

Т. Ю. Кравченко, Н. М. Кухар, О. Ю. Ємельянова

# СХІДНА ОЗДОРОВЧА ГІМНАСТИКА В КОМПЛЕКСНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ ІЗ ДИСКІНЕЗІЯМИ ЖОВЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ

Одеський державний медичний університет

## Вступ

Останнє десятиліття характеризується ростом гастроентерологічних захворювань у дітей, серед яких одними з провідних продовжують залишатися дискінезії жовчовивідних шляхів (ДЖВШ) [1; 8; 10; 12]. Поширеність дискінетичних розладів біліарної системи у дітей, хронічний перебіг захворювання, залучення в патологічний процес суміжних органів травлення, формування в деяких випадках при тривалому перебігу органічних і запальних процесів у жовчовивідній системі, недостатня ефективність загальноприйнятої комплексної терапії, вегетативний дисбаланс, що виявляється майже в усіх хворих із даним захворюванням, визначають необхідність пошуку нових ефективних методів лікування ДЖВШ [2; 5; 7–10].

Аналіз сучасного стану питань, що стосуються відновного лікування дітей із ДЖВШ, свідчить про те, що сьогодні серед методів лікування дискінетичних розладів жовчовивідної системи, як і раніше, провідне місце посідають фармакологічні засоби, які поряд із позитивним впливом мають здатність спричинювати лікарські ускладнення й алергії, що утруднює подальше проведення медикаментозної терапії, та найчастіше є малоефективними. У зв'язку з цим, продовжує залишатися актуальним пошук нових методів корекції дискінетичних порушень біліарної системи, що дозволили б підвищити ефективність комплексної відновної терапії.

В останні роки значно зріс інтерес до східних оздоровчих систем і можливості їхнього використання в клінічній практиці. З погляду прибічників східної медицини, багато захворювань, в тому числі функціональні розлади, зумовлені порушенням циркуляції енергії в системі акупунктурних меридіанів, функціональний зв'язок яких із внутрішніми органами нині не викликає сумніву [3; 4; 6; 7]. Традиційні східно-оздоровчі системи сприяють усуненню функціонального блокування м'язово-суглобних ланок і нормалізації енергетичної функції відповідних меридіанів. Однією зі складових частин східної медицини є східна оздоровча гімнастика.

Система східної оздоровчої гімнастики — це поєднання спеціальних дихальних вправ із фізичним і психічним тренуванням. Методичною основою східної гімнастики є вплив цілеспрямованими і контрольованими рухами на енергетичний дисбаланс меридіанів, пов'язаних з певними органами. При виконанні вправ відбувається стимуляція периферичних нервових закінчень, розташованих по ходу меридіанів і в точках акупунктури, що сприяє нормалізації вегетативних центрів, які забезпечують підтримку гомеостазу [3; 7].

Особливості фізіологічної дії східної оздоровчої гімнастики зумовлені, по-перше, використанням під час виконання вправ діафрагмального дихання, по-друге, — виконанням рухів напіврозслабленими м'язами і, по-третє, — концентрацією ува-

ги на одному об'єкті. Повільне і плавне виконання вправ напіврозслабленими м'язами з досягненням крайніх положень у суглобах з переважним використанням асиметричних вправ виключає елементи статичного напруження та втоми. При діафрагмальному диханні відбувається м'який масаж органів черевної порожнини і поліпшення їх кровопостачання [3; 11].

Виходячи з вищевикладеного, нами було розроблено методику диференційованого застосування (залежно від типу дискінезії) східної оздоровчої гімнастики в комплексному лікуванні дітей із ДЖВШ на стаціонарному етапі реабілітації та вивчено вплив розробленої методики на клінічний перебіг і параклінічні показники захворювання.

## Матеріали та методи дослідження

Під нашим спостереженням знаходилося 67 дітей віком від 7 до 14 років, які перебували на реабілітаційному лікуванні в Дорожній клінічній дитячій лікарні. Тривалість захворювання в усіх дітей становила більше двох років. Скаржилися на розповсюджені болі у верхній половині живота 13 (19 %) дітей, болі в правому підребер'ї — 28 (47 %), на почуття тяжкості в правому підребер'ї — 9 (13 %) хворих. У 8 (11,9 %) дітей болі були короткочасними, в інших хворих — ниючі, тупі, довготривалі (до кількох годин). Більше ніж у половині випадків відзначалися такі диспептичні явища: гіркота в роті, відрижка, запори. Скаржилися на



підвищене потовиділення 55 (82 %) дітей. Білий дермографізм спостерігався у третини дітей, а стійкий червоний дермографізм — у 38 дітей. Багато дітей скаржилися на швидку стомлюваність, запаморочення, сонливість, зниження фізичної активності.

