

*На правах рукописи*

**Исангулова Эльза Артуровна**

**ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ РАССТРОЙСТВО ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ И ПОКАЗАТЕЛИ  
ЗДОРОВЬЯ У СТУДЕНТОВ, ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ  
МЕРОПРИЯТИЙ**

14.01.04 – Внутренние болезни

**Автореферат**

диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

Москва – 2020

Работа выполнена в ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

**Научный руководитель:**

доктор медицинских наук, профессор

**Кильдебекова Раушания Насгутдиновна**

**Научный консультант:**

доктор медицинских наук, доцент

**Сереброва Светлана Юрьевна**

**Официальные оппоненты:**

**Лоранская Ирина Дмитриевна** – доктор медицинских наук, профессор, ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра гастроэнтерологии, заведующая кафедрой.

**Павлов Чавдар Савов** – доктор медицинских наук, профессор, ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), кафедра терапии Института профессионального образования, заведующий кафедрой.

**Ведущая организация:** ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

**Защита диссертации состоится** « 26 » января 2021 года в 14.00 часов на заседании диссертационного совета ДСУ 208.001.11 при ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет) по адресу: 119991, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2.

С диссертацией можно ознакомиться в ЦНМБ ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет) по адресу: 119034, г. Москва, Zubovskiy bulvar, d. 37/1 и на сайте организации: <http://www.sechenov.ru>

Автореферат разослан « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2020 года.

**Ученый секретарь диссертационного совета:**

Доктор медицинских наук, профессор



**Дроздов Владимир Николаевич**

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность темы исследования.** Болезни органов пищеварения занимают одно из ведущих мест в структуре хронических неинфекционных заболеваний. Повышенное внимание к проблеме функциональных расстройств билиарного тракта связано с увеличением частоты заболеваний гепатобилиарной системы, особенно у лиц молодого возраста (Ильченко А.А., 2011; Лоранская И.Д., 2011; Трухманов А.С. и др., 2018). Распространенность функциональных нарушений билиарного тракта колеблется от 12,2 до 58,2 % у лиц старше 60 лет – у каждого четвертого и чаще у женщин (Куделькина Н. А., 2016, Cotton P.V. et al., 2016). Основными причинами первичных функциональных нарушений билиарного тракта являются психосоциальные факторы и социальная дезадаптация, которые в сочетании с генетической предрасположенностью определяют характер моторных нарушений и способствуют формированию висцеральной гиперчувствительности (Ивашкин В.Т., 2013,; Мехтиев С.Н., Мехтиева О.А., 2017). На функциональные нарушения билиарного тракта влияет и психоэмоциональное состояние пациента (Ford A.C. et al., 2017).

Охрана здоровья лиц молодого возраста является государственной задачей, которая обеспечивается специалистами в области медицины, экологии человека и социальной сферы (Меерманова И.Б., 2017). Адаптация к новым социально-психологическим условиям, постоянно возрастающая интенсификация учебного процесса, значительные умственно-эмоциональные нагрузки на фоне ограниченного двигательного режима вызывают напряжение компенсаторно-регуляторных механизмов.

В настоящее время к дополнительным методам лечения, которые могут увеличить эффективность базисной фармакотерапии при лечении функционального расстройства желчного пузыря (ФРЖП), относят фитотерапию и лечебную физкультуру. Сочетанное воздействие фитотерапии и лечебной физкультуры в зависимости от типа расстройства моторно-эвакуаторной функции желчного пузыря на фоне медикаментозного лечения изучены недостаточно, что обуславливает необходимость дальнейшей разработки этой проблемы.

**Цель исследования** - разработать и научно обосновать комплексный подход, включающий фитотерапевтические схемы и занятия лечебной физкультурой на фоне базисной фармакотерапии, в лечении первичного функционального расстройства желчного пузыря с гипокинетическим и гиперкинетическим типами дисфункции.

### **Задачи исследования**

1. Изучить особенности клинической картины и психоэмоционального состояния у лиц молодого возраста с первичным функциональным расстройством желчного пузыря.

2. Определить значение вегетативного обеспечения в нарушении моторно-эвакуаторной функции желчного пузыря в зависимости от типа дисфункции у студентов с первичным функциональным расстройством желчного пузыря.
3. Разработать и оценить клиническую эффективность комплекса лечебных мероприятий, включающего фитотерапию или фитотерапию в сочетании с лечебной физкультурой на фоне базисной фармакотерапии, для лиц с первичным функциональным расстройством желчного пузыря с гиперкинетическим типом дисфункции.
4. Разработать и оценить клиническую эффективность комплекса лечебных мероприятий, включающего фитотерапию или фитотерапию в сочетании с лечебной физкультурой на фоне базисной фармакотерапии, для лиц с первичным функциональным расстройством желчного пузыря с гипокинетическим типом дисфункции.
5. Провести сравнительный анализ непосредственных и отдаленных результатов лечения студентов с первичным функциональным расстройством желчного пузыря при дополнительном применении к медикаментозной терапии фитотерапевтических сборов или сочетание медикаментозной терапии, фитотерапии и лечебной физкультуры.

#### **Научная новизна:**

Впервые у студентов с первичным ФРЖП комплексная оценка состояния здоровья выявила снижение физического здоровья, адаптационного потенциала, качества жизни, нарушение вегетативного обеспечения и психоэмоционального статуса.

Впервые разработаны и научно обоснованы лечебные мероприятия при первичном ФРЖП у лиц молодого возраста с применением фитотерапии отдельно и в сочетании с лечебной физкультурой (патент на изобретение № 2576238, заявка № 2014139330/15, приоритет изобретения 29.09.2014г. зарегистрировано в Государственном реестре полезных моделей РФ 27.02.2016г. и патент на изобретение № 2599482, заявка № 2015139305/15, приоритет изобретения 15.09.2015г., зарегистрировано в Государственном реестре полезных моделей РФ 10.10.2016г.).

Доказана эффективность лечения лиц с ФРЖП при применении фитотерапии и лечебной физкультуры в зависимости от типа нарушения моторно-эвакуаторной функции желчного пузыря по данным двухэтапного ультразвукового исследования.

Подобрана схема сочетанного применения фитотерапии и лечебной физкультуры при первичном ФРЖП, что позволило восстановить вегетативное обеспечение и улучшить качество жизни.

Разработан и клинически обоснован комплекс лечебных мероприятий для лиц с первичным ФРЖП в зависимости от типа нарушения моторно-эвакуаторной функции желчного

пузыря, включающий фитотерапию и лечебную физкультуру. Доказана высокая эффективность и целесообразность предлагаемой терапевтической программы по результатам клинических проявлений и улучшения психоэмоционального состояния.

**Теоретическая и практическая значимость работы.** Проведенное исследование показало высокую частоту первичных ФРЖП и негативные факторы риска развития заболевания у лиц молодого возраста. Выявлена корреляция вариабельности ритма сердца, психоэмоционального состояния и физического здоровья. Обоснована эффективность применения фитотерапии отдельно и в сочетании с лечебной физкультурой при лечении первичного ФРЖП. Разработаны и внедрены в практическое здравоохранение медицинские технологии с применением фитотерапии и лечебной физкультуры в зависимости от типа ФРЖП для нормализации моторно-эвакуаторной функции желчного пузыря, психоэмоционального состояния и вегетативного обеспечения. При дополнительном сочетанном воздействии фитотерапии и лечебной физкультуры у студентов с ФРЖП в отдаленном периоде наблюдения сохранялась позитивная динамика. По результатам исследования предложены схемы фитотерапии и лечебной физкультуры в зависимости от типа нарушения моторно-эвакуаторной функции желчного пузыря.

#### **Положения выносимые на защиту**

1. При обследовании студентов у 19,2% выявили первичное функциональное расстройство желчного пузыря, из них у 60,7% был гиперкинетический тип и у 39,3% гипокINETический тип нарушения моторно-эвакуаторной функции желчного пузыря.
2. Разработанный фитотерапевтический сбор для лиц с первичным функциональным расстройством желчного пузыря увеличивает эффективность базисной фармакотерапии, улучшает моторно-эвакуаторную функцию желчного пузыря, восстанавливает гармонизирующую функцию ВНС, увеличивает адаптационно-компенсаторные возможности организма и улучшает качество жизни.
3. При первичном функциональном расстройстве желчного пузыря дополнительное применение фитотерапии в сочетании с лечебной физкультурой способствует выраженному улучшению клинического течения, повышению уровня физического и психического здоровья, восстановлению вегетативного обеспечения и в отдаленном периоде сохранялась позитивная динамика.

