

На правах рукописи

ДИВНИЧ
Наталья Сергеевна

Применение грязевых аппликаций низкой температуры и хофитола в комплексном санаторно-курортном лечении больных с дискинезией желчевыводящих путей.

14.00.51 - Восстановительная медицина, лечебная физкультура и спортивная медицина, курортология и физиотерапия.

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Москва 2007

Работа выполнена в отделе заболеваний органов пищеварения ФГУ «Российский научный центр восстановительной медицины и курортологии» Росздрава, г. Москва.

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор Р.М. Филимонов

Официальные оппоненты:

Доктор медицинских наук, профессор Э.М. Орехова

Доктор медицинских наук, профессор А.Л. Чернышёв

Ведущее учреждение:

Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова

Защита диссертации состоится «15» февраля 2007 г. в 11.00 часов на заседании диссертационного совета К. 208.060.01 при Российском научном центре восстановительной медицины и курортологии Росздрава по адресу: 121069, г. Москва, Борисоглебский пер., 9.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Российского научного центра восстановительной медицины и курортологии Росздрава по адресу: 121069, г. Москва, Борисоглебский пер., 9.

Автореферат разослан « _____ » января 2007 года

Ученый секретарь диссертационного совета

доктор медицинских наук, профессор

Е.А. Турова

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы

В последнее десятилетие, как в России, так и за рубежом отмечается отчетливая тенденция к росту заболеваемости желчевыводящей системы (Грачёва Н.М., Гаврилов А.Ф., Аваков А.А. 2004). Дискинезии желчевыводящих путей (ДЖВП) в структуре заболеваний органов пищеварения занимают третье место (Галкин В.А. 1986, Златкина А.Р. 1994). Функциональные нарушения желчного пузыря и желчевыводящих путей, которые в соответствии с Римским консенсусом (Рим, 1999 г.) рассматриваются как преморбидное состояние, при длительном течении могут привести к развитию хронических заболеваний билиарной системы (Максимов В.А. 1971, Скуя Н.А. 1981, Пелешук А.П. и соавт. 1985, Ильченко А.А. 2002, Маев И.В. и соавт. 2003). Интерес к проблеме объясняется также частым вовлечением в патологический процесс смежных органов (печени, поджелудочной железы, желудка и двенадцатиперстной кишки), что накладывает свой отпечаток на клиническую картину ДЖВП, усугубляет течение заболевания (Яковенко Э.П., Григорьев П.Я. 2000, Ильченко А.А. 2002, Шашель В.А. и соавт. 2003). Это в значительной степени определяет сложность этиопатогенетических механизмов патологии желчевыводящих путей и требует постоянного поиска рационального лечения не только в условиях стационара и поликлиники, но и методов восстановительного лечения в санаторно-курортных условиях, которые давно признаны как важная составная часть этапного лечения ДЖВП (Выгоднер Е.Б. 1987, Ивашкин В.Т., Нечаев В.М. 2000).

Среди природных и преформированных факторов особое место в лечении ДЖВП принадлежит грязевым аппликациям, исходя из их противовоспалительного, спазмолитического, десенсибилизирующего, анальгезирующего эффектов, способности улучшать функциональное состояние желчного пузыря (Адилов В.Б., Давыдова О.Б. и соавт. 2000, Кирьянова В.В., Тубин Л.А. 2002).

Однако до сих пор остается спорным вопрос относительно температуры грязевых аппликаций. При гипотонически-гипокинетическом типе дискинезии достаточно эффективны грязевые аппликации 38-40°C, но учитывая тесную анатомо-физиологическую связь 12-перстной кишки с панкреато-билиарной системой применение грязевых аппликаций данной температуры нельзя считать обоснованной во всех случаях ДЖВП (Холопов А.П., Шашель В.А., Перов Ю.М., Настенко В.П. 2002). В этой связи поиск методов грязевых аппликаций основывается на снижении температурных режимов и, в частности применении грязевых аппликаций низких температур (24-26°C).

Применение грязевых аппликаций не исключает их комплексного использования с медицинскими препаратами, эффективными при патологии желчевыводящих путей, и в частности хофитолом. Как показали исследования (Минушкин О.Н. 2002, Филимонова Т.Р. 2002), являясь препаратом растительного происхождения, хофитол обладает выраженным гепатопротективным, холеретическим и трофическим действием, уменьшает проявления диспептического синдрома, лишен побочных эффектов, что и определило наше исследование по комплексному применению хофитола с грязевыми аппликациями в санаторно-курортных условиях.

Выше изложенное показывает, что значение данной патологии определяется не только медицинскими, но и социальными аспектами, в связи с частой ее выявляемостью в наиболее трудоспособном возрасте и высокими показателями временной нетрудоспособности, что и определило цель настоящего исследования.

Цель исследования:

Дать научное обоснование возможности использования грязевых аппликаций низкой температуры (24-26°C) отдельно и в комплексе с хофитолом у больных с дискинезией желчевыводящих путей (ДЖВП) в санаторно-курортных условиях.

