

УДК: 616.36-002.2-085.327:614.88-06

**ЗМІНА ПСИХОВЕГЕТАТИВНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ У ХВОРИХ НА ДИСКІНЕЗІЮ ЖОВЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ У ПРОЦЕСІ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛІКУВАННЯ**

**Ротаєнко А.П., Дуло О.А., Ганинець П.П., Молнар С.М., Прокопенко О.В.**

*Науково-практичне об'єднання "Реабілітація" МОЗ України, м. Ужгород, санаторій "Квітка по-лонини", с. Солочин, Закарпатської області*

**Ключові слова:** дискінезія жовчовивідних шляхів, психоневрологічні зміни, санаторне лікування

**Вступ.** Дискінезія жовчовивідних шляхів (ДЖВШ) формується в молодому віці (18-25 р.) і нерідко супроводжується виразною клінічною симптоматикою. В теперішній час відмічається значне збільшення числа захворювань жовчовиві-

дної системи, переважно функціонального характеру.

В розвитку захворювань жовчовивідних шляхів (ЖВШ) приймають участь як патогенні фактори зовнішнього середовища (порушення екології,

зовнішнього середовища (порушення екології, стресові ситуації), так і особливості функціонального стану організму (вегетативний тонус і реактивність). Неприятливе поєднання цих факторів призводить до порушення психологічних та вегетативних функцій, яке, на думку багатьох авторів, є ранньою ознакою формування захворювання [1].

**Мета роботи.** Вивчити ефективність дії природних факторів санаторію “Квітка полонини” та мінеральної води “Лужанська – 7” на хворих із ДЖВШ, з наявністю нервово-психічної симптоматики, яка виникла внаслідок дії факторів повені 1998, 2001 рр. на Закарпатті [2].

**Матеріали та методи.** Нами в динаміці обстежено 118 осіб (середній вік  $20,16 \pm 1,25$  року), що мають функціональні порушення біліарного тракту, в яких неврологічна симптоматика мала вторинний характер; із них у 52 (32 жінки, 20 чоловіків) спостерігалась ДЖВШ за гіпомоторним типом (гіпоДЖВШ), у 48 (27 жінок, 21 чоловік) – по гіпермоторному типу (гіперДЖВШ). Контрольну групу склали 31 пацієнт відповідної статі та віку.

Хворим проведено детальне клінічне обстеження: деталізація скарг, збір анамнезу, загальний та біохімічний аналізи крові, сечі. Для підтвердження діагнозу пацієнтам також проводили етапне дуоденальне зондування з мікроскопічним та біохімічним дослідженням жовчі та динамічне ультразвукове дослідження (УЗД) жовчного міхура з пробним сніданком до і після санаторного лікування.

Для виявлення психологічних особливостей використовували багатофакторний опитувальник особистості (БОО), тест самооцінки рівня особистісної тривожності Спілберга, особистісний опитувальник Айзенга, шкала невроза з тесту Хека-Хесса.

При вивченні функції вегетативної нервової системи (ВНС) використовували метод математичного аналізу серцевого ритму по Р.М. Баєвському, який, на думку багатьох вчених, найбільш яскраво відображає стан адаптаційно-компенсаторних механізмів цілісного організму.

Вираховували показники, що характеризують активність різноманітних ланок ВНС, таких як Мо – мода (гуморальний канал центральної регуляції серцевого ритму); Амо – амплітуда моди (центральна нервова ланка симпатичної регуляції); ВР – варіаційний розмах (автономна, парасимпатична ланка). Також використовували таблицю Вейна-Соловйової, яка містить реєстрацію скарг, анамнеза, наявність суб’єктивних і об’єктивних симптомів, кожний показник таблиці оцінюють певною кількістю балів.

