

О.В. ЗЕМЛЯНА, Л.Я. ВАСИЛЬЄВА-ЛІНЕЦЬКА

**СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ ПРО ВІДНОВЛЮВАЛЬНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА СОМАТОФОРМНУ ВЕГЕТАТИВНУ ДИСФУНКЦІЮ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ В УМОВАХ КУОРТУ (у допомогу практичному лікарю)**

*Излагаются и обсуждаются современные представления об особенностях течения и принципов восстановительного лечения больных соматоформной вегетативной дисфункцией желудочно-кишечного тракта.*

**Ключевые слова:** соматоформная вегетативная дисфункция, желудочно-кишечный тракт, восстановительное лечение, санаторно-курортное лечение.

\*\*\*

Санаторно-курортне лікування, яке сприяє зменшенню кількості ускладнень та рецидивів, скороченню термінів непрацездатності, покращенню соціальної адаптації, незмінно залишається важливим етапом реабілітації пацієнтів із різними захворюваннями, у тому числі з патологією шлунково-кишкового тракту. У той же час, серед осіб, які перебувають на лікуванні у санаторно-профілактичних установах, певну групу складають пацієнти, у котрих особливості клінічної симптоматики, яка “імітує” соматичну патологію, стан психоемоційної сфери, поведінкові реакції та відсутність ефекту від адекватної терапії поряд із негативними або неуточненими даними об’єктивного обстеження, дають підстави констатувати наявність розладів психогенного характеру – так званих соматоформних вегетативних дисфункцій (СВД), які протікають під маскою відповідного соматичного захворювання.

СВД (підгрупа F 45.3 розділу F 45 МКХ X) є однією з провідних форм соматоформних розладів (розділ F 45 МКХ X), які зустрічаються, за даними різних авторів, у 15-50 % дорослого населення. Згідно МКХ X, нині СВД об’єднує не тільки стани, котрі раніше діагностувалися як вегето-судинна дистонія, але й органічні неврози та істеричні розлади у їх соматовегетативних проявах. Для верифікації діагнозу СВД потрібні всі наступні ознаки:

а) симптоми вегетативного збудження – серцебиття, потіння, тремор, почервоніння, які мають хронічний характер та супроводжуються занепокоєнням, психоемоційним напруженням та тривогою, яка нерідко досягає рівня паніки;

б) додаткові суб’єктивні симптоми з боку певного органу або системи;

в) занепокоєність з приводу можливого серйозного (але частіше невизначеного) захворювання цього органу або системи, при цьому повторні пояснення лікарів щодо необґрунтованості побоювань залишаються безплідними;

г) відсутні дані про суттєве структурне або функціональне порушення даного органу або системи.

Особливості клінічної картини СВД, яка може дебютувати під маскою соматичного, у тому числі гастроентерологічного, захворювання, обумовили важливе значення підвищення рівню знань лікарів відповідних спеціальностей щодо диференціальної діагностики, терапії, правильної тактики поведінки хворого та його близьких, яка б сприяла дезактуалізації страхів та переживань, пов’язаних із захворюванням.

За даними МКХ X, діагноз СВД верхніх відділів шлунково-кишкового тракту (підгрупа F 45.31 розділу F 45) містить психогенні аерофагію, ікоту та невроз шлунку; діагноз СВД нижніх відділів шлунково-кишкового тракту (підгрупа F 45.32 розділу F 45) – синдром подразненої товстої кишки, психогенний понос, метеоризм.

Л.І.Дворецький основні прояви СВД шлунково-кишкового тракту розподіляє на синдром невиразкової диспепсії (СНВД) та синдром подразненого кишечника (СПК).

Для пацієнтів з СНВД характерними є скарги на періодичні біль у животі, відчуття дискомфорту з боку шлунково-кишкового тракту або нудоту, які зберігаються не менше місяця, не зникають на протязі 5 хвилин відпочинку і не пов’язані із фізичним навантаженням. Біль при диспепсії, як правило, сполучується з відчуттям важкості, тиску та переповнення після їди у епігастральній області, супроводжується відрижкою повітрям або їжею, неприємним металічним присмаком у роті та, іноді, зниженням апетиту. Пацієнтів можуть турбувати урчання, відчуття

переливання та підсилення перистальтики кишечника. Порушення фізіологічних відправлень частіше проявляються у вигляді діареї, рідше – запору.