Задачи исследования:

1. Изучить влияние грязевых аппликаций низкой температуры (24-26°C) отдельно и в комплексе с хофитолом на клиническое течение заболевания у больных с ДЖВП в санаторно-курортных условиях.
2. Оценить с помощью динамической ультразвуковой холецистографии функциональное состояние желчного пузыря у больных ДЖВП под действием грязевых аппликаций разных температурных режимов отдельно и в комплексе с хофитолом.
3. Дать оценку макроскопической картины слизистой оболочки гастродуоденальной зоны при ЭГДС под действием грязевых аппликаций (24-26°C) отдельно и в комплексе с хофитолом.
4. Оценить характер кислотной продукции по данным компьютерной рН-метрии под действием грязевых аппликаций разных температурных режимов в виде монотерапии и в комплексе с хофитолом.
5. Оценить терапевтическую эффективность разработанных лечебных методов по данным непосредственных и отдаленных результатов.

Положения, выносимые на защиту:

1. У больных с ДЖВП под влиянием грязевых аппликаций низкой температуры (24-26°C) отдельно и в комплексе с хофитолом нормализуется моторно-эвакуаторная функция желчного пузыря, что приводит к купированию клинической симптоматики.
2. Применение грязевых аппликаций низкой температуры (24-26°C) отдельно и в комплексе с хофитолом оказывает положительный эффект в отношении воспалительных процессов в гастродуоденальной области (поверхностный и эрозивный гастродуоденит), нормализует кислотопродуцирующую функцию желудка и повышает ощелачивающую способность антрального отдела желудка и луковицы ДПК.
3. Воздействие грязевых аппликаций низкой температуры (24-26°C), особенно в комплексе с хофитолом в лечении больных ДЖВП способствует формированию более длительного эффекта последствия, приводит к удлинению сроков ремиссии и уменьшению частоты рецидивов заболевания.

Научная новизна:

Впервые на фоне диетического питания в санаторно-курортных условиях проведено углубленное исследование грязевых аппликаций низкой температуры (24-26°C) отдельно и в комплексе с хофитолом у больных ДЖВП. Установлено, что у больных с ДЖВП курс грязевых аппликаций низкой температуры (24-26°C) оказывает обезболивающее, противоотечное, противовоспалительное действие, которое усиливается при комплексном применении с хофитолом. Это проявляется в восстановлении моторно-эвакуаторной функции желчного пузыря, купировании клинических проявлений. Установлена высокая эффективность использования грязевых аппликаций низкой температуры (24-26°C) при ДЖВП и преимущество их применения перед традиционными в санаторно-курортных условиях грязевыми аппликациями t 38-40°C, которые при воспалительных процессах гастродуоденальной области (поверхностный и эрозивный гастродуоденит) в сочетании с ДЖВП не показаны.

По результатам непосредственных и отдаленных наблюдений доказана наибольшая эффективность лечебного комплекса грязевых аппликаций низких температур (24-26°C) и хофитола. У больных этой группы отмечена наилучшая динамика основных клинических проявлений ДЖВП и при наличии сопутствующей патологии гастродуоденальной области (поверхностный и эрозивный гастродуоденит), нормализация моторно-эвакуаторной функции желчного пузыря, кислотопродуцирующей функции желудка, ощелачивающей

способности антрального отдела желудка и луковицы ДПК на фоне регресса воспалительного процесса.

На основании полученных данных определены подходы к оптимальному использованию данного метода лечения, не имеющего до настоящего времени применения в гастроэнтерологической практике и даны практические аспекты его применения при ДЖВП в санаторно-курортных условиях.

Подана заявка на изобретение РФ, разработанное в виде новой технологии грязелечения №2006127023/14 (029334) приоритетом от 25.07.06 г.

Практическая значимость.

Для практического здравоохранения разработаны новые методики немедикаментозного комплексного лечения с применением грязевых аппликаций низких температур (24-26°С) в сочетании с хофитолом, эффективных у больных с ДЖВП, рядом сопутствующих заболеваний (эрозивный гастродуоденит, панкреатопатии), которым тепловое лечение не показано. Их применение улучшает течение ДЖВП и увеличивает ремиссию болезни. Определены противопоказания к назначению грязевых аппликаций низких температур (24-26°С). Использование разработанных методик расширяет возможности немедикаментозного лечения больных с ДЖВП на санаторно-курортном этапе.

Внедрение.

Разработанные методики лечения внедрены в практику работы отдела физиотерапии и отдела заболеваний органов пищеварения Российского научного центра восстановительной медицины и курортологии Росздрава, ФГУ санатория «Русское поле» для детей с родителями Росздрава (г. Чехов, Московская область), а также в педагогическую практику Учебно-методического центра при РНЦВМ и К. Подготовлено к печати пособие для врачей «Пелоидотерапия и хофитол в восстановительном лечении больных с дискинезией желчевыводящих путей» (2006г.) (в соавторстве).

Апробация работы:

Диссертация выполнена в соответствии с планом научных исследований РНЦВМиК. Основные положения диссертационной работы доложены и обсуждены на заседании методического совета направления реабилитации и физиотерапии РНЦВМиК Росздрава 30 ноября 2006года.