**Степень достоверности и апробация результатов.** Достоверность полученных результатов определяется качеством дизайна исследования и его соблюдением, наличием групп сравнения, достаточным числом наблюдений. Полученные данные обработаны с использованием современных методов статистического анализа. Основные положения диссертационной работы были доложены и обсуждены на XVIII молодежной международной

научно-практической конференции «Интеллектуальный потенциал XXI века: ступени познания» (Новосибирск, 2013), международной заочной научной конференции «Новые задачи современной медицины» (Санкт-Петербург, 2013), международной научно-практической конференции «Перспективы развития современной медицины» (Воронеж, 2014), научно-практической конференции «Казанская школа терапевтов. Терапия. Соблюдая и развивая традиции» (Казань 2016).

Апробация диссертации состоялась на заседании проблемной комиссии «Внутренние болезни» и кафедр терапии и общей врачебной практики с курсом гериатрии ИДПО, пропедевтики внутренних болезней, факультетской терапии, внутренних болезней и эндокринологии в ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, протокол № 34 от 17 мая 2018г.

**Личный вклад автора.** Состоит в непосредственном участии на всех этапах диссертационного исследования. Основная идея, планирование научной работы, включая формулировку рабочей гипотезы, определение методологии и общей концепции, дизайн диссертационного исследования проводились совместно с научными руководителем и консультантом. Диссертантом проведен анализ современной и отечественной литературы по изучаемой проблеме. Исследование и интерпретация клинико-anamnestических, инструментальных и лабораторных данных, статистическая обработка осуществлялись диссертантом лично.

**Внедрение результатов исследования в практику.** Основные положения и выводы исследования, имеющие практическую значимость, внедрены в практическую работу ГБУЗ РБ Поликлиники № 46 и ГБУЗ РБ Поликлиники № 52 г. Уфы Республики Башкортостан. Полученные научные данные содержат инновационные положения и являются обоснованными при их использовании.

**Соответствие диссертации паспорту специальности.** Научные положения соответствуют формуле специальности 14.01.04 – «Внутренние болезни». Результаты проведенного исследования соответствуют области исследований специальности, конкретно пунктам 2 и 5 паспорта внутренних болезней.

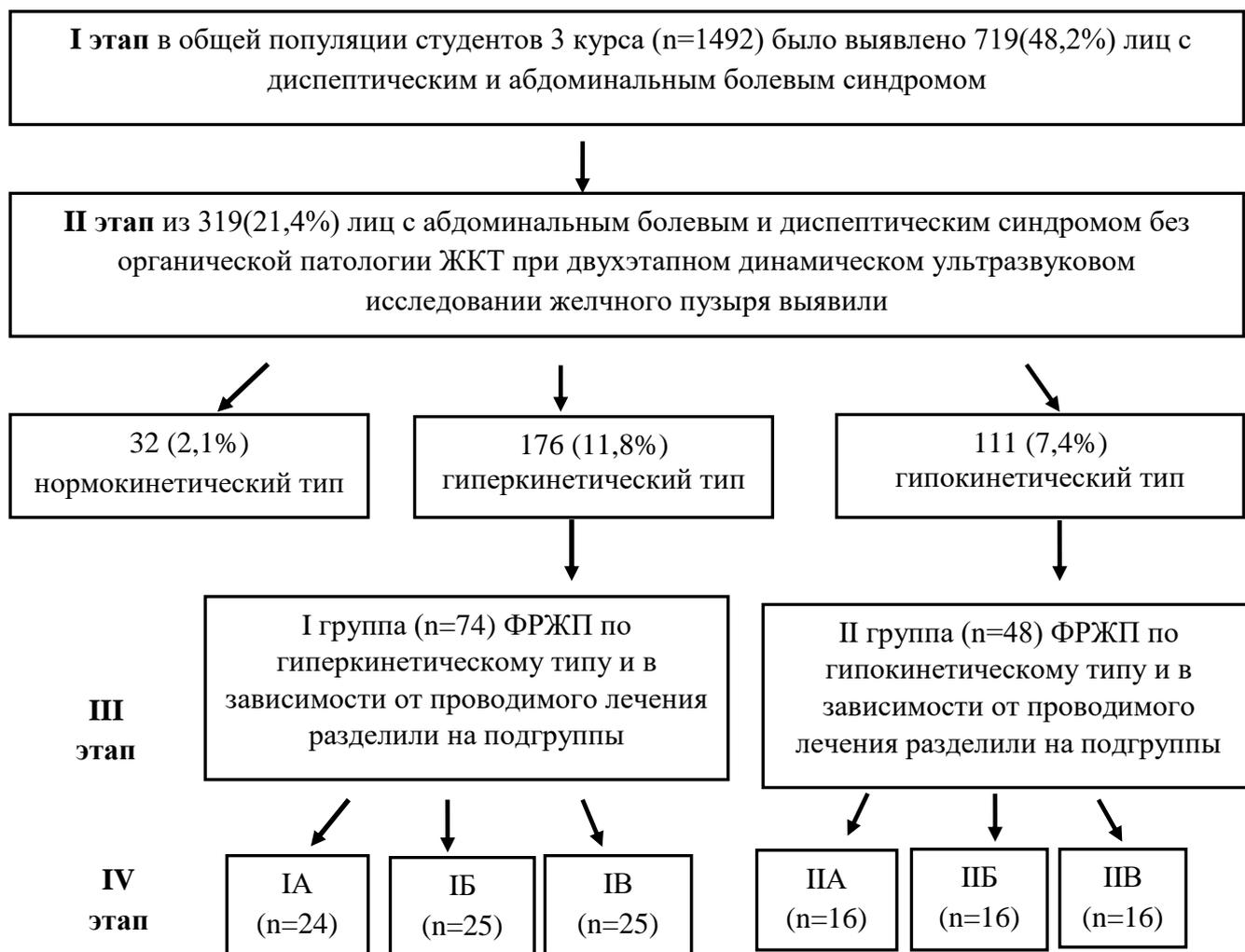
**Публикации.** По теме диссертации опубликовано 18 печатных работ, в том числе 3 статьи в научных журналах и изданиях, которые включены в перечень российских рецензируемых научных журналов и изданий для опубликования основных научных результатов диссертаций, получено 2 патента на изобретения.

**Объем и структура диссертации.** Диссертация выполнена на 157 страницах печатного текста, состоит из введения, обзора литературы, описания материалов и методов исследования, результатов собственных исследований, обсуждения, выводов, практических рекомендаций и

списка литературы, включающего 264 источника (172 отечественных и 92 иностранных автора). Работа иллюстрирована 26 таблицами и 12 рисунками.

### Содержание диссертации

**Материалы и методы исследования.** Диссертационная работа представляет собой открытое, проспективное, рандомизированное исследование, которое проводилось в четыре этапа (рисунок 1).



**Рисунок 1. Дизайн исследования**

Исследование выполнено на базе ГБУЗ РБ Поликлиника №49 (Клиника, дружественная к молодежи) г. Уфа в период 2014-2018 гг. Для выполнения поставленных задач были отобраны 122 студента с верифицированным диагнозом Функциональное расстройство желчного пузыря. Диагноз установлен в соответствии с критериями Римского консенсуса III (2006) и IV (2016). В

качестве группы контроля были обследованы 25 практически здоровых добровольцев, не имеющих соматических жалоб и с неотягощенным анамнезом хронических заболеваний.

Критерии включения в исследование: студенты 3 курса БГУ; согласие на участие в исследовании, лица с первичным функциональным расстройством желчного пузыря.

Критерии невключения: острые или хронические соматические заболевания в фазе обострения или ремиссии; анамнестические сведения о наличии заболеваний желудочно-кишечного тракта, подтвержденные медицинской документацией; пыльцевая аллергия, хронические очаги инфекции, беременность, лактация и отказ от дальнейшего обследования.

**Клиническая характеристика.** Обследовали 1492 студентов 3 курса Башкирского государственного университета (БГУ), мужчин – 45,3%, женщин – 54,7%, средний возраст составил  $20,8 \pm 1,1$  лет.

На I этапе по результатам медицинского осмотра 1492 студентов у 719 (48,2%) выявили диспептический и абдоминальный болевой синдром, для исключения органической патологии дополнительно было проведено исследование: биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, уровень общего белка, билирубина, щелочной фосфатазы), общий анализ мочи и на  $\alpha$ -амилазу, копрограмма, кал на яйца глист, фиброгастродуоденоскопия с обязательным осмотром зоны большого дуоденального сосочка, ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости.