У залежності від переважання певної клінічної симптоматики виділяють наступні варіанти СНВД:

1. Рефлюксоподібний, що протікає з частими ізжогами, болями у епігастрії, за грудиною та проявами нагадує гастроєзофагальну рефлюксну хворобу.

2. Виразковоподібний, який “імітує” виразкову хворобу і характеризується перевагою пов’язаних з прийомом їжі, часто ночних, болів у епігастрії.

3. Диспепсичний, котрий проявляється нудотою, відрижкою, здуттям живота, поганою переносимістю деяких видів їжі, функціональними розладами кишечника.

Основними проявами другого варіанту СВД шлунково-кишкового тракту – СПК – є біль у животі, який сполучується з розладами функції кишечника у вигляді діареї або запору без порушення апетиту та зниження маси тіла тривалістю не менше ніж 3 місяці. Критеріями СРК, прийнятими у Римі (1999 р.) є: 1. стул не частіше 3 раз на тиждень; 2. стул частіше 3 разів на добу; 3. тверда консистенція калу; 4. рідкий або кашцеподібний кал; 5. напруження при акті дефекації; 6. імперативні позиви на дефекацію; 7. відчуття неповного опорожнення кишечника; 8. виділення слизу при дефекації; 9. відчуття здуття і переповнення у животі (1, 3, 5 – СПК з перевагою запорів; 2, 4, 6 – з перевагою діареї).

Слід пам’ятати, що діагноз “СВД шлунково-кишкового тракту” є діагнозом “виключення” і передбачає відсутність органічних змін шлунково-кишкового тракту, які могли б пояснити його дисфункцію. Особливо ретельного обстеження потребують пацієнти з такими ознаками, як поява симптомів у похилому віці, підвищення температури тіла, схуднення, наявність крові у калі, стеаторея та поліфекалія, зміни лабораторних показників (анемія, підвищення ШОЕ).

Аргументами на користь діагнозу СВД шлунково-кишкового тракту є:

- зв’язок між маніфестацією та динамікою перебігу захворювання і станом психічної сфери, життєвими подіями;

- наявність інших перманентних або пароксизмальних проявів вегетативної дисфункції – серцебиття, потіння, тремору, почервоніння, кардіалгій та ін.;

- наявність порушень у емоційно-вольовій сфері переважно у вигляді тривожної та депресивної симптоматики

Особливості патогенезу СВД, який являє собою сполучений розлад не тільки ефektorних (травної, серцево-судинної, дихальної та ін.), але й регуляторних (нервової, ендокринної, імунної) систем, що відбувається, як правило, на фоні гострого чи хронічного стресу або виникає внаслідок його дії, диктують необхідність **комплексної** терапії даної патології. Санаторно-курортне лікування, при котрому використовується ряд лікувальних факторів: відпочинок, лікувальне харчування, кліматична і ландшафтна дія, мінеральні води, морські купання, бальнеолікування, фізіолікування, лікувальна фізкультура, теренкур, психотерапія створює широкі можливості відновлювального лікування хворих на СВД травної системи.

Емоційний стрес, порушення структури добових ритмів, наявність у потічному житті значних психо-інформаційних перевантажень, прийом алкоголю або психостимулюючих речовин, недотримання принципів раціонального харчування сприяють формуванню моделі СВД як захворювання – дезадаптозу. Значущими факторами, які призводять до підвищення стійкості організму до стресу, підвищення його адаптаційних можливостей, є здоровий спосіб життя, дотримання режиму праці, відпочинку та сну, збалансоване харчування, адекватна рухова активність, розумна безконфліктна поведінка.