Публикации:

По материалам исследования опубликовано 5 печатных работ.

Структура и объем диссертации:

Диссертация изложена на 114 страницах машинописного текста, состоит из введения, глав (обзор литературы, материалы и методы исследования, результаты собственных исследований, обсуждение полученных результатов исследований), выводов и практических рекомендаций, списка литературы, включающего 153 отечественных и 75 зарубежных источников. Диссертация иллюстрирована 13 таблицами, 18 диаграммами, 8 рисунками.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования

Для решения поставленных задач в условиях санатория «Русское поле» в 2004-2006 гг. проведено обследование 105 пациентов ДЖВП (94 женщин и 11 мужчин) в возрасте от 20 до 40 лет.

Всем больным помимо общеклинического обследования (анализ анамнестических данных, жалоб, общий анализ крови, мочи, копрологическое исследование, УЗИ органов брюшной полости) проводились специальные методы исследования до и после курса лечения.

Для изучения функционального состояния желчного пузыря всем больным проводили динамическую ультразвуковую холецистографию. Исследования проводились по общепринятой методике, заключающейся в измерении объема желчного пузыря до и после желчегонного завтрака (2 яичных желтка) с интервалом 5-10 мин в течение 2,5-3 ч на аппарате «Алока 1700» конвексным датчиком 3,5 МГц в режиме реального времени. Объем желчного пузыря измеряли по длине окружности пузыря, либо вычисляли по формуле:

$$V = \pi d^2 H / 4 \times K,$$

где π – наибольший поперечник тени желчного пузыря;

H – длинна желчного пузыря;

K – поправочный коэффициент 0,62 [Поляк Е.З., 1965]

При этом оценивали следующие параметры:

- исходный объем желчного пузыря ($V_{исх.}$), мл;
- время максимально регистрируемого его сокращения (T_{max}), мин;
- степень максимального сокращения, % от исходного объема;

- относительную скорость желчевыведения (V_c), %/мин (отношение максимального сокращения желчного пузыря к длительности фазы сокращения).

Макроскопическая картина слизистой оболочки пищевода, желудка и 12 перстной кишки оценивалась по данным эзофагогастродуоденоскопии. Эндоскопическое исследование проводилось фиброгастроскопом GIF-XQ40 «Олимпас» (Япония) по общепринятой методике. В процессе исследования, помимо оценки интенсивности окраски слизистой, состояния складок, физиологических сфинктеров, оценивалась распространенность, локализация и выраженность воспалительного процесса, наличие эрозий.

Помимо этого, обращало внимание наличие желчи в желудке, указывающей на дуоденогастральный рефлюкс, что позволяло косвенно судить об эвакуаторно-моторных нарушениях гастродуоденальной области. Характер моторики верхних отделов пищеварительного тракта во время исследования позволял с определенностью судить об эвакуаторно-моторной функции верхних отделов пищеварительного тракта.

Кислотообразующая функция желудка определялась с помощью аппаратного комплекса «Гастроскан-24» (разработанного НПО «Исток-система» г. Фрязино, М.о.), снабженного компьютерной программой обработки данных, проводилось изучение влияния лечебных факторов на уровень рН в теле, антральном отделе желудка, луковице ДПК. При анализе рН-грамм учитывали буферное действие пищи и время консумции – время, за которое рН возвращается к исходному значению после приема пищи.

Статистическую обработку полученных количественных данных проводили по методике с определением средних арифметических значений (M) изучаемых показателей, ошибки средней арифметической (m) и степени достоверности полученных результатов при их сравнении с использованием пакета программ Microsoft Excel PC «Pentium-4» с вычислением t -критерия Стьюдента, а также путем сравнения больных после лечения с аналогичными показателями тех же больных до лечения (зависимые парные выборки), либо с показателями контрольной группы (независимые выборки). Различия показателей (и эффективность лечения) определялись как параметрическими, так и непараметрическими методами на уровне значимости, $p < 0,05$.

Методы лечения

Все больные в зависимости от применения лечебных методик были разделены на 4 сопоставимые по основным клинико-функциональным характеристикам группы.

I-ой группе (30 человек) проводились грязевые аппликации t 38°C по сегментарно-рефлекторной методике на область правого подреберья и эпигастрия, площадью грязевой аппликаций 200-300 см², толщиной слоя 3 см, продолжительностью процедуры 15 минут, через день, на курс лечения 10 процедур.

II-ой группе (30 человек) проводились грязевые аппликации t 24-26°C по выше указанной методике.

III-ей группе (30 человек) проводились грязевые аппликации t 24-26°C по выше указанной методике с медикаментозной терапией хофитолом 2 таблетки 3 раза в день за 30 минут до еды 14 дней.

IV-ой группе (15 человек) проводились грязевые аппликации t 38°C по выше указанной методике в сочетании с медикаментозной терапией хофитолом 2 таблетки 3 раза в день за 30 минут до еды 14 дней.

Курс лечения проводился на фоне диетического питания (диета №5). Других каких-либо лечебных факторов пациенты не получали.

