

К. О. Песоцька
**ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА
У ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ**

К. О. Пісоцька
Особливості вегетативного статусу у пацієнтів з патологією гепатобіліарної системи

К. О. Pisotska
Peculiarities of the vegetative of patients with pathology of the hepatobiliary system

В статье представлены результаты вегетологического обследования 117 пациентов (79 мужчин и 38 женщин) в возрасте от 22 до 50 лет (средний возраст — $38,5 \pm 5,6$) с патологией гепатобилиарной системы. Согласно поставленным цели и задачам, все больные в зависимости от типа гепатобилиарной патологии были разделены на 3 группы: I — 27 пациентов (18,6 %) с дискинезией желчевыводящих путей, II — 58 пациентов (59,8 %) с желчнокаменной болезнью, хроническим рецидивирующим холециститом, III — 32 больных (21,6 %) с вторичным билиарным циррозом печени. Продолжительность заболевания составила от 5 до 15 лет (в среднем — $10,3 \pm 2,4$ года). Наследственная отягощенность по патологии желчевыводительной системы выявлена у 40,2 % больных. Комплекс обследования включал изучение: 1) исходного вегетативного тонуса с помощью кардиоинтервалографии и диагностической таблицы Вейна А. М.; 2) вегетативной реактивности по данным кардиоинтервалографии; 3) вегетативного обеспечения деятельности с использованием активной 10-минутной клиноортостатической пробы. У 94,8 % обследованных пациентов выявлена вегетативная дисфункция, у 5,2 % — признаки вегетативной лабильности. Перманентное течение синдрома вегетативной дисфункции было выявлено у 69,2 % больных, пароксизмальное — у 25,6 % (от общего числа пациентов). Клиническая картина в данных группах отличалась полиморфизмом проявлений.

Ключевые слова: гепатобилиарная патология, вегетативный статус, вегетативная дисфункция

У статті подані результати вегетологічного обстеження 117 пацієнтів (79 чоловіків та 38 жінок) у віці від 22 до 50 років (середній вік — $38,5 \pm 5,6$) з патологією гепатобіліарної системи. Відповідно до поставлених мети і завдань, усі хворі в залежності від типу гепатобіліарної патології були поділені на 3 групи: I — 27 пацієнтів (18,6 %) з дискинезією жовчовивідних шляхів, II — 58 пацієнтів (59,8 %) з жовчнокам'яною хворобою, хронічним рецидивуючим холециститом, III — 32 хворих (21,6 %) з вторинним біліарним цирозом печінки. Тривалість захворювання склала від 5 до 15 років (в середньому — $10,3 \pm 2,4$ роки). Спадкова обтяженість по патології жовчовивідної системи виявлена в 40,2 % хворих. Комплекс обстеження включав вивчення: 1) вихідного вегетативного тону за допомогою кардіоінтервалографії і діагностичної таблиці Вейна А. М.; 2) вегетативної реактивності за даними кардіоінтервалографії; 3) вегетативного забезпечення діяльності з використанням активної 10-хвилинної кліноортостатичної проби. У 94,8 % обстежуваних пацієнтів виявлено вегетативну дисфункцію, у 5,2 % — ознаки вегетативної лабільності. Перманентний перебіг синдрому вегетативної дисфункції було виявлено у 69,2 % хворих, пароксизмальний — у 25,6 % (від загальної кількості пацієнтів). Клінічна картина в цих групах відрізнялася поліморфізмом проявів.

