

# Про способи профілактики і запобіжного лікування уражень жовчного міхура та жовчовивідних шляхів, які доцільно використовувати у процесі реабілітаційних заходів

Д. О. Гонцарюк<sup>1</sup>, Т. М. Христинч<sup>2</sup>, М. В. Патратій<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

<sup>2</sup>Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, Кам'янець-Подільський, Україна

**Ключові слова:** жовчний міхур, жовчовивідні шляхи, медикаментозне лікування, ЛФК, масаж, бальнеолікування

Патологія біліарного тракту, різноманітність клінічної картини, тривалість перебігу, затяжні загострення зумовлюють часте звертання по медичну допомогу, особливо за дискінезій жовчного міхура (ЖМ), холециститу, жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ). Інтерес до проблеми можна пояснити поєднанням дискінезій із захворюваннями шлунку, дванадцятипалої кишки (ДПК), підшлункової залози, печінки [9]. Дискінезії жовчовивідних шляхів із біліарним сладжем, гіподинамія у поєднанні з нерегулярним прийманням їжі та незбалансованим харчуванням, панкреатичний рефлюкс, такі паразитарні захворювання, як лямбліоз, опісторхоз, амебіаз, аскаридоз, вважаються факторами, які сприяють розвитку захворювань жовчовивідних шляхів [6].

Для ефективності реабілітаційних та профілактичних заходів важливо враховувати, що гіпермоторні біліарні дискінезії часто пов'язані з ваготонією, а гіпомоторні варіанти — з симпатикотонією. У патогенезі дискінезій ЖМ значення має формування морфологічних змін, які спочатку викликають нейрогенну дистрофію у рецепторах нервових клітин і нейронах, а потім у слизовій оболонці та м'язовому шарі ЖМ. З одного боку, дискінезія є основою для розвитку «асептичного запалення» імунного генезу, а з іншого, створює позитивні умови для проникнення у стінку ЖМ інфекції та розвитку інфекційного (бактеріального) запалення [12]. На розвиток і прогресування запального процесу у ЖМ впливають ступінь змін рН жовчі, порушення її колоїдного стану, що змінює склад жовчних кислот у жовчі. Відповідна роль належить порушенням кровопостачання у стінці ЖМ, складу та властивостям самої жовчі, особливо у розвитку калькульозного холециститу, ЖКХ [3, 11].

Значення у розвитку уражень ЖМ мають і дискінезії ДПК [5]. Гіпотонус сфінктера Одді впливає на рефлюкс дуоденального вмісту в загальну жовчну і панкреатичну протоки з розвитком запального процесу у ЖМ, жовчних шляхах і підшлунковій залозі. Вихід жовчі та панкреатичного секрету в ДПК при гіпертонусі ускладнюється, підвищується тиск у загальній жовчній та панкреатичній протоках. Це супроводжується наростанням інтенсивності больового синдрому. Дискінезії відіграють важливу роль у регуляції не тільки тону, але й моторики ДПК, в інтестинальній регуляції процесів травлення холецистостіміном і панкреозиміном, а також можуть супроводжувати холецистит та ЖКХ. При гіпокінетичних (атонічних) дискінезіях виявляється збільшення ЖМ, сповільнення скоротливої функції, застій жовчі. Для гіперкінетичних (спастичних) дискінезій характерним є пришвидшене скорочення ЖМ, зменшення кількості жовчі в ньому, виділення жовчі малими порціями [1]. При обох типах дискінезій порушується робота сфінктерів жовчних проток, надходження жовчі у ДПК [2]. Отже для оптимальної ефективності фізіотерапевтичної та бальнеологічної реабілітації і профілактики важливо визначити варіанти дискінезій, тому що методика їх використання має відповідні особливості. Увагу при цьому необхідно приділяти і дисфункції сфінктера Одді, яка поділяється на біліарну (дисфункція сфінктера холедоха) та панкреатичну (дисфункція сфінктера панкреатичної протоки). Це також є важливим для вирішення тактики надання реабілітаційних заходів медичного спрямування.