Результаты собственных исследований

В соответствии с поставленными задачами были проведены исследования у 105 больных с ДЖВП. Женщин было больше (89,6%), чем мужчин (10,4%). Среди сопутствующих заболеваний часто встречались гастродуодениты (77,1%), запоры (54,3%), заболевания поджелудочной железы (панкреатопатии, реактивный панкреатит) (13,3%), значительно реже заболевания печени (гепатоз, жировая дистрофия печени) (3,8 %).

Ведущим этиологическим фактором ДЖВП был преимущественно алиментарный (52,4%). Также выявлялись нервно-психический (28,6%) и наследственный (19%) факторы. Часто отмечалось сочетание вышеназванных факторов (31%).

В клинической картине преобладал болевой синдром (94,3%). Боли, как правило, носили тупой, ноющий характер (89,5%), реже – кратковременный, схваткообразный, колющий (10,5%), возникали через 30 мин после приема пищи (80%), у большинства больных (86,7%) локализовались в правом подреберье, что характерно для ДЖВП.

Среди диспептических симптомов преобладала тошнота у 92,4% больных, чувство тяжести, распирание в эпигастральной области у 74,2% больных, отрыжка воздухом у 26,7% больных. Нарушение стула выявлялось у большей части больных (70,5%) и характеризовалось склонностью к запорам (54,3%), редко (4,8%) – поносом. Чередование поносов и запоров наблюдалось у 11,4 % больных.

Астеноневротический синдром, проявляющийся в виде нарушенного сна, слабости, быстрой утомляемости, эмоциональной лабильности наблюдался у 65,7% больных.

При объективном исследовании у 86,7% больных отмечалась пальпаторная болезненность в правом подреберье разной степени выраженности, у 10,5% больных в эпигастрии, у 7,6% в левой подвздошной области.

Исследование кала проводилось у всех больных ДЖВП на фоне диеты №5. У большинства пациентов (91,4%) определялось нормальное количество кала. При оценке формы и консистенции кала преобладал 1 тип (37%) и 2 тип (28,6%) по Бристольской шкале (1990 г), что характерно для запоров. У всех пациентов цвет кала обычный. Пищевые остатки в виде непереваренных остатков растительной пищи выявлялись редко (16,2%). Патологических продуктов (слизь, кровь, гной) не обнаруживалось. При микроскопическом исследовании кала у 64,8% больных определялся нейтральный жир в виде единичных капель, говорящий о быстрой эвакуации пищи из двенадцатиперстной кишки. Также определялись соли жирных кислот (мыла) в огромном количестве у 54,3% больных при запорах и у 11,4% больных с чередованием запоров и поносов.

При химическом исследовании кала определялась реакция чаще нейтральная (74,3%) или слабо кислая (20,9%), что говорит о присутствии свободных жирных кислот. Реакция на кровь у всех пациентов была отрицательная.

Данные копрологической картины говорят о наличии нарушения процесса пищеварения, существенную роль в котором играет желчеотделение (95,2%).

Динамическая ультразвуковая холецистография проводилась у всех больных ДЖВП. Как видно из таблицы 1, средний исходный объем желчного пузыря у 105 человек $48,5 \pm 0,3$ мл.

Таблица 1.

Значения исходного объема желчного пузыря у больных ДЖВП (n=105).

Возраст	Исходный объем ЖП, мл
20-25 лет n=39	$42,04 \pm 0,4$
26-30 лет n=33	$45,63 \pm 0,22$
31-35 лет n=17	$46,6 \pm 0,9$
36-40 лет n=12	$49,24 \pm 0,2$
Старше 40 лет n=4	$50,8 \pm 0,2$

Примечание: различия статистически не достоверны ($p > 0,05$)

Хотя представленные данные в таблице 1 не имеют достоверных различий между собой, отмечается увеличение величины исходного объема желчного пузыря с возрастом (V 20-25 лет – 42,04 мл, V старше 40 лет – 50,8 мл). Данные различия, вероятно, являются следствием не только изменений желчного пузыря и желчевыводящей системы, но и в целом возрастными особенностями организма.

Критерием отбора пациентов в группы явилось значительное снижение скорости опорожнения желчного пузыря – менее 0,7%/мин. Данный параметр является ведущим критерием гипомоторной дисфункции желчного пузыря.

Таблица 2.

Показатели функционирования желчного пузыря у пациентов с дисфункцией желчного пузыря гипомоторного типа (n=105).

Параметр	ДЖП гипомоторного типа
Исходный объем желчного пузыря (Vисх), мл	48,5±0,3
Время максимального регистрируемого сокращения желчного пузыря (Тmax), мин	83,3±0,13
Степень максимального сокращения желчного пузыря (Мах), %	31,2±0,1
Относительная скорость желчевыведения (Vс), %/мин	0,44±0,12

У всех больных при динамической ультразвуковой холецистографии с желчегонным завтраком отмечалось замедление степени максимального сокращения желчного пузыря (31,2±0,1%), так и увеличение времени максимального регистрируемого сокращения желчного пузыря (83,3±0,13 мин).

