто діють як гастрони; соматостатин гальмує, а гастрин глюкагон, ВІП, ЖІП стимулюють вивільнення інсуліну, тобто діють як інкретини. Саме такою взаємодією можна пояснити виявлене розмаїття реакції ГЕПЕС на Нафтусю".

Як не легко клініцисту вловити суть справи. Але моя мета наведення цих важких для «урозуміння» обґрунтувань дії мінеральної води одна – показати необмеженість механізмів впливу мінеральної води на організм, особливо на хворий.

Отже, наші переконання про глибоке знання механізму дії мінеральних вод більше є примарою, аніж істиною.

Але ж нам дана можливість відслідковувати вплив мінеральних вод на клінічний перебіг хронічних запальних захворювань, при яких вона використовується десятки і сотні років.

Питний курорт в арсеналі лікувальних засобів має не лише мінеральну воду, яка властива саме для цього курорту (основний лікувальний чинник), а лікувальні грязі або озокерит. Крім того, активно використовуються клімато-географічні умови місцевості, де розташований курорт: аеротерапія, теренкур (визначені лікувальні маршрутні прогулянки), лікувальна фізкультура, лікувальне харчування, апаратна фізіотерапія (електрофорез, УВЧ, діатермія, СВЧ, СВЧ, УФО тощо), а іноді і медикаментозна терапія.

Отже, на курорті можливі багатоваріантні комплекси лікування – залежно від віку, хвороби, активності і тривалості патологічного процесу. Ні поліклініка, ні стаціонар такої можливості не мають.

Все це є обґрунтуванням для настирливого використання реабілітаційних факторів питного курорту для зменшення, а краще, ліквідації хронічної запальної патології у хворих.

Основними напрямками такого оздоровлення дітей (думаю, і дорослих) із хронічним гепатитом, холециститом, холецистохолангітом, гастритом, гастродуоденітом, виразковою хворобою шлунку і дванадцятипалої кишки, ентеритами, ентероколітами, піелонефритами, сечокам'яною хворобою, сечокам'яними діатезами, можливо, і цукрового діабету, слід вважати лікувальні фактори питних курортів.

Підтвердженням сказаного є численні дослідження, які відображені в монографіях, статтях, різного роду повідомленнях, щодо ефективності лікування таких хворих на питних курортах.

Я наведу власні спостереження ефективності оздоровлення дітей на різних питних курортах лише (економлячи час читача) з хронічними захворюваннями гепатобіліарної системи.

Із 1575 дітей, які отримували комплексне санаторне лікування в Трускавці, тільки у 20 (0,6%) хворих залишився знижений апетит та 13 (0,8%) дітей продовжували скаржитися на болі в правому підребер'ї, але інтенсивність її помітно зменшилась. У всіх інших малюків зникли нудота, відрижка, гіркота в ротовій порожнині, біль в правому підребер'ї, та підложковій ділянці. Така була динаміка суб'єктивної патологічної симптоматики.

Також сприятливою була динаміка об'єктивної патологічної симптоматики в дітей: у 97-98,7% (в залежності від етіології) болючість в правому підребер'ї не визначалась, у 95,5-98,1% – в підложковій ділянці, у всіх дітей зникла пальпаторна болючість в ділянці жовчного міхура, у 97,7-98,8% зникла осуга язика, а в 2,3-1,2% вона зменшилась. У 2/3 дітей, з тих, в яких була жовтушність шкіри, вона зникла або значно зменшилась. Курортна терапія сприяла нормалізації розмірів збільшеної печінки у 51,4% дітей, зменшенню – у 39,5% і лише у 9,1% хворих вона не зазнала помітної динаміки.

Додаткові методи дослідження також свідчили за виражений позитивний вплив на перебіг хвороби. Показники дослідження жовчі, які демонстрували наявність запального процесу в жовчних шляхах нормалізувалися у 47,3%, покращились – у 33,9%, і лише у 18,8% вони не змінювалися.

У більшості випадків нормалізувалась або покращилась білкова (89%), антитоксична (100%), пігментна (100%), функції печінки, та обміну заліза і міді. Лише динаміка холестеринутворюючої функція печінки була помітно меншою (20,5%).

На Желєзноводському курорті із 1481 дитини з хронічними захворювання печінки і жовчечовивідних шляхів в кінці лікування лише 11 (0,7%) дітей продовжували скаржитися на болі в правому підребер'ї, 4 (0,3%) – на болі в під ложковій ділянці, у 1 дитини спостерігалася нудота та у 7 залишився знижений апетит.