Усунення причин, що сприяють застою жовчі і порушенню обміну речовин, є метою профілактики утворення жовчних каменів (як первинної, так

і вторинної профілактики). Насамперед *значення надається дієті*, яка повинна попереджати утворення біліарного сладжу. Рекомендується обмежити прийом продуктів, які містять холестерин (жири тваринного походження) та жирні кислоти (жири, які пройшли термічну обробку при температурі вище 100 °С). Рекомендується 4–6-кратне вживання їжі, додавання харчових волокон у вигляді овочів та фруктів, висівок (їх можна використовувати у вигляді каш, хліба, патентованих препаратів). За надлишкової маси тіла пропонуються низькокалорійні дієти, повільне зниження маси тіла. За наявності біліарного сладжу, при дискінезії ЖМ без ознак патологічних змін у самому ЖМ рекомендують застосовувати урсодезоксихолеву кислоту в дозі 10 мг/кг/добу. З метою попередження застою жовчі у цьому періоді призначають жовчогінні засоби: препарати рослинного походження (безсмертник, кукурудзяні рильця, піжму, Холосас, Фітолізин, жовчогінні чаї), мінеральні води та холекінетики (сорбіт, сульфат магнію) [10].

Медикаментозні засоби застосовують за необхідності впливати на характер дискінезій ЖМ. Так, при гіпертонічно-гіперкінетичних дискінезіях можна призначати мебеверин, Ріабал (по 30 мг 3 рази на добу), дротаверин (по 1–2 таблетки 2–3 рази на добу), Метеоспазміл (1 капсула 3 рази на добу упродовж 3 тижнів). При гастралгічній симптоматиці ефективними можуть бути рослинні комбіновані препарати — Гепабене, Галстена. При гіпотонічно-гіпокінетичних дискінезіях рекомендують холеретичні препарати, такі як Хофітол (по 2 таблетки 3 рази на добу перед їдою), Алохол (по 1–2 таблетки 3 рази на добу під час їди). Призначають стимулятори перистальтики (Мотиліум по 10 мг 3–4 рази на добу до прийому їжі), якщо діагностується гіпокінезія [4]. Із фізіотерапевтичних методів широко застосовують синусоїдальні модульовані токи, які мають анальгетичний, протизапальний та трофічний ефект. У цей період розвитку захворювання ефективним способом профілактики вважається і *лікувальна фізична культура (ЛФК)* [13].

Завданням ЛФК є нормалізація діяльності центральної нервової системи, вегетативної нервової системи, підвищення загального тону організму і нейрогуморальної регуляції функцій печінки та жовчовивідної системи; зменшення і ліквідація запального процесу; усунення застою і порушень відтоку жовчі, профілактика біліарного сладжу; покращання кровотоку та лімфообігу і трофічних процесів у печінці та інших органах травлення; зміцнення м'язів живота, активізація функцій травної системи. Мета полягає в тому, щоб адаптувати пацієнта до фізичних навантажень виробничого і побутового характеру. Тобто задачі ЛФК багатофункціональні. Комплекси лікувальної гімнастики складають із загальнорозвиваючих і спеціальних вправ — дихальних, на розслаблення, дренажних і для м'язів живота [8].

Методику ЛФК будують з урахуванням анатомо-топографічного розташування печінки, ЖМ і проток, форми дискінезії жовчовивідних шляхів та інших чинників. Насамперед це стосується вихідних положень, що найбільш вигідні для відтоку жовчі.

Найкращими є положення на лівому боці, в упорі стоячи на колінах, при яких жовч у ЖМ вільно переміщується під впливом сили ваги в бік вивідного протоку і ДПК. Випорожнити ЖМ можна і з положення лежачи на животі за рахунок підвищення тиску в черевній порожнині. Такого результату можна досягнути і в положеннях сидючи та стоячи, застосовуючи нахили, повороти тулуба разом із рухами кінцівками, а також використовуючи дихальні вправи і вправи для м'язів живота. При уповільненні дихальних рухів на вдиху і видиху вправи для м'язів живота допомагають зменшити диспепсичні явища (нудоту, відрижку) та больові відчуття. З метою посилення масажної дії діафрагми на печінку і поліпшення кровообігу в ній застосовують вихідне положення лежачи на правому боці. Особливістю проведення заняття є збільшення часу для відпочинку (2–3 хвилини), що сприяє виділенню жовчі з ЖМ при дискінезії жовчних шляхів. Важливо перед проведенням лікувальної гімнастики надавати пасивний відпочинок протягом 5–7 хвилин. Напередодні рекомендується прогрівати ділянку печінки, що стимулює випорожнення ЖМ під час занять фізичними вправами. Тобто перед ЛФК можна за 30–40 хвилин проводити відповідні фізіотерапевтичні процедури (наприклад, електрофорез із сульфатом магнію, синусоїдальні модульовані токи).