Після детального обстеження кожному хворому призначали санаторно-курортне лікування в залежності від форми ДЖВШ, стану психологічного та вегетативного статусів. Хворі мінеральну

воду Лужанського родовища використовували, головним чином, на курорті “Квітка полонини”, де існують умови для збереження її лікувальних властивостей та розроблені методики для питного призначення води окремих свердловин [3].

Оцінювали достовірність відмінностей абсолютних і відносних показників із використанням коефіцієнта t Стьюдента для 3 рівней значимості – 5, 1, 0,1%.

**Результати дослідження та їх обговорення.** На підставі скарг обстежуваних осіб нами були виділені больовий, диспептичний та астеновегетативний синдроми. У пацієнтів з гіпоДЖВШ відмічались тупі болі в правому підребер’ї, що виникають після прийому їжі, труднощі при випороженні кишечника. Хворі на гіперДЖВШ скаржились на короточасні колючі або переймоподібні болі в правому підребер’ї, пов’язані часто з емоційним або фізичним навантаженням. При цьому, пацієнти обох груп в однаковій мірі скаржились на втомлюваність, напади серцебиття, нестабільність артеріального тиску, підвищену збудливість, поганий сон, головокружіння.

При об’єктивному обстеженні хворих на ДЖВШ в клінічній картині часто переважали емоційні і вегетативні розлади: підвищена тривожність, тахікардія, ознобopodobний гіперкінез, наявність білого дермографізма, гіпервентиляційний синдром, надмірна пітливість або сухість шкіри. Вегетативна симптоматика виявлена більш ніж у 90% пацієнтів обох груп.

За даними фракційного дуоденального зондування, у 15 (24%) пацієнтів із гіпоДЖВШ спостерігалась недостатність сфінктера Одді, а у 13 (21%) – сфінктера Люткенса. У всіх пацієнтів відмічалось подовження міхурової фази (IV) етап до  $55,3 \pm 3,9$  хв і значно збільшена кількість жовчі (порція В) – до  $66,6 \pm 4,12$  мл, при цьому хвилинна напруга жовчі була різко зменшена – до  $1,05 \pm 0,24$  мл/хв (менше за контрольну групу більш ніж у 2 рази).

При гіперДЖВШ відмічався значно скорочений час IV етапу (порція В) – до  $32,6 \pm 1,02$  хв, об’єм порції В був зменшеним до  $22,49 \pm 2,71$  мл, а напруга секретії зростала до  $2,63 \pm 0,29$  мл/хв, що було достовірно вище, ніж у контролі ( $p < 0,001$ ).

При мікроскопічному дослідженні жовчі гелімінти не знайдені в жодного пацієнта.

При біохімічному дослідженні жовчі у хворих на гіпоДЖВШ спостерігалось достовірно ( $p < 0,001$ ) підвищений вміст білірубіна і знижена ( $p < 0,001$ ) кількість холестерина, жовчних кислот. Рівень загальних ліпідів і фосфоліпідів був дещо нижчий норми, але недостатньо.

Біохімічний склад жовчі у пацієнтів з гіперДЖВШ достовірно ( $p < 0,001$ ) відрізнявся тільки підвищеним рівнем жовчних кислот.



Колоїдний стан жовчі, його стабільність визначали шляхом розрахунку холатохолестеринового коефіцієнту (ХХК). У пацієнтів з гіпоДЖВШ ХХК складав  $9,44 \pm 0,1$  од., з гіперДЖВШ –  $11,74 \pm 0,21$  од., тому у пацієнтів із гіпоДЖВШ мало місце зрушення в колоїдному стані жовчі, оскільки у них відмічався достовірно ( $p < 0,001$ ) понижений ХХК на відміну від контрольної групи ( $10,96 \pm 0,2$  од.).

За даними динамічного УЗД, об'єм жовчного міхура (ЖМ) у пацієнтів обох груп не відрізнявся від відповідного контрольної групи. Через 40 хв ЖМ пацієнтів із гіпоДЖВШ скорочувався на  $35,8 \pm 2,9\%$ , з гіперДЖВШ – на  $73,7 \pm 4,9\%$ , обидва показники достовірно ( $p < 0,001$ ) відрізнялись від контролю ( $56,7 \pm 4,1\%$ ).