Ключові слова: гепатобіліарна патологія, вегетативний статус, вегетативна дисфункція

The article presents the results of the survey vegetative 117 patients (79 men and 38 women) aged 22 to 50 years (mean age of 38.5 ± 5.6) with pathology of the hepatobiliary system. According to the goals and objectives of all patients, depending on the type of hepatobiliary pathology were divided into 3 groups: I — 27 patients (18.6 %) with biliary dyskinesia, II — 58 patients (59.8 %) with cholelithiasis, chronic recurrent cholecystitis, III — 32 patients (21.6 %) with secondary biliary cirrhosis. The duration of the disease ranged from 5 to 15 years (average 10.3 ± 2.4 years). Hereditary burdened by pathology of the biliary system were detected in 40.2 % of patients. The survey included the study of: 1) baseline autonomic tone via cardiointervalography and diagnostics table Wayne A. M.; 2) autonomic reactivity according cardiointervalography; 3) autonomic support of activity using the active 10-minute clinooorthostatic sample. At 94.8 % of the surveyed patients revealed autonomic dysfunction, 5.2 % — the signs of vegetative lability. Permanent over of autonomic dysfunction syndrome was identified 69.2 % of the patients, paroxysmal — at 25.6 % (of the total number of patients). The clinical picture in these groups were distinguished by polymorphism manifestations.

Keywords: hepatobiliary pathology, vegetative status, autonomic dysfunction

Заболевания гепатобилиарной системы (ГБС) являются наиболее распространенными в структуре патологии органов пищеварения и составляют, по данным разных авторов, от 25 % до 80 %. В последние десятилетия частота их неуклонно возрастает [1, 2]. Рядом авторов доказано, что у всех пациентов с гепатобилиарной патологией (ГБП) страдает вегетативное обеспечение всех форм деятельности. В зависимости от характера нарушения взаимосвязи ваго- и симпатикотропных влияний возникают различные варианты дисфункции желчевыводящих путей с разнообразной клинической картиной [3—5]. При формировании хронического заболевания печени еще до развития цирроза происходит нарушение нейрогуморальной вегетативной регуляции в виде напряжения регуляторных систем с целью поддержания гомеостаза [6—9]. Вегетативная дисфункция (ВД) также очень часто встречается при

хронических заболеваниях печени, причем проявления этого синдрома универсальны, независимо от причины, вызвавшей данное заболевание. Патофизиология вегетативных нарушений вторична по отношению к заболеванию печени и в значительной степени не изучена. Определенную роль в развитии ВД могут играть иммунологические и метаболические нарушения, в результате снижается парасимпатическая и повышается симпатическая активность, которая частично объясняет обозначенные механизмы. В литературе имеются единичные работы, посвященные изучению психовегетативного статуса у пациентов с желчнокаменной болезнью (ЖКБ) [6—12].

В связи с этим является актуальным изучение клинических проявлений вегетативной дисфункции у пациентов с патологией ГБС. Патогенез этой группы заболеваний изучен не до конца. Существенная роль психологических особенностей больных с вегетативной дисфункцией в настоящее время очевидна, но конкрет-

ные механизмы влияния этих факторов на состояние билиарного тракта изучены фрагментарно.

Цель исследования — изучить частоту встречаемости и полиморфизм клинических проявлений синдрома вегетативной дисфункции у больных с патологией ГБС.

Для решения поставленных задач нами обследовано 117 больных (79 мужчин и 38 женщин) в возрасте от 22 до 50 лет (средний возраст — $38,5 \pm 5,6$) с патологией ГБС. Исследования проводились на базе ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины», ГУ «Институт общей и неотложной хирургии НАМН Украины», а также отделения малоинвазивной хирургии и эндоскопии Харьковской городской клинической больницы скорой и неотложной медицинской помощи имени профессора А. И. Мещанинова. Диагноз ГБП у обследованных пациентов был верифицирован на основании жалоб, анамнестических данных, клинического обследования, ультразвукового исследования печени и желчевыводящих путей, лабораторных данных. Согласно поставленным задачам, все больные были разделены на 3 группы: I — 27 пациентов (18,6 %) с дискинезией желчевыводящих путей (ДЖВП); II — 58 пациентов (59,8 %) с желчнокаменной болезнью, хроническим рецидивирующим холециститом; III — 32 больных (21,6 %) с вторичным билиарным циррозом печени (ВБЦП). Продолжительность заболевания ГБС составляла от 5 до 15 лет (в среднем — $10,3 \pm 2,4$ года). Наследственная отягощенность по патологии желчевыводительной системы выявлена у 40,2 % больных. В группу контроля включены 30 добровольцев без указанной патологии, сопоставимые по полу и возрасту. Клиническая характеристика больных представлена в таблице 1.