Корисно використовувати *лікувальний масаж* (якщо немає загострення процесу). Він нормалізує діяльність вегетативної нервової системи; ліквідує застій жовчі і попереджає утворення жовчних каменів, стимулює тонус ЖМ при гіпотонічній формі дискінезії та усуває спазм при гіперкінетичному варіанті; покращує крово- та лімфообіг у печінці та інших органах травлення; активізує моторно-евакуаторну функцію (зокрема й кишок). У подальшому з метою розвитку адаптаційних механізмів можна рекомендувати регулярно використовувати лікувальну і ранкову гігієнічну гімнастику, гідрокінезіотерапію, теренкур, піші та лижні прогулянки, катання на велосипеді, ковзанах, плавання, веслування, спортивні та рухливі ігри. Але треба пам'ятати, що *ЛФК протипоказана при інтенсивному абдомінальному болю, частих нападах ЖКХ, загостренні супутніх захворювань травної системи.*

*Роль масажу травного тракту* при проведенні профілактичних і реабілітаційних заходів трудно переоцінити. Методика масажу при хронічних захворюваннях ЖМ і жовчовивідних шляхів полягає у застосуванні сегментарно-рефлекторного і класичного масажу. Масажують паравертебральні зони спинномозкових сегментів С3–С4, D6–D10, рефлексогенні зони правої половини грудної клітки, ділянку сонячного сплетення, рефлексогенні зони живота, печінки і ЖМ. Масаж печінки проводять кінчиками пальців і долонею, виконуючи ніжні погладження в ділянці органу знизу, ліворуч і праворуч догори; розтирання пальцями під реберним краєм і ніжну вібрацію, підштовхування, стрясання печінки. Масаж ділянки ЖМ при атонії його стінок проводять, використовуючи ніжні циркулярні погладження, розтирання і безперервну вібрацію пальцями, ритмічні неглибокі натискування. Якщо масаж печінки і ЖМ проводиться

після будь-якого перебігу загострення, то він має носити щадний характер.

Щодо масажу *паравертебральних зон спинномозкових сегментів* (D6–D10, C3–C4) використовується площинне, охоплююче і вібраційне погладження; циркулярне розтирання кінчиками пальців, штрихування, гребенеподібне розтирання, пиляння, поздовжня розминка, зрушення, розтягування; вібрація (поплескування, лупцювання поперечно кулаком, рублення). Погладження, розтирання, розминка і вібрація трапецієподібних м'язів; погладження і розтирання ділянки правої лопатки, її кута і внутрішнього краю; граблеподібне погладження і розтирання міжреберних м'язів у ділянці VII–IX ребер справа і у ділянці правої пахової ямки. Значення надається і *масажу шиї*, який включає такі методики: поперечне розминання, розтирання і погладження; щипцеподібне погладження і розминання грудниноключичнососкоподібних м'язів. При масажі *грудної клітки* використовують погладження площинне і охоплююче від білої лінії живота до пахових ямок; розтирання і розминання великих грудних м'язів; погладження і розтирання над- і підключичних зон праворуч і ділянки груднини; вібраційне погладження грудної клітки. Проводять погладження і розтирання реберних дуг. Методика *масажу ділянки черевного сплетення* включає колоподібне погладження, розтирання і переривчасту вібрацію від мечоподібного відростка до пупка. При *масажі живота* необхідно проводити площинне поверхнєве погладження в напрямку справа наліво навколо пупка, ніжне кругове розтирання і штрихування кінчиками пальців шкіри, підшкірної основи та м'язів правої підреберної ділянки. Розминка передньої черевної стінки проводиться, використовуючи поздовжню і поперечну методику, зрушення і розтягування. Масаж правої прямого м'яза живота включає розтирання, розминку, вібрацію. Ніжні малої амплітуди струшування живота в поздовжньому і поперечному напрямках стимулюють кінетичну діяльність і кишкової трубки. При атонії стінок ЖМ рекомендується застосування ніжного площинного циркулярного погладження, розтирання і непереривиста вібрація кінчиками пальців, ритмічні легкі неглибокі натискання. Закінчують масаж погладженням живота і грудної клітки, дихальними вправами. Тривалість процедури: 12–15 хвилин. Курс лікування: 12 процедур, через день.