Психотерапевтична корекція СВД може здійснюватись із використанням різних форм та методів психотерапії – раціональної, аналітичної, групової, біхевіоральної, позитивної, аутогенного тренування, гіпнотерапії. Найбільш перспективною методикою лікування СВД вважається когнітивно-біхевіоральна терапія, яка діє на основний, за думкою авторів, механізм формування соматоформних розладів – підвищену збудливість вегетативної нервової системи (ВНС) з виборчою увагою до тілесних функцій та “унікаючою” поведінкою і, таким чином, сприяє модифікації характеру сприйняття хворими своїх тілесних відчуттів.

Неможливість швидкого отримання бажаного результату у ініціальному періоді навіть при використанні жорстких, директивних методик психотерапії диктує необхідність застосування у осіб із СВД медикаментозних препаратів, вибір яких визначається як характером соматовегетативних розладів, так і особливостями порушень у емоційно-вольовій сфері. Використання медикаментозної терапії у даної категорії пацієнтів має свої особливості,

обумовлені наявністю порушень кірково-підкіркових взаємовідносин, вегетативної лабільності і, як наслідок, - високим ризиком розвитку побічних ефектів. Психотропні засоби хворим на СВД призначають у малих у порівнянні з “великою” психіатрією дозах, вимоги до них містять мінімальний вплив на соматичні функції та відсутність поведінкової токсичності, низьку імовірність взаємодії з соматотропними препаратами.

Вибір психотропних препаратів визначається виразністю психоемоційних порушень, які у хворих, що перебувають на санаторно-курортному лікуванні носять, як правило, субсиндромальний характер, є нестійкими, незавершеними, і для їх зменшення або ліквідації достатнім є призначення фітотерапії або комбінованих препаратів (персен, бетазен, новопасит та ін.) седативної дії. При перевазі у структурі психоемоційних порушень астеничних розладів можливим є застосування препаратів ноотропної дії (ноотропил, фезам, пікамілон, актовегін, енцефабол, гліцисед).

При наявності виражених тривожних та депресивних проявів при необхідності призначення препаратів класу транквілізаторів або антидепресантів здійснюється після консультації та за участю психотерапевта або психіатра.

В умовах санаторно-курортного лікування важливе значення має використання фізичних факторів (ФФ), терапевтичний ефект котрих у даній категорії пацієнтів обумовлений можливістю їх впливу на вищі регуляторні центри ВНС, центральні та периферичні механізми системи контролю болю, біоелектричну активність головного мозку, основні ланки саногенезу та клінічні прояви захворювання. Встановлено, що при спільному застосуванні з медикаментозними препаратами ФФ підсилюють ефект впливу більшості з них, зокрема, антидепресантів та ненаркотичних анагетиків. Крім того, ФФ покращують переносимість медикаментозної терапії, знижують імовірність розвитку алергічних реакцій, токсичної дії препаратів, метаболічних порушень та ін.

Призначення фізіолікування здійснюється з урахуванням ступеня вегетативних розладів і психоемоційних порушень: чим більшою є їх виразність, тим більш виваженим і диференційованим повинен бути вибір ФФ та їх комбінацій, меншими – дози. Значно більш ефективним є комплексне застосування фізіотерапевтичних методів (ФМ) у порівнянні з монотерапією, проте кількість методів у комплексі не повинно бути більше 2-3 процедур місцевого та 1-2 – генералізованого впливу, щоб не викликати перенапруги ВНС.