При об'єктивному обстеженні в 23 (34 %) дітей відзначалася крайова субіктеричність склер, у 47 (70 %) дітей язик був обкладений білуватим нальотом. При пальпації живота в усіх без винятку дітей з дискінезіями жовчовивідних шляхів виявлена болісність різного ступеня виразності в ділянці правого підребер'я, що в деяких випадках поєднувалася з болем у ділянці епігастрія.

Позитивні міхурові симптоми наявні у 51 (76 %) дитини. У 11 (16 %) дітей була виявлена помірна гепатомегалія. При дослідженні серцево-судинної системи у деяких дітей вислуховувався короткий систолічний шум на верхівці й у 5-й точці функціонального характеру. Частота серцевих скорочень і артеріальний тиск були в межах норми у 47 дітей, у решти відзначалася тенденція до помірної гіпотонії.

Показники периферичної крові та біохімічні дані в усіх дітей були в межах вікової норми.

Проведене дуоденальне зондування допомогло уточнити характер порушень тону сфінктерів і жовчного міхура. Подовження порції «В» відзначалося у 53 (79 %) дітей, укорочення — у 14 (20,8 %) дітей.

При ультразвуковому дослідженні в 21 (31,3 %) дитини виявлено ущільнення стінок жовчного міхура, у 18 (26,8 %) дітей — пристінкову і порожнинну ехогенну неоднорідність, у 29 (46,5 %) дітей — перегини і перетяжки жовчного міхура. Застосування жовчогінного сніданку дозволило визначити ступінь порушення моторно-евакуаторної функції жовчного міхура.

Усі діти були розподілені на дві групи: контрольну (21) і основну (46). Дітям контрольної групи проведено загальноприйнятий комплекс лікувальних заходів (режим, дієта, медикаментозна терапія, фізіотерапія, лікувальна фізкультура), а дітям основної групи замість ЛФК — курс східної оздоровчої гімнастики. Процедура східної гімнастики проводилася протягом 10 днів, щодня, за 1–1,5 год до або після прийому їжі.

### Результати дослідження та їх обговорення

З метою оцінки ефективності лікування дітей з дискінезіями жовчовивідних шляхів, у комплексну терапію яких була включена східна оздоровча гімнастика, був проведений порівняльний аналіз динаміки клінічних і параклінічних показників у хворих контрольної й основної груп.

Результати проведеного порівняльного аналізу за деякими клінічними показниками у дітей із ДЖВШ свідчать про те, що в основній групі дітей, у комплексне лікування яких на стаціонарному етапі відновлювального лікування була включена східна оздоровча гімнастика, спостерігалася більш швидка позитивна динаміка клінічних симптомів, ніж у дітей, яким проводилася загальноприйнята комплексна терапія.

Так, в основній групі дітей скарги на болі в животі на 7-й день хвороби зберігалися в 13,2 % випадків, тимчасом як у контрольній групі до цього часу самостійні болі в животі залишалися більше ніж у половини хворих. Диспептичні явища у вигляді нудоти, нестійкого випорожнення в контрольній групі зберігалися в 28 % дітей, тимчасом як в основній групі вони були відсутні.

Аналіз клінічної картини в групах порівняння свідчить про те, що на 7-й день перебування в стаціонарі в групі дітей, у комплексне лікування яких була включена східна оздоров-

ча гімнастика, болісність при пальпації в правому підребер'ї відзначена в 5,6 % випадків, позитивні міхурові симптоми спостерігалися в 7,3 % випадків. У контрольній групі дітей на 7-й день хвороби також спостерігалася позитивна динаміка, однак болісність у правому підребер'ї зберігалася в 21,3 % випадків, а позитивні міхурові симптоми — у 26,7 %.

Аналіз динаміки показників функціонального дуоденального зондування в дітей з ДЖВШ свідчив про те, що у хворих основної групи відзначалося вірогідне поліпшення всіх показників дуоденального зондування. У дітей з групи контролю також відзначена позитивна динаміка показників дуоденального зондування. Однак ці зміни були незначні і статистично невірогідні.

Порівняльний аналіз динаміки кінетичної активності жовчного міхура, за даними УЗД, в контрольній і основній групах показав, що після проведеного лікування у дітей, які одержували загальноприйнятую комплексну терапію, скорочувалася здатність жовчного міхура у відповідь на жовчогінний сніданок порівняно з показниками до лікування покращилася. Однак ці зміни були менш виражені, ніж у групі дітей, у комплексне лікування яких була включена східна оздоровча гімнастика.

На підставі проведених досліджень встановлено, що в основній групі зменшилася кількість дітей із клінічними проявами з боку вегетативної нервової системи: скаржилися на серцебиття, запаморочення, швидку стомлюваність, підвищене потовиділення 10,7 % дітей. У групі дітей, що одержували загальноприйняту комплексну лікування, аналогічні скарги продовжували висувати близько 32,3 % осіб.