Як у профілактичних, так і лікувальних заходах щодо дискінезій ЖМ часто *використовується фізіотерапія* [14]. Завдання фізіотерапії полягають у усуненні болю і спазмів, ліквідації запального процесу, створенні глибокої гіперемії (але обережно), покращанні дренажної функції ЖМ, нормалізації фізіко-хімічних властивостей жовчі, покращанні обмінних

процесів і крово- та лімфообігу в черевній порожнині. Метою є загальне зміцнення організму. Застосовують солюкс, грілку, УВЧ-терапію, мікрохвильову терапію, діадинамотерапію, медикаментозний електрофорез, УФО, парафіно-озокеритні та грязьові аплікації, ванни прісні, хвойні, радонові, ванни за Гауффе для верхніх кінцівок, пиття мінеральної води, кишкові промивання, кліматолікування. При гіпокінетичній дискінезії ЖМ призначають електростимуляцію його ділянки та правого грудочеревного нерва з метою рефлекторної стимуляції випорожнення ЖМ, а також його ділянки при атонії стінок ЖМ.

З метою поліпшення моторної функції ЖМ та жовчних проток, фізико-хімічних властивостей жовчі пацієнтам призначається *питне лікування гідрокарбонатно-хлоридно-сульфатно-натрієво-кальцієво-магнієвими водами*. Для полегшення відходу жовчі та зміни її реологічних властивостей застосовуються переважно сульфатно-натрієві, сульфатно-магнієві, гідрокарбонатні і кальцієві води. При гіперкінетичних розладах рекомендуються води малої і середньої мінералізації (Нафтуса, Березівська, Свалевська, Миргородська, Кримський нарзан, карловарська термальна вода тощо) з переважанням іонів гідрокарбонату, сульфату, хлору, натрію, магнію. Тривалість питного курсу становить 3 тижні. Хворим із гастралгічним характером болю та гіпокінетичним характером дискінезії рекомендують пити мінеральну воду середньої мінералізації (Смирновська, Слов'янська, води, які за складом відповідають моршинським мінеральним водам (наприклад, Брусницька у Чернівецькій області)). За умов вираженої гіпотонії ЖМ мінеральні води можна призначати у холодному вигляді [7]. З метою антиспастичного ефекту призначають мінеральну воду з температурою 40 °С за 30–90 хвилин до їди залежно від стану кислотоутворювальної функції (по 150–200 мл 3 рази на добу).

Подальшу профілактику можна проводити, застосовуючи *санаторно-курортне лікування*. *Показаннями* є холецистити (зокрема з невеликими каменями в жовчовивідних шляхах) або доліковування в післяопераційному періоді, а також стан після самостійного виходу або оперативного видалення каменів тощо. *Протипоказаннями* до лікування холецистити на курорті є ЖКХ, що супроводжується частими тривалими нападами з порушенням відтоку жовчі і явним проявом інфекції, а також емпієма ЖМ. В карту санаторного лікування при ЖКХ входять такі процедури: промивання і зрошення кишечника мінеральною водою; мікроклізми з настоями трав; фіточай; бальнеолікування (перлинні ванни з хвойним екстрактом, паровуглекислі ванни); грязелікування; кліматотерапія; ЛФК; масаж. Рекомендований період оздоровлення: 18–21 день.