Таблица 1. Клиническая характеристика больных

Заболевания	n	%
Дискинезия желчевыводящих путей (I группа)	27	18,6
ЖКБ II стадии, хронический рецидивирующий холецистит, холедохолитиаз (II группа)	58	59,8
Вторичный билиарный цирроз печени (III группа)	32	21,6

Комплекс вегетологического обследования включал изучение: 1) исходного вегетативного тонуса (ИВТ) с помощью кардиоинтервалографии (КИГ) и диагностической таблицы Вейна А. М.; 2) вегетативной реактивности по данным КИГ; 3) вегетативного обеспечения деятельности (ВОД) с использованием активной 10-минутной клиноортостатической пробы (КОП).

Изучение показателей вегетативного тонуса с помощью таблицы-опросника выявило наличие ВД у 94,8 % обследованных больных. Об этом свидетельствовала общая сумма баллов от 18 до 26, в то время как у здоро-

вых лиц она не превышает 15. Признаки вегетативной лабильности выявлены в 5,2 % случаев и достоверно чаще отмечались у пациентов с ДЖВП, чем в группе хронического рецидивирующего холецистита (18,5 % и 1,7 % соответственно, $p < 0,001$). Синдром вегетативной дисфункции с перманентным течением наблюдался у 69,2 % (от общего числа больных), при этом по мере трансформации функциональных нарушений ГБС в органическую патологию число этих пациентов закономерно увеличивалось. Так, в группе ДЖВП эти пациенты составляли 55,6 %, в группе ЖКБ — 69,0 %, в группе ВБЦП — 81,3 %.

Пароксизмальное течение ВД отмечалось у 25,6 % (от общего числа больных) в виде вагоинсулярных (у 10,3 %), симпатоадреналовых (у 5,1 %) пароксизмов. У 5,9 % пациентов кризы имели смешанный характер. Чаще вегетативные пароксизмы отмечались в группе обследованных с ЖКБ, хроническим рецидивирующим холециститом (29,3 %). У 4,3 % пациентов пароксизмальный тип ВД проявлялся синкопальными состояниями, чаще в группе ЖКБ. В межприступном периоде основными жалобами были головная боль, чаще в утренние часы, связанная с метеорологическими изменениями, общая слабость, быстрая утомляемость, плохая переносимость душных помещений, вестибулярных нагрузок. Частота синкопе у этих больных составляла 1—3 в месяц. Клинически обмороки носили характер вазовагального, ортостатического синкопе. В качестве провоцирующих факторов выступали длительная вертикализация (стояние в транспорте), пребывание в душном помещении, быстрое изменение положения тела.

В клинической картине пациентов с перманентным течением ВД отмечалась диффузная головная боль, чаще в лобно-височных областях, головокружение, преимущественно несистемного характера, лабильность артериального давления (транзиторное снижение или повышение, вызванное ситуационными расстройствами, метеоусловиями), учащенное сердцебиение, перебои в работе сердца, гипергидроз, субфебрильная температура, нарушение деятельности желудочно-кишечного тракта. Гипервентиляционный синдром проявлялся ощущением нехватки воздуха, затруднением дыхания, потребностью в периодических глубоких вдохах в покое. В группе пациентов с ВБЦП преобладали жалобы на общую слабость, быструю утомляемость, снижение работоспособности, нарушение формулы сна в виде сонливости днем и бессонницы ночью; периодически отмечались головокружения при перемене положения тела. Из других вегетативных жалоб реже встречались нарушения моторики кишечника в виде чередования запоров и поносов, нарушения мочеиспускания (поллакиурия, недержание мочи). Частота встречаемости вегетативных нарушений у пациентов с различными формами ГБП представлена в таблице 2.

