



ОТЧЁТ
«Целесообразность включения магнитотерапии
в комплексное лечение дискинезии желчевыводящих путей»

Дискинезия желчевыводящих путей (ДЖВП) — заболевание, характеризующееся нарушением моторной и эвакуаторной функций желчного пузыря и желчных протоков из-за несогласованных, недостаточных или чрезмерных сокращений желчного пузыря и сфинктеров. Патология имеет хронический характер и распространена не только среди детей, но и среди людей молодого и среднего возраста. По данным гастроэнтерологического стационара, до 30% госпитализированных больных, страдают этой патологией, хотя увеличение частоты может носить и терминологический характер — в МКБ-Х диагноз «хронический холецистит» отсутствует и эти больные пополнили группу ДЖВП.

В патогенезе ДЖВП ведущее значение имеет изменение нейрогуморальной регуляции, тонуса вегетативной нервной системы, что приводит к расстройству координации в деятельности мышц желчного пузыря, желчных протоков, двигательной функции сфинктера ОДДИ. Учитывая нормализующее действие магнитотерапии на функцию вегетативной нервной системы и появилась идея о ее использовании в комплексном лечении ДЖВП, в связи с чем и было проведено настоящее исследование.

Цель работы: повысить эффективность лечения ДЖВП не увеличивая лекарственную нагрузку путём включения магнитотерапевтического воздействия.

Материалы и методы: Материалом для исследования послужили результаты динамического наблюдения и лечения 105 больных, в возрасте от 20 до 40 лет (женщин 89,6%, мужчин 10,4%) с ДЖВП. Больные были разделены на 4 группы.

I группа (33 человек) — получала диету № 5, хофитол, минеральную воду и воздействие грязи t-38°C длительностью 15 мин. на эпигастральную область и правое подреберье, через день, на курс 14 процедур.

II группа (36 человек) — получала диету № 5, минеральную воду, хофитол и магнитотерапию от аппарата «АЛМАГ-01» на проекцию печени и желчного пузыря

III группа (28 человек) - хофитол, тюбажи с минеральной водой и амплипульстерапию на правое подреберье на курс 14 процедур.

Хофитол назначался во всех группах исследования по 2 таблетки 3 раза в день за 30 минут до еды 14 дней.

Длительность основного заболевания варьировалась от 1 до 10 лет с преобладанием группы от 1 года до 5 лет (45 чел. — 46,4%).

Среди этиологических факторов преобладал алиментарный (52 чел. — 53,6%). Также выявлены сопутствующие факторы:

- нервно-психический (34 чел. — 35%);
- наследственный (21 чел. — 21,6%).

Часто отмечалось сочетание нескольких этиологических факторов. Следует отметить, что нервное перенапряжение в той или иной мере испытывали в целом все группы обследуемых нами больных, что подтверждает мнение многих исследователей о важной роли психоэмоционального фактора в развитии ДЖВП.

Кроме оценки клинической симптоматики проводились исследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, копрограмма, динамическая ультразвуковая холецистография, эзофагогастродуоденоскопия, компьютерная рН-метрия. У всех пациентов выявились вторичные функциональные расстройства билиарного тракта.

Как показали наши исследования, из сопутствующей патологии часто встречались гастродуодениты 72 (74,2%), запоры 56 (57,7%), заболевания поджелудочной железы (панкреатопатии, реактивный панкреатит) 49(50,5%), значительно реже заболевания печени (гепатоз, жировая дистрофия печени) 4 (4,1 %).

В клинической картине исследуемых групп ведущее место занимал болевой синдром 91 чел. (93,8%). По времени возникновения преобладали боли, возникающие через 30 мин после приема пищи 84 чел. (86,6%), реже сразу после еды 12 чел. (12,4%). Также редко имели место постоянные боли 9 чел. (9,3%). Отмечали боли тупого, ноющего характера 90 чел. (92,7%), реже – кратковременные, схваткообразные, колющие 10 чел. (10,3%). У небольшой части больных - 6 чел. (6,2%) болевой синдром был слабо выражен или отсутствовал, а пациенты предъявляли жалобы на чувство тяжести и распирание в эпигастрии. Практически у всех больных 92 чел. (94,8%) боли локализовались в правом подреберье.

Среди диспептических синдромов наиболее частыми являлись тошнота 90 чел. (92,7%), чувство тяжести, распирание в эпигастральной области 78чел. (80,4%), отрыжка воздухом 26 чел. (26,8%).

Нарушение стула выявлялось у большей части больных 74 чел. (70,5%) и характеризовалось склонностью к запорам 57 чел. (58,7%), редко 3 чел. (3,1%) – поносом. Чередование поносов и запоров наблюдалось у 10 больных (10,3%).

Для 66 больных (68,0%) был характерен астеноневротический синдром в виде нарушенного сна, слабости, быстрой утомляемости, эмоциональной лабильности.

При объективном исследовании органов пищеварения у 93 больных (95,8%) язык был обложен белым или желто-белым налетом. При пальпации живота у 86 больного (88,6%) отмечались боли в правом подреберье разной степени выраженности. Боли в эпигастрии отмечались у 10 человек (10,3%).

