УДК 616.366:615.825.1-244

РОЛЬ КИНЕЗИ- И ФИТОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ РАССТРОЙСТВОМ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

[1]Кильдебекова Р.Н., [2]Исангулова Э.А., [1]Кудашкина Н.В., [1]Хасанова С.Р.

[1]ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Уфа, e-mail: Kildebekova49@mail.ru;

[2]МБУЗ «Поликлиника № 49», Уфа

В настоящее время отмечается повышенное внимание к функциональным расстройствам билиарного тракта в связи с их высокой распространенностью. Результаты исследования 122 лиц молодого возраста с функциональным расстройством желчного пузыря показали клиническую эффективность применения индивидуально подобранной кинези- и фитотерапии. Анализ вариабельности сердечного ритма на фоне применения лечебных комплексов показал позитивную динамику, при гипертонически-гиперкинетическом типе дискинезии Амо увеличилась на 21,9%, ИН на 76,4%, показатель Мо уменьшился на 15,8% и ВР на 18,2%. При гипотонически-гипокинетическом типе дискинезии Мо и ВР увеличились на 12,7 и 58,3%, Амо и ИН уменьшились на 8,4 и 48,7%. Также на фоне лечения у лиц с функциональным расстройством желчного пузыря наблюдалось улучшение психологического здоровья, уровень Самочувствия увеличился на 22,4%, Активность – на 19,6% и Настроение – на 24,4%. Результаты исследования свидетельствуют о возможности применения предложенных инновационных технологий для оптимизации поликлинического этапа реабилитации.

Ключевые слова: функциональное расстройство желчного пузыря, кинезитерапия, фитотерапия, лица молодого возраста, вегетативная регуляция

THE ROLE OF KINESI- AND PHYTOTHERAPY IN REHABILITATION OF PATIENTS WITH GALLBLADDER DYSKINESIA

[1]Kildebekova R.N., [2]Isangulova E.A., [1]Kudashkina N.V., [1]Khasanova S.R.

[1]Bashkir state medical university, Ufa, e-mail: Kildebekova49@mail.ru;

[2]MBUZ Policlinic № 49, Ufa

Summary: At present, an increased attention to functional disorders of biliary tract due to their high prevalence is obvious. Results of the study of 122 young subjects with biliary dyskinesia showed the clinical efficacy of the individualized approach to kinesi- and phytotherapy. With treatment trials conducted, heart rate variability analysis revealed that with hypertensive-hyperkinetic dyskinesia, Amo increased by 21,9%, TI – by 76,4%, Mo index decreased by 15,8% and VR – by 18,2%. With hypotonic-hypokinetic dyskinesia, Mo and VR increased by 12,7 and 58,3%, Amo and TI decreased by 8,4 and 48,7%, respectively. In individuals with dyskinesia, the treatment also resulted in psychological health improvement. Health status level increased by 22,4%, physical activity – by 19,6% and state of mind – by 24,4%. The results of the study conducted confirm that the use of innovative technologies is imperative for rehabilitation in polyclinic settings.

Keywords: biliary dyskinesia, kinesitherapy, phytotherapy, young individuals, vegetative regulation

При заболеваниях органов пищеварения функциональное расстройство желчного пузыря привлекает все большее внимания клиницистов [4, 5, 10]. Функциональные патофизиологические синдромы возникают в результате нарушений механизмов регуляции функций того или иного органа. В развитии моторно-тонических нарушений билиарного тракта большое значение имеют вегетативные расстройства, стрессы, нарушения режима питания, психоэмоциональные расстройства, пищевая аллергия, хронические заболевания пищеварительной системы, гиподинамия, курение, алкоголь и другие факторы [1, 2, 7]. Функциональное расстройство желчного пузыря в настоящее время рассматривается как преморбидное состояние, которое при длительном течении может привести к развитию хронических заболеваний билиарной системы такие как, холецистит, холецистохолангит, желчекаменная болезнь, сахарный диабет [6, 3, 9]. Все это свидетельствует о медико-социальном значении ранней диагностики заболеваний билиарного тракта на уровне функциональных нарушений, необходимости совершенствования диспансерного наблюдения за данным контингентом больных и активизации поиска рациональных подходов и методов лечения, включая немедикаментозную терапию. Использование методов физической реабилитации и лекарств растительного происхождения при билиарной патологии является малоизученным, представляется актуальным и нуждается в дальнейшем уточнении.

Цель исследования – оценить влияние кинези- и фитотерапии на состояние

вегетативного статуса у лиц молодого возраста с функциональным расстройством желчного пузыря.

