

і ЗПОС) у веслярів високого класу не мають вірогідних відмінностей серед чоловіків і жінок.

2. Показники відносної фізичної працездатності веслярів-чоловіків кваліфікації КМС на 35,2 % ( $P < 0,001$ ) більші, ніж у жінок аналогічної кваліфікації, проте серед майстрів спорту відмінності практично відсутні. Це може свідчити про те, що у чоловіків кваліфікації МС на даному етапі менше приділяється уваги питанням розвитку загальної витривалості (що побічно підтверджується даними ВСР), а також з підвищенням спортивної кваліфікації відбувається зближення функціональних показників у чоловіків і жінок.

3. Стан регуляторних механізмів керування кардіоритмом у веслярів високого класу дозволяє констатувати у них високий ступінь економізації вегетативних реакцій. Це є закономірним результатом багаторічних тренувань, спрямованих на переважний розвиток якості витривалості, про що свідчить менша кількість спортсменів з гіперкінетичним ТК (5,8 % у чоловіків і 8 % у жінок), який є економічно невігідним.

4. Веслярі (чоловіки і жінки), що мають кваліфікацію КМС, не відрізняються від веслярів кваліфікації МС за інтегральними показниками центральної гемодинаміки. Проте якщо чоловіки не відрізняються також і за величинами відносної фізичної працездатності, то у жінок рівня МС вона на 31,7 % більша, ніж у КМС, що необхідно враховувати у тренувальному процесі.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Дьяченко А. Специальное тестирование функциональных возможностей гребцов-академистов высокого класса // IV Міжн. наук. конгрес «Олімпійський спорт і спорт для всіх: проблеми здоров'я, рекреації, спортивної медицини та реабілітації». — К., 2000. — С. 188.

2. Дьяченко А. Совершенствование специальной выносливости квалифицированных гребцов-академистов: подходы к оценке функционального потенциала спортсменов и возможности его реализации // Наука в олимп. спорте. — 2001. — № 2. — С. 47-54.

3. Мелешко В. И., Пчелов В. М. Оценка функционального состояния гребцов-академистов методами биохимического контроля // Спортивный вестник Придніпров'я. — 1999. — С. 21-24.

4. Шамардина Г. Н., Мелешко В. И. Критерии отбора перспектив-

ных спортсменов // Там же. — 1999. — С. 46-48.

5. Белоцерковский З. Б., Карпман В. Л. Возможности эхокардиографии и перспективы ее использования в спортивной медицине // Теория и практи. физ. культуры. — 1991. — № 8. — С. 21-24.

6. Михалюк Е. Л., Бражников А. Н., Чечель Н. М. Влияние направленности тренировочного процесса и квалификации на показатели центральной гемодинамики и тип кровообращения у спортсменов // Матли міжнар. наук. конф. «Актуальні проблеми фізичної культури та спорту в сучасних соціально-економічних і екологічних умовах». — Запоріжжя, 2000. — С. 178-182.

7. Михалюк Е. Л., Лозовой В. И. Физическая работоспособность у представителей видов спорта, развивающих качество выносливости // Тези доп. II Всеукр. наук.-практ. конф. «Актуальні проблеми фізичного виховання у вузі». — Донецьк, 1998. — Ч. II. — С. 159-160.

8. Кропота Р. Ефективність регуляції серцевого ритму у веслярів високого класу в умовах адаптації до інтенсивної м'язової діяльності // Теорія і методика фіз. виховання і спорту. — 2001. — № 1. — С. 122-126.

9. Абрамова Т. Ф., Никитина Т. М., Кочеткова Н. И. Направлення науково-дослідницької роботи лабораторії спортивної антропології, морфології і генетики ВНИИФКа // Там же. — 2003. — № 10. — С. 39-41.