Суточное рН-мониторирование проводилось у 60 больных ДЖВП. У большей части больных – 65,3% отмечалось гиперацидное состояние КФЖ, гипо и анацидное состояние у 10,6%, нормоцидное только у 24,1% больных.

Таблица 3.

Показатели кислотности у больных ДЖВП с хроническим гастродуоденитом и без. (n=60)

значения рН патология	рН тела желудка (M±m)	рН антрального отдела (M±m)	рН луковицы ДПК (M±m)
ХГД с ДЖВП	1,48±0,2*	1,89±0,2**	4,5±0,2*
ДЖВП без ХГД	2,11±0,2	3,14±0,154	7,62±0,162

*p<0,05 – по сравнению с ДЖВП без ХГД

**p<0,001 – по сравнению с ДЖВП без ХГД

Как видно из таблицы 3, в теле желудка отмечалось снижение значений рН, что свидетельствует о повышенной продукции соляной кислоты. Для больных с ХГД в сочетании с ДЖВП характерным было нарушение и нейтрализующей функции антрального отдела желудка, где рН достигал 1,89±0,2 (p<0,001) и на рН-граммах отмечались частые осцилляции кратковременного повышения рН, то есть ДГР, мы расценивали как защитно-компенсаторную реакцию на раздражающее действие желудочного сока на слизистую с воспалением.

У большинства обследованных больных ХГД в сочетании с ДЖВП была выявлена слабокислая реакция рН в луковице ДПК (средние значения рН 4,5±0,2) по сравнению с больными ДЖВП без ХГД, у которых в отсутствие процесса пищеварения содержимое ДПК имеет щелочную реакцию (рН в среднем 7,2-8,0). В дневное время (8.00-20.00) у

большинства обследованных больных (73%) в луковице ДПК отмечались низкие значения рН, что указывает на недостаточность механизмов ощелачивания у больных ХГД в сочетании с ДЖВП. В то же время в ночные часы (20.00-8.00) значения рН были в пределах нормы.

Весьма показательные результаты были получены при изучении дуоденогастрального рефлюкса, указывающего на выраженность эвакуаторно-моторных нарушений верхних отделов пищеварительного тракта у больных в сочетании с ДЖВП.

При обследовании по данным ЭГДС у подавляющего числа больных ДЖВП патологических изменений со стороны пищевода выявлено не было (82%). Недостаточность кардии встречалась у 18% больных. Воспалительный процесс СО желудка наблюдался чаще в антральном отделе (45,7%), по сравнению с телом желудка (14,3%). Также наблюдалось сочетание воспалительного процесса в теле и антральном отделе желудка (27,6%). Нередко на этом фоне были единичные эрозии СО желудка и ДПК и налеты различного характера. Чаще встречались эрозии антрального отдела (18%), чем тела желудка (16%). У 7,6% больных определялись эрозии тела и антрального отдела желудка. Эрозии луковицы ДПК диагностированы у 10,5% больных. Диаметр эрозий не превышал 2 мм, дно было покрыто фибрином с зоной гиперемии вокруг. Очаговые атрофические изменения в антральном отделе желудка наблюдались у 55,2% больных, в то время как атрофия тела желудка выявлялась реже (15,2%). Наличие желчи в желудке позволяло косвенно судить о моторно-эвакуаторной функции гастродуоденальной области. Мы наблюдали наличие желчи у 68,6% больных в антральном отделе, у 4,8% больных в теле желудка, а также сочетанное наличие желчи в теле и антральном отделе у 20,9% больных.

На основании полученных данных мы можем говорить о вторичных функциональных расстройствах билиарного тракта (92,4%).

Под влиянием лечения отмечалась положительная динамика субъективных и объективных проявлений заболевания во всех четырех группах больных. Однако частота и время исчезновения большинства клинических симптомов заболевания в сравниваемых группах были различными.

Наиболее эффективным оказалось комплексное применение грязевых аппликаций низкой температуры (24-26°C) и хофитола. Болевой синдром уменьшался уже после 2 дня лечения у 82%, а к концу курса полное купирование болевого синдрома отмечалось у 93%, у 7% больных боль сохранялась, но значительно меньшей интенсивности.

Применение грязевых аппликаций t 38°C с хофитолом (IV группа) и грязевых аппликаций t 24-26°C (II группа) оказывало сходное влияние на болевой синдром. Интенсив-

ность болевого синдрома уменьшалась на 3-5 день и к концу проведения терапии исчезала во II группе у 81%, в IV группе у 76% больных.

Курс грязевых аппликаций $t\ 38^{\circ}\text{C}$ (I группа) оказывал положительное влияние на болевой синдром, но по сравнению с другими группами в меньшей степени: боли в правом подреберье полностью исчезли у 62%, а интенсивность болевого синдрома уменьшилась на 5-6 день лечения у 78% пациентов.

Диспептические явления также купировались быстрее в 3 группе - тошнота, горечь во рту к концу лечения отсутствовали у 84,6% больных. Также комплексная терапия грязевыми аппликациями низкой температуры с хофитолом положительно влияла на моторику кишечника: запоры исчезли у 72,7 % больных (стул ежедневно, оформленный).