Таблица 2. Синдромы вегетативных нарушений у пациентов с различными формами гепатобилиарной патологии

Вегетативные нарушения	ДЖВП		ЖКБ		ВБЦП		Всего	
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%**
Вегетативная лабильность	5	18,5	1	1,7	0	0	6	5,2
Синдром вегетативной дисфункции								
— перманентное течение	15	55,6	40	69,0	26	81,3	81	69,2
— пароксизмальное течение	7	25,9	17	29,3	6	18,7	30	25,6

Примечание: * — от общего числа больных в данной группе; ** — от общего числа обследованных больных

Таким образом, у больных с гепатобилиарной патологией перманентное течение вегетативной дисфункции наблюдалось достоверно чаще, чем вегетативная лабильность ($p < 0,001$) и пароксизмальное течение ВД ($p < 0,001$); пароксизмальное течение отмечалось чаще, чем вегетативная лабильность ($p < 0,01$).

При сравнении частотных показателей ритма сердца у пациентов с ЖКБ и ВБЦП нами было выявлено значительное повышение влияния симпатического отдела в группе ЖКБ в сравнении с группой контроля и его уменьшение после холецистэктомии. Патология ГБС сопровождалась преобладанием смешанного типа ИВТ, при этом у больных с ЖКБ симпатикотония встречалась достоверно чаще, чем ваготония ($p < 0,05$).

Исходный вегетативный тонус у больных группы ДЖВП распределился таким образом: эйтония или вегетативное равновесие выявлены у 83,3 % больных, что достоверно ($p < 0,001$) превышало контроль, умеренная симпатикотония определялась у оставшейся части больных (16,7 %) — достоверно ($p < 0,001$) реже, чем в группе контроля.

В группе ЖКБ симпатикотония наблюдалась достоверно чаще, чем в контроле — выраженная ($p < 0,05$) и умеренная ($p < 0,01$); эйтония при ЖКБ встречалась достоверно реже, чем в группе контроля ($p < 0,01$) и ВБЦП ($p < 0,05$); ваготония встречалась достоверно ($p < 0,05$) чаще при ВБЦП, в сравнении с контрольной группой и группой ЖКБ — умеренная и выраженная.

При оценке вегетативной реактивности в сравнении с контрольной группой было выявлено, что нормальная вегетативная реактивность встречалась в группах ЖКБ и ВБЦП достоверно реже ($p < 0,001$), а измененная реактивность — достоверно чаще: гиперсимпатикотоническая реактивность — в группе ЖКБ ($p < 0,01$), асимпатикотоническая реактивность — в группе ВБЦП ($p < 0,05$).

Проведение КИГ показало, что индекс напряжения до или после ортостатической пробы менее 30 условных единиц чаще всего выявлялся у пациентов с хроническим рецидивирующим холециститом. Изучение вегетативной реактивности по отношению индексов напряжения в ортостатическом положении и в состоянии покоя позволили констатировать преобладание гиперсимпатикотонической реактивности во всех группах. Показатели состояния системы регуляции сердечного ритма у исследуемых пациентов с ВБЦП подтвердили усиление симпатической активности и ослабление парасимпатической активности по всем параметрам, при этом симпатическое влияние усиливалось при нагрузке. Индексы регуляторных систем вегетативной нервной системы (индекс напряжения и индекс вегетативной регуляции) достоверно указывали на преобладание симпатикотонии в покое и в ортостатических пробах.