Материалы и методы исследования

Проведено клиническое обследование 122 пациентов молодого возраста с функциональным расстройством желчного пузыря, отобранных методом простой рандомизации, средний возраст которых составил 25,1 ± 3,2 лет, из них мужчин 43 (35,2%), женщин 79 (64,8%). Было проведено комплексное обследование пациентов с использованием общеклинических и лабораторных данных. Диагноз «Функциональное расстройство желчного пузыря» верифицировался согласно Римскому консенсусу III (2006). Ультразвуковое исследование органов брюшной полости проводилось на аппарате OLIMPUS (Япония) с оценкой формы, длины и толщины стенок желчного пузыря и определением моторной функции желчного пузыря. Моторику желчного пузыря оценивали по ответной реакции на желчегонный стимулятор – сорбит. Утром натощак перед исследованием пациент медленно выпивал 200 мл кипяченой теплой воды с 20 г сорбита, моторную функцию желчного пузыря изучали через 15, 30, 60 и 90 минут, а также определяли объем желчного пузыря, процент его опорожнения и объемный расход желчи.

Состояние вегетативной регуляции у обследуемых изучали на аппаратно-программном комплексе «Валента» (Россия) по данным моды (Мо), указывающей на доминирование синусового узла, амплитуды моды (АМо), отражающей меру мобилизирующего влияния симпатического отдела вегетативной нервной системы, вариационного размаха (ВР) и индекса напряжения (ИН), указывающего на степень управления сердечным ритмом.

Характеристика психоэмоционального состояния проводилась по методике САН – Самочувствие, Активность и Настроение (Доскин В.А., 1973).

Пациентам с функциональным расстройством желчного пузыря в зависимости от типа дискинезии назначали фитотерапевтические средства: при гипертонически-гиперкинетическом типе сбор № 1, обладающий спазмолитическим действием, и при гипотонически-гипокинетическом типе сбор № 2, усиливающий тонус желчного пузыря. Настои из сбора лечебных трав готовились согласно Государственной Фармакопее XI издания, в соотношении 1:10. Для приготовления отвара, в соответствии с рецептурой, все компоненты фитосбора брали поровну, заливали 0,5 л воды и кипятили на медленном огне 5 минут. Принимали по 1/2 стакана 3 раза в день за 30 минут до еды, длительность лечения составила 3 недели.

Пациентам с функциональным расстройством желчного пузыря, исходя из характера функциональных нарушений, применялась индивидуально подобранная кинезитерапия. При гипертонически-гиперкинетическом типе дискинезии использовали физические упражнения по щадящей методике седативного действия, способствующие расслаблению мускулатуры сфинктеров и протоков и стимуляции желчеобразования. На первых занятиях применяли малую физическую нагрузку с последующим увеличением до средней интенсивности. Для пациентов с гипотонически-гипокинетическим типом дискинезии применяли лечебную физкультуру тонизирующего характера с большей нагрузкой и интенсивностью, с замедлением дыхательных движений, направленную на повышение тонуса мускулатуры желчевыводящих путей и усиление желчевыведения,

Для оценки эффективности проводимых нами лечебных комплексов пациенты с функциональным расстройством желчного пузыря с учетом типа дискинезий были рандомизированы на три группы: I – контрольная (n = 40), обследуемые пациенты получали медикаментозное лечение согласно рекомендациям Римского консенсуса (III), II – группа сравнения (n = 40), дополнительно применяли индивидуально подобранную кинезитерапию в зависимости от типа дискинезии, и III – основная группа (n = 42), кинезитерапию сочетали с фитотерапией, а также обследовали 25 здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту.

Статистическую обработку производили с помощью программы Statistica 6.0. Средние значения исследуемых показателей представлены с их стандартными ошибками (M ± m). Достоверность различий средних значений показателей в группах оценивали с помощью t-критерия Стьюдента.

Результаты исследования и их обсуждение

Анализ частоты факторов риска развития заболевания у лиц молодого возраста с функциональными расстройствами желчного пузыря выявил нарушение питания у 114 (93,4%), пищевую аллергию у 1 (0,8%), низкую физическую активность у 72 (59,1%), курение у 59 (47,2%), употребление алкоголя у 24 (19,6%), психоэмоциональные нарушения у 67 (54,9%) и вегетативные расстройства у 59 (48,4%) обследуемых. Негативные поведенческие факторы риска способствуют развитию или ухудшению моторно-тонических нарушений желчного пузыря.