После курса применения грязевых аппликаций низкой температуры (II группа) тошнота исчезала у 83,3% больных, а в IV группе исследования комплексное лечение грязевыми аппликациями $t\ 38^{\circ}\text{C}$ с хофитолом эффективнее влияло на отрыжку: отрыжка исчезала у 77,7% больных.

Грязевые аппликации $t\ 38^{\circ}\text{C}$ оказывали положительное влияние на диспептический синдром, а именно, на отрыжку (симптомы исчезали у 62,5%), но по сравнению с другими группами в меньшей степени.

Таблица 4.

Данные динамической ультразвуковой холецистографии до и после лечения больных ДЖВП (n=105).

показатель	До лечения				После лечения			
	I гр n=30	II гр n=30	III гр n=30	IV гр n=15	I гр n=30	II гр n=30	III гр n=30	IV гр n=15
V исх, мл	49,2±0,3	48,9±0,2	48,8±0,4	49,1±0,8	37,4±0,3*	33,7±0,2*	30,7±0,4*	32,1±0,11*
t max, мин	83,4±0,8	84,9±0,5	83,1±0,3	84,5±0,5	75,1±0,7	70,6±0,19*	47,5±0,13*	71,8±0,2*
Max, %	32,3±0,2	31,1±0,11	31,5±0,3	32,7±0,1	35,96±0,13	42,3±0,2*	48,7±0,2*	46,3±0,19*

Vc, %/МИН	0,40±0,1	0,41±0,03	0,44±0,2	0,43±0,1	0,59±0,3*	0,63±0,4	0,7±0,1 2*	0,66± 0,2*
-----------	----------	-----------	----------	----------	-----------	----------	---------------	---------------

Примечание: * - различия статистически достоверны ($p < 0,05$) в сравнении с группами до лечения.

Из представленных данных видно, что все используемые методы лечения положительно влияют на исходный объем желчного пузыря при гипомоторной дискинезии желчевыводящих путей после проведения различных курсов лечения: исходный объем желчного пузыря достоверно уменьшался в сравнении от исходного.

Однако курс грязевых аппликаций $t 38^{\circ}\text{C}$ практически не изменял время наступления максимального сокращения желчного пузыря и максимальную степень сокращения желчного пузыря у больных с ДЖВП.

Курс грязевых аппликаций $t 24-26^{\circ}\text{C}$ достоверно увеличивал степень максимального сокращения желчного пузыря $42,3 \pm 0,2$ ($p < 0,05$), снижал время максимально регистрируемого сокращения желчного пузыря $70,6 \pm 0,19$ ($p < 0,05$), однако практически не изменял относительную скорость желчевыведения.

Под влиянием комплексного применения грязевых аппликаций $t 24-26^{\circ}\text{C}$ с хофитолом наблюдалось достоверное снижение времени максимально регистрируемого сокращения желчного пузыря $47,5 \pm 0,13$ ($p < 0,05$), увеличение степени максимального сокращения желчного пузыря $48,7 \pm 0,2$ ($p < 0,05$) и относительной скорости желчевыведения $0,7 \pm 0,12$ ($p < 0,05$).

Таким образом, в целом по группам выявлено, что комплексное применение грязевых аппликаций низких температур в сочетании с хофитолом максимально эффективно влияет на моторно-эвакуаторную функцию желчного пузыря. А показатели динамической ультразвуковой холецистографии у больных гипомоторной ДЖВП говорят о равнозначности курса монотерапии грязевых аппликаций $t 24-26^{\circ}\text{C}$ и комплексного применения грязевых аппликаций $t 38^{\circ}\text{C}$ с хофитолом на процессы восстановления моторно-эвакуаторной функции желчного пузыря.

Под влиянием применения грязевых аппликаций низкой температуры ($24-26^{\circ}\text{C}$) с хофитолом наблюдалось достоверное повышение сниженных значений рН в теле, антральном отделе желудка и луковице ДПК до данным компьютерной рН-метрии. Следует указать, что под влиянием выше названного лечения, положительная динамика была более выражена, по сравнению с грязевыми аппликациями $t 38^{\circ}\text{C}$ в сочетании с хофитолом.

Особенно важные результаты на наш взгляд были получены в отношении изменений рН среды луковицы ДПК. Под влиянием комплексного лечения грязевых аппликаций $t 24-26^{\circ}\text{C}$ с хофитолом происходило достоверное повышение рН в сторону ощелачивания (с $4,5\pm 0,2$ до $5,62\pm 0,12$ $p < 0,05$) луковицы ДПК.

Анализируя моторику ЖКТ, до и после лечения, нами было отмечено снижение частоты и выраженности ДГР, что выражалось в уменьшении количества осцилляций на рН-граммах у больных ДЖВП. Более отчетливо это проявилось при комплексном лечении ДЖВП грязевыми аппликациями низкой температуры в сочетании с хофитолом и свидетельствовало о действии данного метода на эвакуаторно-моторную функцию гастродуоденальной области. Так, исчезновение ДГР наблюдалось у 86,6% больных после комплексного лечения грязевыми аппликациями низкой температуры ($24-26^{\circ}\text{C}$) с хофитолом, 76,6% - после комплексного лечения грязевыми аппликациями $t 38^{\circ}\text{C}$ с хофитолом, 69,1% - грязевыми аппликациями низкой температуры ($24-26^{\circ}\text{C}$) , 63,4% - грязевыми аппликациями $t 38^{\circ}\text{C}$.

