



**ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ
НА ХРОНІЧНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ
ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ПРИРОДНИХ
МІНЕРАЛЬНИХ РЕСУРСІВ ЛІКУВАЛЬНО-
ОЗДОРОВЧОГО КОМПЛЕКСУ
“СОЛОНІЙ ЛИМАН”.**

Майкова Тетяна, Бондаренко Таміла

Дніпропетровський державний інститут фізичної культури та спорту

Аннотація

В статті приведені результати аналізу ефективності мінеральної води «Солений Лиман» на структуру і функціональне состояние желчного пузыря больных хроническим бескаменным холециститом.

Определены показания и противопоказания к приему минеральной воды «Солений Лиман», даны рекомендации по ее применению на санаторно-курортном этапе реабилитации

Ключевые слова: физическая реабилитация, хронический холецистит, минеральная вода

Annotation

The article presents the results of the analysis of efficiency of mineral water salt estuary on the structure and functional condition of the gallbladder of patients with a chronic cholecystitis without stones.

The indications and contraindications to mineral water salt estuary, recommendations for its use at a health resort rehabilitation stage

Key words: physical rehabilitation, chronic cholecystitis, mineral water

Постановка проблеми. Аналіз останніх досліджень і публікацій. У загальній структурі хвороб органів травлення, захворювання жовчного міхура (ЖМ) та жовчовивідних шляхів посідають друге місце, складаючи приблизно одну третину. Останнім часом щорічно госпіталізується близько 1 млн хворих на хронічний безкам'яний холецистит (ХБХ), а загальна кількість ліжко-днів перевищує 15 млн. У терапевтичній клініці хворі на ХБХ складають близько 51,5 % серед усіх пацієнтів із захворюваннями жовчного міхура [1, 2, 3].

Фармакотерапія, як правило, сприяє швидкому купіюванню основних клінічних проявів ХБХ, але протягом тривалого часу у слизовій оболонці ЖМ зберігаються структурні зміни, які є основою хронізації захворювання. Тому природні лікувальні фактори довкілля здавна знайшли широке застосування у медицині, зокрема, реабілітації ХБХ і не втратили свого значення у наш час [4, 5]. Їх використання, головним чином, здійснюється на питних курортах, де використовуються вивчені за хімічним складом та фізіологічною дією мінеральні води [5, 6, 7].

У багаточисельних фундаментальних і клінічних дослідженнях доведена здібність питних мінеральних вод діяти на механізм регуляції трофічних процесів у тканинах гепатобіліарної системи, стимулювати тонус м'язів ЖМ та розслабляти сфінктери жовчних шляхів, стимулювати процеси жовчоутворення та жовчовиділення, спричиняти імунорегулюючу дію [5, 7]. Ці загальні механізми лежать в основі терапевтичної дії питного лікування мінеральними водами.

Особливий інтерес представляє вплив мінеральних вод на специфічні функції ЖМ. Як відомо, у патогенезі ХБХ, поряд з розвитком запальних процесів і порушень трофіки важливу роль відіграють зміни моторно-евакуаторної функції ЖМ, які здебільшого визначають клінічну картину, наслідок захворювання і різні підходи до його лікування [6, 7, 8].

Тому виникає необхідність пошуку нових мінеральних джерел, що є, безумовно, актуальним, своєчасним і соціально-економічно обґрунтованим.

Для Дніпропетровської області найбільш раціональним вирішенням цієї проблеми є розвиток місцевої курортної зони,



зокрема, курорту “Солоний Лиман”, де було відкрито ряд джерел мінеральної води та цілющих пелоїдів. Про необхідність таких розробок свідчать рішення уряду, постанови Національної Академії наук і Міністерства охорони здоров’я України.

Незважаючи на невпинне розширення в останні роки санаторних потужностей курорту та проведення великої дослідної роботи з вивчення цілющих властивостей його природних ресурсів, механізм дії мінеральної води та можливості її застосування залишаються не вивченими. Тому наукове обґрунтування та розробка методики лікувального використання мінеральної води “Солоний Лиман” у реабілітації хворих на ХБХ є виключно важливою та актуальною проблемою.