По результатам ультразвукового исследования выявлены различные формы желчного пузыря: в виде перегиба у 57 (46,7%), S-образный желчный пузырь у 6 (4,9%) и овальной формы у 59 (48,4%) пациентов. По результатам ультразвукового исследования длина желчного пузыря при гипертонически-гиперкинетическом типе дискинезии составила 58,3 ± 0,1 мм, толщина стенки 2,4 ± 0,2 мм, при гипотонически-гипокинетическом типе 78,5 ± 0,2 мм и 1,7 ± 0,2 мм соответственно. У здоровых лиц желчный пузырь овальной формы был у 24 (96%) исследуемых, S-образный у 1 (4%) исследуемого, длина и размеры стенок желчного пузыря были в пределах рекомендованных нормативов [8].

По результатам динамического исследования моторной функции желчного пузыря выявили, что через 15 минут 60% опорожнения желчного пузыря было у 46 (37,7%) пациентов, объемный расход желчи составил 0,31 мл/мин, а объем выделенной желчи 19 ± 0,2 мл, в течение 30 минуте у 74 (60,7%) 0,29 мл/мин и 18 ± 0,2 мл, через 45 ми-

нут у 79 (64,8%) лиц 0,20 ± 0,01 мл/мин и 10 ± 0,1 мл, через 60 мин у 83 (68,1%) – 0,12 мл/мин и 4 ± 0,1 мл и в течение 90 минут у 120 (98,4%) – 0,09 мл/мин и 3 ± 0,2 мл соответственно. Анализ данных моторно-эвакуаторной функции желчного пузыря показал, что гипертонически-гиперкинетический тип дискинезии был у 74 (60,7%), а гипотонически-гипокинетический тип у 48 (39,3%) обследуемых. У здоровых лиц (n = 25) определен нормотонический тип желчного пузыря.

При исследовании клинических данных у пациентов с функциональными расстройствами желчного пузыря у 102 (83,6%) отмечались боли в правом подреберье различной интенсивности, у 105 (86,1%) нарушения психоэмоционального статуса, у 20 (16,4%) расстройства стула, из диспептических расстройств верхних отделов желудочно-кишечного тракта у 75 (61,5%) отмечалась отрыжка, у 63 (51,6%) тошнота и у 54 (44,3%) горечь во рту.

Анализ вариабельности сердечного ритма, используемый для оценки состояния вегетативной нервной системы и общей адаптационной реакции организма больных с функциональным расстройством желчного пузыря, показал, что у 48 (39,3%) пациентов с гипотонически-гипокинетическим типом дискинезии преобладали признаки симпатикотонии, отмечалось снижение показателя Мо и ВР на 21,3 и 44,4%, увеличение АМо на 62,8% и ИН на 274,7% в сравнении со здоровыми лицами. У 74 (60,7%) лиц с гипертонически-гиперкинетическим типом наблюдалось увеличение показателя Мо на 50,7% и ВР на 116,7%, снижение АМо на 34,3% и ИН на 79,8% в сравнении со здоровыми, что свидетельствует о преобладании парасимпатикотонии (таблица).

Динамика вегетативного тонуса у лиц с функциональными расстройствами желчного пузыря на фоне кинези- и фитотерапии

Показатель вегетативной регуляции	Здоровые лица	I группа, контроль (n = 40)				II группа, сравнения (n = 40)				III группа, основная (n = 42)			
		Гипертонически-гиперкинетический (n = 24)		Гипотонически-гипокинетический (n = 16)		Гипертонически-гиперкинетический (n = 24)		Гипотонически-гипокинетический (n = 16)		Гипертонически-гиперкинетический (n = 26)		Гипотонически-гипокинетический (n = 16)	
		До	После	До	После	До	После	До	После	До	После	До	После
Мо	0,75±0,03	1,13±0,05	1,01±0,05	0,59±0,02	0,63±0,03	1,12±0,05	0,92±0,05	0,59±0,03	0,65±0,03	1,12±0,05	0,85*±0,04	0,59±0,03	0,71*±0,03
АМо	35,2±1,76	23,1±1,2	26,5±1,1	57,3±2,9	53,3±2,6	23,3±1,2	29,6±1,3	57,2±2,8	50,2±2,6	23,3±1,2	32,3*±1,2	57,1±2,8	48,8*±2,3
ВР	0,18±0,01	0,39±0,02	0,33±0,01	0,10±0,005	0,12±0,006	0,4±0,02	0,30±0,01	0,10±0,005	0,16±0,007	0,39±0,02	0,27*±0,01	0,11±0,005	0,19*±0,01
ИН усл. ед.	129,6±6,5	26,2±0,1	39,8±1,9	485,6±24,2	352,5±17,2	25,7±1,3	53,6±2,6	484,7±25,5	241,3±11,8	26,6±1,3	70,2*±2,7	439,9±21,5	180,8±8,8

Примечание. * При $p < 0,05$ в сравнении с контрольной группой.

