

УДК 612.12-008.3

Ковальова О.В.¹, Мошківська Ю. В.², Запниветренко О.О.³

¹ доц. НУ «Запорізька політехніка»

² викл. КЗ "Запорізькій медичний фаховий коледж"

³ студ. гр. УФКС-212 НУ «Запорізька Політехніка»

РЕАБІЛІТАЦІЯ ПАЦІЄНТІВ З ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ РОЗЛАДАМИ БІЛІАРНОГО ТРАКТУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТАТУСУ ВЕГЕТАТИВНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

Постійний ріст та загрозлива тенденція омолодження хвороб шлунково-кишкового тракту веде до зниження працездатності і інвалідизації,

Війна, яка триває близько 10 років, викликає розлади психічного характеру. Це безпосередньо сприяє розвитку дисфункції функціональних порушень травного тракту.

Серед захворювань гепатобіліарної системи провідне місце займають дискінезії жовчного міхура та жовчовивідних шляхів.

Хронічні захворювання гепатобіліарної системи супроводжуються функціональними розладами жовчоутворення та жовчовиділення – різними видами дисфункції жовчовивідних шляхів, що необхідно враховувати при виборі засобів відновлення та реабілітації.

У класичних роботах Павлова І.П. показані міцні механізми зв'язку двох найважливіших систем організму – нервової й травної. Дисфункція вегетативного відділу нервової системи розглядається як патогенетичний фактор розвитку неінфекційної шлунково-кишкової патології (Вейн А.М., 2003). За даними Римського консенсусу III розвиток дискінезій жовчного міхура (ДЖМ) та жовчовивідних шляхів (ЖВШ) пов'язаний зі змінами співвідношення тону симпатичної і парасимпатичної іннервації міхура. ДЖМ та ЖВШ є надзвичайно поширеними функціональними захворюваннями, які трапляються в популяції з частотою від 5 до 20 % (Хухліна О.С., 2018, Антонів А.А., 2018, Горбатюк І.Б., 2018). Функціональні розлади біліарного тракту (БТ) становлять 24,2% з усіх гастроентерологічних недуг та поступаються за розповсюдженістю лише групі запальних та виразкових хвороб гастродуоденальної зони. Властива їм різноманітність клінічних проявів, тривалість перебігу з періодами затяжних загострень, з можливістю трансформації функціональних порушень, пов'язаних з жовчоутворенням, зміною реології жовчі сприяють формуванню, а згодом призводять до органічних порушень гепатобіліарної системи (холангіт, холецистит, жовчокам'яна хвороба) (Talley N.J., Sttanghellini V., Heading R.C., 1999), які зазвичай поєднуються між собою (Чернова В.М., 2016). Простежується залучення в патологічний процес печінки, підшлункової залози, шлунка, дванадцятипалої кишки (ДПК). Функціональні розлади БТ охоплюють різні вікові групи, уражаючи здебільшого осіб молодого та середнього віку, мають хронічний перебіг з частими рецидивами і виявляються майже у 5% дорослого населення (Jergenson T., Binder V., Bornevie O., 1996). Рання діагностика та адекватне лікування дисфункцій БТ мають величезне клінічне значення для профілактики трансформації функціональних порушень моторної діяльності БТ в органічну патологію. У молодому віці несвоєчасна діагностика закінчується погіршенням якості життя і обмеженням працездатності.

В діагностиці ЖКБ сьогодні зайняло міцне місце УЗД, але клініка по-раніше залишається провідною при первинному огляді та складанні алгоритму лікування та обстеження. При клінічній діагностиці ЖКБ неперевершеними залишаються клінічні лекції С.П. Боткіна.

Патологія жовчних шляхів - уразлива зона для психосоматичних порушень. Так, якщо при інших соматичних захворюваннях психосоматичні порушення розвиваються в 22-33% випадків, то при біліарній патології - в 86,6% випадків (Вейн А.М.).

У хворих з біліарною патологією жовчний характер, тобто вони драгівливі, прискіпливі, злі, конфліктні, незлагідні, недовірливі і т.п. Хворі вимагають від лікаря непотрібних діагностичних процедур,

призначення певного лікування, при цьому вічно незадоволені і лікарем, і результатами лікування. Як точно і образно сказав французький лексикограф П'єр Буаст: «Жовч – це чорнило дурного серця».

Частіше при розладах жовчного міхура має місце іпохондрія, депресія, психотичні реакції, фобії, астенічні явища. Депресія може бути первинною - з проявом у вигляді абдомінальної болю і вторинної – соматогенно зумовленої. У кожному разі біль і депресія погіршують один одного.