Мета дослідження. Дослідити вплив мінеральної води “Солоний Лиман” на функціональний і структурний стан ЖМ і запропонувати науково обґрунтовані підходи до застосування її в комплексному відновлювальному лікуванні хворих на етапі реабілітації.

Методи дослідження. Обстежено 53 хворих на хронічний безкам’яний холецистит, які обстежені після проведеного медикаментозного курсу лікування в умовах стаціонару та консультативної поліклініки Інституту гастроентерології НАМН України. Серед обстежених було 26 чоловіків та 27 жінок. Вік хворих коливався від 20 до 75 років (48,5±14,4). Тривалість захворювання склала (9,5±6,4) роки. Діагноз верифікували за показниками клінічних, лабораторних та сонографічних методів дослідження.

Особливості структури ЖМ вивчалися методом ультразвукової локації органів за допомогою сонографічної системи лінійного сканування в реальному масштабі часу “Sonoscore - 30” фірми Krapshuhler. Обстеження проводилося ранком натще, при стримуванні від прийому їжі протягом 8-10 го-

дин для досягнення оптимального наповнення ЖМ. Для обчислення об’єму ЖМ в процесі ультразвукової діагностики виміряли його максимальні розміри: довжину, ширину, товщину в подовжньому і поперечному розрізах з наступним застосуванням програмного забезпечення сонографічної системи. За лінійними розмірами оцінювали стан стінки ЖМ.

Функціональна здатність ЖМ оцінювалася відповідно до рекомендацій З. А. Лемешко після застосування 20,0 % розчину сорбіту в кількості 50,0 мл [8]. Вимір об’єму ЖМ після стимуляції виконували кожні 5-10 хвилин до максимального його скорочення. Одержані результати порівнювалися із показниками 20 осіб, в яких, за даними комплексного клінічного, лабораторного та інструментального досліджень, ознаки патології не виявлені (контрольна група).

Моторна функція ЖМ вважалася незмінною, якщо через 20-40 хвилин після прийому МВ максимальне скорочення об’єму ЖМ складало від 40-70%. Тонус ЖМ визначали за ефективністю жовчовиділення, а тонус сфінктеру Одді (СФО) за часом латентного періоду.

Усім пацієнтам в умовах лікувально-оздоровчого комплексу “Солоний Лиман” протягом 24 днів проводилося курсове лікування мінеральною водою слабкої мінералізації, що складала 4,0 г/л, температурою 200С, рН 6,9-7,3. По співвідношенню основних компонентів мінеральної води “Солоний Лиман” провідне місце займає іон хлору (14179-16661 мг/дм³), у катіонному складі переважають іони натрію і калію (7637-8881 мг/дм³). З біологічно активних компонентів, що додають воді специфічні властивості, підвищеним вмістом відрізняються йод та бром.

Статистична обробка результатів дослідження здійснювалась методами варіаційної статистики,

з використанням стандартного пакету прикладних програм SPSS 13.0 for Windows. Для статистичного аналізу даних використовували дескриптивну статистику [9]. Порівняння середніх значень змінних здійснювали за допомогою параметричних методів (t-критерію Стьюдента) по нормальному розподілу даних ознак. Для порівняння розподілу долей два змінних використовували χ^2 -тест. Відмінність вважалася достовірною, якщо досягнутий рівень значущості (P) був нижчим за 0,05.

Результати та їх обговорення. Сонографічне дослідження ЖМ пацієнтів дозволило встановити у 71,7 % хворих деформації, у тому числі у 60,5 % випадків – за рахунок перегинів в області тіла, у 10,5 % – в області шийки, складні деформації мали місце у 28,9 % хворих.