На II этапе у 319 (21,4%) выявленных лиц с абдоминальным болевым и диспептическим синдромом без органической патологии желудочно-кишечного тракта было проведено двухэтапное динамическое УЗИ моторно-эвакуаторной функции желчного пузыря и у 176(11,8%) определили гиперкинетический, у 32 (2,1%) - нормокинетический и у 111(7,4%) - гипокинетический тип дисфункции.

На III этапе – исследуемые с первичным ФРЖП по результатам двухэтапного УЗИ методом простой рандомизации были распределены в две группы: I группа (n=74) – гиперкинетический тип и II группа (n=48) – гипокинетический тип дисфункции.

На IV этапе – для оценки эффективности разработанных нами лечебных мероприятий для лиц с первичным ФРЖП при дополнительном применении фитотерапии и в сочетании с лечебной физкультурой исследуемые были распределены в подгруппы сопоставимые по полу и возрасту: пациенты в IA (n=24) и ПА (n=16) подгруппах получали медикаментозную терапию согласно рекомендациям Римского консенсуса III (2006); пациенты в IB (n=25) и ПБ (n=16) подгруппах на фоне медикаментозного лечения дополнительно применяли фитотерапию в зависимости от типа ФРЖП и в IB (n=25) и ПБ (n=16) подгруппах на фоне медикаментозного лечения дополнительно применяли фитотерапию в сочетании с лечебной физкультурой.

**Методы исследования.** Для решения поставленных задач применялись анкетные данные, клинические и лабораторные методы исследования.

У обследованных с ФРЖП для выявления поведенческих факторов риска заболевания мы использовали опросник CINDI (Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention) и клиническое исследование (жалобы, анамнез и объективные данные). У студентов с ФРЖП физическую работоспособность изучали по Гарвардскому степ-тесту, уровень физического здоровья – по методике Пироговой Е.А. (1986) и адаптационный потенциал – по Баевскому Р.М. (1979). Анализ питания проводили по результатам анкетирования: стандартизованный опросник CINDI, отражающий частоту и количество потребления различных продуктов питания и второй опросник, оценивающий статус ежедневного фактического питания (Методические рекомендации по вопросам изучения фактического питания, М.1984); вегетативный статус определяли по Вейну А.М. (1996), функциональное состояние ВНС – по варибельности сердечного ритма по методике Баевского Р.М.(2001), на комплексе «Варикард 2.51»; уровень психологического здоровья – по «Шкале реактивной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина», психоэмоциональный статус – по Методике диагностики оперативной оценки Самочувствия, Активности, Настроения (САН), разработанной Доскиным В.А. с соавторами (1973); качество жизни - по опроснику здоровья MOS SF-36 (Medical Outcomes Study- Short form) в русскоязычной версии.

**Инструментальные методы:** Фиброэзофагогастроскопию (ФЭГДС) проводили по общепринятой методике видео фиброэндоскопом «PentaxEG-2790 R» (Япония) с прицельным осмотром фатерова сосочка и гистологической верификацией по показаниям.

Двухэтапное УЗИ желчного пузыря проводили на аппарате «Voluson e8» с использованием двух стандартных датчиков (линейного и конвексного) с частотой 3,5 МГц с определением моторно-эвакуаторной функции желчного пузыря по ответной реакции на желчегонный стимулятор – сорбит, расчет и анализ оценки функционального состояния и эффективности опорожнения желчного пузыря проводили по фазе первичной реакции на желчегонный завтрак; тощачовому объему желчного пузыря; латентному периоду; фракции, коэффициенту, объемной и относительной скорости опорожнения желчного пузыря.

Лабораторные исследования включали анализ гемограммы на гематологическом анализаторе «Swelab Alfa Basic» (Швеция), мочи – на анализаторе «Dirui H-100» (КНР); микроскопия копрограммы и кала на яйца глист, биохимический анализ крови (общий белок; холестерин, глюкоза; билирубин, щелочная фосфатаза, АЛТ, АСТ) – на биохимическом анализаторе «Dirui CS-300» (Китай).

**Методы лечебно-профилактических мероприятий.** В условиях профилактория Башгосуниверситета было проведено комплексное лечение студентов с ФРЖП.

Для лечения ФРЖП по гиперкинетическому типу дополнительно назначали фитосбор, в состав которого входили: *Mentha piperita* L. (листья); *Matricaria chamomilla* L. (цветки); *Tanacetum vulgare* L. (цветки); *Plantago major* L. (листья); *Linum usitatissimum* L. (семена); *Rósa majális*. (плоды), патент на изобретение RU № 2576238, при ФРЖП по гипокинетическому типу применяли сбор: *Zea mays* L. (столбики с рыльцами); *Calendula officinalis* L.(цветки); *Centaurea cyanus* L. (цветки); *Taraxacum officinalis* Wigg.(корни); *Achillea millefolium* L.(трава); *Rósa majális*.(плоды), патент на изобретение RU № 2599482. В состав фитотерапевтического комплекса входили лекарственные растения, разрешенные к применению в медицинской практике (Государственная фармакопея РФ, двенадцатое издание. – М., 2009). Настои из сборов готовили согласно Государственной Фармакопеи XII издания, в соотношении 1:10, все компоненты были взяты поровну в соответствии с рецептурой и назначали в виде настоя по 70 мл 3 раза в день, за 30 минут до еды в течение 3 недель.

Лечебную физкультуру проводили согласно рекомендациям Пархотика И.И. и соавт. (2011), при ФРЖП по гиперкинетическому типу применяли физические упражнения по щадящей методике, способствующие расслаблению мускулатуры сфинктеров и протоков желчного пузыря. При ФРЖП по гипокинетическому типу – лечебная физкультура тонизирующего характера с высокой нагрузкой и интенсивностью, которая направлена на повышение тонуса желчевыводящих путей и усиление желчевыведения. Курс лечения фитотерапии и сочетание фитотерапии с лечебной физкультурой на фоне базисной терапии составил 3 недели. Исследования проводили исходно, после лечения и через 6 месяцев после окончания терапии.

Для статистической обработки данных использовали пакет прикладных программ Statistica 10.0. Статистическое сравнение средних выполнялось с применением критерия Стьюдента (t- критерий) – для переменных с нормальным распределением и с использованием непараметрического двухвыборочного U-теста Манна–Уитни – для сравнения переменных, не подчиняющихся нормальному распределению. При количестве наблюдений в группе более 10 сравнение групп по качественным признакам проводили с помощью критерия  $\chi^2$ -Пирсона, при количестве наблюдений от 5 до 10 – вводили поправку Йейтса, менее 5 наблюдений – использовали точный критерий Фишера. Количественные показатели представлены в виде  $M \pm m$  (среднее значение  $\pm$  стандартная ошибка среднего). В качестве критического уровня достоверности различий был принят уровень 0,05.

### **Результаты исследования.**

Анализ частоты факторов риска развития билиарной патологии у исследуемых с ФРЖП показал высокую степень негативных поведенческих факторов: погрешности в диете и

нерегулярное питание у 87,7%, психоэмоциональные нарушения у 81,2%, низкая физическая активность у 59,1%, употребление алкоголя у 52,3% – в основном пиво, коктейли и слабоалкогольные напитки, курение у 23,8% лиц.

Ведущим проявлением заболевания у студентов с ФРЖП был абдоминальный болевой синдром у 100%, астеновегетативный у 81,2%, расстройство стула у 27,9% и диспептические расстройства верхних отделов желудочно-кишечного тракта: у 35,3% отрыжка, у 63,1% тошнота и у 31,2% горечь во рту.

Уровень физического здоровья у исследуемых с ФРЖП был ниже в сравнении со здоровыми, «высокий» у 7,4% и у здоровых 16%, «выше среднего» у 17,2% и у 48%, «средний» у 69,7% и у 36% соответственно, а «ниже среднего» и «низкий» встречался у 5,7% и 3,2% лиц.

Оценка физической работоспособности у студентов с ФРЖП показала снижение в сравнении со здоровыми: так «Отличная» была у 1,6% и у здоровых 24%; «Хорошая» у 35,3% и у 52%; «Средняя» у 59,9% и у 24% соответственно; «Ниже средней» у 3,3%, а у здоровых не наблюдалась.

Анализ адаптационного потенциала у лиц с ФРЖП показал, что «удовлетворительный» уровень был ниже на 34,1%, с «функциональным напряжением» выше на 21,8% в сравнении со здоровыми, «неудовлетворительная адаптация» у 12,3% и «срыва адаптации» не наблюдалось.