Об'єктивна симптоматика також зазнала помітних позитивних змін: пальпаторна болючість зникла у 84,9-92,6% дітей, в підложковій ділянці – у 86,6-94%; розміри печінки нормалізувалися і зменшилися майже у всіх дітей (93,9-95,3%). Осуга язика до кінця лікування зникла у всіх дітей, позитивний симптом Ортнера сховався нанівець.

Під впливом санаторного лікування в Желєзноводську у 41,8% хворих показники мікроскопічного дослідження жовчі нормалізувалися, у 39,8% вони покращилися і лише у 18,4% залишилися без істотної позитивної динаміки. Крім того, кількість міхурової жовчі після лікування збільшилась в 2,5 рази, печінкової – в 4 рази, а час її отримання зменшився на чверть години.

Нормалізація або покращення білкової (82,5%), білірубіноутворюючої (84,6%), протромбіноутворюючої (92%), водної (71,5%), ферментативної (100%) функції печінки спостерігалися у значної більшості хворих.

Аналіз безпосередніх наслідків лікування 1154 дітей з хронічною запальною патологією печінки і жовчечовивідних шляхів на курорті Єсентуки констатують його ефективність. Так, 6% дітей були виписані із дитячого санаторію "Юність" практично здоровими, так як у них в кінці терапії зникли скарги, були в межах вікових норм показники об'єктивного обстеження та нормалізувалися показники додаткових методів дослідження. 92% дітей закінчили курортне лікування зі значним покращенням, коли суб'єктивні прояви захворювання зникли, об'єктивна патологічна симптоматика та показники додаткових методів дослідження зазнали суттєвих позитивних змін. І лише 2% хворих були не чутливі до проведеного лікування.

Аналогічні позитивні наслідки лікування ми спостерігали й за умов курортного лікування дітей з хронічними захворюваннями сечовивідної системи, з якими можна ознайомитися в періодичній літературі.

Таким чином, з нашої точки зору, питний курорт повинен стати основним і провідним етапом в оздоровленні хворих на хронічні запальні захворювання органів системи травлення, бактеріальні ураження сечовивідних шляхів, захворювання обмінного характеру, в складному ланцюжку їх реабілітації.

Сьогодні, як і вчора, ми констатуємо рівень ефективності курортної терапії у того чи іншого хворого, коли він залишає курорт. Що ж стосовно прогнозу подальшого перебігу захворювання у конкретного хворого, то обґрунтованих даних у нас немає. Як відсутні й науково доказові показання щодо повторного санаторно-курортного лікування. Частіше ми говоримо, що необхідно лікуватися на курорті не менше трьох разів. Більш освічені лікарі можуть рекомендувати хворим з обмінними захворюваннями, з виразковою хворобою терапію на питних курортах протягом всього життя. І вони не помиляться.

Правда, є окремі спроби вивчити віддалені наслідки лікування на питних курортах. Так, ми спостерігали 115 дітей з хронічними захворюваннями гепато-біліарної системи, які поступили в санаторій "Джерело" курорту Трускавець, через 10-12 місяців (46 дітей), 13-18 місяців (44 дітей) і через 19-24 місяців (25 дітей). Ось деякі порівняльні показники при першому і другому поступленні в санаторій цих дітей: больовий синдром (100% при першому і 55,1% при другому), диспепсичний синдром (відповідно 100% і 50,9%), інтоксикаційний синдром (100% і 40%), осуга язика (100% і 36,7%), пальпаторна болючість в правому підребер'ї (100% і 45%), збільшені розміри печінки (відповідно 100% і 72,4%).

Ці катамнестичні дані переконливо свідчать за наявність довготривалих позитивних впливів курортних факторів Трускавця на перебіг хронічних запальних захворювань печінки і жовчних шляхів.

Аналогічні результати довготривалої ефективної курортної терапії у дітей з хронічними запальними захворюваннями гепатобіліарної системи отримані нами й на Желєзноводському курорті.

На повторне лікування в санаторій "Салют" Железноводського курорту через 10-24 місяця після першого курсу терапії поступило 101 дитина. Почували себе здоровими до повторного поступлення 34 дитини (33,7%), в інших дітей через деякий час спостерігалися ті чи інші прояви захворювання. У останніх не було больових і диспепсичних явищ біля 1 року у 24 хворих (22,7%), до 6 місяців – у 43 (42,6%).

Вивчення динаміки об'єктивної патологічної симптоматики свідчить, що основні симптоми захворювання при повторному поступленні в санаторій зменшилась у 2 рази. Іншими словами, перший курс санаторного лікування сприяв повній ліквідації об'єктивної патологічної симптоматики в 50 % випадків.