**Література:**

1. Бабінець Л. С., Кицай К. Ю. Актуальні питання формування хронічного біліарного панкреатиту. Вісник клубу панкреатологів. 2015. № 4 (29). С. 46–50.
2. Грабовська О. І., Татарчук О. М., Завгородня Н. Ю. Особливості функціональної активності імунної системи, вуглеводний і ліпідний обмін у дітей із біліарною дисфункцією на тлі надмірної маси тіла та ожиріння. Сучасна гастроентерологія. 2021. № 5–6. С. 37–45.
3. Гриднєва С. В. Дисфункція сфінктера Одді після холецистектомії: механізми розвитку і тактика лікування. Сучасна гастроентерологія. 2015. № 3 (83). С. 122–127.
4. Губергріц Н. Б. Перспективи застосування урсодезоксихолевої кислоти в панкреатології. Дільничний лікар. 2016. № 4 (45). С. 44.
5. Губергріц Н. Б., Бєляєва Н. В., Клочков О. Є., Лукашевич Г. М., Рахметова В. С., Фоменко П. Г., Юр'єва А. В., Ярошенко Л. О. Сучасні уявлення про функціональний панкреатичний розлад сфінктера Одді. Вісник клубу панкреатологів. 2019. № 1 (34). С. 30–35.
6. Губергріц Н. Б., Лукашевич Г. М., Голубова О. О., Фоменко П. Г. Холецистектомія та сфінктер Одді: як досягти консенсусу. Сучасна гастроентерологія. 2013. № 1 (69). С. 55–65.
7. Данилаш М. М., Ганинець П. П., Сарканич О. В., Макара Ю. В. Результати комплексного відновного застосування мінеральної води «Лужанська № 7» в хворих на хронічний некалькульозний холецистит. Сучасна гастроентерологія. 2014. № 5 (79). С. 44–48.
8. Жигульова Е. О., Христин Т. М. Хронічний панкреатит: як впливає лікувальна фізкультура на якість життя пацієнтів. Фітотерапія. Часопис. Вип. 1. 2021. С. 91–92.
9. Степанов Ю. М., Заїченко Н. Г. Хронічний панкреатит: біліарний механізм, чинники та перебіг. Запорізький медичний журнал. 2012. № 1 (70). С. 46–50.
10. Харченко Н. В., Анохіна Г. А., Марухно І. С., Герасименко О. М. Корекція антроподоенальної дисмоторики у хворих з постхолецистектомічним синдромом. Сучасна гастроентерологія. 2013. № 4 (72). С. 12–17.
11. Христин Т. М. Хронічний панкреатит: значення ураження жовчного міхура та жовчовивідних шляхів у його розвитку. Вісник клубу панкреатологів. 2022. № 2–3 (55–56). С. 48–53.
12. Христин Т. М. Хронічний холецистит як фактор, що бере участь у розвитку та прогресуванні хронічного панкреатиту. Вісник невідкладної та відновлювальної медицини. 2013. № 14 (2). С. 382–390.
13. Христин Т. М., Телекі Я. М., Гонцарюк Д. О., Оліник О. Ю., Жигульова Е. О. Хронічний панкреатит: клінічно-патогенетичні особливості розвитку поєднання деяких захворювань та методи медикаментозної корекції (2-ге вид., перероб., доп.). Чернівці, 2022. 584 с.
14. Шестакова О., Сладкова П. (ред.). Фізична терапія: підручник. Київ: Чеський центр у Києві, 2019. 272 с.

УДК 616.361/.366-008.6-07-08-084

doi: 10.33149/vkr.2024.03.02

**UA Про способи профілактики і запобіжного лікування уражень жовчного міхура та жовчовивідних шляхів, які доцільно використовувати у процесі реабілітаційних заходів**

**Д. О. Гонцарюк<sup>1</sup>, Т. М. Христин<sup>2</sup>, М. В. Патратій<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

<sup>2</sup>Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, Кам'янець-Подільський, Україна

**Ключові слова:** жовчний міхур, жовчовивідні шляхи, медикаментозне лікування, ЛФК, масаж, бальнеолікування

У представленій статті автори висвітлюють механізм розвитку дискінезій жовчовивідних шляхів, жовчного міхура, дисфункції сфінктера Одді (як попередніх механізмів розвитку хронічного холециститу, жовчнокам'яної хвороби). Увага приділена ролі реабілітаційних заходів, які вважаються оптимально ефективними. Розглядається значення дієтотерапії, лікувальної фізкультури у профілактиці утворення біліарного сладжу, оскільки він є ознакою калькульозного холециститу. Підкреслюється, що корисно використовувати лікувальний масаж (якщо немає загострення процесу).