### Висновки

1. Аналіз клінічних спостережень, параклінічних показників і результатів спеціальних до-



сліджень свідчить про те, що диференційоване застосування східної оздоровчої гімнастики на стаціонарному етапі реабілітації нормалізує моторно-евакуаторну функцію жовчовивідної системи і вегетативний статус дітей із ДЖВШ, сприяє скороченню термінів клінічних проявів захворювання і поліпшенню результатів лікування.

2. Розроблена методика диференційованого застосування східної оздоровчої гімнастики є ефективним методом корекції дисфункції біліарної та вегетативної систем у дітей, що страждають на ДЖВШ, і дає підставу рекомендувати її до застосування в клінічній практиці.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Баранов А. А., Клеманская Е. В. Актуальные проблемы детской гас-

роэнтерологии // Педиатрия. — 1997. — № 5. — С. 202-203.

2. Булатов В. П. Клиническая характеристика различных форм поражения билиарной системы у детей // Педиатрия. — 1999. — № 8. — С. 40-43.

3. Бянь Чжичжун. Даосская оздоровительная гимнастика — К.: С. Подгорнов, 2000. — 160 с.

4. Китайская Цигун-терапия: Пер. с англ. — М.: Энергоатомиздат, 1991. — 208 с.

5. Кудрявцев А. И. Лечение дискинезий желчевыводящих путей // Респ. науч.-практ. межинститут. конф. молодых ученых-медиков. — Харьков, 1997. — С. 20.

6. Лувсан Гаваа. Традиционные и современные аспекты восточной рефлексотерапии. — М.: Наука, 1996. — 576 с.

7. Метешкин Ю. В., Бажора Ю. И., Соколовский В. С. Восточные системы оздоровления и традиционная медицина. — Одесса: Черноморье, 1999. — 136 с.

8. Немедикаментозное лечение в клинике внутренних болезней / Под ред. Л. А. Серебриной. — К.: Здоров'я, 1995. — 526 с.

9. Цібровський О. М., Денисова М. Ф., Крапченко Т. П. Розповсюдження хвороб органів травлення у дітей дошкільного віку залежно від впливу соціальних, екологічних та медико-біологічних факторів // Педиатрія, акушерство та гінекологія. — 1998. — № 3. — С. 14-15.

10. Чекман И. С., Ниженковская И. В., Горчакова Н. А. Сорбенты в медицинской практике // Мед. реабилитация, курортология, физиотерапия. — 1997. — № 2. — С. 41-46.

11. У Вей Синь. Энергия Ци и способы ее регулирования. — СПб., 1999. — 179 с.

12. Шерлок Ш., Дули Дж. Заболевания печени и желчных путей: Практ. рук.: Пер. с англ. / Под ред. З. Г. Апросиной и Н. А. Мухина. — М.: ГЭОТАР Медицина, 1999. — 864 с.

УДК 617-001:616-001.36

Б. П. Лисенко, В. Д. Шейко, І. В. Ксьонз, А. Л. Челішвілі,  
Л. Д. Петрушова, М. О. Дудченко, С. В. Малік

## ЛЕГКИЙ ШОК І ОРГАННА ДИСФУНКЦІЯ У ПАЦІЄНТІВ З ПОЛІТРАВМОЮ

Українська медична стоматологічна академія, Полтава

Ріст травматизму в усьому світі вивів травму та її наслідки на перше місце в структурі захворюваності та причин смертності населення. Значно змінилася і структура травм за рахунок збільшення кількості поєднаних і множинних ушкоджень (політравми), частота яких при катастрофах і в локальних військових конфліктах досягає 60–70 %. Шок у потерпілих із політравмою є провідним синдромом, який часто зумовлює виникнення поліорганної недостатності та неминучу смерть травмованих. Тому актуальність діагностики шоку в потерпілих з тяжкими механічними ушкодженнями не викликає сумніву [1; 3; 5–7].

Метою дослідження є визначення чітких клінічних ознак легких стадій шоку при політравмі для своєчасної його терапії та запобігання розвитку поліорганної недостатності.

Нами вивчено перебіг травматичної хвороби у 433 потерпілих (віком від 16 до 85 років, з них 168 — чоловіки) з різними варіантами торакальної й абдомінальної політравми. Клініка травматичного шоку була в усіх потерпілих, органна і поліорганна дисфункція виникла в 45,7 % з них, летальність становила 28,6 %. Легкий шок (I і II стадії) був у 145 (33,5 %) цих пацієнтів, органна і поліорганна дисфункція ви-

никла у 19,3 % з них, летальність становила 6,9 %.

Сьогодні для абсолютної більшості клініцистів шок — це збірне поняття, що визначає екстремальний стан вітальних функцій організму (насамперед, серцево-судинної системи) внаслідок травми, який характеризується провідною загальноклінічною ознакою — артеріальною гіпотензією. Майже всі вітчизняні підручники для студентів і монографії для лікарів при визначенні легкого шоку (I стадія) серед клінічних ознак наводять артеріальну гіпотензію до 90 мм рт. ст.

При такому підході до діагнозу шоку, коли за основу береться гіпотензія, протишокова