Критерием отбора пациентов в группы явилось значительное снижение скорости опорожнения желчного пузыря – менее 0,7% /мин при динамической ультразвуковой холецистографии. Данный параметр является ведущим критерием гипомоторной дисфункции желчного пузыря. Показатели моторно-эвакуаторной функции желчного пузыря у пациентов с гипомоторной дисфункцией желчного пузыря представлены в таблице 1.

Таблица 1. Показатели функционирования желчного пузыря у пациентов с дисфункцией желчного пузыря гипомоторного типа.

Параметр	ДЖВП гипомоторного типа
Исходный объем желчного пузыря (Visx), мл	44,5±9,3
Время максимального регистрируемого сокращения желчного пузыря (Tmax), мин	82,3±10,3
Степень максимального сокращения желчного пузыря (Max), %	31,2±4,8
Относительная скорость желчевыведения (Vc), %/мин	0,54±0,12

У всех больных при динамической ультразвуковом исследовании с желчегонным завтраком отмечалось замедление степени максимального сокращения желчного пузыря ($31,2 \pm 4,8\%$) и увеличение времени максимального регистрируемого сокращения желчного пузыря ($82,3 \pm 10,3$ мин).

Проведённое у 57 больных хроническим гастродуоденитом (ХГД) в сочетании с ДЖВП суточное рН-мониторирование показало, что у большей части больных (64,9%) отмечалось гиперацидное состояние КФЖ, гипо и анацидное состояние у 10,5%, нормоцидное только у 22,8% больных. Наиболее выраженные отклонения рН отмечались в луковице ДПК: у большинства обследованных больных ХГД в сочетании с ДЖВП была выявлена слабокислая реакция рН в луковице ДПК (средние значения рН $4,5 \pm 0,2$) по сравнению с больными ДЖВП без ХГД, у которых в отсутствие процесса пищеварения содержимое ДПК имело щелочную реакцию (рН в среднем 7,2-8,0).

По данным ЭГДС у подавляющего числа больных патологических изменений со стороны пищевода выявлено не было 82 чел. (84,5%). Недостаточность кардии встречалась у 17 человек (17,5%).

Наличие желчи в желудке позволяло косвенно судить о моторно-эвакуаторной функции гастродуоденальной области. Наблюдалось наличие желчи у 69 человек (71,1%) в антральном отделе, у 4 человек (4,1%) в теле желудка, а также сочетанное наличие желчи в теле и антральном отделе у 19 человек (19,6%).

Как показали наши исследования, грязи разных температурных режимов оказывают хороший терапевтический эффект на клиническое течение ДЖВП.

Наиболее эффективным, оказалось комплексное лечение с применением магнитотерапии с хофитолом. Полное купирование болевого синдрома отмечалось у 93% больных. Применение магнитотерапии с желчегонным препаратом (II группа) и амплипульстерапии с желчегонным препаратом оказывало сходное влияние на болевой синдром. Интенсивность болевого синдрома уменьшалась на 3-5 день и к концу проведения терапии исчезала во II группе у 34 (94,4%), в III группе у 24 (85,7%) больных. Сроки исчезновения пальпаторной болезненности в III группе были в пределах 9-10 дней, во II группе в пределах 7-8 дней.

Курс лечения в I группе оказывал положительное влияние на болевой синдром, но по сравнению с другими группами в меньшей степени: боли в правом подреберье полностью исчезли только у 73%, а интенсивность болевого синдрома уменьшилась на 9-10 день лечения у 78% пациентов. Сроки исчезновения пальпаторной болезненности в правом подреберье были в пределах 10-12 дней, которые исчезали у 61,5% больных.

Что касается диспептического синдрома, то положительная динамика лечения отмечалась у больных с ДЖВП, получавших комплексную терапию магнитотерапии с желчегонным препаратом. Тошнота, горечь во рту к концу лечения отсутствовали у 84,6% больных. Также комплексная терапия пело- магнитотерапии с желчегонным препаратом положительно влияла на моторику кишечника: запоры исчезли у 72,7 % больных (стул ежедневно, оформленный), а также на изжогу – у 52,9 % больных изжога исчезала.

Лечение больных в I и III группах оказывало положительное влияние на отрыжку (симптомы исчезали у 62,5%), но по сравнению с другими группами в меньшей степени. После курса применения магнитотерапии и желчегонного препарата (II группа) тошнота исчезала у 83,3% больных, а в III группе исследования комплексное лечение эффективнее влияло на отрыжку: отрыжка исчезала у 77,7% больных.

Динамика астено-невротических проявлений не претерпела существенных изменений под влиянием проводимого лечения во всех трёх группах исследования. При проведении оценки моторно-эвакуаторной функции желчного пузыря с помощью динамической ультразвуковой холецистографии у всех пациентов выявлены УЗИ-признаки гипомоторной дисфункции желчного пузыря при исследовании функции желчного пузыря: значительное снижение скорости опорожнения желчного пузыря –

менее 0,7%/мин. 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 (таб.2).

Таблица 2. Данные динамической ультразвуковой холецистографии до и после лечения больных ДЖВП.