В развитии ФРЖП большую роль имеет нарушение питания, соотношение белков, жиров и углеводов у исследуемых составило 0,8 : 1,5 : 4,1 и у здоровых 1,0 : 1,3 : 4,8. Анализ основных нутриентов показал снижение калорийности пищи на 13%, преобладание жиров на 46,3%, преимущественно за счет полиненасыщенных – 140% и низким поступлением насыщенных жиров – на 23,5%, уменьшение количества углеводов на 60% в сравнении со здоровыми, что свидетельствует о неоптимальном и несбалансированном фактическом питании исследуемых.

Двухэтапное ультразвуковое исследование 122 студентов с ФРЖП определило гиперкинетический тип дисфункции у 74(60,7%), длина желчного пузыря составила  $63,8 \pm 3,0$  мм, толщина стенки  $2,6 \pm 0,2$  мм, а гипокинетический тип - у 48 (39,3%) лиц и параметры желчного пузыря были  $65,5 \pm 3,6$  мм и  $2,5 \pm 0,2$  мм соответственно. Анализ сократительной способности желчного пузыря при ФРЖП по гиперкинетическому типу показал, что коэффициент опорожнения (КО) был выше на 38,2%( $p < 0,001$ ), объем выделенной желчи на 66,3%( $p < 0,001$ ), относительная скорость опорожнения на 117,0% ( $p < 0,001$ ), объемная скорость опорожнения на 130,6%( $p < 0,001$ ), а время сокращения желчного пузыря ниже на 54,2%( $p < 0,001$ ), в сравнении со здоровыми. При ФРЖП по гипокинетическому типу КО был ниже на 57,8%( $p < 0,001$ ), объем выделенной желчи на 51,8%( $p < 0,001$ ), относительная скорость опорожнения на 74,9%( $p < 0,001$ ), объемная скорость опорожнения на 68,1%( $p < 0,001$ ), а время сокращения выше на 45,7%( $p < 0,001$ ), в сравнении со здоровыми. Результаты исследования

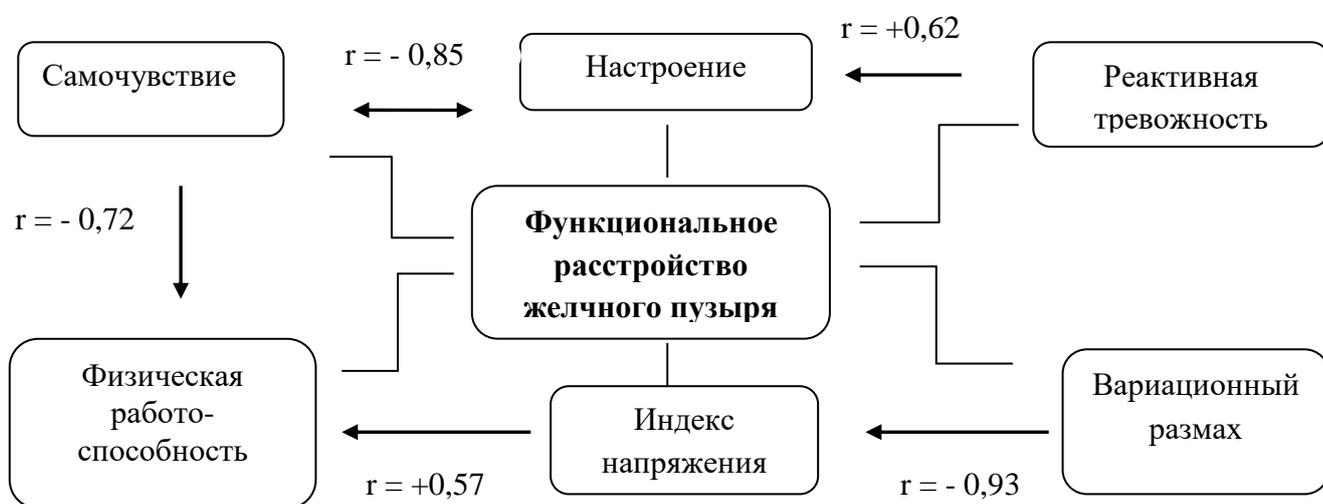
показали, что при ФРЖП по гиперкинетическому типу увеличение скорости опорожнения желчного пузыря происходит за счет увеличения степени максимального сокращения и уменьшения длительности фазы сокращения, а при гипокинетическом типе уменьшение скорости опорожнения связано со снижением степени максимального сокращения и увеличением длительности фазы сокращения.

Оценка состояния вегетативной нервной системы у студентов с ФРЖП показала, что при гиперкинетическом типе дискинезии у 55,4% преобладал парасимпатический тонус, у 37,8% - симпатический тонус и у 6,8% - состояние амфотонии; показатель моды ( $M_o$ ) выше в IA подгруппе на 50,7% ( $p < 0,001$ ), в IB подгруппе на 49,3% ( $p < 0,001$ ), в IB подгруппе на 49,3% ( $p < 0,001$ ); вариационный размах (ВР) – на 105,6% ( $p < 0,001$ ), на 122,2% ( $p < 0,001$ ) и на 116,7% ( $p < 0,001$ ) соответственно, в сравнении со здоровыми. Уровень амплитуды моды ( $AM_o$ ) был ниже в IA подгруппе на 37% ( $p < 0,001$ ), в IB подгруппе на 33,6% ( $p < 0,001$ ), в IB подгруппе на 29,3% ( $p < 0,001$ ) и индекс напряжения (ИН) на 79,4% ( $p < 0,001$ ), на 80,3% ( $p < 0,001$ ) и на 81,1% ( $p < 0,001$ ) соответственно, в сравнении со здоровыми и свидетельствует о выраженном вегетативном дисбалансе, приводящим к напряжению адаптационно-компенсаторных механизмов и снижению резервных возможностей организма.

При ФРЖП по гипокинетическому типу отмечалось преобладание симпатикотонии у 54,2%, парасимпатикотонии у 33,3% и амфотония у 12,5% лиц: показатель  $M_o$  был ниже во IA подгруппе на 52% ( $p < 0,001$ ), во IB подгруппе на 49,3% ( $p < 0,001$ ), во IB подгруппе на 49,3% ( $p < 0,001$ ); ВР – на 38,9% ( $p < 0,001$ ), на 33,3% ( $p < 0,001$ ) и на 38,9% ( $p < 0,001$ ) соответственно; а  $AM_o$  выше на 63,1% ( $p < 0,001$ ), на 65,8% ( $p < 0,001$ ) и на 56,9% ( $p < 0,001$ ); ИН – на 272,4% ( $p < 0,001$ ), на 271,7% ( $p < 0,001$ ) и на 237,3% ( $p < 0,001$ ) соответственно, в сравнении со здоровыми и указывают на функциональные сдвиги в нейроэндокринной регуляции.

Учитывая, что у студентов с ФРЖП индивидуально–психические особенности могут быть пусковым механизмом нарушения вегетативного обеспечения, мы изучили психо-эмоциональное состояние по уровню реактивной и личностной тревожности: высокий уровень реактивной тревожности (РТ) в IA подгруппе был у 12 (50%,  $p = 0,002$ ), в IB подгруппе у 10 (40%,  $p = 0,009$ ) и в IB подгруппе у 9 (36%,  $p = 0,017$ ); во IA подгруппе у 7 (43,8%,  $p = 0,007$ ), во IB подгруппе у 8 (50%,  $p = 0,003$ ) и во IB подгруппе у 7 (43,8%,  $p = 0,007$ ). Умеренный уровень РТ в IA подгруппе был у 9 (37,5%,  $p = 0,001$ ), в IB подгруппе у 12 (48%,  $p = 0,008$ ) и в IB подгруппе у 12 (48%,  $p = 0,008$ ); во IA подгруппе у 7 (43,8%,  $p = 0,007$ ), во IB подгруппе у 6 (37,5%,  $p = 0,003$ ) во IB подгруппе у 7 (43,8%,  $p = 0,007$ ). У лиц с ФРЖП выявили большее число лиц с высоким уровнем и меньшее с умеренным уровнем РТ в сравнении со здоровыми и это свидетельствует о напряжении компенсаторно-адаптационных механизмов исследуемых.