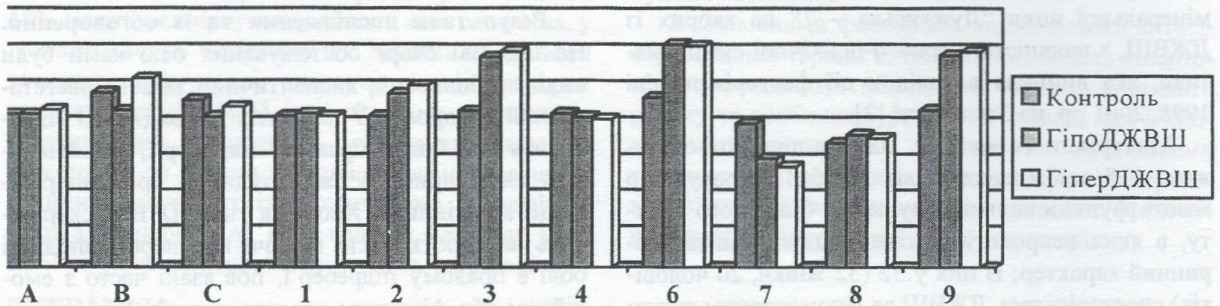


Рис. 1. Усереднений профіль структури особистості по тесту БОО у здорових осіб і у пацієнтів з ДЖВШ. По осі ординат: Т-бали.

По осі абсцис: шкали: А – неправди; В – достовірності; С – корекції; 1 – надтоконтролю; 2 – песимічності; 3 – емоційної лабільності; 4 – імпульсивності; 6 – ригідності; 7 – тривожності; 8 – індивідуальності; 9 – оптимістичності.

Достовірність різниць з контролем: \* –  $p < 0,05$ ; \*\* –  $p < 0,001$ .

При детальному експериментально-психологічному вивченні за допомогою теста (БОО) і аналізу усередненого (по Т-балах) особистісного профілю у пацієнтів обох груп (гіпоДЖВШ і гіперДЖВШ) не спостерігалось підвищення психічної норми, але відмічалось відхилення показників від контрольної групи по змішанному типу. При чому це стосувалось в рівній мірі як лівої частини профіля (неврологічна тріада), так і правої, що несе інформацію про більш глибокі психологічні зміни особистості. Однакова конфігурація профіля спостерігалась у обох групах хворих і відрізнялась від результатів контрольної групи достовірно по 2-й шкалі (депресії), 3-й (емоційній лабільності), 6-й (ригідності), 7-й (тривожності), 9-й (оптимістичності). Структура профілю подана на рис.1.

Висока особистісна тривожність у пацієнтів обох груп, на відміну від контрольної групи, підтверджувалась за допомогою теста самооцінки рівня особистісної тривожності Спілберга. У пацієнтів з гіпоДЖВШ показник особистісної тривожності дорівнював  $48,3 \pm 0,98$  бала, у хворих з гіперДЖВШ –  $47,5 \pm 1,56$  бала. Даний показник достовірно ( $p < 0,001$ ) відрізнявся від результатів здорових, що тестувалися ( $37,8 \pm 1,93$  бала). Отримані дані свідчать про наявність невротичних розладів, емоційних і психосоматичних порушень у пацієнтів з ДЖВШ.

Переважає більшість обстежуваних обох груп віднесені до конституціонально психологічного

типу “холерик”, оскільки при тестуванні по тесту Айзенка у них спостерігалось достовірно збільшення балів по шкалі нейротизма ( $p < 0,001$ ) – до 15, при високих показниках інтраверсії. В контрольній групі показник нейротизма був значно нижчий –  $8,0 \pm 0,7$  бала, при однакових результатах інтраверсії з обстежуваними групами (13 балів).