Изучение психологического здоровья лиц с функциональным расстройством желчного пузыря выявило ухудшение в сравнении со здоровыми. При гипертонически-гиперкинетическом типе дискинезии уровень Самочувствия составил 4,6 ± 0,2 балла, Активности 4,7 ± 0,1 балла и Настроения 4,5 ± 0,2 балла, при гипотонически-гипокинетическом типе дискинезии 4,9 ± 0,2; 4,1 ± 0,1 и 4,5 ± 0,2 балла и в группе здоровых лиц 5,4 ± 0,3; 5,6 ± 0,2 и 5,4 ± 0,2 балла соответственно. Анализ показателей САН в зависимости от типа дискинезии желчного пузыря не выявил статистически значимых различий.

В результате проведенного комплексного лечения больных с функциональным расстройством желчного пузыря с применением кинези- и фитотерапии была выявлена позитивная динамика. По данным ультразвукового исследования длина желчного пузыря при гипертонически-гиперкинетическом типе дискинезии увеличилась на 17,4%, толщина стенки составила 1,9 ± 0,1 мм, при гипотонически-гипокинетическом типе уменьшилась на 18,6% и толщина стенки составила 2,1 ± 0,1 мм.

После проведенного курса лечения у больных с функциональными расстройствами желчного пузыря в основной группе при гипертонически-гиперкинетическом типе интенсивность болевого синдрома снизилась у 7 (18,9%) пациентов, против группы контроля 4 (10,8%), отрыжка у 22 (59,4%) и 16 (43,2%), тошнота у 9 (24,3%) и 6 (16,2%), расстройства стула у 21 (56,7%) и 15 (40,5%), психоэмоциональный статус улучшился у 29 (78,3%) и 27 (75,3%). Умеренные боли, рвота и горечь во рту после лечения не отмечались. При гипотонически-гипокинетическом типе дискинезии у больных основной группы интенсивность болей уменьшилась у 12 (25,1%) против группы контроля 8 (16,6%), отрыжка у 19 (39,5%) и 12 (24,9%), тошнота у 12 (24,9%) и 7 (14,6%), расстройства стула у 18 (37,4%) и 7 (14,6%), горечь во рту у 24 (49,8%) и 16 (33,3%), психоэмоциональный статус улучшился у 23 (47,8%)

и 16 (33,3%) соответственно. Как видно из представленных данных, у лиц с функциональным расстройством желчного пузыря в основной группе позитивная динамика клинических данных была более выраженная.

Анализ состояния вегетативного статуса в результате применения предложенных технологий у больных с функциональным расстройством желчного пузыря показал значимое улучшение, в основной группе при гипертонически-гиперкинетическом типе дискинезии показатели кардиоинтервалографии АМо увеличились на 21,9%, а в группе сравнения на 11,7%, ИН на 76,4, и 34,7%. Мо уменьшилась на 15,8 и 8,9%, и ВР на 18,2 и 9,1% соответственно. При гипотонически-гипокинетическом типе дискинезии желчного пузыря показатели Мо и ВР в основной группе увеличились на 12,7 и 58,3%, а в группе сравнения на 3,2 и 33,3%, АМо уменьшились на 8,4 и 5,8% и ИН на 48,7 и 31,5% соответственно. Лучшие результаты лечения наблюдались в основной группе исследуемых с дискинезией желчного пузыря при сочетанном воздействии кинези- и фитотерапии, где наблюдалось полное восстановление вегетативной регуляции.

Динамика психологического тестирования по данным САН показала значимое улучшение у лиц молодого возраста с функциональным нарушением желчного пузыря. В результате применения новых медицинских технологий у лиц с гипертонически-гиперкинетическим типом дискинезии в основной группе уровень «Самочувствие» увеличился на 22,4%, «Активность» на 19,6% и «Настроение» на 24,4%, а в группе сравнения на 8,1; 7,8 и 14,2%, при гипотонически-гипокинетическом типе дискинезии в основной группе на 15,3; 13,2 и 15,1% и в группе сравнения на 5,6; 9,4 и 9,4% соответственно. Как видно из представленных данных, позитивная динамика более выражена у пациентов с функциональным нарушением желчного пузыря, которым дополнительно проводилась кинези- и фитотерапия.