УДК 616.33-002-089.87:616.37-002.2:615.83

Ф. Г. Філак

## ВПЛИВ САНАТОРНОГО ЛІКУВАННЯ НА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ХВОРИХ НА ГІПОСЕКРЕТОРНИЙ ПАНКРЕАТИТ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ РЕЗЕКЦІЮ ШЛУНКА У ЗВ'ЯЗКУ З ВИРАЗКОВОЮ ХВОРОБОЮ

Ужгородський національний університет

### Вступ

Значна частина хвороб оперованого шлунка супроводжується патологічними змінами з боку підшлункової залози.

Складна регуляторна система підшлункової залози та висока біологічна активність її структур — ацинарні клітини, островці Лангерганса, каналіцевий епітелій — зумовлюють

неабияку уразливість цього органа і його вагомую участь у низці патологічних станів. Прояви уражень підшлункової залози нерідко відрізняються клінічно невираженістю та



однотипністю. Тому їх часто важко розрізнити з-поміж клінічних симптомів, які супроводжують ураження інших органів. Зважаючи на своєрідну структуру і функціональні особливості цього органа, можна припустити, що такі ураження справді непоодинокі. Тому діагностика і санаторне лікування хворих на хронічний панкреатит, які перенесли резекцію шлунка, має велике значення.

**Мета** дослідження — виявлення впливу санаторно-курортного лікування на функціональний стан підшлункової залози у хворих на хронічний гіпосекреторний панкреатит, які перенесли резекцію шлунка у зв'язку з виразковою хворобою шлунка і дванадцятипалої кишки.

#### **Матеріали та методи дослідження**

Нами було обстежено 33 хворих (8 жінок і 25 чоловіків) на хронічний гіпосекреторний панкреатит, які перенесли резекцію шлунка у зв'язку з виразковою хворобою шлунка і дванадцятипалої кишки. Вік хворих становив  $(56,10 \pm 1,96)$  років, вік перед початком захворювання —  $(26,40 \pm 1,51)$  років. Термін після оперативного втручання становив від 1 до 30 років (у 63,7 % — до 10 років). Причиною операції були: виразкова кровотеча у 14 осіб, перфоративна виразка — в 11, пілоростеноз — у 5 і малігнізація виразки — у 3 пацієнтів.

Функціональний стан підшлункової залози вивчався за допомогою методики фракційного дослідження амілази сечі за Желтвасем (1969) — ФАЖ. Натще збирали 2-годинну порцію сечі (наприклад, з 7-ї до 9-ї години ранку). Другу і третю порцію сечі збирали через 30 і 60 хв після вживання пацієнтом стандартного сніданку — 200 мл теплого солодкого чаю і 30 г білого хліба). Амілазу сечі визначали найпоширені-

шим способом Вольгемута. За нормальних обставин після ранкового вживання стандартного сніданку кількість амілази, яка надходить з клітин підшлункової залози у кров і виділяється з сечею, зростає у 1,5–2 рази порівняно з рівнем амілази натще.

Внутрішньосекреторну функцію підшлункової залози оцінювали за кількістю цукру в крові та добовій сечі. Всім хворим проводили ультразвукове дослідження жовчного міхура і підшлункової залози. Моторну функцію жовчного міхура оцінювали за його реакцією на вживання стандартного сніданку (2 яєчні жовтки). При цьому вивчали площу міхура до і через 30 і 60 хв після сніданку. Рівень тривоги у хворих визначали за шкалою Тейлор.

Клінічно хронічний панкреатит найчастіше проявлявся болем у надчерев'ї — менш інтенсивним перед сніданком, який посилювався після їжі. Локалізація болю різноманітна: здебільшого це біль посередині живота, рідше — в лівому, правому підребер'ях, у нижній частині грудної клітки. Іноді біль під грудьми був оперізуючим. Частими також були скарги на спрагу, здуття живота та проноси.