Степень напряжения регуляторных систем распределялась следующим образом: удовлетворительная адаптация (норма) в покое выявлена у 58,3 % пациентов; состояние функционального напряжения, проявляющееся мобилизацией защитных механизмов, в том числе повышением активности симпатоадреналовой системы, регистрировалось в покое у 36,1 % пациентов. Аналогичные показатели также оценивались при нагрузке (ортостатические пробы): удовлетворительная адаптация выявлена у 58,3 % пациентов, состояние функционального напряжения отмечено у 38,9 % больных. В группе пациентов с ВБЦП достоверно чаще наблюдалась эйтония (47,3 %) с тенденцией к умерен-

ной и выраженной симпатикотонии (19,5 % и 25 % соответственно), по мере утяжеления ВБЦП преобладала умеренная и выраженная симпатикотония.

Проведение активной 10-минутной КОП выявило преобладание достаточного вегетативного обеспечения деятельности во всех группах (89,9 % всех больных). Этот тип ВОД отмечался при органической патологии ГБС достоверно чаще ($p < 0,01$ при холецистите и $p < 0,05$ при ЖКБ). У пациентов с ДЖВП чаще, чем в других группах, отмечалось нормальное ВОД ($p < 0,01$). Во всех группах выявлялось преобладание гипердиастилического типа КОП, чаще — у пациентов с хроническим рецидивирующим холециститом (66,3 % лиц в данной группе).

В результате проведенных исследований у пациентов с ГБП были выявлены вегетативные признаки, которые можно объединить в комплекс дизестезических расстройств: кардиалгии, приступы сердцебиения, боли в ногах по вечерам и ночью, частые головные боли, зябкость, непереносимость духоты, жалобы на «одышку», вздохи, апатичность, ипохондричность, склонность к депрессии, сниженная психическая активность, беспокойный сон. При хроническом рецидивирующем холецистите эти явления отмечались чаще, чем в других группах; проведенный корреляционный анализ выявил положительную коррелятивную связь между наличием хронического холецистита и количеством вегетативных жалоб дизестезического характера ($r = 0,38$), в то время как при других формах поражения билиарной системы коррелятивная связь была отрицательной ($r = -0,29$ при ДЖВП и $r = -0,19$ при ВБЦП).

Также для нас представляло интерес изучение влияния воспалительного процесса в желчевыделительной системе на функциональное состояние вегетативной нервной системы (ВНС), в связи с чем проведено сравнение показателей вегетативного статуса у больных с хроническим холециститом в период обострения и в период ремиссии. Показатели КИГ у пациентов с хроническим холециститом вне обострения отражали ваготоническую направленность ИВТ и низкий уровень функционирования симпатической части ВНС. Обострение хронического холецистита приводило к изменениям в функционировании ВНС в виде реактивного напряжения симпатического отдела на фоне относительного снижения вагусных влияний, возрастала частота выявления гиперсимпатикотонической реактивности.

Таким образом, у всех обследованных больных с ГБП выявлена заинтересованность вегетативной нервной системы: у 5,2 % — в виде вегетативной лабильности, в 94,8 % случаев — в виде синдрома вегетативной дисфункции. Перманентное течение ВД наблюдалось достоверно чаще, чем вегетативная лабильность ($p < 0,001$) и пароксизмальное течение ($p < 0,001$); пароксизмальное течение ВД отмечалось чаще, чем вегетативная лабильность ($p < 0,01$). Сравнение количества вегетативных признаков у пациентов с различными типами ГБП выявило максимальное количество ваготонических признаков у пациентов с хроническим холециститом (достоверно выше, чем при ДЖВП и ВБЦП), по симпатикотоническим признакам достоверной разницы не выявлено. Отмечено, что обострение хронического воспалительного процесса в билиарном тракте вызывает реактивное напряжение симпатического отдела ВНС, уменьшающееся по мере регрессирования воспаления. Подобные изменения отражают адаптационную перестройку вегетатив-

ной регуляції. Гиперсимпатикотонія, що виникає в умовах обострення, може привести до ускладнення порушення пасажу жовчі та трофіки стінок жовчного пухирця. В зв'язі з цим виникає необхідність корекції виявлених вегетативних порушень і проведення протирецидивної терапії у пацієнтів з ГБП як в період обострення захворювання, так і в період ремісії.