У клінічних лекціях Боткіна зазначено що невротичні порушення можуть бути єдиним проявом ЖКБ, тому їх і вважають її «маскою». «Маска» вегетативної дисфункції. Запаморочення (аж до системних), крім нейроцеребральних порушень, можуть бути пов'язані з вегетативною дисфункцією і, конкретно, з гіпотонією. Такі запаморочення особливо характерні для молодих жінок з біліарної патологією. У них можливі навіть непритомність. Крім того, для вегетативної дисфункції характерні головний біль за типом мігрені, швидка стомлюваність, порушення сну, пітливість, вазомоторні розлади

«Маска» вегетативної дисфункції. Запаморочення (аж до системних), крім нейроцеребральних порушень, можуть бути пов'язані з вегетативною дисфункцією і, конкретно, з гіпотонією. Одним із проявів вегетативної дисфункції слід вважати правобічний (іпрітативний) вегетативний синдром. Цей синдром є комплексом больових відчуттів в судинно-нервових точках через дистрофічних і дегенеративних змін рефлекторного генезу в підлягають тканинах, в міжхребцевих дисках через тривалу ірритацию вегетативної нервової системи.

У дослідженні приймали участь 36 осіб, хворих на жовчно кам'яну хворобу з них 19 жінок . Умовно хворі були розділені на дві групи ідентичних за віком, полом за захворюванням В першій групі середній вік $43 \pm 1,1$, в другій $41,5 \pm 2,3$.

В першій групі застосовували стандартну терапію. В другій додатково застосовували низькочастотний електричний імпульс. LEIT сертифікований на Україні, є вітчизняною розробкою, пройшов випробування в багатьох клініках на території України

В залежності від стану вегетативної нервової системи розрізняють вегето-судинні порушення за симпатичним, ваготонічним та змішаним типами. За характером перебігу: латентний, перманентний і пароксизмальний типи. Для визначення ступеня та характеру вегетативних порушень, з'ясування стану кровотоку застосовували таблицю А.М. Вейна, а також проводилося вивчення вегетативного гомеостазу за даними ЕКГ та кардіоінтервалографії (Вейн А.М., Вознесенская Т.Г.). Порушення стану вегетативної нервової системи

призводять до розладу регуляції гладкої мускулатури внутрішніх органів, впливають на розподіл кровотечі, живлення тканин, регуляцію серцевого ритму, артеріального тиску (Токаренко О.І., Фуштей І.М., Порада Л.В., 2006; Фуштей І.М., Поталов С.О., Голдовський Б.М., 2007). Відсутність значимого ефекту при стандартній антиаритмічній терапії у хворих при патології гепатобіліарної системи пов'язана з дисфункцією ВНС (Щербиніна М.Б., Скирда І.Ю., Буренко А.М., 2010). Це стимулює пошук альтернативних засобів лікування.

При застосуванні LEIT суттєво покращувався у порівнянні з контрольною групою стан хворих на жовчно кам'яну хворобу. поліпшувався сон, були усунені вегетативні розлади, нервозність, прискіпливість, дратівливість.

Зміни психовеgetативного статусу, зумовлені індивідуальними особистісними психологічними особливостями, є одним з етіопатогенетичних факторів розвитку функціональних розладів біліарного тракту, хронічного холециститу і жовчнокам'яної хвороби.

Загальні закономірності – підвищується симпатична активність і знижуються адаптаційні можливості вегетативної регуляції.

У пацієнтів з жовчнокам'яної хворобою після холецистектомії поліпшується вегетативна регуляція, але зберігаються висока литогенність жовчі, високий рівень тривожності і лабільність психіки

Між показниками психовеgetативного статусу та клініко-функціонального стану біліарного тракту є множинні середні кореляційні зв'язку, аналіз яких за допомогою розробленої кореляційної матриці підвищує об'єктивність та інформативність оцінки прогнозу розвитку жовчнокам'яної хвороби.

Зміни психовеgetативного статусу, зумовлені індивідуальними психологічними особливостями, що визначають високий рівень, пов'язані з порушеннями вегетативної реактивності і регуляції, є одним з етіопатогенетичним факторів розвитку функціональних розладів біліарного тракту, хронічного безкам'яного холециститу і жовчнокам'яної хвороби.

При застосуванні нейроадаптивного сигналу апарата LEIT успішно проводиться корекція змін психовеgetативного статусу – високої тривожності, лабільності психіки і вегетативної дисфункції. При застосуванні нейроадаптивного сигналу є можливість застосовувати адаптаційні резерви організму.

Виходячи з отриманих результатів нашого дослідження використання фізіотерапевтичних методів лікування в поєднанні з електроімпульсною терапією є одним з необхідних умов підвищення

ефективності лікування і реабілітації при функціональних розладах біліарного тракту, профілактиці розвитку сладж синдрому.

Ефективні були засоби та методи рухової терапії хворих з гіпокінетичною дискінезією, які були спрямовані на відновлення жовчного міхура до повного його скорочення. Застосування фізичних вправ тонізуючої спрямованості сприяло підвищенню тону мускулатури жовчного міхура та посиленню жовчовиділення.

Фізичні вправи застосовували також для поліпшення кровообігу черевної порожнини, активації травних процесів, перистальтики та моторики кишківника. Прискорення артеріального та венозного кровотоку, збільшення циркулюючої крові активувало перебіг обмінних процесів у жовчовивідній системі, сприяло ліквідації застійних та запальних явищ у ній. При застосуванні комплексного лікування стабілізувався психічний статус, нормалізувалася формула сну.