Оценка нервно-психического состояния у студентов с ФРЖП выявила снижение уровня «Самочувствие» в IA подгруппе на 22,4%( $p<0,001$ ), в IB подгруппе на 20,7%( $p<0,001$ ), в IB подгруппе на 20,7%( $p<0,001$ ), во IIА подгруппе на 24,1%( $p<0,001$ ), во IIБ подгруппе на 24,1% ( $p<0,003$ ) и во IIВ подгруппе на 25,9% ( $p<0,001$ ); уровень «Активность» в I подгруппах ниже на 26,7%( $p<0,001$ ), на 30,4%( $p<0,001$ ) и на 28,6%( $p<0,001$ ), а во II подгруппах на 25% ( $p<0,001$ ) на 23,2%( $p<0,001$ ) и на 23,2%( $p<0,001$ ) соответственно; уровень «Настроение» в I подгруппах ниже на 44,6%( $p<0,001$ ), на 47,1%( $p<0,001$ ) и на 48,5%( $p<0,001$ ), а во II подгруппах на 48,5%( $p<0,001$ ), на 47,1%( $p<0,001$ ) и на 48,5% ( $p<0,001$ ) соответственно, в сравнении со здоровыми. Представленные данные указывают на изменения индивидуально-психологических особенностей исследуемых.

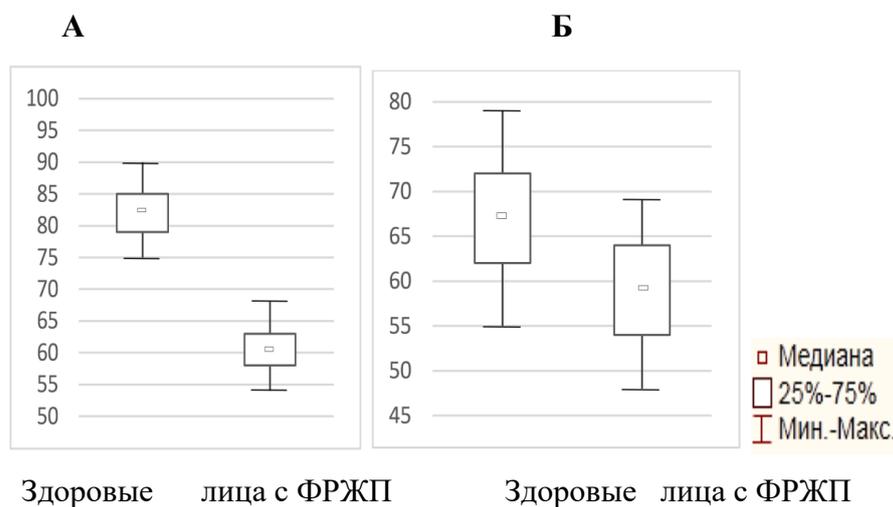


**Рисунок 2. Взаимосвязь психологических и вегетативных изменений у студентов с функциональным расстройством желчного пузыря**

Изучение взаимосвязи нервно-психического состояния и вегетативного обеспечения у лиц с ФРЖП, представленном на рисунке 2, выявило умеренную корреляцию уровня РТ и Настроения ( $r = +0,62$ ,  $p=0,003$ ), прямую корреляцию ИН и физической работоспособности ( $r=+0,57$ ,  $p=0,032$ ); обратную сильную связь уровня Настроение и Самочувствие ( $r=-0,85$ ,  $p=0,002$ ); индекса напряжения и вариационного размаха ( $r=-0,93$ ,  $p=0,023$ ), что свидетельствует о высокой степени взаимозависимости вегетативного обеспечения и нервно-психического состояния исследуемых с ФРЖП.

Изучение качества жизни у лиц с ФРЖП показало исходно снижение в сфере физического и психического здоровья (рисунок 3). При ФРЖП по гиперкинетическому типу показатель физическое функционирование (ФФ) был ниже на 15%, ролевое физическое функционирование (РФФ) на 15,7%, ролевое эмоциональное функционирование (РЭФ) на 17,1%, жизненная

активность (ЖА) на 12,7%, психическое здоровье (ПЗ) на 15,5%, социальное функционирование (СФ) на 13,6%, боль (Б) на 21,3% и общее здоровье (ОЗ) на 15,2%, в сравнении со здоровыми. При ФРЖП по гипокинетическому типу уровень ФФ было ниже на 15,1%, РФФ на 20,1%, РЭФ на 16,3%, ЖА на 11,9%, ПЗ на 15,6%, СФ на 12,7% Б на 21,5% и ОЗ на 15,2%, в сравнении со здоровыми.



**Рисунок 3. Физическое функционирование (А) и Психическое здоровье (Б) у лиц с функциональным расстройством желчного пузыря (баллы)**

С целью коррекции лечения ФРЖП у лиц молодого возраста нами были разработаны медицинские комплексы с дополнительным индивидуальным подбором фитотерапии и лечебной физкультуры в зависимости от типа нарушения моторно-эвакуаторной функции желчного пузыря. Критериями оценки эффективности лечения было купирование болевого синдрома, устранение диспепсических проявлений и уменьшение астеновегетативного синдрома.

На фоне лечения при ФРЖП по гиперкинетическому типу наблюдалось клиническое улучшение: болевой синдром уменьшился в IA подгруппе на 79,1% ( $p < 0,001$ ), в IB подгруппе на 88% ( $p < 0,001$ ), в IV подгруппе на 100% ( $p < 0,001$ ); частота астеновегетативного синдрома - на 65,0% ( $p < 0,001$ ), на 82,6% ( $p < 0,001$ ) и на 95,2% ( $p < 0,001$ ) соответственно; расстройство стула - на 77,8% ( $p < 0,01$ ), на 88,9% ( $p < 0,001$ ) и на 100% ( $p < 0,001$ ) соответственно; тошнота - на 66,7% ( $p = 0,003$ ), на 76,4% ( $p < 0,001$ ) и на 86,7% ( $p < 0,001$ ) соответственно, в сравнении с исходными данными.

У лиц с ФРЖП по гипокинетическому типу на фоне лечебных мероприятий также наблюдалась положительная динамика: абдоминальный болевой синдром уменьшился во ПА

подгруппе на 75% ( $p < 0,001$ ), во ИБ подгруппе на 93,8% ( $p < 0,001$ ), во ИВ подгруппе на 100% ( $p < 0,001$ ); выраженность астеновегетативного синдрома – на 54,5% ( $p = 0,03$ ), на 66,7% ( $p = 0,009$ ) и на 91,7% ( $p = 0,002$ ) соответственно; расстройство стула – на 66,7% ( $p = 0,29$ ), на 100% ( $p = 0,29$ ) и на 100% ( $p = 0,29$ ); тошнота – на 54,5% ( $p = 0,03$ ), на 70% ( $p = 0,02$ ) и на 88,9% ( $p = 0,009$ ) соответственно, в сравнении с исходными данными.

В отдаленном периоде наблюдения у лиц с ФРЖП более выраженный клинический эффект сохранялся в ИВ и ИВ подгруппах при дополнительном сочетанном применении фитотерапии и лечебной физкультуры.

В результате проведенного лечения лиц с ФРЖП по данным моторно-эвакуаторной функции желчного пузыря наблюдалась позитивная динамика. Моторно-эвакуаторная функция желчного пузыря у лиц с ФРЖП по гиперкинетическому типу улучшилась: коэффициент опорожнения (КО) снизился в ИА подгруппе на 4,8% ( $p = 0,49$ ), в ИБ подгруппе на 25,4% ( $p = 0,002$ ), в ИВ подгруппе на 27,3% ( $p = 0,004$ ), объема выделенной желчи – на 11,6% ( $p = 0,09$ ), на 26,9% ( $p = 0,0006$ ) и на 31,1% ( $p = 0,001$ ); относительная скорость опорожнения – на 34,1% ( $p < 0,001$ ), на 53,3% ( $p < 0,001$ ) и на 64,1% ( $p < 0,001$ ), объемная скорость опорожнения – на 40% ( $p < 0,001$ ), на 54,1% ( $p < 0,001$ ) и на 69,3% ( $p < 0,001$ ) соответственно, время максимального сокращения увеличился - на 45% ( $p < 0,001$ ), на 57,9% ( $p < 0,001$ ) и на 122,2% ( $p < 0,001$ ) соответственно, в сравнении с исходными данными (таблица 1).

При ФРЖП по гипокинетическому типу на фоне лечения наблюдалось повышение КО во ИА подгруппе на 13,0% ( $p = 0,08$ ), в ИБ подгруппе на 55,9% ( $p < 0,001$ ), в ИВ подгруппе на 100,4% ( $p < 0,001$ ); объема выделенной желчи – на 11,4% ( $p = 0,16$ ), на 52,8% ( $p = 0,05$ ) и на 107,7% ( $p < 0,001$ ); относительная скорость опорожнения – на 75% ( $p < 0,001$ ), на 175% ( $p < 0,001$ ), и на 200% ( $p < 0,001$ ); объемная скорость опорожнения – на 116,7% ( $p < 0,001$ ), на 142,9% ( $p < 0,001$ ) и на 214,3% ( $p < 0,001$ ) соответственно, и уменьшение времени максимального сокращения на 42,3% ( $p < 0,001$ ), на 38,5% ( $p < 0,001$ ) и на 31,5% ( $p < 0,001$ ) соответственно, в сравнении с исходными данными.