Не дивлячись на переважання у хворих на СВД скарг з боку травної системи, враховуючи психогенний характер захворювання, фізіотерапія у них спрямована, насамперед, на нормалізацію функціонального стану ВНС. Для корекції вегетативних розладів дія ФФ частіше здійснюється на певні структури ВНС або рефлексогенні зони. Вибір ФФ та параметрів його дії залежить від початкового тону симпатичного і парасимпатичного відділів ВНС. Так, імпульсні струми низької частоти за методикою електросну, які надають нормалізуючу дію на ВНС завдяки впливові як на симпатичний, так і на парасимпатичний відділ, хворим із перевагою ерготропних тенденцій призначають з частотою імпульсів 90-120 Гц, тропотропних – с частотою 10-20 Гц. Виражений вегетомодуючий вплив надають також акупунктурна терапія та пунктурна фізіотерапія. Для проведення останньої найбільш часто використовуються струми (постійні та імпульсні), ультразвук, лазер та низькоінтенсивне електромагнітне випромінювання вкрай високої частоти (КВЧ-пунктура). Пунктурні дії дозволяють підвищувати або знижувати тонус як симпатичного, так і парасимпатичного відділів ВНС, при цьому ефект впливу пов'язаний переважно із рецептурою точок акупунктури, які використовуються.

Біорезонансна стимуляція належить до нового напрямку вітчизняної фізіотерапії, заснованому на концептуальних принципах синергетики, хронобіології, вібраційної біомеханіки. Її застосування сприяє нормалізації кірково-підкіркової активності, тону ВНС та підвищенню адаптаційних можливостей організму. Сучасним високоефективним методом трансцеребральної дії є також мезодієнцезальна електромодуляція, при котрій використовуються високоспецифічні імпульсні струми низької частоти, котрі переважно впливають на мезодієнцезальні відділи головного мозку. Застосування методу нормалізує стан ВНС, сприяє стимуляції вироблення опіатоподібних речовин.

Хворим із підвищенням тону симпатичної ланки ВНС, наявністю симпато-адреналових пароксизмів на комірцеву зону призначають дію мікрохвильових санти- та дециметрового діапазонів, низькочастотних магнітних полів (постійних та змінних). При застосуванні постійних магнітних полів доцільним є урахування особливостей дії їх полюсів. Відомо, що вплив північним полюсом надає загальну тонізуючу дію, сприяє збільшенню вмісту кисню у клітинах, підсилює відток води

з тканин; дія південним полюсом підвищує поріг больової чутливості, підсилює викид ендорфінів, гальмує передавання нервового імпульсу. Постійні магнітні поля часто сполучуються у одному методі з лазерним освічуванням у варіанті магнітолазеротерапії. Змінні магнітні поля мають виражений гіпотензивний ефект, знижують високий тонус симпатичного відділу ВНС. На кафедрі фізіотерапії та курортології Харківської медичної академії післядипломної освіти, яка розташовується на базі Центральної клінічної лікарні Укрзалізниці, експериментально доведена можливість магнітофорезу бромиду та бішофіту та клінічно встановлений більш виразний седативний і вегетомодулюючий ефект цих методів у порівнянні з монотерапією.

Зниження високого тону симпатичної ланки, відчутний гіпотензивний ефект досягається при дії ампліпульстерапії на комірцеву зону та ділянку проекції нирок. Дія на ці ж зони імпульсними струмами високої частоти від апарату “Хай-топ” також викликає симптолітичний ефект. Не втратили свого значення застосування анодної гальванізації за комірцевою методикою Щербака або електрофорезу пропранололу, дибазолу, магнію сульфату. Гемодинамічна спільність церебральних та носових судин, можливість при подразненні слизової оболонки носу різними хімічними агентами цілеспрямовано корегувати вегетативний тонус, впливати на блукаючий, лицевий та інші черепні нерви, визначили ефективність класичного назального електрофорезу та аерофітотерапії, яка все ширше використовується нині.

Для корекції психоемоційних порушень у хворих із перевагою тривожно-фобічної симптоматики застосовують седативні методи, котрі сприяють підсиленню процесів гальмування у корі головного мозку – імпульсні струми низької частоти за методикою електросну з індивідуальним підбором частоти або з урахуванням характеру вегетативних розладів; електрофорез натрію бромиду за очно-потилічною або комірцевою методикою; йодобромні ванни; аерофітотерапію седативними препаратами – ефірними маслами валеріани, помаранча, лимону, резеди, троянди, ромашки, цикламену. Призначають також методи, котрі призводять до обмеження потоку аферентної імпульсації у стовбурові центри головного мозку і зниженню виразності емоційно-афективних реакцій – франклінізацію, хвойні та азотні ванни.