#### **Результати дослідження та їх обговорення**

За даними методики ФАЖ, рівень концентрації амілази в сечі становив: натще —  $(14,00 \pm 1,07)$  г/(год·л), через 30 хв —  $(13,60 \pm 0,97)$  г/(год·л) і через 60 хв —  $(14,20 \pm 1,14)$  г/(год·л). У 9 хворих (27,3 %) виявлений підвищений цукор крові. Рівень глікемії натще становив  $(6,50 \pm 0,51)$  ммоль/л, а глюкозурії —  $(2,62 \pm 0,21)$  г/л.

Точні патогенетичні механізми постгастрорезекційних хронічних панкреатитів ще не зовсім з'ясовані й потребують подальшого вивчення. Внаслідок порушення гормональної регуляції підвищується в'язкість панкреатичного соку,

який осідає в каналцях і спричинює застій соку з подальшою активізацією ензимних систем. Приблизно у 70 % людей загальна жовчна протока і головна протока підшлункової залози сходяться у фатеровому соску. У цих випадках витік панкреатичного соку регулює сфінктер Одді. Різні розлади його діяльності позначаються на гідростатичному тиску в каналцевій системі підшлункової залози і секретії покривного епітелію та ацинарних клітин. Під час застою і підвищеному тиску в каналцях спостерігаються різні ступені порушення зовнішньої секретії підшлункової залози, і в тому числі відхилення ензимів у русло крові. М. А. Самсонов, Т. І. Лоранська, А. П. Нестерова (1984) виявили, що у значній кількості обстежених хворих, які перенесли резекцію шлунка, активність ферментів підшлункової залози у сироватці крові була підвищеною або мала тенденцію до підвищення [4].

До розвитку хронічних панкреатитів призводять порушення відтоку жовчі з подальшим підвищенням гідростатичного тиску в жовчній і панкреатичній системах. За даними ультразвукового обстеження, у 29 (87,9 %) хворих на постгастрорезекційний панкреатит виявлені ознаки хронічного холециститу, із них у 5 осіб (15,2 %) — камені у жовчному міхурі. Гіпокінетичний тип дискінезії жовчного міхура спостерігався у 21 пацієнта (63,6 %). Таким чином, можна стверджувати, що хронічні панкреатити і холецистити, які виникають у хворих після резекції шлунка, призводять до розвитку гіпокінетичної дискінезії жовчного міхура. В. Я. Шварц і співавтори (1988) спостерігали в оперованих на виразкову хворобу хворих функціонально-морфологічні порушення гепатобіліарної системи, які свідчать про латентний перебіг гепатиту, холециститу, розлади мо-



торної функції жовчного міхура, підвищення літогенності жовчі та утворення каменів [6]. За даними Т. В. Майкової (2004), функціональні порушення підшлункової залози розвиваються на фоні зниження пластичності її адаптаційних реакцій [3]. Все це свідчить про порушення механізмів, які регулюють діяльність жовчного міхура і підшлункової залози.

За даними шкали Тейлор, рівень тривоги у хворих був підвищений і становив ( $26,30 \pm 0,87$ ) балів. Надмірний емоційний стрес може служити допоміжним фактором, який змінює клінічний характер та еволюцію основного захворювання. Стрес розбалансовує нерво-гуморальні кореляції, пригнічує загальний і місцевий імунний захист, блокує відтік жовчі, сприяючи цим хронізації органічного захворювання [2]. Крім блукаючого нерва, функцією сфінктера Одді керує низка гуморальних факторів — холецистокінін, гістамін, ацетилхолін, секретин тощо, активність яких здебільшого опосередкована вегетативною нервовою системою. У зв'язку з цим, на перебіг основного захворювання певний вплив має також тривалість надмірного емоційного стресу. В. О. Коростильов і співавтори (1990) виявили, що стан тривалої підвищеної тривоги (15 і більше років) у хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки призводить до недостатності сфінктера Одді, появи гіпотонії дванадцятипалої кишки і жовчного міхура, а також до зниження екзокринної функції підшлункової залози внаслідок виснаження її секреторного апарату і приєднання запального процесу [2].