Подібні катамнестичні дані отримані й при спостереженні 17 дітей з післонефритом, які повторно поступили в санаторій "Джерело" курорту Трускавець через 1,5-2-3 роки після першого курсу лікування. 2/3 хворих після першого курсу лікування почували себе здоровими. Сприятливі зміни відбулися в аналізах сечі. Так, протеїнурія, яка спостерігалася у 13 дітей, після першого курсу лікування залишилася у 6, а при повторному поступленні вона була всього у 7 хворих. Таким чином, протеїнурія, яка зникла при першому курсі лікуванні, виникла лише у одного хворого. Мікроеритроцитурія у 5 дітей при першому курсі лікування зникла у 1 дитини, а при повторному поступленні вона була лише у 1 хворого. На цей показник впливу курортних факторів мали довготривалу "післядію". Найбільш стійка лейкоцитурія, яка була в 11 дітей і, яка при виписці залишилась у 3. При повторному поступленні її виявили у 7 дітей. Стійка ліквідація лейкоцитурії спостерігалася у 4 хворих (36,6 %).

Таким чином, катамнестичні дані щодо ефективності терапії на питних курортах хронічних захворювань у дітей свідчать за тривале збереження досягнутих результатів в оздоровленні дітей після проведення першого курсу лікування.

Такий ефект "післядії" курортних факторів на організм дитини ми пояснюємо підвищенням опірності організму до факторів, які сприяли розвитку хронічного запального процесу. Іншими словами можна сказати, що комплексна терапія на питних курортах, де провідним в лікуванні є питна мінеральна вода, сприяла нормалізації або покращанню всіх ланок, відповідальних за збереження гомеостазу дитини (людини).

Все наведене вище дало нам підставу для обґрунтування рекомендації обов'язкового використання в оцінці ефективності курортної терапії основних показників, які відповідальні за стан опірності організму, за стан його гомеостазу. Окрім тих, які сьогодні використовуються. Ми виходимо з того, що зменшення або ліквідація проявів хронічного запального процесу відбувається переважно за рахунок стимуляції (покращення) різних ланок порушеного гомеостазу організму, а не за рахунок місцевої дії в чому нас намагаються переконати тисячі і тисячі досліджень.

Наприклад, нормалізація або значне покращення імунологічного, ендокринного, водно-електролітного, мікробіологічного статусу організму після курортного лікування, могло б бути обґрунтування для сприятливого прогнозу щодо подальшого перебігу хвороби, щодо необхідності застосування тих чи інших терапевтичних середників, в тому числі і необхідності повторного курортного лікування.

Для практикуючого лікаря неоціненну послугу могли б зробити науковці, розбивши автоматичну програму щодо можливості прогнозу тривалості покращення здоров'я.

Свою думку я виношу на обговорення лікарської громадськості, розуміючи, що впровадження наших пропозицій вимагає титанічної праці науковців і практикуючих лікарів.

Більше того, у зв'язку з цим, у мене є підстава радити організувати в Трускавці НДІ питного курорту НАН України. Експериментальна база для такого інституту є в Трускавці і вона успішно функціонує багато років, чудова клінічна база також є, але її необхідно привести у відповідність до високих вимог НАН.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бальнеокардіологія. Вплив бальнеотерапії на курорті Трускавець на серцево-судинну систему та фізичну працездатність / За ред. І.Л. Поповича, С.В. Ружилю, С.В. Івасівки, Б.І. Ахметійчука. – К.: Комп'ютерпрес, 2005. – 229 с.
2. Смиян І.С. Климато-бальнеологическое лечение детей при хронических заболеваниях почек и мочевыводящих путей.-М.: Медицина, 1967. – 232 с.
3. Смиян І.С. Комплексное лечение детей с хроническими заболеваниями печени и желчных путей в условиях курорта.- М.: Медицина, 1973. – 192 с.
4. Смиян І.С., Карачевцева Т.В. Детская курортология.- К.: Вища школа, 1985. – 280 с.
5. Смиян І.С. Лікування дітей на питних курортах.- Тернопіль: Підручники і посібники, 2006. – 72 с.

I.S. SMIYAN

CLINICAL AND PATHOGENETIC EVALUATION OF TREATMENT EFFECTIVENESS OF
BALNEOTHERAPEUTIC HEALTH RESORT: CURRENT OR FUTURE?

Effectiveness of balneotherapeutic health resort rehabilitation due to its multiplicity, multipurpose and prolonged action, in treatment of person (child) with chronic inflamed diseases is devoted to in the article. Clinical and pathogenetic evaluation of treatment effectiveness of health resort facilitates recommendation of organization of SRI of balneotherapeutic health resort of MAS Ukraine in Truskavets.

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського