

КОМПЛЕКСНАЯ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ НА РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ЭТАПЕ

УДК 616.366–003.7–089.87–072.1–036.82

Поддубная О.А.^{1,2}, Маршева С.И.¹

¹ГБОУ ВО «СибГМУ Минздрава России», Томск, Россия

²ФГБУН ТНИИКиФ ФМБА России, Томск, Россия

THE COMPLEX NON-MEDICAMENTAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH GALLSTONE DISEASE IN THE EARLY THE POSTOPERATIVE STAGE

Poddubnaya O.A.^{1,2}, Marsheva S.I.¹

¹State budget educational institution of higher professional education «Siberian state medical University of Minzdrav of Russia»

²Federal state budgetary institution «Siberian Federal scientific clinical center of Federal medical biological Agency»

Введение

Актуальность разработки новых подходов к реабилитации пациентов желчнокаменной болезнью (ЖКБ) остается высокой. В последние десятилетия заболеваемость ЖКБ возросла почти в 3 раза [1–6]. Среди факторов, способствующих развитию заболеваний билиарной системы, в частности ЖКБ, значительная роль, наряду с нарушениями биохимического состава и коллоидной стабильности желчи, принадлежит психовегетативного дисбалансу и эмоциональному стрессу, что приводит к ослаблению адаптационно-компенсаторных возможностей организма [7–8]. Известно, что психогенные факторы ослабляют регулирующее влияние вегетативной нервной системы (ВНС) на моторно-эвакуаторную функцию желчного пузыря и сфинктерного аппарата. А дисбаланс активности разных отделов ВНС поддерживает функциональные нарушения в желчном пузыре, что нарушает коллоидную стабильность желчи и повышает ее литогенные свойства, а значит, способствует прогрессированию ЖКБ [9–10].

Параллельно росту заболеваемости увеличивается и количество операций по поводу ЖКБ. Проведение лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) не компенсирует сложных патофизиологических нарушений, имеющих место при ЖКБ, не избавляет больного от обменных нарушений, не гарантирует в послеоперационный период удовлетворительного качества жизни, не уменьшает проявлений дисбаланса ВНС, психоэмоционального напряжения и стресса. Последствия ЛХЭ проявляются у 30–

40% оперированных больных в виде многочисленных функциональных и органических синдромов, одним из которых является постхолецистэктомический синдром (ПХЭС), который часто обусловлен имеющимися психовегетативными нарушениями [11, 12].

О медико-социальной значимости проблемы реабилитации пациентов, оперированных по поводу ЖКБ, свидетельствует ряд государственных документов, среди которых: Постановление Правительства Российской Федерации от 21 апреля 2001 г. №309 «Об утверждении Положения о приобретении, распределении, выдаче путевок на санаторно-курортное лечение и оздоровление работников и членов их семей», Приказ Фонда социального страхования РФ и Министерства здравоохранения РФ от 14 сентября 2001г. №190/355 «О долечивании больных в условиях санатория», письмо Минздрава РФ и Фонда социального страхования РФ от 3 сентября 2003г. №№ 2510/9859–03–25, 02–08/10–2022П «О долечивании в санаториях больных, перенесших операции холецистэктомии с применением лапароскопической (эндоскопической) техники».

Как известно, длительная медикаментозная послеоперационная реабилитация нередко сопровождается появлением побочных эффектов, что диктует необходимость поиска других методов лечения. Использование в послеоперационном периоде лекарственных средств, с целью стабилизации и улучшения показателей функционирования ЖВС, без учета состояния психовегетативного статуса и адаптационных возможностей организма,

чаще всего дает временный эффект и не снижает риска развития постхолецистэктомических нарушений [2, 11, 13].

Одним из современных направлений послеоперационной реабилитации является использование природных (внутренний прием минеральных вод) и преформированных физических факторов (гальванизация, импульсные токи, микроволны и др.), которые обладают полилечебным эффектом, обеспечивающим стимуляцию процессов репарации и регенерации, улучшение лабораторных показателей, купирование клинических симптомов заболевания, нормализацию показателей психовегетативного статуса и повышение адаптационных возможностей организма [14–16]. Такие современные физические факторы, как магнитолазерная терапия и КВЧ-терапия, включенные в комплекс реабилитационных мероприятий пациентов ЖКБ в ранние послеоперационные сроки, позволяют получить все перечисленные эффекты [17–20].

Особенностью ведения больных после минимально инвазивной ЛХЭ является существенное сокращение сроков их пребывания в стационаре, что позволяет переносить существенную часть реабилитационных мероприятий на амбулаторный этап. После плановой ЛХЭ пациенты обращаются на амбулаторно-поликлинический этап реабилитации уже на 7–10 день после операции. Это обосновывает необходимость разработки новых технологий для проведения ранней послеоперационной реабилитации этих больных, опираясь на эффективность уже разработанных и официально используемых методик послеоперационной реабилитации больных ЖКБ в более поздние сроки (на 14–21 день) после оперативного вмешательства [21, 22].

Таким образом, разработка новых методов реабилитации пациентов с ЖКБ в ранний послеоперационный период с использованием природных и преформированных физических факторов с учетом психовегетативного и адаптационного статуса пациентов, представляет как научный, так и практический интерес.

Материалы и методы

В клиническое исследование было включено 108 больных на 7–10 день после выписки из стационара после проведения лапароскопической холецистэктомии (Диагноз К80.2 «Желчнокаменная болезнь», Диагноз Y83.6 «Удаление желчного пузыря» по МКБ–10).

Всем пациентам (n=108), включенным в исследование, реабилитационные мероприятия проводились амбулаторно. В соответствии с особенностями проводимого лечения все пациенты были разделены на 3 группы. При этом во всех группах назначался щадяще-тренирующий режим, лечебное питание и внутренний прием минеральной воды.

Кроме этого: пациентам 1 группы (n=35) назначали МИЛ-терапию на область эпигастрия, проекцию правого и левого подреберья; пациентам 2 группы (n=35) – КВЧ-терапию на область правого подреберья и нижнюю треть грудины; пациентам 3 группы (n=38) – МИЛ-терапию и КВЧ-терапию по вышеописанным методикам.

При клиническом обследовании проводилась оценка жалоб со стороны ЖВС, интенсивность которых выражалась в баллах, на основании которых вычислялся интегральный клинический показатель (ИКП) – среднее значение, получаемое при делении суммы клинических жалоб и симптомов (в баллах) на число этих жалоб и симптомов. Уровень адаптационных возможностей организма изучался по типу реакции адаптации, определяемый по уровню лимфоцитов в периферической крови (Л.Х. Гаркави с соавт.) [15]. Для исследования вегетативного статуса рассчитывались вегетативный индекс Кердо и коэффициент Хельдебранда [11,12]. Психоземotionalный статус исследовали с использованием метода цветочных выборов М. Люшера и неспецифического опросника оценки качества жизни (тест SF-36), при этом оценивали показатели уровня стресса, уровня психоземotionalного напряжения, физического функционирования и состояния здоровья [27–29]. При оценке непосредственной эффективности проводимого лечения учитывалась динамика жалоб, клинических симптомов, показателей

Таблица 1. Динамика жалоб и клинических симптомов (баллы) пациентов ЖКБ в ранний послеоперационный период ($M \pm m$)

Показатели	Группы	До лечения	После лечения	Через 6 мес.
Боль и тяжесть в правом подреберье	1	2,1±0,7 (100,0)	0,5±0,3**** (48,6)	0,6±0,2** (52,6)
	2	2,0±0,5 (100,0)	0,6±0,4**** (57,1)	0,6±0,3* (47,6)
	3	2,4±0,6 (97,4)	0,5±0,4**** (39,5)	0,2±0,2*** (25,0)
Болезненность при пальпации	1	2,1±0,8 (85,7)	0,7±0,6*** (65,7)	1,1±0,7** (84,2)
	2	2,2±0,6 (80,0)	0,7±0,5**** (68,6)	0,8±0,4** (52,4)
	3	2,0±0,6 (92,1)	0,5±0,4*** (73,7)	0,6±0,1*** (35,0)
ИКП	1	1,7±0,1	0,6±0,1****	0,9±0,1**
	2	1,6±0,1	0,5±0,1****	0,8±0,1**
	3	1,6±0,1	0,5±0,1***	0,2±0,1***

Примечание: значимость различий групп в разные сроки наблюдения по сравнению с исходными данными: * - p<0,05; ** - p<0,01; *** - p<0,005; **** - p<0,001; в скобках – относительное число больных (%); ИКП – интегральный клинический показатель.

лабораторных и инструментальных методов исследования (в баллах), с расчетом коэффициента эффективности, который позволял оценивать непосредственные результаты лечения. При этом учитывалось только «значительное улучшение» и «улучшение», что расценивалось как показатель эффективности реабилитации [30].

Статистический анализ полученных данных выполнен в Центре БИОСТАТИСТИКА (E-mail: point@stn.tomsk.ru), под руководством доцента факультета информатики Томского государственного университета, к.т.н. В.П. Леонова. Процедуры статистического анализа выполнялись с помощью статистических пакетов SAS 9, STATISTICA 8 и SPSS-17. Критическое значение уровня статистической значимости, при проверке нулевых гипотез, принималось равным 0,05. В случае превышения достигнутого уровня значимости статистического критерия этой величины, принималась нулевая гипотеза. Для сравнения внутригрупповых и межгрупповых различий использовался непараметрический критерий Вилкоксона и критерий Колмогорова-Смирнова для двух несвязных групп. Для всех количественных признаков в сравниваемых группах производилась оценка средних арифметических и среднеквадратических (стандартных) ошибок среднего. Эти дескриптивные статистики в тексте представлены как $M \pm m$, где M – среднее, а m – ошибка среднего. Исследование взаимосвязи между парами дискретных качественных признаков проводилось с использованием анализа парных таблиц сопряженности. Помимо оценок критерия Пирсона Хи-квадрат и достигнутого уровня статистической значимости этого критерия, вычислялись и оценки интенсивности связи анализируемых признаков, такие как коэффициент Фи, коэффициент контингенции и V-коэффициент Крамера ($r=0-1$).

Результаты

Все пациенты переносили лечение удовлетворительно, необходимости в отмене процедур не отмечалось.

Анализ динамики всех изучаемых показателей выявил следующее. После проведенных мероприятий отмечалось купирование или значительное уменьшение интенсивно-

сти клинических жалоб, динамика наиболее значимых из них (жалобы на боль, пальпаторная болезненность) представлена в табл. 1. Динамика других жалоб была аналогичной. При анализе динамики ИКП было выявлено его снижение после реабилитации во всех группах пациентов, но полученные результаты в отдаленные сроки (через 6 мес.) более значимо сохранялись в 3 гр. ($p=0,0023$).

Исследование динамики показателей общего анализа периферической крови не выявило значительных изменений большинства из них, что расценивалось как отсутствие отрицательного влияния проводимых мероприятий.

Наиболее значительная динамика отмечалась при дифференцированном анализе показателей адаптационного статуса пациентов, который оценивался по уровню лимфоцитов периферической крови. При том, что средние значения уровня лимфоцитов во всех группах на всех этапах наблюдения (до лечения, после лечения и через 6 мес.) оставались в пределах контрольных (1 гр. – $29,7 \pm 1,5$; $31,6 \pm 1,0$; $29,6 \pm 1,1$; 2 гр. – $29,2 \pm 1,6$; $35,1 \pm 1,0$; $29,3 \pm 0,8$; 3 гр. – $29,2 \pm 1,6$; $35,1 \pm 1,0$; $29,3 \pm 0,8$; соответственно), отмечалась тенденция к их повышению, что свидетельствовало о переходе организма на более высокий уровень адаптации, характерный для реакции спокойной активации (РА) ($p=0,0044$) и расценивалось как положительная динамика изучаемого показателя. В пользу этого суждения свидетельствовали результаты оценки динамики числа пациентов с реакцией активации (РА), показатель которого во всех группах повышался (рис. 1).

Как видно из рис. 1, число пациентов с РА после проведенных мероприятий возрастало во всех группах и оставалось в более отдаленные сроки выше исходных значений.

Таким образом, полученные результаты свидетельствовали о благоприятном влиянии комплексного лечения на показатели адаптационных возможностей организма пролеченных больных, что вполне закономерно, так как и МИЛ-терапия и КВЧ-терапия оказывают выраженное стимулирующее воздействие на показатели адаптационных возможностей организма.

При анализе динамики средних значений биохимических показателей крови изменений не было выявлено.

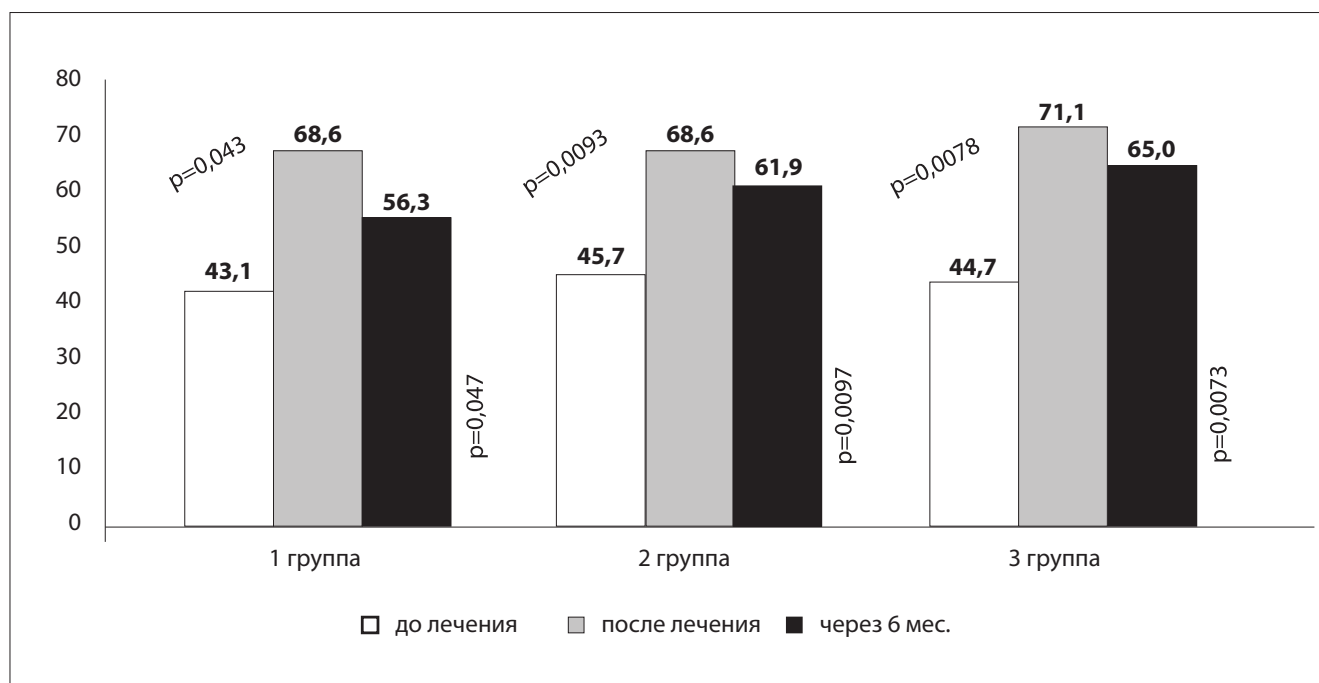


Рис. 1. Динамика числа пациентов с адаптационной реакцией в виде реакции активации (%).

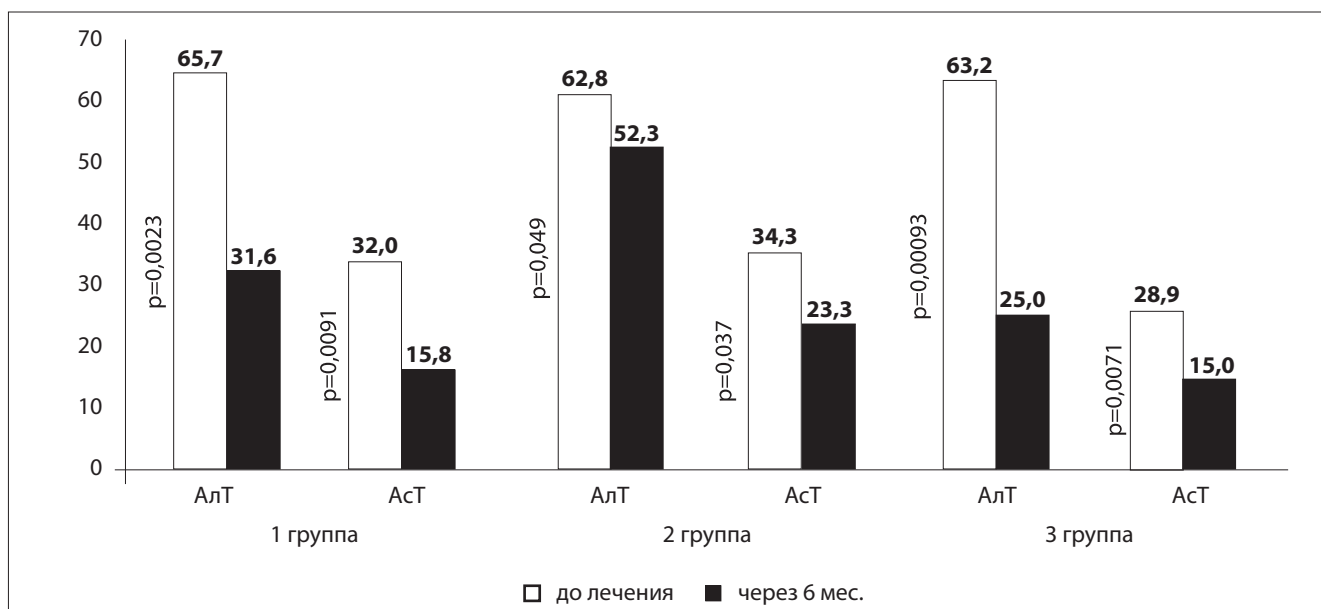


Рис. 2. Динамика числа пациентов с повышенными значениями АлТ и АсТ (%)

Более значительные изменения отмечались у пациентов с исходно повышенными значениями, что определялось у 30%–50% обследованных пациентов во всех группах (1 гр., 2 гр. и 3 гр.).

Так, уровень АсТ и АлТ снижался в 1 гр. с $76,6 \pm 10,6$ до $32,7 \pm 1,6$ ($p=0,0073$), с $50,7 \pm 12,8$ до $29,7 \pm 3,2$ ($p=0,0091$), соответственно. Во 2 гр. эти показатели снижались с $63,7 \pm 2,1$ до $27,1 \pm 2,1$ ($p=0,0051$), с $53,1 \pm 3,2$ до $25,7 \pm 2,0$ ($p=0,0091$); соответственно. В 3 гр. – с $67,0 \pm 3,2$ до $27,3 \pm 2,1$ ($p=0,0028$), с $45,3 \pm 2,4$ до $20,5 \pm 3,0$ ($p=0,00091$), соответственно. Через 6 мес. после проведенных мероприятий во всех группах эти показатели повышались и возвращались к исходным значениям. При этом число пациентов с повышенными значениями показателей, в частности показателей АлТ и АсТ, также уменьшалось, но более значительно уменьшалось через 6 мес. после

реабилитации. Как видно из рис. 2 более значительная динамика выявлена в 3 гр, где в комплексе реабилитационных мероприятий назначались магнитолазерная и КВЧ-терапия.

В целом анализ динамики количественных и качественных биохимических показателей крови позволяла судить о благоприятном влиянии проводимых реабилитационных мероприятий на изучаемые показатели, что свидетельствовало об улучшении функционального состояния печени и желчевыделительной системы в целом.

По данным УЗИ после ХЭ более чем у 80,0% пациентов отмечались признаки реактивного холангита в виде утолщения и подчеркнутости стенок главных внутрипеченочных желчных протоков, вероятнее всего, обусловленного хирургическим вмешательством. Анализ динамики числа пациентов с УЗИ-признаками холангита

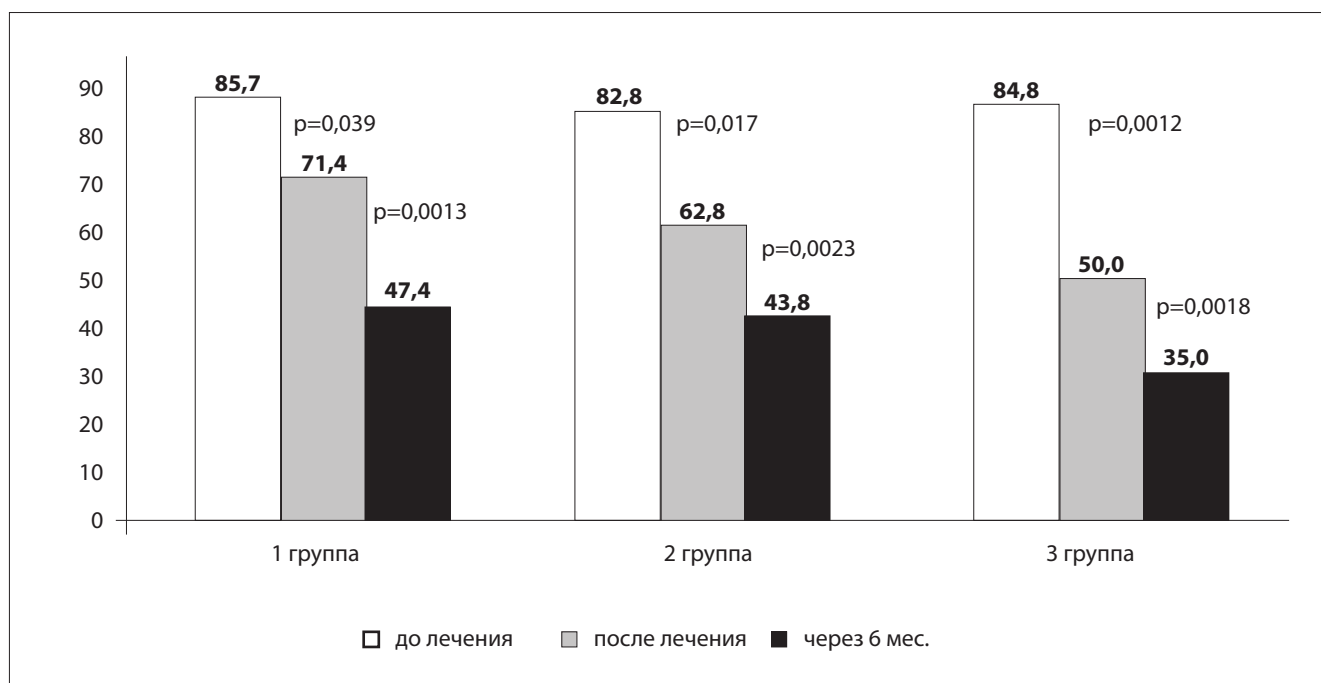


Рис. 3. Динамика числа пациентов с признаками холангита по данным УЗИ (%)

свидетельствовал о значительном снижении этого показателя сразу после курса реабилитационных мероприятий во всех группах (рис.3). Обращает на себя внимание, что число пациентов с УЗИ-признаками холангита продолжало снижаться и в более отдаленные сроки наблюдения (6 мес.). Вероятнее всего, это было обоснованно тем, что явления холангита были реактивными (послеоперационными), а благоприятное влияние проводимых мероприятий на показатели функциональной активности печени и ЖВС позволило купировать эти изменения, что способствовало снижению числа таких пациентов до значений, выявленных до проведения оперативного вмешательства (1 гр. – 48,6%, 2 гр. – 42,8%, 3 гр. -50,0%).

Проведение ХЭ сопровождалось реактивным отеком и застоем во внутрипеченочных желчных протоках, что не могло не отразиться на показателях венозного кровотока в печени. Наиболее значимые изменения регистрировались при анализе показателя прироста печеночного кровотока (ППК) по сравнению с исходным уровнем. Так, во всех группах после лечения ППК составлял в 1 гр. $-7,1 \pm 4,3\%$ ($p=0,039$), во 2гр. – $6,8 \pm 3,7\%$ ($p=0,041$), и в 3 гр. – $7,3 \pm 3,6\%$ ($p=0,031$), по сравнению с исходными показателями кровотока печени. Через 6 мес. после реабилитационных мероприятий эти показатели еще больше повышались, особенно в 3 гр. ($14,5 \pm 4,2$ ($p=0,0069$), что было незначительно выше результатов 1гр. и 2гр. ($12,8 \pm 3,7$ ($p=0,0073$), $10,6 \pm 2,7$ ($p=0,0081$), соответственно. Результаты свидетельствуют о позитивном влиянии комплекса реабилитационных мероприятий на показатели венозного кровотока печени.

При изучении вегетативного обеспечения, оцениваемого по ВИК, было выявлено следующее. Преобладание симпатического тонуса ВНС определялось при поступлении у 48,6% 1 гр., у 54,3% 2 гр., у 60,5% 3 гр., и парасимпатического – у 31,4% 1 гр., у 28,6% 2 гр. и у 29,0% 3 гр. После проведенных мероприятий наблюдалось снижение показателя у симпатотоников ($p=0,0012$), что свидетельствовало об уменьшении симпатического влияния и расценивалось как критерий снижения явлений гипокинезии в желчных путях и уменьшения явлений застоя. У парасимпатотоников изучаемый показатель

повышался, что свидетельствовало об уменьшении парасимпатического влияния и обеспечивало развитие антиспастического эффекта в желчных протоках. У пациентов с эйтонией показатель ВИК в процессе реабилитационных мероприятий изменялся в пределах контрольных значений, что свидетельствовало об отсутствии отрицательного влияния проводимого лечения на показатели вегетативного статуса. Анализ динамики числа пациентов с эйтонией в динамике свидетельствовал об увеличении этого показателя во всех группах (рис.4.), при этом результаты были более значительными в 3гр. ($p=0,00011$).

Таким образом, анализ полученных данных подтверждал нормализующее влияние проводимых мероприятий на соотношение симпатических и парасимпатических влияний ВНС (вегетокорректирующее), уравнивая их во всех группах, что расценивалось как благоприятное влияние и на функциональное состояние ЖВС.

При поступлении у всех пациентов определялись повышенные значения уровня стресса и уровня психоэмоционального напряжения (ПЭН), а показатель физического функционирования был снижен.

Анализ динамики показателей уровня стресса и ПЭН в 1 гр. свидетельствовал о их снижении до $8,8 \pm 0,8$ и до $12,3 \pm 0,8$ ($p=0,00083$ и $p=0,00097$, соответственно). На фоне снижения уровня стресса и ПЭН отмечалось повышение показателей физических компонентов здоровья до $69,6 \pm 2,4$ ($p=0,003$) и физического функционирования до $74,3 \pm 2,1$ ($p=0,0001$). В более отдаленные сроки наблюдения (через 6 мес.) отмечалось, что все показатели психоэмоционального статуса не различались с исходными значениями. Оценка динамики уровня стресса и ПЭН во 2гр. также свидетельствовала о снижении этих показателей до $10,0 \pm 1,0$ и до $13,1 \pm 0,7$ ($p=0,0009$ и $p=0,0007$; соответственно) и о повышении показателей физических компонентов здоровья и физического функционирования до $67,08 \pm 2,04$ ($p=0,0019$) и до $72,4 \pm 2,43$ ($p=0,0007$), соответственно. Через 6 мес. после реабилитации отмечалось, что показатели уровня стресса и ПЭН повышались, но оставались ниже исходных значений ($p=0,037$

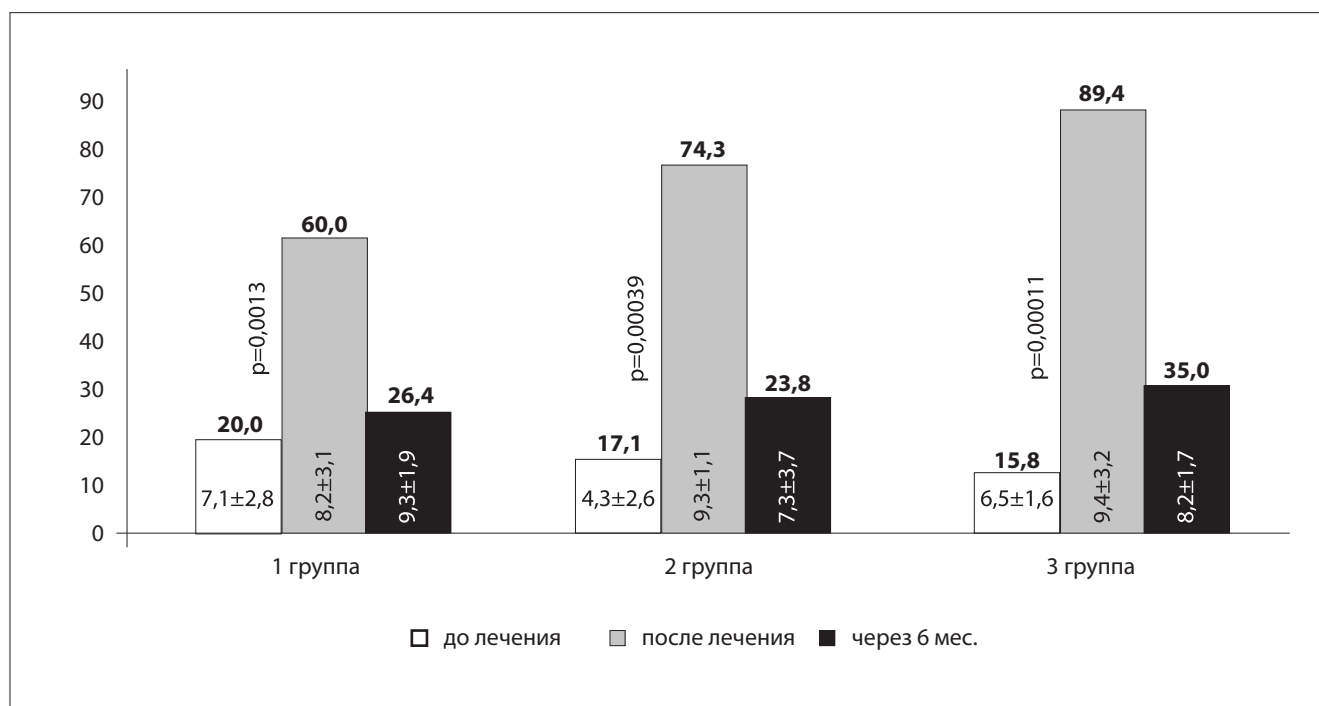


Рис. 4. Динамика числа пациентов с эйтонией (%) со средними значениями показателя ВИК по группам ($M \pm m$)

и $p=0,044$, соответственно), а показатели физических компонентов здоровья и физического функционирования незначительно снижались, также оставаясь выше исходных значений ($p=0,023$ и $p=0,041$, соответственно). Динамика уровня стресса и ПЭН в 3 гр. также свидетельствовала о снижении этих показателей до $6,93\pm 0,8$ и до $10,7\pm 0,6$ ($p=0,00073$ и $p=0,00031$; соответственно) и о повышении показателей физических компонентов здоровья до $72,4\pm 2,5$ физического функционирования до $79,1\pm 2,5$ ($p=0,00031$ и $p=0,00011$), соответственно. Через 6 мес. после реабилитации было выявлено, что средние значения уровня стресса и ПЭН повышались, но оставались значительно ниже исходных значений ($p=0,047$ и $p=0,027$, соответственно), а показатели физических компонентов здоровья и физического функционирования снижались, оставаясь значительно выше исходных значений ($p=0,021$ и $p=0,031$, соответственно).

Комплексная оценка динамики всех изучаемых показателей позволила судить о непосредственной эффективности реабилитации пациентов ЖКБ в ранний послеоперационный период. Так в 1 гр. непосредственная эффективность составляла 82,9%, во 2 гр. – 85,7, в 3 гр. – 94,8%. При этом полученный эффект сохранялся до 6 мес. у 46,6% 1 гр., у 50,0% 2 гр. и у 65,0% пациентов 3 гр.

Вышеизложенные результаты комплексной реабилитации больных ЖКБ в раннем послеоперационном периоде свидетельствовали о высокой эффективности проводимых мероприятий, при этом лучшие результаты были получены при использовании комплекса, включающего и МЛТ и КВЧ-терапию.

Для оценки статистической закономерности полученных результатов проводился анализ таблиц сопряженности непосредственной эффективности с особенностями используемых реабилитационных комплексов (РК). При этом дифференцированно анализировались разные категории эффективности («улучшение» и «значительное улучшение») и их сопряженность с особенностями используемых РК. Так, терапевтическая эф-

фективность проводимых мероприятий была сопряжена с особенностями всех используемых РК ($\chi^2=10,72$; $p=0,029$; $r=0,22$), при этом максимальный вклад в итоговую статистику Пирсона вносила сопряженность «значительного улучшения» с использованием РК 3 гр., где пациентам назначали прием минеральной воды, МЛТ и КВЧ-терапию ($\chi^2=3,77$), меньший вклад имела сопряженность использования РК 2 гр., где пациентам назначали прием минеральной воды и КВЧ-терапию ($\chi^2=1,61$), еще менее значимый вклад имела сопряженность с использованием РК 1-й группы ($\chi^2=0,56$), где назначали прием минеральной воды и МЛТ. Анализируя сопряженность полученного эффекта в виде «улучшения» с используемыми РК были выявлены аналогичные зависимости вклада в итоговую статистику Пирсона (3 гр. – $\chi^2=3,02$; 2 гр. – $\chi^2=1,29$; 1 гр. – $\chi^2=0,44$). Были также изучены результаты анализа таблиц сопряженности отдаленных результатов с особенностями РК. Так, отдаленный эффект был также сопряжен с особенностями РК ($\chi^2=12,73$; $p=0,031$; $r=0,37$), при этом максимальный вклад в итоговую статистику Пирсона имела сопряженность эффекта через 6 мес. после реабилитации с использованием РК основной 3 гр. ($\chi^2=3,91$), меньший вклад имела сопряженность с использованием РК 1 гр. и 2 гр. ($\chi^2=2,37$; $\chi^2=2,73$ соответственно).