Динамика УЗИ желчного пузыря у лиц с ФРЖП показала, что в ИА и ИА подгруппах не достигнуто эффективного опорожнения желчного пузыря, в ИБ и ИБ подгруппах – неполное восстановление и нормализация эффективности опорожнения и функциональной координации желчного пузыря наблюдались в ИВ и во ИВ подгруппах, которым на фоне медикаментозного лечения дополнительно применяли фитотерапию и лечебную физкультуру в зависимости от типа дисфункции, и в отдаленном периоде у них сохранялся позитивный эффект.

Анализ эффективности разработанных нами лечебных мероприятий для лиц с ФРЖП показал увеличение числа лиц с «Удовлетворительной адаптацией» в ИА подгруппе на 25% ( $p = 0,08$ ), в ИБ подгруппе на 40% ( $p = 0,03$ ), в ИВ подгруппе на 56,3% ( $p = 0,005$ ),

Динамика УЗИ моторно-эвакуаторной функции желчного пузыря у студентов с ФРЖП на фоне лечения

Группы	Период наблюдения	Тощаковый объем	КО (%)	Объем выделенной желчи, см <sup>3</sup>	Относительная скорость опорожнения (%\Мин)	Объемная скорость опорожнения (мл\мин)	Время максимального сокращения
IA подгруппа (n=24)	До лечения	16,8±0,8	82,1±4,0	13,8±0,7	4,1±0,2	0,70±0,03	20±0,9
	После лечения	15,6±0,7	78,2±3,9	12,2±0,6	2,7±0,1*	0,42±0,02*	29±1,4*
IB подгруппа (n=25)	До лечения	16,3±0,8	86,2±4,3	14,1±0,7	4,5±0,2	0,74±0,03	19±0,9
	После лечения	16,0±0,8	64,3±3,2*	10,3±0,5*	2,1±0,1*	0,34±0,01*	30±1,4*
IV подгруппа (n=25)	До лечения	18,9±0,9	71,4±3,5	13,5±0,7	3,9±0,2	0,75±0,03	18±0,8
	После лечения	17,9±0,8	51,9±2,5*	9,3±0,5*	1,4±0,1*	0,23±0,01*	40±2,0*
IIA Группа (n=16)	До лечения	19,0±1,0	18,4±0,9	3,5±0,2	0,4±0,02	0,06±0,003	52±2,6
	После лечения	18,7±0,9	20,8±1,0	3,9±0,2	0,7±0,03*	0,13±0,006*	30±1,9*
IIB группа (n=16)	До лечения	16,3±0,8	22,1±1,1	3,6±0,2	0,4±0,02	0,07±0,003	50±2,5
	После лечения	16,0±0,8	34,3±1,7*	5,5±0,3*	1,1±0,05*	0,17±0,008*	32±1,6*
IIV группа (n=16)	До лечения	17,2±0,9	22,6±1,1	3,9±0,2	0,4±0,02	0,07±0,003	54±2,7
	После лечения	17,9±0,9	45,3±2,3*	8,1±0,4*	1,2±0,06*	0,22±0,01*	37±1,9*

\* – значимость различий между показателями исходно и после лечения, при p&lt;0,05

во ПА подгруппе на 20% ( $p=0,29$ ), во ПБ подгруппе на 66,7% ( $p=0,03$ ), во ПВ подгруппе на 77,7% ( $p=0,02$ ); с «Функциональным напряжением» уменьшилось в IA, IB и IB подгруппе на 33,3% ( $p=0,29$ ), на 55,6% ( $p=0,045$ ), на 100% ( $p=0,02$ ) соответственно, во ПА, Б и В подгруппах на 20% ( $p=0,62$ ), на 83,3% ( $p=0,045$ ) и на 100% ( $p=0,03$ ) соответственно, в сравнении с исходным уровнем и через 6 месяцев наблюдения сохранялась позитивная динамика, более выраженная в IB и ПВ подгруппах.

При оценке динамики вегетативного обеспечения у студентов с ФРЖП по гиперкинетическому типу была выявлена положительная динамика, так ИН в IA подгруппе увеличился на 51,9% ( $p<0,001$ ), в IB подгруппе на 108,6% ( $p<0,001$ ) и в IB подгруппе на 163,9% ( $p<0,0001$ ) исходно; вариационный размах уменьшился на 14,7% ( $p=0,04$ ), на 25% ( $p=0,0009$ ) и на 30,8% ( $p=0,001$ ) соответственно, в сравнении с исходным уровнем.

Число лиц с преобладанием парасимпатикотонии уменьшилось в IA подгруппе на 14,4%, в IB подгруппе на 18,3% и в IB подгруппе на 25,6% и появились с состоянием эйтонии – 10,3%, 25,5% и 34,2% соответственно. Через 6 месяцев в IA подгруппе отмечалось преобладание парасимпатического отдела ВНС, в IB подгруппе – не полное восстановление вегетативного баланса и в IB подгруппе сохранялось равновесия вегетативного обеспечения.

У лиц с ФРЖП по гипокинетическому типу на фоне лечения также наблюдалась позитивная динамика, ИН снизился во ПА подгруппе на 27,4% ( $p<0,001$ ), во ПБ подгруппе на 50,2% ( $p=0,04$ ), во ПВ подгруппе на 58,9% ( $p<0,001$ ) в сравнении с исходным уровнем; увеличился показатель ВР – на 20% ( $p=0,02$ ), на 60% ( $p<0,001$ ), на 72,7% ( $p<0,001$ ) соответственно, в сравнении с исходным уровнем и свидетельствовало об уменьшении симпатического влияния, а значит, об уменьшении признаков гипокинезии и застоя желчи. Отмечалось уменьшение числа лиц с преобладанием симпатикотонии во ПА подгруппе на 10,3%, во ПБ подгруппе на 14,6% и во ПВ подгруппе на 17,4%, появились лица с состоянием эйтонии - 8,6%, 18,3% и 25,4% соответственно. Через 6 месяцев после лечения при ФРЖП по гипокинетическому типу во ПА подгруппе ИН был ниже на 15,3% и указывал на преобладание симпатического отдела ВНС, во ПБ подгруппе на 20,9% – неполное восстановление вегетативного равновесия, в ПВ подгруппе на 28,2% что свидетельствует о сохранении вегетативного обеспечения. Анализ полученных данных указывает о нормализации вегетативного обеспечения на фоне проводимого лечения у лиц с ФРЖП ПВ подгруппы.

У студентов с ФРЖП по гиперкинетическому типу на фоне лечения наблюдалось улучшение нервно-психического состояния, снизилось число лиц с высоким уровнем РТ в IA подгруппе на 16,7% ( $p=0,29$ ), в IB подгруппе на 30% ( $p=0,15$ ), в IB подгруппе на 55,6% ( $p=0,045$ ), а с умеренным уровнем РТ увеличилось на 33,3% ( $p=0,15$ ), на 41,6% ( $p=0,045$ ) и на 66,7% ( $p=0,009$ ) соответственно, в сравнении с исходным уровнем. У лиц с ФРЖП по

гипокинетическому типу также наблюдалась позитивная динамика, число лиц с высоким уровнем РТ снизилось во ПА подгруппе на 14,3% ( $p=0,62$ ), во ПБ подгруппе на 37,5% ( $p=0,15$ ) и во ПВ подгруппе на 71,4% ( $p=0,045$ ), а с умеренным уровнем РТ увеличилось на 28,5% ( $p=0,30$ ), на 66,7% ( $p=0,08$ ) и на 100% ( $p=0,02$ ) соответственно, в сравнении с исходным уровнем.

Представленные данные свидетельствуют, что у лиц с ФРЖП не зависимо от типа дисфункции сочетанное воздействие фитотерапии и лечебной физкультуры на фоне базисной терапии оказывает более выраженный позитивный эффект.

Применение предложенных новых медицинских технологий для студентов с ФРЖП по гиперкинетическому типу показало улучшение психоэмоционального состояния: уровень «Самочувствие» увеличился в IA подгруппе на 20% ( $p=0,16$ ), в IB подгруппе на 28,3% ( $p=0,007$ ), в IB подгруппе на 41,3% ( $p=0,003$ ); уровень «Активность» – на 24,4% ( $p=0,008$ ), на 51,3% ( $p=0,001$ ), на 62,5% ( $p=0,003$ ) и «Настроение» – на 32,4% ( $p=0,001$ ), на 55,6% ( $p=0,001$ ), на 85,7% ( $p=0,001$ ) соответственно, в сравнении с исходными данными.