При тестуванні по шкалі невроза Хека-Хесса також відмічалось значне підвищення результатів в обох групах: 21 бал – при гіпоДЖВШ і 20,45 бала – при гіперДЖВШ на відміну ( $p < 0,001$ ) від контрольної групи – 9 балів, що підтвердило наявність прогнозованого неврозу у пацієнтів із різними формами ДЖВШ.

У результаті психологічний портрет пацієнта з ДЖВШ має такий вигляд: емоційно лабільний, схильний до іпохондрії, дратівливий, самовпевнений, з високим рівнем тривожності і нейротизма тип особистості.

На будь-який подразник екзогенної або ендокриної природи в живому організмі виникає реакція, що являє собою по суті захисно-приспосувальну. Вказані зміни знаходять відображення в показниках синусового ритму серця кардіоінтервалограми, що являє собою перший сигнал про порушення адаптаційних властивостей організму. Такі зрушення у обстежуваних передували клінічним проявам хвороби.

Показники стану системи регуляції серцевого ритму у пацієнтів із гіпоДЖВШ підтвердили поси-



лення симпатичної і послаблення парасимпатичної активності по всіх параметрах, при цьому симпатичний вплив посилювався при навантаженні. Вихідний вегетативний тонус у групі з гіпоДЖВШ був ближче до ейтонії і помірної ваготонії, а вегетативна реактивність достовірно ( $p < 0,05$ ) найбільш часто була гіперсимпатикотонічною (таблиця 1).

При комплексній оцінці вегетативного забезпечення по таблиці Вейна-Соловйової відсоткове співвідношення симпатичних впливів в групі ДЖВШ також було достовірно більш високе ( $p < 0,05$ ).

При частотному аналізі ритму серця в групі гіперДЖВШ відмічалось посилення симпатичного впливу за такими показниками, як середнє квадратичне відхилення, коефіцієнт варіації, ВР у лежачому положенні. В активному ортостазі спостігалось різке посилення функції парасимпатичного відділу ВНС, що не відрізняється від відповідного в контрольній групі і достовірно є відмінним від показників групи гіпоДЖВШ. Показник парасимпатичної реакції ВР в стоячому положенні / ВР в лежачому положенні був достовірно більш високим, ніж у групі гіпоДЖВШ і в контрольній.

При оцінці вегетативного тону хворих на гіперДЖВШ достовірно ( $p < 0,05$ ) більш часто зустрічалась ейтонія, що не є характерним для даної вікової групи. Вегетативна реактивність була достовірно більш часто ( $p < 0,05$ ) асимпатикотонічною, ніж у контрольній групі й при гіпоДЖВШ.

Отримані дані показують, що існує ряд відмінностей у вегетативному забезпеченні пацієнтів із гіпоДЖВШ, гіперДЖВШ і у здорових осіб. Проведені нами дослідження в процесі санаторно-курортного лікування вказують на тенденцію до симпатикотонії у пацієнтів з патологією біліарного тракту. Особливе переважання тону, реактивності і забезпечення діяльності симпатичного відділу ВНС є компенсаторним посиленням адаптаційних механізмів і вказує на прагнення організму до збереження гомеостазу. При проведенні кореляційного аналізу даних, отриманих при оцінці клінічних, психологічних і вегетативних параметрів, нами встановлені такі коефіцієнти кореляції: при гіпоДЖВШ  $r = 0,34$  ( $p < 0,01$ ), при гіперДЖВШ  $r = 0,62$  ( $p < 0,001$ ), – що свідчить про достовірно високу кореляцію для цих параметрів. Таким чином, дослідження психо вегетативного забезпечення є одним із необхідних умов у прогнозуванні, лікуванні і профілактиці захворювань ЖВШ.