Таким образом, комплексная реабилитация больных ЖКБ в ранний послеоперационный период, включающая МИЛ-терапию и КВЧ-терапию, оказывает благоприятное влияние на все изучаемые показатели функциональной активности гепатобилиарной системы и организма в целом. Это проявлялось купированием клинических симптомов или значительным снижением их интенсивности, улучшением показателей кровотока печени, значительным уменьшением явлений застоя в желчных протоках, улучшением и нормализацией показателей психовегетативного статуса и повышением адаптационных возможностей организма, что в совокупности значительно повышало качество жизни пациентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

- Вахрушев Я.М., Хохлачева Н.А. Желчнокаменная болезнь: эпидемиология, факторы риска, особенности клинического течения, профилактика. Архив внутренней медицины; 2016; 3(29): 30–35.
- Мараховский Ю.Х. Желчнокаменная болезнь: современное состояние проблемы. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии; 2003; 13(1): 81–92.
- Призенцов А.А., Лобанков В.М., Скуратов А.Г. Желчнокаменная болезнь: состояние проблемы. Проблемы здоровья и экологии; 2012;3 (33): 39–44
- Галкин В.А. Заболевания желчного пузыря и желчевыводящих путей. М.: Феникс, 2014: 128 с.
- Лукашевич А.П., Сучкова Е.В., Хохлачева Н.А., Горбунов А.Ю. Прогнозирование развития желчнокаменной болезни у пациентов с патологией гепатобилиарной системы. Практическая медицина; 2015; 1 (92):115–120.
- Хохлачева Н.А., Сучкова Е.В. Изучение распространенности желчнокаменной болезни на основе прогностических исследований заболеланий гепатобилиарной системы. Врач-аспирант; 2012: 1(50): 753–760.
- Голубев В.Л., ред. Вегетативные расстройства. Клиника, диагностика, лечение. М.: МИА, 2010: 640с.
- Гаркави Л.Х., Квакина Е.Б., Кузьменко Т.С., Шихлярова А.И. Антистрессорные реакции и активационная терапия. ч. 1–2. Екатеринбург: Филантроп; 2002–2003: 416 с.
- Гейко А. В., Суботялов М. А. Психосоматические особенности пациентов с желчнокаменной болезнью (научный обзор). Вестник Новосибирского государственного педагогического университета; 2016; 5(33):102–114.
- Низамов Р.А., Тимербулатов Ш.В. Состояние психологического здоровья больных с желчекаменной болезнью. Сборник тезисов 43-я научная сессия ЦНИИГ «От традиций к инновациям»; 2017: с.12.
- Ильченко А.А. Болезни желчного пузыря и желчных путей. Москва: МИА, 2011: 880 с.
- Самсонов А.А., Плотникова Е.Ю., Рубан А.П., Багмет А.Д., Ульянов Е.В.. Желчнокаменная болезнь, холецистэктомия. Что дальше? Медицинский совет; 2014;4:50–55.
- Эфендиева М.Т., Абдурахманова А.З. Патогенетические аспекты реабилитации пациентов после холецистэктомии. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология; 2015; 11 (123): 63–70.
- Куликов А.Г., Воронина Д. Д. Питьевые минеральные воды в лечении и реабилитации: современный взгляд на проблему. Физиотерапия, бальнеология и реабилитация; 2017; Том 16: 3 : 116–120.

15. Филимонов Р.М., Мусаева О.М., Филимонова Т.Р. Немедикаментозные методы воздействия в лечении больных постхолецистэктомическим синдромом. Физиотерапевт; 2017; 5: 21–24.
16. Стилиди И.С., Лядов К.В., Коваленко З.А., Лядов В.К., Камалова А.Г., Салтынская Н.М. Стандартизированные алгоритмы лфк и физиотерапии как неотъемлемые компоненты программы ускоренной послеоперационной реабилитации в хирургической панкреатологии. Вестник восстановительной медицины; 2017; 1 (77) : с. 79–84.
17. Бурдули Н.М., Ранюк Л.Г. Влияние лазерной рефлексотерапии на моторную функцию желчного пузыря и физические свойства желчи у больных хроническим бескаменным холециститом. Терапевтический архив; 2009; 2: 51–5.
18. Бурдули Н.М., Крифарида А.С., Гутнова С.К. Влияние низкоинтенсивного лазерного излучения на микроциркуляторные нарушения у больных хроническими вирусными гепатитами. Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры; 2015; 4: 25–30
19. Ордынская Т.А., Поручиков П.В., Ордынский В.Ф. Волновая терапия. М.: ЭКСМО, 2008: 496 с.
20. Поддубная О. А. Влияние КВЧ-терапии на структуру желчи больных хроническим холециститом в сочетании с описторхозом. Физиотерапия, бальнеология и реабилитация; Том 14; 2015; 6: 24–28.
21. Маршева С.И., Поддубная О.А. Возможности ранней реабилитации больных желчно-каменной болезнью после проведения эндоскопической холецистэктомии. Бюллетень сибирской медицины ; 2013; Том 12; 1: 109–113.
22. Белобородова Э.И., Петракова В.С., Угольников О.И., Карымова К.Н., Юрьева Н.М., Маршева С.И., Коростелева Е.В. Восстановительное лечение при постгастрорезекционных расстройствах и состоянии после удаления желчного пузыря. Медицинская технология, регистрационное удостоверение №ФС 2006/357-у от 12.12.2006г., Томск; 2006: 18 с.