У лиц с ФРЖП по гипокинетическому типу также наблюдалась позитивная динамика, уровень «Самочувствие» во ПА подгруппе увеличился на 18,2% ( $p=0,03$ ), во ПБ подгруппе на 25% ( $p=0,005$ ), во ПВ подгруппе на 39,5% ( $p=0,006$ ); уровень «Активность» – на 26,2% ( $p=0,005$ ), на 37,2% ( $p=0,001$ ) и на 51,2% ( $p=0,001$ ) соответственно; уровень «Настроение» – на 34,3% ( $p=0,0002$ ), на 61,1% ( $p=0,001$ ) и на 82,9% ( $p=0,001$ ) соответственно, в сравнении с исходными данными. Через 6 месяцев после лечения достоверно позитивная динамика сохранялась в IB и во ПВ подгруппах. Представленные данные указывают на более выраженное улучшение психоэмоционального состояния у лиц с ФРЖП при дополнительном сочетанном воздействии фитотерапии и лечебной физкультуры, которое подбирали в зависимости от типа дисфункции желчного пузыря.

Эффективность предложенного нами лечения доказывает динамика качества жизни. При ФРЖП по гиперкинетическому типу отмечалось улучшение в сфере физического здоровья: так статистически достоверное повышение выявили по показателям ФФ в IB подгруппе на 17,4% ( $p=0,03$ ) и в IB подгруппе на 27,5% ( $p=0,001$ ); РФФ – на 14,9% ( $p=0,05$ ) и на 19,6% ( $p=0,01$ ); РЭФ – на 16,1% ( $p=0,04$ ) и на 23,3% ( $p=0,004$ ); ЖА – на 14,9% ( $p=0,04$ ) и на 12,7% ( $p=0,008$ ) соответственно. Качество жизни в сфере психического здоровья также статистически достоверно увеличилось: уровень ПЗ в IB подгруппе на 16,0% ( $p=0,039$ ) и IB подгруппе на 21,5% ( $p=0,006$ ); СФ – на 14,8% ( $p=0,049$ ) и на 21,5% ( $p=0,008$ ), уровень боли на 20,3% ( $p=0,009$ ) и на 28,5% ( $p=0,006$ ); ОЗ – на 17,7% ( $p=0,028$ ) и на 27,4% ( $p=0,001$ ) соответственно, в сравнении с исходными данными, в IA подгруппе статистически значимого повышения не наблюдалось. Позитивная динамика качества жизни у лиц с ФРЖП в отдаленном периоде сохранялась только в IB подгруппе.

При ФРЖП по гипокинетическому типу на фоне лечебных мероприятий также наблюдалась статистически достоверное повышение динамики качества жизни в сфере физического и психического здоровья: ФФ во ПБ подгруппе на 18,9%( $p=0,02$ ) и во ПВ подгруппе на 23,3%( $p=0,006$ ); РФФ – на 15,2%( $p=0,047$ ) и на 17,9%( $p=0,02$ ); РЭФ – на 18,3%( $p=0,021$ ) и на 20,7%( $p=0,01$ ); ЖА – на 16,3%( $p=0,04$ ) и на 15,8%( $p=0,04$ ); ПЗ – на 15,4%( $p=0,046$ ) и на 16,6%( $p=0,04$ ); СФ – на 15,3%( $p=0,049$ ) и на 13,7%( $p=0,045$ ); уровень боли – на 19,1%( $p=0,02$ ) и на 26,9%( $p=0,002$ ); ОЗ – на 11,8% ( $p=0,04$ ) и на 23,7%( $p=0,005$ ) соответственно, в сравнении с исходными данными, в ПА подгруппе статистически значимого повышения не наблюдалось. Позитивная динамика сохранялась и через 6 месяцев после проведенного лечения. Анализ качества жизни у студентов с ФРЖП показал значимое улучшение в сфере психического и физического здоровья, более выраженный позитивный эффект наблюдался у исследуемых в IV и PV подгрупп и сохранялся за весь период наблюдения в результате дополнительного воздействия фитотерапии и лечебной физкультуры на фоне базисной терапии.

Выявлена корреляция уровня качества жизни и психоэмоционального состояния у лиц с ФРЖП: показатель «Боли» и уровень «Самочувствия» ( $r_s = 0,36, p < 0,01$ ), «ЖА» и уровень «Активности» ( $r_s = 0,46, p < 0,01$ ), «Социальное функционирование» и «Настроение» ( $r_s = 0,68, p < 0,01$ ); «Психическое здоровье» и «Настроение» ( $r_s = 0,59, p < 0,01$ ); «Физическое функционирование» и «Активность» ( $r_s = 0,81, p < 0,01$ ); «Общее здоровье» и «Самочувствие» ( $r_s = 0,73, p < 0,01$ ).

**Таким образом,** результаты исследования студентов с ФРЖП показали снижение уровня здоровья, физического и психоэмоционального состояния, изменения моторно-эвакуаторной функции желчного пузыря и вегетативного обеспечения. Предложенное нами лечение ФРЖП с дополнительным применением фитотерапии и лечебной физкультуры в зависимости от типа нарушения моторно-эвакуаторной функции желчного пузыря на фоне базисной терапии показало клиническую эффективность. В IV и в PV подгруппе 100% исследуемых отметили отсутствие абдоминальной боли, астеновегетативный синдром отмечался у 4,8% и у 8,3% лиц соответственно. Уровень компенсаторно-адаптационных возможностей организма увеличился, «Удовлетворительная адаптация» в IV подгруппе на 56,3% и во PV подгруппе на 77,7%. Уменьшилось число лиц с преобладанием парасимпатикотонии в IV подгруппе, а во PV подгруппе уменьшилось влияние симпатикотонии, и увеличилось с состоянием эйтонии. Предлагаемые лечебные мероприятия для лиц с ФРЖП являются щадящими и оказывают регуляторное воздействие на моторно-эвакуаторную функцию желчного пузыря. Предложенные нами технологии лечения ФРЖП с применением фитотерапии и лечебной

физкультуры в зависимости от типа функционального нарушения, показали более выраженный позитивный эффект при их сочетанном воздействии на фоне медикаментозной терапии.

### **Выводы.**

1. У 19,2% студентов ВУЗа выявили первичные функциональные расстройства желчного пузыря по гиперкинетическому типу у 60,7% и по гипокинетическому типу у 39,3%, повышение уровня реактивной тревожности, снижение физического здоровья, адаптационного потенциала и ухудшение качества жизни.

2. При первичном функциональном расстройстве желчного пузыря по гиперкинетическому типу у 55,5% лиц преобладало влияние парасимпатического отдела ВНС, индекс напряжения составил  $26,2 \pm 1,3$  усл.ед., при гипокинетическом типе у 54,2% – симпатический отдел ВНС, индекс напряжения был  $484,7 \pm 23,8$  усл.ед., а у здоровых  $130,4 \pm 9,8$  усл.ед.

3. Установлено, что у лиц с первичным функциональным расстройством желчного пузыря по гиперкинетическому типу при дополнительном применении фитотерапии в сочетании с лечебной физкультурой на фоне базисной терапии была более выраженная позитивная динамика, абдоминальный болевой синдром не наблюдался и уменьшился астеновегетативный синдром, коэффициент опорожнения желчного пузыря снизился в IV подгруппе на 27,3%, в IB подгруппе на 25,4%, в IA подгруппе на 4,8%; уменьшилось число лиц с преобладанием парасимпатикотонии на 25,6%, на 18,8%, и на 14,4% соответственно, в сравнении с исходным уровнем.

4. У лиц с первичным функциональным расстройством желчного пузыря по гипокинетическому типу при дополнительном применении фитотерапии в сочетании с лечебной физкультурой на фоне базисной терапии наблюдалась выраженная положительная динамика в сравнении с базисной терапией в сочетании с фитосборами и группой с базисной терапией: абдоминальный болевой синдром не наблюдался и уменьшился астеновегетативный синдром; повысился коэффициент опорожнения желчного пузыря во IIВ подгруппе на 100,4%, IIБ подгруппе на 55,9%, ПА подгруппе на 13,0%; снизилось число лиц с симпатикотонией на 17,4%, на 14,6%, на 10,3% соответственно, в сравнении с исходным уровнем.

5. По отдаленным результатам лечения студентов с первичным функциональным расстройством желчного пузыря наиболее выраженный позитивный эффект сохранялся при медикаментозной терапии в сочетании с фитотерапией и лечебной физкультурой по данным клинических и инструментальных параметров.