У всіх хворих ХБХ підтверджено стовщенням стінок ЖМ до (4,0±0,3) мм, з підвищенням їх акустичної щільності до (14,3±0,8) Дб, що спостерігалось у 92,5 % випадків, тобто ознаками, що свідчать про наявність процесу хронічного запалення. У 39,6 % пацієнтів стінка була нерівною, з акустично щільними включеннями, іноді з дистальною акустичною тінню, товщина її складала (4,8±0,52) мм, тобто мали місце ознаки холестерозу ЖМ, який завжди асоціювався з деформаціями органу. Ехогенність жовчі у 64,2 % хворих була підвищеною до (16,4±1,4) Дб.

Зміни вихідного об’єму ЖМ спостерігалися у 52,8 % хворих, переважно за рахунок гіперволеї до (73,1±5,0) мл.

При вивченні функціональної активності ЖМ у 90,6 % хворих відзначена біліарна дисфункція, переважно, за гіпотонічним типом (77,1 %), що проявлялася зниженим до (31,2±1,0) % жовчовиділенням, тобто в 1,7 рази в порівнянні з контрольними показниками (52,6±5,1) %, (p<0,001).



Дискінетичні ознаки мали місце у 54,7 % хворих і майже однаково часто проявлялися як гіпермоторною дисфункцією (41,4 %) зі скороченням часу жовчовиділення в 2,8 рази до (10,0±0,7) хв., в порівнянні з контрольними показниками (27,7±2,1) хв., (p<0,001), так і гіпокінетичною (58,6 %), при якій час жовчовиділення (55,7±0,9) хв. був подовженим вдвічі (p<0,001).

Функція сфінктера Одді була порушеною у 60,4 % пацієнтів, – переважно за рахунок гіпотонусу (62,5 %), при цьому латентний період (2,0 ± 0,19) хв. був зниженим в 1,7 рази в порівнянні з контрольними показниками (3,3 ± 0,2) хв., (p<0,001). Спазм сфінктера з перевищенням часу латентного періоду в 2,4 рази, до (8,0 ± 0,7) хв. (p<0,001), спостерігався у 37,5 % хворих.

Після курсового лікування мінеральною водою у 39,6 % хворих виявлений позитивний її вплив, що проявлялося відновленням товщини стінки ЖМ до (2,9±0,3) мм, а в поодиноких спостереженнях (14,3 %) і зменшенням явищ холестерозу. Нормалізація вмісту порожнини ЖМ мала місце у 79,4 % пацієнтів з первинним підвищенням ехоцильності жовчі, тобто кількість хворих з надлишковою ехогенністю жовчі (20,6 %) знизилася в 3,1 рази (X²=18,7; p=1,54E-05).

Неоднозначний вплив мінеральної води встановлений на функціональну активність ЖМ і залежав від початкового характеру функціональної здатності ЖМ. Так, при початковій гіпокінетичній дисфункції нормалізуючий ефект від прийому мінеральної води спостерігався у всіх хворих із скороченням часу жовчовиділення до (20,3±0,4) хв., тобто – в 2,7 рази, ніж до прийому мінеральної води (p<0,001).

Слід зазначити, що у 3 хворих (12,5 %) з вихідною нормокінезією ЖМ після курсового лікування мінеральною водою спо-

стерігалася гіпермоторика ЖМ із скороченням часу жовчовиділення до (15,7±0,8) хв., тобто на 21,5 % (p<0,001).

За наявністю гіперкінезії ЖМ призначення мінеральної води приводило до позитивного ефекту лише у третини хворих, в яких час жовчовиділення зростав 37,9 %, до (16,1±0,9) хв., (p<0,001). Слід підкреслити, що такий ефект мав місце лише у пацієнтів з нормальним об'ємом ЖМ.

При вихідній гіпотонічній дисфункції більш ніж у половини пацієнтів (56,8 %) відзначалося відновлення жовчовиділення до (54,9±1,9) %, (p<0,001).

Тенденція до нормалізації тонусу ЖМ спостерігалася у 16,2 % хворих при збільшенні ефективності жовчовиділення до (34,7±1,7) мл, тобто на 10,1 % (p>0,05). Негативний вплив лікування із прогресуванням гіпотонії ЖМ відзначалося менш, ніж у третини хворих (27,0 %) при зниженні жовчовиділення на 10,2 %.

Проведені дослідження дозволили встановити, що лікування мінеральною водою хворих з початковим нормальним тонусом сфінктеру Одді суттєво не впливало на його стан. При спазмі сфінктера позитивний ефект від курсового лікування не відмічався, навпроти, спостерігалася тенденція до прогресування спазму, про що свідчило подовження латентного періоду до (8,9 ± 1,1) хв. (p>0,05). В поодиноких випадках мало місце скорочення часу латентного періоду до (2,3 ± 0,14) хв.

При вихідному гіпотонусі сфінктеру Одді подовження латентного періоду до (4,1±0,7) хв. (p<0,01) відзначалося у 45,0 % пацієнтів, в інших хворих функція залишалася такою ж як і до лікування.

Таким чином, проведеними дослідженнями встановлено, що мінеральна вода “Солоний Лиман” з мінералізацією 4,0 г/л має позитивний ефект на структуру

жовчного міхура, сприяє відновленню тонусу та моторики ЖМ при гіпотонічній та гіпокінетичній дисфункції, відновлює функцію сфінктеру Одді при її зниженні.

Неоднозначна ефективність застосування мінеральної води “Солоний Лиман” на функціональний стан ЖМ вимагає диференційованого підходу з урахуванням типу і характеру біліарної дисфункції, зокрема, при гіперкінезії ЖМ призначення мінеральної води “Солоний Лиман” вимагає зміни режиму її прийому.

Враховуючи вищенаведені дані, слід вважати доцільним включення у реабілітаційні заходи прийом мінеральної води “Солоний Лиман” при хронічному безкам'яному холециститі з гіпокінетичною та гіпотонічною дисфункцією жовчного міхура і гіпотонією сфінктеру Одді. Оптимальний режим вживання мінеральної води включає: об'єм – 200,0 мл, температура – 38-400 С, приймається за 30 хвилин до прийому їжі.

Протипоказанням до застосування мінеральної води “Солоний Лиман” є калькульозний холецистит та ХБХ з гіперфункцією ЖМ, спазмом сфінктеру Одді.

Література

1. Державний комітет статистики України. Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України у 2007 році : стат. бюлетень [Текст] – К., 2008. – 82 с.
2. Петречук Л. М. Дослідження епідеміології хвороб органів травлення та деяки питання диспансеризації у міській поліклініці [Текст] / Л. М. Петречук, І. Ю. Скирда // Гастроентерологія. – Вип. 36. – Дніпропетровськ : Журфонд, 2005. – 643 с.
3. Rizk T. A. Familial acalculous gallbladder disease [Text] / T. A. Rizk // Southern Medical Journal. – 2003. – Vol. 86. – № 2. – P. 183–186.



4. Скляр С. І. Післягоспітальне реабілітаційне лікування дискінезії жовчних шляхів із застосуванням фітотерапії у практиці лікаря сімейної медицини [Текст] / С. І. Скляр, Т. П. Гарник, І. М. Шуліпенко // Фітотерапія. – 2004. – № 4. – С. 10–15.
5. Крючкова О. М. Хронічний безкам'яний холецистит: оптимізація діагностики та лікування в санаторно-курортних умовах [Текст] / О. М. Крючкова // Гастроентерологія. – Дніпропетровськ, 2001. – Вип. 32. – С. 435–439.
6. Иванченкова Р. А. Хронические заболевания желчевыводящих путей [Текст] / Р. А. Иванченкова. – Атмосфера, 2006. – 416 с.
7. Частная физиотерапия: Учебное пособие /Под ред. Г.Н. Пономаренко. – М.: Медицина, 2005. – 744 с.
8. Лемешко З. А. Ультразвуковая диагностика двигательной функции системы желчевыделения [Текст] / З. А. Лемешко, Р. И. Попова, Н. Е. Кузнецов // Новое в гастроэнтерологии. – М., 1995. – С. 141-142.
9. Реброва О. Ю. Статистический анализ медицинских данных (применение пакета прикладных программ STATISTICA) [Текст] / О. Ю. Реброва. – М. : МедиаСфера, 2003. – 312 с.