REFERENCES

1. Vakhrushev Ya. M., Khokhlacheva N. A. [Gallstone disease: epidemiology, risk factors, clinical features, prevention]. Arhiv vnutrennei medicini; 2016; 3 (29): 30–35.
2. Marakhovsky Yu. Kh. [Cholelithiasis: the current state of the problem]. Rossiiskii jurnal gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii; 2003; 13(1): 81–92.
3. Prizentsov A. A., Lobanov V. M., Skuratov A. G. [Cholelithiasis: the state of the problem]. Problemi zdorovya i ekologii; 2012;3 (33): 39–44.
4. Galkin V. A. [Diseases of the gallbladder and biliary tract]. Moscow: Feniks, 2014: 128 p.
5. Lukashevich, A. P., E. V. Suchkova, N Khokhlacheva, A. Gorbunov, Y. A. [Forecasting the development of cholelithiasis in patients with pathology of the hepatobiliary system]. Prakticheskaya medicina; 2015; 1 (92):115–120.
6. Khokhlacheva N. A., Suchkova E. V. [Study of the prevalence of cholelithiasis on the basis of prognostic studies of hepatobiliary system diseases]. Vrach-aspirant; 2012; 1(50): 753–760.
7. Golubev V. L., ed. [Vegetative disorders]. Klinika, diagnostika, lechenie. M.: MIA, 2010: 640 p.
8. Garkavi L. H., Kvakina E. B., Kuzmenko T. S., Cihlarova A. I. [Antistress reactions and activation therapy p. 1–2]. Ekaterinburg: Philanthropist; 2002–2003: 416 p.
9. Geiko, A. V., Subotyalov M. A. [Psychosomatic characteristics of patients with cholelithiasis (scientific review)]. Vestnik Novosibirskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta; 2016; 5 (33): 102–114.
10. Nizamov R. A., Timerbulatov Sh. V. [Psychological health of patients with cholelithiasis]. Sbornik tezisov 43-ya nauchnaya sessiya CNIIG «Ot tradicii k innovaciyam»; 2017: p. 12.
11. Ilchenko A. A. [Diseases of gall bladder and biliary tract]. Moscow: MIA, 2011: 880 p.
12. Samsonov A. A., Plotnikov E. Y., Ruban, A. P., Bagmet A. D., E. V. [Uliankina. Cholelithiasis, cholecystectomy. What's next?]. Medicinskii sovet; 2014;4:50–55.
13. Efendieva M. T., Abdurakhmanova A. Z. [Pathogenetic aspects of rehabilitation of patients after cholecystectomy]. Eksperimentalnaya i klinicheskaya gastroenterologiya; 2015; 11 (123): 63–70.
14. Kulikov A. G., Voronina D. D. [Drinking mineral waters in treatment and rehabilitation: a modern look at the problem]. Fizioterapiya, balneologiya i reabilitaciya; 2017; Volume 16: 3 : 116–120.
15. Filimonov R. M., Mусаeva O. M., Filimonov T. R. [Non-Drug methods of compensation in the treatment of patients with post-cholecystectomy syndrome]. Fizioterapevt; 2017; 5: 21–24.
16. Stilidi I. S., Lyadov K. V., Kovalenko Z. A., Lyadov V. K., Kamalova A. G., Saltynskaya N. M. [Standardized algorithms of physical therapy and physical therapy as integral components of the program of accelerated postoperative rehabilitation in surgical pancreatology]. Vestnik vosstanovitelnoi medicini; 2017; 1 (77) : 79–84.
17. Burduli N. M., Ranuk L. G. [Effect of laser acupuncture on motor function of the gall bladder and physical properties of bile in patients with chronic calculous cholecystitis]. Terapevticheskii arhiv; 2009; 2: 51–5.
18. Burduli N. M., Crepaldi A. S., Gutnova S. K. [Effect of low intensity laser radiation on microcirculation disorders in patients with chronic viral hepatitis; Voprosi kurortologii, fizioterapii i lechebnoi fizicheskoi kulturi ; 2015; 4: 25–30.
19. Orda, T. A., P. V. Poruchikov, V. F. [Horde Wave therapy]. M.: EKSMO, 2008: 496 p.
20. Poddubnaya O. A. [Effect of EHF therapy on bile structure in patients with chronic cholecystitis in combination with opisthorchiasis]. Fizioterapiya, balneologiya i reabilitaciya; Volume 14 ; 2015; 6: 24–28
21. Marsheva S. I., Poddubnaya O. A. [Possibilities of early rehabilitation of patients with cholelithiasis after endoscopic cholecystectomy]. Byulleten sibirskoi medicini; 2013; Volume 12 ; 1: 109–113
22. Beloborodova E. I., Petraikova V. S., Ugolnikov, O. I., Karimov K. N., 'eva N. M. Marsheva S. I., Korosteleva E. V. [Restorative treatment of postgastroectomy disorders and after removal of the gallbladder]. Medical technology, registration certificate no. FS 2006/357-y of 12.12.2006; Tomsk; 2006: 18 p.

РЕЗЮМЕ

Комплексная немедикаментозная реабилитация больных желчнокаменной болезнью на раннем послеоперационном этапе с использованием внутреннего приема минеральных вод, магнитолазерной терапии и КВЧ-терапии позволяет получить значительное улучшение всех изучаемых показателей функционирования организма в виде значительного улучшения и нормализации клинико-лабораторных показателей (купирование клинических симптомов заболевания, улучшение общих и биохимических показателей периферической крови), улучшения показателей адаптационных возможностей и психовегетативного статуса организма (повышение уровня лимфоцитов, нормализация индекса Кердо, нормализация показателей уровня стресса, психоэмоционального напряжения и повышение показателей физического функционирования). Это в совокупности обеспечивает получение высокого эффекта проводимых мероприятий (94,7%), который сохраняется до 6 мес. у 62,0% пациентов.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, ранняя послеоперационная реабилитация, магнитолазерная терапия, КВЧ-терапия.

ABSTRACT

Complex non-drug rehabilitation of patients with cholelithiasis at the early postoperative stage with the use of internal reception of mineral water, magneto-laser therapy and EHF therapy allows to obtain a significant improvement of all studied indicators of functioning of the organism in the form of significant improvement and normalization of clinical and laboratory indicators (relief of clinical symptoms of the disease, improvement of general and biochemical parameters of peripheral blood), improve the adaptive capacity and psycho-vegetative status of the organism (increasing the level of lymphocytes, the normalization of Kerdo index, normalization of indicators of stress level, emotional tension and increase of indexes of physical functioning). This together provides a high efficiency of activities (94.7%), which is maintained up to 6 months in 62.0% of patients.

Keywords: cholelithiasis disease, early postoperative rehabilitation, magneto-laser therapy, EHF-therapy.

Контакты:

Poddubnaya O. A. E-mail: poddubnay_oa@mail.ru

Marsheva S. I. E-mail: marsheva.70@mail.ru