У 15 хворих методом ультразвукового дослідження вивчали одноразову дію прийнятої всередину мінеральної води «Поляна Купіль» на скоротливу функцію жовчного міхура. Воду призначали підігріту до  $42^\circ\text{C}$  у кількості 200 мл.

Площу жовчного міхура визначали до та через 30 і 60 хв після прийому мінеральної води. Через 60 хв після вживання мінеральної води площа жовчного міхура зменшилась з ( $16,8 \pm 1,5$ ) до ( $12,3 \pm 1,1$ )  $\text{cm}^2$  ( $P < 0,05$ ).

Усі хворі пройшли повний курс санаторного лікування, спрямованого на усунення болю, диспептичних явищ, нормалізацію секреторної, моторно-евакуаторної функції органів травлення, стабілізацію нервової системи. Комплекс лікування складався з п'ятиразового харчування (дієта № 5П), внутрішнього прийому середньомінералізованої вуглекислої гідрокарбонатно-натрієвої мінеральної води «Поляна Купіль» підігрітої до  $42^\circ\text{C}$  за 45 хв до прийому їжі по 200 мл тричі на день, вуглекислих мінеральних ванн, фітотерапії, кишкових зрошень, сегментарно-рефлекторного масажу, лікувальної фізкультури, психотерапії. З метою нормалізації обмінно-окислювальних і стимуляції імунних процесів використовувалась синглетно-киснева терапія. За даними деяких авторів, санаторно-курортна реабілітація, що складалася з різноманітних природних і преформованих лікувальних факторів, приводить до певних зрушень у фізіологічних системах організму і, передусім, у центральній нервовій системі.

Одним із основних лікувальних факторів є внутрішній прийом мінеральних вод. Специфічна дія вуглекислих гідрокарбонатних мінеральних вод на функціональний стан шлунка, жовчовидільної системи, підшлункової залози зумовлена наявністю в їх складі біологічно активних іонних і газових компонентів. Під дією мінеральної води «Поляна Купіль» нормалізуються фізико-біохімічні властивості жовчі і, що особливо важливо, холо-то-холестериновий коефіцієнт. Під дією мінеральної води

збільшується вміст бікарбонатів, при цьому нормалізується активність амілази і трипсину як у базальному, так і в стимульованому панкреатичному соку. Позитивна дія мінеральної води на функціональний стан підшлункової залози також пояснюється впливом на продукцію інтестинальних гормонів і нормалізацією РН у верхніх відділах шлунково-кишкового тракту.

Лікувальна гімнастика була направлена на нормалізацію нейрогуморальної регуляції функцій підшлункової залози, активізацію крово- та лімфообігу у черевній порожнині, зміцнення м'язової системи черевного преса. Поряд із загальнорозвиваючими вправами використовувались спеціальні вправи для всіх м'язових груп, в тому числі для м'язів живота, спини, тазового дна, повороти тулуба, які хворий виконує із різних вихідних положень. Призначення лікувальної ходьби, теренкуру сприяло адаптації до психологічних і фізичних навантажень, відновленню працездатності пацієнта.

Під впливом санаторного лікування екзокринна функція підшлункової залози у 28 хворих (84,8 %) на хронічний гіпосекреторний панкреатит, які перенесли резекцію шлунка, підвищилась. Наприкінці лікування рівень уроамілази натще становив ( $18,60 \pm 0,95$ ) г/(год·л) ( $P < 0,01$ ), через 30 хв після стандартного сніданку — ( $16,80 \pm 1,04$ ) г/(год·л) ( $P < 0,05$ ) і через 60 хв — ( $16,10 \pm 1,09$ ) г/(год·л) ( $P < 0,05$ ). Санаторне лікування сприяло також покращанню ендокринної функції підшлункової залози — рівень глікемії натще у цих хворих знизився до ( $5,10 \pm 0,42$ ) ммоль/л ( $P < 0,01$ ), а глюкозурії — до ( $0,97 \pm 0,12$ ) г/л ( $P < 0,001$ ).