Заключение

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что разработанные нами медицинские технологии в лечении функционального расстройства желчного пузыря с применением индивидуально подобранной кинези- и фитотерапии в зависимости от типа дискинезии, способствовали улучшению психоэмоционального состояния у лиц молодого возраста. Результаты трехнедельного курса лечения при сочетанном воздействии индивидуализированной кинези- и фитотерапии у лиц с функциональным расстройством желчного пузыря доказали свою эффективность, наблюдалось клиническое улучшение, восстановление гармонизирующей функции вегетативной нервной системы и нормализации психоэмоционального статуса. У лиц с заболеванием билиарного тракта немедикаментозные методы лечения необходимо более широко внедрять на поликлиническом этапе реабилитации.

Список литературы

1. Александрова В.А., Рыкова С.В. Функциональные расстройства желчевыводящей системы у детей // Лечащий врач. – 2008. – № 7. – С. 58–62.

2. Болезни печени и желчевыводящих путей: руководство для врачей / под ред. В.Т. Ивашкина. – М.: Изд. Дом «М-Вести», 2005. – 452 с.

3. Григорян Э.Г., Арутюнян В.М., Манучарян Г.Г. и др. Вегетативно – сосудистые и психоэмоциональные нарушения при некоторых заболеваниях органов пищеварения и их коррекция физическими факторами // Клиническая медицина. – 2001. – № 10. – С 35–38.

4. Дударь Л.В., Гончаренко Л.И., Назарко Н.М. Оценка моторно-эвакуационной функции желчного пузыря у лиц молодого возраста // Трудный пациент. – 2013. – № 2. – С. 48–50.

5. Ильченко А.А. Болезни желчного пузыря и желчных путей: руководство для врачей. – 2-е изд. – М.: ООО Изд-во «МИА», 2011. – 880 с.: ил.

6. Козловский А.А. Функциональные заболевания билиарного тракта у детей // Медицинские новости. – 2008. – № 2. – С. 34–38.

7. Маев И.В., Барденштейн Л.М., Антоненко О.М., Каплан Р.Г. Психосоматические аспекты заболеваний желудочно-кишечного тракта // Клиническая медицина. – 2002. – Т.80, № 11. – С. 8–13.

8. Митьков В.В. Практическое руководство по ультразвуковой диагностике. – М.: Издательский дом Видар-М, 2003. – 720 с.

9. Пархотик И.И., Сельтов Я.Н., Чорний В.В. Физические упражнения в программе восстановительного лечения больных с дисфункцией билиарного тракта // Педагогика, психология и медико-биологические проблемы физического воспитания и спорта. – 2011. – № 6. – С. 102–105.

10. Al-Homaindhi H.S : Biliary diskinesia in children // Pediatr. Surg. Int. – 2002. – Vol. 18. № 5–6. – P. 357–360.

References

1. Aleksandrova V.A., Rykova S.V. *Lechashiy vrach*, 2008, no.7, pp. 58–62.

2. Ivashkin V.T. *Bolezni pecheni i zhelchevyvodjashhih pute* [Diseases of the liver and biliary tract]. Moscow, 2005, 452 p.

3. Grigorjan Je. G., Arutjunjan V. M., Manucharjan G.G, Kazarjan N. K., Sarkisjan R. A. *Klinicheskaja medicina,* 2001, no.10, pp. 35–38.

4. Dudar' L.V., Goncharenko L.I., Nazarko N.M. *Trudnyj pacient*, 2013, no.2, pp. 48–50.

5. Il'chenko A.A. *Bolezni zhelchnogo puzyrja i zhelchnyh putej* [Diseases of the gallbladder and biliary tract]. Moscow, 2003, 720 p.

6. Kozlovskij A.A. Medicinskie novosti, 2008, no.2, pp. 34–38.

7. Maev I.V., Bardenshtejn L.M., Antonenko O.M., Kaplan R.G. Klinicheskaja medicina, 2002, T. 80, no.11, pp. 8–13.

8. Mit'kov V.V. Prakticheskoe rukovodstvo po ul'trazvukovoj diagnostike.

9. Parhotik I.I., Sel'tov Ja.N., Chornij V.V. Pedagogika, psihologija i mediko-biologicheskie problemy fizicheskogo vospitanija i sporta, 2011, no.6, pp. 102–105.

10. Al-Homaindhi H.S. Pediatr. Surg. Int, 2002, no. 5–6, pp. 357–360.

Рецензенты:

Крюкова А.Я., д.м.н., профессор, заведующая кафедрой поликлинической терапии, ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Уфа;

Биккинина Г.М., д.м.н., профессор кафедры фармакологии с курсом клинической фармакологии, ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Уфа.

Работа поступила в редакцию 30.10.2014.