Хворим із наявністю астеничних, астено-іпохондричних, депресивних проявів показані методи, що надають тонізуючу дію, мають психостимулюючий вплив: аерофітотерапія тонізуючими препаратами – ефірними маслами гвоздики, жасміну, ірису, лаванди, полину, розмарину. Включення у комплекс імпульсного електричного поля низької частоти, яке генерує апарат “Інфіта”, сприяє більш швидкій регресії астеничних і тривожно-іпохондричних проявів. Призначають також перлинні ванни, які збуджують механорецептори шкіри, висхідні аферентні потоки з котрих сприяють активації підкіркових центрів ВНС та кори головного мозку. Хворим із депресивними розладами доцільним є також призначення неселективної хромотерапії (5000 лк): біле світло сприяє відновленню нормального співвідношення серотоніну та адреналіну у нейронах стовбура мозку.

Селективна хромотерапія є методом універсальної дії, терапевтичний ефект якого визначається довжиною хвилі електромагнітного випромінювання видимого діапазону. Так, седативний та снодійний вплив надає синій колір. Червоний, оранжевий, жовтий, навпаки, мають психостимулюючу, антидепресивну, антиастеничну дію. Гідролазерна терапія також може надавати стимулюючий або седативний вплив, характер котрого визначається параметрами методу – температурою та тиском води, часом, інтенсивністю лазерного випромінювання та ділянкою дії.

Поряд із призначенням методів фізіолікування, які сприяють нормалізації діяльності регуляторних центрів ВНС, усуненню вегетативних та психоемоційних розладів, до комплексу лікування даного контингенту хворих доцільним є включення ФФ місцевої дії, використання яких спрямоване на зменшення порушень з боку шлунково-кишкового тракту.

Так, пацієнтам з больовим синдромом у ділянці живота, котрий при СВД шлунково-кишкового тракту обумовлений, як правило, спастичними явищами з боку гладенької мускулатури органів черевинної порожнини, призначають ФФ, що мають антиспастичну дію: електрофорез папаверину або дибазолу, ультратонотерапію, аплікації парафіну або озокериту на ділянку проекції шлунку або кишечника. При симпатоалгіях доцільним є застосування ампліпульстерапії, інтерференцтерапії або короткоімпульсних струмів на больову ділянку або рефлекторну зону від портативних апаратів типа “Дельта-101”, ДЕНАС та ін.

Хворим із рефлюксоподібним варіантом СНВД доцільним є включення у комплекс лікування лазеротерапії на певні ділянки або точки акупунктури, магнітотерапії, UVЧ-терапії.

Пацієнтам із виразковоподібним та диспепсичним варіантами СНВД призначають лазеротерапію або лазеропунктуру. Вибір зон та точок акупунктури при цьому здійснюється з

урахуванням переваги гіпер- або гіпоацидної симптоматики. Хворим із “гіперацидними” проявами СНВД застосовують також солюкс на ділянку шлунку у слабкотепловій дозі, сантиметрохвильову терапію, магнітотерапію, індуктотермію, діадинамотерапію (анод) на ділянку епігастрію; з “гіпоацидною” симптоматикою – низькочастотну ультразвукову терапію, КВЧ-терапію, катодну гальванізацію або електрофорез гязі чи хлориду кальцію на ділянку шлунку.

У хворих з СПК зменшенню проявів дискінезії товстої кишки по спастичному сприяє призначення на ділянку передньої брюшної стінки індуктотермії у слабкотепловій дозі, солюксу у середньотепловій дозі, електрофорезу папаверину, платифіліну, новокаїну. Пацієнтам з атонічним типом дискінезії товстої кишки доцільним є включення у комплекс лікування синусоїдальних модульованих струмів або діадинамотерапії (катод) на ділянку коло пупка.

Важливим засобом санаторно-курортного лікування хворих на СВД травної системи є питне лікування мінеральними водами, яке застосовують з урахуванням особливостей порушень секреторної та моторно-евакуаторної функцій шлунково-кишкового тракту за загальноприйнятими правилами.