## Висновки

1. З-поміж причин, що сприяють розвитку хронічних гіпо-





секреторних панкреатитів у хворих на виразкову хворобу, які перенесли резекцію шлунка, важливу роль відіграють розлади діяльності сфінктера Одді з подальшим підвищенням гідростатичного тиску в каналцевій системі підшлункової залози і жовчних шляхах, що супроводжується застоєм соку в каналах підшлункової залози з подальшою активацією ензимних систем.

2. У хворих на постгастрорезекційний хронічний гіпосекреторний панкреатит частіше спостерігається гіпокінетична дискінезія жовчного міхура.

3. Стан тривалої підвищеної тривоги у хворих, які перенесли резекцію шлунка у зв'язку з виразковою хворобою, призводить до недостатності сфінктера Одді, появи гіпотонії дванадцятипалої кишки і жовчного міхура, а також до зниження екзокринної функції підшлункової залози внаслідок виснаження її секреторного апарату.

4. Одноразовий прийом мінеральної води «Поляна Купіль» поліпшує скоротливу функцію жовчного міхура.

5. Комплексне відновне санаторне лікування покращує екзокринну та ендокринну функцію підшлункової залози у хворих на хронічний гіпосекреторний панкреатит, які перенесли резекцію шлунка у зв'язку з виразковою хворобою.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Іоффе І. В. Вплив мінеральної води «Біловодська» на рівень циркулюючих імунних комплексів при медичній реабілітації хворих з множинними пептичними виразками шлунка та дванадцятипалої кишки після хірургічного лікування // Укр. мед. альманах. — 2004. — № 3. — С. 52-54.

2. Коростелев В. А., Торохтин А. М., Михалко Т. М. О связи длительности заболевания с функцией гастродуодено-панкреато-билиарной системы у высокотревожных больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки // Аннот. докл. обл. научн.-практ. конф. на

тему: «Новое в психотерапии и немедикаментозном лечении больных на курорте». — Харьков, 1990. — С. 62-63.

3. Майкова Т. В. Характеристика функціональної здатності печінки і підшлункової залози у хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки, поєднаної з хронічним безкаміяним холециститом та хронічним панкреатитом // Сучасна гастроентерологія. — 2004. — № 5 (19). — С. 26-31.

4. Самсонов М. А., Лоранская Т. И., Нестерова А. П. Постгастрорезекционные синдромы (патогенез, клиника, лечение) / АМН СССР. — М.: Медицина, 1984. — 192 с.

5. Філак Ф. Г., Філак Я. Ф. Рання реабілітація хворих після операції на шлунку і 12-палій кишці на курорті «Поляна» // Матер. V наук.-практ. конф. з міжнар. участю: «Рання медична реабілітація: здобутки, проблеми, перспективи». — Ужгород, 2004. — С. 234-235.

6. Влияние бальнеогрязелечения на состояние гепатобилиарной системы больных язвенной болезнью после операции на желудке / В. Я. Шварц, Р. Е. Якушкина, Г. И. Рассветаева и др. // Вопр. курортол., физиотерап. и лечеб. физ-ры. — М., 1988. — № 2. — С. 11-14.

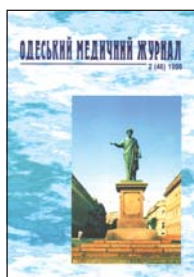
*Передплачуйте  
і читайте*

## ОДЕСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Передплата приймається у будь-якому передплатному пункті

У випусках журналу:

- ◆ Теорія і експеримент
- ◆ Клінічна практика
- ◆ Профілактика, реабілітація, валеологія
- ◆ Нові технології
- ◆ Огляди, рецензії, дискусії



Ціна передплати на півріччя (три номери):

- для підприємств та організацій — 60 грн;
- для індивідуальних передплатників — 30 грн.

Передплатні індекси:

- для підприємств та організацій — 48717;
- для індивідуальних передплатників — 48405.