Таблиця 1

Показники серцевого ритму у пацієнтів із ДЖВШ ( $M \pm m$ )

Показники	Контроль (n=31)	ГіпоДЖВШ (n=52)	ГіперДЖВШ (n=48)
Амо1	18,7 ± 0,24	21,0 ± 0,74*	19,7 ± 0,92
Амо2	22 ± 0,64	25,1 ± 0,54**	22,08 ± 0,63●
ВР1	0,33 ± 0,01	0,29 ± 0,01***	0,28 ± 0,01**
ВР2	0,29 ± 0,01	0,25 ± 0,01**	0,29 ± 0,01●●
ВР2 / ВР1	0,88 ± 0,1	0,85 ± 0,1*	1,036 ± 0,1***

Примітка. Індексами 1 і 2 позначено значення показника відповідно в стані спокою і активному ортостазі.

Достовірність відмінностей з контролем: \* –  $p < 0,05$ ; \*\* –  $p < 0,01$ ; \*\*\* –  $p < 0,001$ .

Достовірність відмінностей при гіпоДЖВШ і гіперДЖВШ: ● –  $p < 0,05$ ; ●● –  $p < 0,01$ ; ●●● –  $p < 0,001$ .

На фоні санаторно-курортної терапії всі пацієнти відмічали покращення самопочуття, повністю зникли больовий синдром у 93,5% хворих з гіпоДЖВШ і у 80,6% із гіперДЖВШ, а також диспептичні скарги – у 91,3% і 92,4% відповідно. У інших пацієнтів ці прояви зменшились. Позитивна динаміка відмічена у відношенні астеновегетативних скарг, повна відсутність скарг після курсу лікування у 15 (25%) пацієнтів із гіпоДЖВШ і 51 (88%) з гіперДЖВШ. При проведенні фракційного дуоденального зондування після курсу санаторно-курортного лікування у пацієнтів з гіпоДЖВШ відмічалось значне покращення скоротливої здатності ЖМ ( $p < 0,01$ ), скоротилася фаза В ( $p < 0,001$ ) зі збільшенням хвилинної напруги секреції. У пацієнтів із гіперДЖВШ фаза В подовжилася ( $p < 0,001$ ), а хвилинна напруга жовчі в цю фазу нор-

малізувалася.

За даними динамічного УЗД, функціональний стан ЖМ у пацієнтів значно покращився. Повністю нормалізувалися показники у 48 (77%) хворих гіпоДЖВШ і у 39 (68%) з гіперДЖВШ.

Під кінець санаторного лікування при аналізі біохімічного складу жовчі відмічено достовірне зниження рівня білірубіна ( $p < 0,001$ ), а також підвищення концентрації холестерину ( $p < 0,05$ ), жовчних кислот ( $p < 0,001$ ), загальних ліпідів і фосфоліпідів ( $p < 0,05$ ); у 55 (89%) хворих гіпоДЖВШ ці показники нормалізувалися. У пацієнтів з гіперДЖВШ відмічалася повна нормалізація біохімічних показників жовчі.

**Висновки.** Наші дослідження показали, що санаторно-курортне лікування у більшості випадків має позитивний вплив на динаміку психо-



неврологічних симптомів у хворих із патологією жовчовивідної системи, що зазнали впливу повені. Слід зазначити, окремій групі хворих із ДЖВШ не завжди допомагало застосоване лікування і тому в 23 випадках довелося додати медикаментозну терапію (седативні, транквілізатори).

Вищезгадані спостереження довели, що хворі, які постраждали від повені 1998, 2001 рр. на Закарпатті, у яких соматичне захворювання супроводжується змінами з боку нервово-психічної сфери, з успіхом можуть лікуватись у закарпатському санаторії "Квітка полонини" Свалявського району, Закарпатської області.

При аналізі психовегетативного статусу в динаміці у пацієнтів із гіперДЖВШ відмічено виражене зниження рівня реактивної тривожності ( $p < 0,01$ ) і ступеня невротизації по Хеку-Хессу ( $p < 0,01$ ).