Враховуючи важливу роль гострого та хронічного стресу у виникненні і підтриманні клінічної симптоматики, а також розвиток СВД як захворювання-дезадаптозу, доцільним є призначення методів антистресорної, адаптогенної, антиоксидантної дії. Так, виражену антистресорну дію має аероіонотерапія: від’ємні іони не тільки стабілізують процеси вегетативної регуляції, підвищують рівень адаптаційних реакцій організму, але й мають антидепресивну дію за рахунок впливу на рівень серотоніну. Встановлено, що застосування різних методів газової терапії у хворих на СВД – нормобаричної гіпоксичної терапії, озонотерапії, гіперкапнотерапії – сприятливо впливає на різні механізми перекисного окислення ліпідів і стимулює різні ланки антиоксидантної системи. Високоєфективними методами тренінгу фізіологічних резервів організму є сауни, у тому числі інфрачервоні та кріосауни. Реабілітаційна дія загальної кріотерапії заснована насамперед на відновленні гомеостатичних механізмів і сприяє підвищенню усталеності організму до стресів і перевантажень.

Нині для лікування хворих на СВД все ширше стали використовуватися оздоровчі установки («Спектра Колор», «СанСпектра-9000»), які дозволяють надавати на організм комплексну дію за допомогою сухого тепла, повноспектрального або монохроматичного світла, альфа/тета фотостимуляції, аромаінгаляції, вібраційного масажу.

Таким чином, санаторно-курортне лікування, яке здійснюється з застосуванням медикаментозної, психо- та фізіотерапії, питного лікування мінеральними водами, з урахуванням початкового стану та індивідуальних особливостей хворого, дозволяє значно покращити якість реабілітації хворих на СВД шлунково-кишкового тракту.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Ежов В.В., Андрияшек Ю.И. Физиотерапия для врачей общей практики. Руководство для врачей.- Симферополь-Ялта, 2005.- 400 с.
2. Илларионов В.Е., Симоненко В.Б. Современные методы физиотерапии.- М.: Медицина, 2007.- 176 с.
3. Лекции по общей физиотерапии. Оржешковский В.В., Оржешковский Вас.В.- К.: «Куприянова Е.А.», 2005.-368 с.
4. Марценковский И.А., Бикшаева Я.Б. Соматоформные расстройства у детей: современные теоретические концепции, проблемы диагностики и терапии // Терапия.- 2006.- № 12.- С. 29-37.
5. Медична реабілітація в санаторно-курортних закладах ЗАТ «Укрпрофоздоровниця»./ За ред. Е.О.Колесника – К: «Купріянова», 2004.- 304 с.
6. Методичні рекомендації з санаторно-курортного лікування /Під ред. д.м.н., проф.Лободи М.В. /Київ: “Тамед”, 1998.- 672 с.
7. Михайлов Б.В. Клиника и принципы терапии соматоформных расстройств // Международный медицинский журнал.- 2003.- № 1.- С. 45-49.
8. Пономаренко Г.Н. Физические методы лечения: Справочник.- СПб., 1999.- 252 с.
9. Физиотерапия и курортология /Под ред.В.М.Боголюбова.-М.: Изд-во БИНОМ, 2008.- т. I 408 с., т. II 312 с.

## O.V. ZEMLYANA, L.Ya. VASYLYEVA-LINETS’KA

### MODERN CONCEPTS OF RESTORATIVE TREATMENT PATIENTS WITH ORGAN NEUROSES GASTROINTESTINAL TRACT IN THE RESORT (TO HELP PRACTICE DOCTOR)

We present and discuss current thinking on the peculiarities of the course and principles of restorative treatment of somatoform autonomic dysfunction of the gastrointestinal tract

Keywords: organ neuroses, gastrointestinal tract, restorative treatment, spa treatment.

Харківська медична академія післядипломної освіти, м.Харків

Дата поступлення 02.01.2010 р.