### **Практические рекомендации**

1. Для лиц с функциональным расстройством желчного пузыря фитотерапевтические комплексы целесообразно применять в зависимости от типа дискинезии – при

гиперкинетическом типе: настой листьев мяты перечной, цветков ромашки, листьев подорожника большого и шиповника, слизь семян льна; при гипокINETическом типе: настой кукурузных рылец со столбиками, цветков календулы, василька синего, корней одуванчика и плодов шиповника, согласно инструкции.

2. Для восстановления моторно-эвакуаторной функции желчного пузыря дополнительно рекомендуется индивидуально подобранная лечебная гимнастика: при гиперкинетическом типе дискинезии – физические упражнения по щадящей методике седативного действия, способствующие расслаблению мускулатуры сфинктеров, протоков и стимуляции желчеобразования; при гипокINETическом типе – тонизирующего действия с большей нагрузкой и интенсивностью, с замедлением дыхательных движений, направленные на повышение тонуса мускулатуры желчного пузыря и усиления желчевыведения.

3. Сочетанное применение фитотерапии и лечебной физкультуры на фоне базисной медикаментозной терапии для лиц с функциональным расстройством желчного пузыря является эффективным и безопасным методом, который следует проводить на амбулаторном этапе лечения.

#### **Список работ, опубликованных по теме диссертации**

1. Кильдебекова, Р.Н. Психоэмоциональное состояние больных с дискинезией желчного пузыря / Р.Н. Кильдебекова, **Э.А. Исангулова**, Л.Р. Мингазова // Новые задачи современной медицины: материалы Международной заочно научной конференции. – СПб., 2013. – С. 49-51.
2. Кильдебекова, Р.Н. Роль кинезиотерапии в реабилитации функциональных расстройств билиарного тракта / Р.Н. Кильдебекова, **Э.А. Исангулова**, Р.Ф. Саяхов // Научная дискуссия: вопросы медицины. – 2013. - № 7 (14): материалы XVIII Международной заочной научно-практической конференции. – С. 90-95.
3. Мингазова, Л.Р. Пищевое поведение у лиц молодого возраста с дискинезией желчного пузыря / Л.Р. Мингазова, **Э.А. Исангулова** // Интеллектуальный потенциал XXI века: ступени познания: материалы XVIII Молодёжной международной научно-практической конференции. - Новосибирск, 2013. – С. 34-37.
4. Роль кинези- и фитотерапии в реабилитации пациентов с функциональным расстройством желчного пузыря / Р.Н. Кильдебекова, Н.В. Кудашкина, **Э.А. Исангулова**, С.Р. Хасанова // **Фундаментальные исследования**. – 2014. - № 10. – С. 897-900.
5. **Исангулова, Э.А.** Роль фитотерапии в реабилитации функциональных расстройств билиарного тракта / **Э.А. Исангулова** // Человек и лекарство: материалы XX Российского национального конгресса. – М., 2014. – С. 254.

6. Кильдебекова, Р.Н. Формирование здорового образа жизни при функциональных нарушениях билиарного тракта / Р.Н. Кильдебекова, **Э.А. Исангулова**, Л.Р. Мингазова // Молодой ученый. – 2014. - № 1. – С. 166-168.
7. Исангулова, Э.А. Новые медицинские технологии в реабилитации больных с функциональными расстройствами билиарного тракта / **Э.А. Исангулова**, Р.А. Бабаева // Вестник Башкирского государственного медицинского университета. – 2014. - № 3 (приложение): Материалы 79-ой Всероссийской научно-практической конференции студентов и молодых ученых «Вопросы теоретической и практической медицины. – С. 1002-1007.
8. Кильдебекова, Р.Н. Эффективность кинезиотерапии при реабилитации больных с функциональными расстройствами желчного пузыря / Р.Н. Кильдебекова, **Э.А. Исангулова** // Инновационные технологии в санаторно-курортной практике: материалы Республиканской научно-практической конференции. – Уфа; Янган-тау, 2014. – С. 92-96.
9. **Исангулова, Э.А.** Пищевое поведение у лиц молодого возраста с дискинезией желчного пузыря / **Э.А. Исангулова** // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2014. - № 2 (приложение): Материалы XI Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные вопросы клиники, диагностики и лечения в многопрофильном лечебном учреждении». – С. 100-101.
10. Кильдебекова, Р.Н. Оценка состояния здоровья лиц молодого возраста с функциональным расстройством желчного пузыря / Р.Н. Кильдебекова, Л.Р. Мингазова, **Э.А. Исангулова** // Разработка и усовершенствование методов диагностики и профилактики заболеваний: материалы IV Международной научно-практической конференции. – Уфа, 2014. – С. 17-19.
11. Кильдебекова, Р.Н. Состояние психологического здоровья у студентов с функциональным расстройством желчного пузыря / Р.Н. Кильдебекова, Л.Р. Мингазова, **Э.А. Исангулова** // Перспективы развития современной медицины: материалы Международной научно-практической конференции. – Воронеж, 2014. – С. 44-46.
12. **Исангулова, Э.А.** Роль центра здоровья в диспансеризации больных с билиарной патологией / **Э.А. Исангулова** // Новые задачи медицины и пути их решения: материалы III Международной научно-практической конференции. - Уфа, 2014. – С. 15-17.
13. Эффективность физических нагрузок в комплексном лечении лиц с функциональным расстройством желчного пузыря / В.Т. Кайбышев, Р.Н. Кильдебекова, Э.А. Исангулова, А.Л. Федотов, Г.М. Сахаутдинова // **Медицинский вестник Башкортостана**. – 2015. – Т. 10, № 1. – С. 35-38.
14. Состояние вегетативного тонуса больных с функциональным расстройством желчного пузыря на фоне фитотерапии / Р.Н. Кильдебекова, Э.А. Исангулова, С.Р. Хасанова, Р.Ф. Саяхов // **Врач аспирант**. – 2015. - № 5.2 (72). – С. 282-287.

15. Кильдебекова, Р.Н. Роль фитотерапии при реабилитации больных с заболеваниями билиарной системы / Р.Н. Кильдебекова, Э.А. Исангулова, Р.Ш. Мирхайдаров // Рациональное питание, пищевые добавки и биостимуляторы. – 2015. - № 1. – С. 78-80.
16. Кильдебекова, Р.Н. Роль минеральной воды «Красноусольская» при комплексном лечении билиарной патологии / Р.Н. Кильдебекова, Э.А. Исангулова, Р.Ш. Мирхайдаров // Санаторно-курортное лечение: материалы II Международного конгресса. – Уфа, 2016. – С. 283-285.
17. Кильдебекова, Р.Н. Роль физических упражнений в профилактике заболеваний гепатобилиарной системы / Р.Н. Кильдебекова, Э.А. Исангулова, Р.А. Низамов // Казанская школа терапевтов. Терапия. Соблюдая и развивая традиции: Российской медицины: материалы научно-практической конференции. – Казань, 2016. – С. 16-17.
18. Кильдебекова, Р.Н. Адаптационный потенциал студентов с функциональным расстройством желчного пузыря / Р.Н. Кильдебекова, Э.А. Исангулова, Р.Ф. Саяхов // Роль и место информационных технологий в современной науке: материалы Международной научно-практической конференции. – Уфа, 2017. – С. 17-20.

#### Патенты

1. Сбор лекарственных растений для лечения функционального расстройства желчного пузыря при гипертонически-гиперкинетическом типе: **пат. № 2576238** Рос. Федерация / Кудашкина Н.В., Хасанова С.Р., Кильдебекова Р.Н., Исангулова Э.А. – зарегистр. 02.02.16.
2. Сбор лекарственных растений для лечения функционального расстройства желчного пузыря при гипотонически-гипокинетическом типе дискинезии: **пат. № 2599482** Рос. Федерация / Исангулова Э.А. – зарегистр. 15.09.2016.

#### Список сокращений

Амо – амплитуда моды	ПЗ – психическое здоровье
АП – адаптационный потенциал	РТ – реактивная тревожность
Б – боль	РФФ – ролевое физическое функционирование
ВР – вариационный размах	РЭФ – ролевое эмоциональное функционирование
ВСР – вариабельность сердечного ритма	СФ – социальное функционирование
ЖА – жизненная активность	ЦНС – центральная нервная система
ИН – индекс напряжения	ФРЖП – функциональное расстройство желчного пузыря
КО – коэффициент опорожнения	ФФ – физическое функционирование
ЛТ – личностная тревожность	
Мо – мода	
ОЗ – общее здоровье	