У пацієнтів із гіперДЖВШ при дослідженні функції ВНС відмічалось покращення парасимпатичної регуляції в стані спокою і симпатичної регуляції при навантаженні при частотному аналізі ритму серця.

В цілому санаторне лікування характеризувалося виразним і стійким ефектом, що обумовлює необхідність його проведення у пацієнтів з ДЖВШ молодого та середнього віку [4].

У пацієнтів із гіпоДЖВШ порушується біохімічний склад жовчі – спостерігається підвищення

рівня білірубіна, зниження концентрації холестерина, жовчних кислот, загальних ліпідів і фосфоліпідів, зниження ХХК, що вказує на зрушення колоїдного стану жовчі в бік літогенності.

Психологічні особливості при гіпо- і гіперДЖВШ не відрізняються між собою і характеризуються переважанням емоційно-лабільних, невротичних рис і високої особистісної тривожності.

Показники вегетативного забезпечення у хворих з гіпотонічно-гіпокінетичною формою ДЖВШ зрушуються в бік посилення симпатичних впливів як у стані спокою, так і при фізичному навантаженні. У пацієнтів із гіперДЖВШ вегетативні показники в стані спокою мають тенденцію до симпатикотонії, при фізичному навантаженні різко зростають парасимпатичні впливи. Ці показники відрізняються високою кореляцією з клінічними та психологічними параметрами, що використано нами для прогнозування важкості захворювання.

З урахуванням отриманих клінічних, психологічних і вегетативних показників рекомендовано санаторно-курортне лікування в умовах санаторію "Квітка полонини", в результаті якого спостерігалось стійке покращення клінічного перебігу захворювання, моторної функції жовчного міхура, нормалізація біохімічного складу жовчі, позитивна динаміка психовегетативних показників.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Боголюбов В.М. Минеральные воды для питьевого лечения. //Курортология и физиотерапия (руководство) / Под редакцией В.М. Боголюбова в 2-х томах. – Т.1. – М.: – Медицина, 1985. – С. 214 – 226.
2. Бабов К.Д., Лобасюк Б.А., Алексеенко Н.А. и др. Классификация слабоминерализованных лечебных вод по биологическому ответу функций желче- и мочеотделения с применением многомерного оценивания. //Медицинская реабилитация, курортология, физиотерапия. – 1995. – № 1. – С.66-69.
3. Ивашкин В.Т., Нечаев В.М. Функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта. Римские критерии II. Болезни органов пищеварения (для специалистов общей практики). – Т.2 (2). – М.: Медицина, 2000. – С.20-22.
4. Рогач І.М. З досвіту медичного забезпечення населення під час аварії природного генезу та на період ліквідації її наслідків. // Охорона здоров'я України. – 2001. – №2. – С.32-38.
5. Серебряна Л.А., Сердюк Н.Н., Михно Л.Е. Немедикаментозное лечение в клинике внутренних болезней. – Киев, 1995. – 232 с.
6. Clous R.E., Richter J.E., Headeng R.C. et al. (2000). In Drossman D.A., Corazziari E., Talley N.Y. et al. Eds. Rome II: The functional gastrointestinal disorders. 2nd edn. Mclean VA: Degnon Associates.

## SUMMARY

CHANGE PSYCHO – VEGETATIVE FEATURES DURING SANATORIUM TREATMENT AT PATIENTS WITH A DYSKINESIA BILIARY SYSTEMS WHICH HAVE SUFFERED OWING TO INFLUENCE OF FLOODING ON TRANSCARPATHIA

**Rotayenco A.P., Dulo O.A., Haninets P.P., Molnar S.M., Procopenco O.V.**

Clinical analysis of patients with biliary dyskinesia, who had undergone the influence of flood, revealed positive effect of spa therapy on the psycho-neurological symptoms of the disease.

**Key words:** Biliary dyskinesia, psycho-neurological infringements, sanatorium treatment