Список літератури

1. Філіппов Ю. О. Захворюваність основними хворобами органів травлення в Україні : аналітичний огляд офіційних даних Центру статистики МОЗ України / Ю. О. Філіппов, І. Ю. Скірта, Л. М. Петерчук // Гастроентерологія : міжвід. зб. — Дніпропетровськ, 2007. — Вип. 38. — С. 3—16.
2. Щербиніна М. Б. Біліарна патологія: камінь спотикання на рівній дорозі сучасної гастроентерології / М. Б. Щербиніна, І. Ю. Скірта, А. М. Буренко // Здоров'я України. — 2010. — № 1. — С. 18—19.
3. Івашкин В. Т. Болезни печени и желчевыводящих путей : руководство для врачей / В. Т. Івашкин. — М.: Изд. дом «М-Вести», 2005. — 536 с. 5.
4. Ільченко А. А. Заболевания желчного пузыря и желчных путей / А. А. Ільченко. — М.: «Анахарсис», 2006. — 448 с.
5. Заболевания вегетативной нервной системы : руководство для врачей / под ред. А. М. Вейна. — М.: Медицина, 1991. — 624 с.
6. Плотникова, Е. Ю. Состояние вегетативной нервной системы у пациентов с различными формами дискинезии желчевыводящих путей / Е. Ю. Плотникова, Э. И. Белобородова // Сибирский журнал гастроэнтерологии и гепатологии. — Томск, 2001. — № 12. — С. 185—186.
7. Плотникова, Е. Ю. Состояние сердечно-сосудистой системы по данным ЭКГ у пациентов с разными формами дискинезии желчевыводящих путей / Е. Ю. Плотникова, Э. И. Белобородова, Н. И. Лебедева // Там же. — С. 186—187.

8. Плотникова, Е. Ю. Психологический статус пациентов с гипертонически-гиперкинетической формой дискинезии желчевыводящих путей / Е. Ю. Плотникова, Э. И. Белобородова // Новые технологии в амбулаторно-поликлинической службе. Достижения и перспективы : материалы науч.-практ. конф., посвященной 60-летию клинической поликлиники № 5. — Кемерово, 2001. — С. 57.

9. Плотникова, Е. Ю. Астено-вегетативный синдром у пациентов с различными формами дискинезии желчевыводящих путей / Е. Ю. Плотникова // Проблемы медицины и биологии : сб. науч. тр. — Кемерово ; Москва, 2002. — С. 73—74.

10. Шерлок Ш. Заболевания печени и желчевыводящих путей : практическое руководство / Ш. Шерлок, Дж. Дули ; пер. с англ. ; под ред. З. Г. Апросиной, Н. А. Мухина. — М.: ГЭОТАР-Мед., 1999.

11. Психологическая диагностика энцефалопатии у больных с диффузными заболеваниями печени / О. В. Ворфоломеева, Б. Д. Жидких, Н. С. Безносос, Е. С. Гурьба // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, копрологии. — 2009. — Т. 19. — № 1 (прил. 33). — С. 10.

12. Ранняя диагностика и лечение печеночной энцефалопатии у больных хроническими заболеваниями печени / Л. Ю. Ільченко, Н. А. Шапошникова, Е. В. Винницкая и др. // Гепатология. — 2005. — № 5. — С. 4—9.

Надійшла до редакції 25.05.2016 р.

ПЕСОЦКАЯ Ксения Олеговна, аспирант отдела нейроинфекций и рассеянного склероза Государственного учреждения «Институт неврологии, психиатрии и наркологии Национальной академии медицинских наук Украины», г. Харьков, Украина; e-mail: kseniyapesock@gmail.com

PISOTSKA Kseniia, Postgraduate Student of the Department of Neuroinfections and Multiple Sclerosis of the State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kharkiv, Ukraine; e-mail: kseniyapesock@gmail.com