Показатель	До лечения			После лечения		
	I гр.	II гр.	III гр.	I гр.	II гр.	III гр.
V исх. мл	46,2±6,3	43,8±9,4	44,1±9,8	37,4±4,3*	30,7±6,4*	32,1±4,1*
tmax, мин	83,4±7,8	82,9±10,5	80,5±8,5	75,1±7,7	70,5±5,33*	71,8±4,2*
Max. %	32,3±3,9	31,5±4,3	32,7±4,6	35,96±2,7	42,7±3,2*	46,3±2,9*
Vc,%/мин	0,48±0,1	0,46±0,03	0,54±0,1	0,59±0,3*	0,63±0,12*	0,66±0,2*

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

Магнитотерапия от «АЛМАГА-01» достоверно увеличивала степень максимального сокращения желчного пузыря $42,3 \pm 3,4$ ($p < 0,05$), снижала время максимально регистрируемого сокращения желчного пузыря $70,6 \pm 4,9$ ($p < 0,05$), однако практически не изменяла относительную скорость желчевыведения.

Под влиянием комплексного лечения с магнитотерапией от «АЛМАГА-02» наблюдалось достоверное снижение времени максимально регистрируемого сокращения желчного пузыря $47,5 \pm 5,33$ ($p < 0,05$), увеличение степени максимального сокращения желчного пузыря $48,7 \pm 3,2$ ($p < 0,05$) и относительной скорости желчевыведения $0,7 \pm 0,12$ ($p < 0,05$).

Особенно важные результаты на наш взгляд были получены в отношении изменений рН среды луковицы двенадцатиперстной кишки (ДПК). Оно заключалось в следующем: до начала лечения у большинства обследуемых больных ДЖВП с хроническим гастродуоденитом отмечалось недостаточное ощелачивание кислого содержимого в луковице ДПК (рН в среднем составила $4,5 \pm 0,2$, против $7,62 \pm 0,162$ у больных ДЖВП без хронического гастродуоденита). Под влиянием комплексного лечения с магнитотерапией 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 дуоденогастрального рефлюкса, что выражалось в уменьшении количества осцилляций на рН-граммах у больных ДЖВП. Более отчетливо это проявилось при комплексном лечении ДЖВП магнитотерапией и свидетельствовало об эффективном действии данного метода на эвакуаторно-моторную функцию гастродуоденальной области. Так, исчезновение дуоденогастрального рефлюкса наблюдалось у 86,6% больных II группы после комплексного лечения, у 76,6% - после комплексного лечения с III группы и у 69,1% - у больных I группы.

Из выше изложенного можно сделать вывод о нормализующем влиянии метода комплексного влияния магнитотерапии в сочетании с желчегонным препаратом на рН желудка и ДПК за счет улучшения ощелачивающей способности двенадцатиперстной кишки, а также нормализации моторно-эвакуаторных нарушений верхних отделов пищеварительного тракта.

При динамическом наблюдении больных с ДЖВП данные ФГДЭС показали достаточно высокую эффективность купирования воспалительных изменений слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки во всех группах больных, но наиболее выраженную во II группе комплексного лечения, где макроскопические признаки воспаления исчезли у 92,5% больных, в III группе – у 80,1% и у 71,3% больных в I группе. Эпителлизация эрозий отмечалась у 92,3% больных во II группе.

Согласно полученным данным наиболее высокий терапевтический эффект получен в группе больных при комплексном применении магнитотерапии с желчегонным препаратом, что существенно выше, чем в других группах больных, где общая терапевтическая эффективность лечения практически одинакова.

Выводы

Таким образом, наши данные показали, что комплексное применение магнитотерапии с желчегонным препаратом является достаточно эффективным методом лечения ДЖВП, позволяет эффективно купировать клиническую симптоматику, а также положительно влиять на моторно-эвакуаторную функцию желчного пузыря, купировать воспалительные изменения гастродуоденальной зоны.

Показатели динамической ультразвукового исследования у больных гипомоторной ДЖВП говорят о максимальной эффективности влияния комплексного применения магнитотерапии от «АЛМАГА-01» в комплексе с желчегонным препаратом на моторно-эвакуаторную функцию желчного пузыря.

Под влиянием применения магнитотерапии в сочетании с хофитолом наблюдалось достоверное повышение сниженных значений рН в теле, антральном отделе желудка и луковице ДПК при компьютерной рН-метрии.

Применение комплексного лечения магнитотерапии в сочетании с желчегонным препаратом является достаточно эффективным в купировании воспалительных изменений гастродуоденальной зоны на начальных этапах восстановительного лечения у больных, что подтверждается данными макроскопического исследования, что даёт основание включить магнитотерапию в комплексное лечение на всех этапах медицинской помощи.

Заведующая ФГО
ОБУЗ «ГКБ№4» г.Иваново



Якименко Е.В.

Главный внештатный физиотерапевт Департамента
здравоохранения Ивановской области, доц. Кафедры
медицинской реабилитологии ИПО ГБОУ ВПО ИвГМА, к.м.н.



Основина И.П.