Він нормалізує діяльність вегетативної нервової системи; стимулює тонус жовчного міхура при гіпотонічній формі дискінезії та усуває спазм при гіперкінетичному варіанті; ліквідує застій жовчі і попереджає утворення жовчних каменів; покращує крово- та лімфообіг у печінці та інших органах травлення. При ремісії з метою розвитку адаптаційних механізмів автори рекомендують регулярно застосовувати лікувальну і ранкову гігієнічну гімнастику, гідрокінезіотерапію, теренкур, піші й лижні прогулянки, катання на велосипеді, ковзанях, плавання, веслування, спортивні та рухливі ігри. Приводиться методика сегментарно-рефлекторного і класичного масажу травного тракту, методика масажу паравертебральних зон спинномозкових сегментів С3–С4, D6–D10, рефлексогенної зони правої половини грудної клітки, ділянки сонячного сплетення, живота, печінки і жовчного міхура. Автори підкреслюють значення фізіотерапії як у профілактичних, так і лікувальних процесах при дискінезії жовчного міхура. Рекомендуються сольокс, UVЧ-терапія, медикаментозний електрофорез, УФО, парафіно-озокеритні та грязьові аплікації. При гіпокінетичній формі дискінезії жовчного міхура (атонії стінок) пропонується електростимуляція його ділянки та правого грудочеревного нерву. З метою поліпшення моторної функції жовчного міхура та жовчних проток, фізико-хімічних властивостей жовчі автори рекомендують призначати питне лікування гідрокарбонатно-хлоридно-сульфатно-натрієво-кальцієво-магнієвими водами.

EN **Methods of prevention and preventive treatment of lesions of the gallbladder and bile tract that can be used in the process of rehabilitation**

**D. O. Hontsariuk<sup>1</sup>, T. M. Hristych<sup>2</sup>, M. V. Patrati<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

<sup>2</sup>Kamyanets-Podilsky Ivan Ohienko National University, Kamyanets-Podilsky, Ukraine

**Key words:** gallbladder, biliary tract, drug treatment, physical therapy, massage, balneotherapy

The authors highlight the mechanisms of dyskinesia of the biliary tract, gallbladder, and sphincter of Oddi dysfunction (as preliminary mechanisms for the development of chronic cholecystitis and cholelithiasis) in the article. The authors focus on the role of rehabilitation measures, which they deem to be optimally effective. The importance of diet therapy and physical therapy in preventing biliary sludge is considered since it is a sign of calculous cholecystitis. The authors emphasize the usefulness of therapeutic massage, provided there is no exacerbation. It normalizes the activity of the autonomic nervous system; stimulates the tone of the gallbladder in the hypotonic form of dyskinesia and eliminates spasm

in the hyperkinetic form; eliminates bile stagnation and prevents the formation of gallstones; and improves blood and lymph flow in the liver and other digestive organs. In order to develop adaptation mechanisms during remission, the authors recommend regular use of therapeutic and morning hygienic exercises, hydrokinesiotherapy, a health path, hiking and skiing, cycling, skating, swimming, rowing, sports, and outdoor games. The authors present the technique of segmental reflex and classical massage of the digestive tract, the paravertebral zones of the spinal segments C3–C4, D6–D10, the reflexogenic zone of the right half of the chest, and the areas of the solar plexus, abdomen, liver, and gall bladder. The authors emphasize the importance of physiotherapy in both preventive and therapeutic processes for gallbladder dyskinesia. Solux, UHF therapy, medicinal electrophoresis, UV irradiation, paraffin-ozokerite and mud applications are administered. The authors recommend electrical stimulation of the gallbladder's area and the right thoracic nerve for the hypokinetic form of gallbladder dyskinesia, which is characterized by atony of the walls. To improve the motor function of the gallbladder and bile ducts and the physicochemical properties of bile, the authors administer a drinking treatment with hydrocarbonate-chloride-sulfate-sodium-calcium-magnesium waters.