При динамическом наблюдении больных с ДЖВП данные ЭГДС показали достаточно высокую эффективность купирования воспалительных изменений СО желудка и ДПК во всех группах больных, но наиболее выраженную в группе комплексного лечения грязевыми аппликациями низкой температуры ($24-26^{\circ}\text{C}$) с хофитолом, где макроскопические признаки воспаления исчезли у 92,5% больных, во II группе - у 78,2% больных, в IV группе – у 80,1% больных, в I группе – 71,3% больных. Эпителизация эрозий отмечалась у 92,3% больных в III группе исследования.

Макроскопические признаки очаговой атрофии сохранялись, но были выражены в меньшей степени у 6,8% больных в I группе, у 17,8% больных в III группе, у 14,5% больных в IV группе, у 13,2% больных в II группе.

В результате проведенной комплексной оценки полученных данных выявлено, что общая терапевтическая эффективность лечения составила в первой группе 78%, во второй – 83,3%, в третьей – 93%, в четвертой – 84,6%.

Изучение отдаленных результатов проводилось через 6-12 месяцев после проведения лечения. С этой целью в I группе прослежены отдаленные результаты у 22 больных (73,3%), во II группе у 21 больного (70%), в III-ей – 22 больных (73,3%), в IV-ой – 10 больных (67%). Через 6 месяцев независимо от применения метода лечения не было отмечено обострение заболевания ни у одного больного. После комплексного лечения грязевыми аппликациями низкой температуры ($24-26^{\circ}\text{C}$) с хофитолом рецидивы ДЖВП через 9-12 месяцев наблюдались у 19 % больных, после лечения грязевыми аппликациями $24-26^{\circ}\text{C}$ у 31%

больных, после комплексного лечения грязевыми аппликациями $t 38^{\circ}\text{C}$ с хофитолом у 43% больных, после лечения грязевыми аппликациями $t 38^{\circ}\text{C}$ у 56% больных.

Таким образом, проведенные исследования показали, что грязевые аппликации низкой температуры ($24-26^{\circ}\text{C}$), особенно в комплексе с хофитолом позволяют более адекватно влиять на течение ДЖВП, чем грязевые аппликации 38°C .

Выводы

1. В санаторно-курортных условиях при гипомоторной дискинезии желчевыводящих путей на фоне гастродуоденальной патологии (поверхностный и эрозивный гастродуоденит) грязевые аппликации низкой температуры ($24-26^{\circ}\text{C}$) являются более эффективными, чем грязевые аппликации 38°C (81% и 62% соответственно).
2. Комплексное применение грязевых аппликаций низкой температуры ($24-26^{\circ}\text{C}$) и хофитола приводит к значительному уменьшению или исчезновению клинических проявлений ДЖВП (93%) по сравнению с монотерапией грязевых аппликаций низкой температуры ($24-26^{\circ}\text{C}$) и комплексного применения грязевых аппликаций $t 38^{\circ}\text{C}$ с хофитолом (81% и 76% соответственно), монотерапией грязевых аппликаций $t 38^{\circ}\text{C}$ (62%).
3. По данным динамической ультразвуковой холецистографии у больных ДЖВП комплексное применение грязевых аппликаций низкой температуры ($24-26^{\circ}\text{C}$) и хофитола оказывает более эффективное воздействие на моторно-эвакуаторную функцию желчного пузыря (достоверное снижение времени максимально регистрируемого сокращения желчного пузыря, увеличение степени максимального сокращения желчного пузыря) по сравнению с монотерапией грязевых аппликаций низкой температуры ($24-26^{\circ}\text{C}$) и применения грязевых аппликаций $t 38^{\circ}\text{C}$ отдельно и с хофитолом. Включение хофитола в комплекс с грязевыми аппликациями низкой температуры для лечения ДЖВП усиливает эффект желчевыведения (скорость опорожнения желчного пузыря (V_c) увеличивалась с $0,44 \pm 0,2$ до $0,7 \pm 0,12$ %/мин ($p < 0,05$)).
4. По данным pH-мониторирования у больных ДЖВП в сочетании с ХГД комплексная терапия грязевыми аппликациями низкой температуры ($24-26^{\circ}\text{C}$) с хофитолом наиболее эффективно снижает повышенную в исходе кислотность желудочного сока в теле желудка и луковице ДПК, повышает оцелачивающую способность слизистой оболочки антрального отдела желудка и луковицы ДПК по сравнению с монотерапией грязевых аппликаций низкой температуры ($24-26^{\circ}\text{C}$), применения грязевых аппликаций $t 38^{\circ}\text{C}$ отдельно и с хофитолом.

5. Комплексная терапия грязевыми аппликациями низкой температуры (24-26°С) с хофитолом обладает более выраженным противовоспалительным действием на СО желудка и ДПК, чем грязевые аппликации низкой температуры (24-26°С), грязевые аппликации t 38°С отдельно и в комплексе с хофитолом: макроскопические признаки воспаления исчезли у 92,5% больных в III группе, во II группе - у 78,2% больных, в IV группе – у 80,1% больных, в I группе – 71,3% больных.
6. Результаты отдаленных наблюдений подтверждают значимость комплексного применения грязевых аппликаций низкой температуры (24-26°С) с хофитолом, как и изолированного использования грязевых аппликаций (24-26°С) в лечении больных ДЖВП в снижении числа рецидивов заболевания в 2 раза на протяжении 12 месяцев после окончания курса лечения по сравнению с грязевыми аппликациями t 38°С отдельно и с хофитолом

Практические рекомендации

1. В восстановительном лечении больных ДЖВП перспективным является комплексное использование грязевых аппликаций низкой температуры (24-26°С) с хофитолом. Оно показано больным ДЖВП старшего возраста (35 лет и старше), преимущественно по гипотоническому типу, в стадии стихающего обострения, длительности заболевания более 5 лет, а также в сочетании с хроническим поверхностным гастродуоденитом с высокой кислотообразующей функцией желудка и выраженными моторно-эвакуаторными нарушениями. Грязевые аппликации низкой температуры (24-26°С), как монофактор, показаны лицам молодого возраста, с длительностью заболевания менее 5 лет, преимущественно при клинической симптоматике ДЖВП в стадии неполной ремиссии, независимо от кислотности желудочного сока.
2. Комплексное применение грязевых аппликаций низкой температуры (24-26°С) с хофитолом может применяться как самостоятельный метод восстановительного лечения неосложненных форм ДЖВП, так и в месте с базисной терапией при обострении ДЖВП.
3. Особенно эффективно применение грязевых аппликаций низкой температуры (24-26°С) с хофитолом на ранних этапах при хороших компенсаторных возможностях организма. Эффективность, переносимость и отсутствие побочных эффектов позволяют рекомендовать хофитол в сочетании с грязевыми аппликациями для применения в комплексной терапии больных ДЖВП. Курс терапии должен состоять из ежедневного приема хофитола 2 таб. X 3р/день за 30 мин. до еды 14 дней в сочета-

нии с грязевыми аппликациями t 24-26°C, длительностью 15 мин., на эпигастральную область и правое подреберье, через день, на курс 10 процедур.

4. Для профилактики обострения и предупреждения прогрессирования ДЖВП рекомендуется проводить повторные курсы через 9-12 месяцев.
5. Разработанный метод комплексного применения грязевых аппликаций низкой температуры (24-26°C) с хофитолом может рассматриваться как высокоэффективный метод лечения больных ДЖВП, а наличие грязевых аппликаций и недорогого сертифицированного препарата хофитол делают данный метод доступным для широкого использования в различных санаторно-курортных учреждениях.

Список работ, опубликованных по теме диссертации:

1. «Применение пелоидотерапии при дискинезии желчевыводящих путей на санаторно-курортном этапе лечения» // Материалы Междунар. конгресса «Здравница-2004» «Актуальные проблемы восстановительной медицины, курортологии и физиотерапии». – Спб, 2004, с.107-108
2. «Спорные вопросы использования пелоидотерапии при дискинезии желчевыводящих путей на санаторно-курортном этапе лечения» (соавт. Р.М. Филимонов) // Сборник тезисов Первого Международного конгресса «Восстановительная медицина и реабилитация 2004». - М., 2004, с.259
3. «Пелоидотерапия в восстановительном лечении дискинезий желчевыводящей системы в санаторно-курортных условиях» (соавт. Р.М. Филимонов) // Тезисы докладов Международного конгресса «Восстановительная медицина и реабилитация – 2005».–М., 2005, с.53
4. «Применение пелоидотерапии низких температур и хофитола в комплексном восстановительном лечении дискинезий желчевыводящих путей в санаторно-курортных условиях (предварительное сообщение)» (соавт. Р.М. Филимонов, Тимохина Н.А.) // Гепатология №2 - М.,2005, с.18-24
5. «Применение пелоидотерапии низких температур при дискинезии желчевыводящих путей в санаторно-курортных условиях» (соавт. Р.М.Филимонов) //«Вопр. курортол., физиотер. и ЛФК» № 4 - М., 2006, с.22-25.

Список сокращений:

ДГР – дуоденогастральный рефлюкс
ДЖВП – дискинезия желчевыводящих путей
ДПК – двенадцатиперстная кишка
ДСО – дискинезия сфинктера Одди
ЖВП - желчно-выводящие пути
ЖКТ – желудочно-кишечный тракт
КФЖ – кислотная функция желудка
ЛГ – лечебная гимнастика
СО – слизистая оболочка
УЗИ – ультразвуковое исследование
ЭГДС - эзофагогастродуоденоскопия
ХГД – хронический гастродуоденит

Библиотека литературы по функциональной гастроэнтерологии:

www.gastroscan.ru/literature/