Методичні рекомендації

Запоріжжя 2017

Застосування бішофіту в практиці гастроентеролога та лікаря сімейної медицини

Методичні рекомендації

Запоріжжя 2018

УДК 616.3+614.254.3]:615.326-08

Установа-розробник:
ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»
Інститут гастроентерології НАМН України
ДП ЧАО "Приазовкурорт"

Укладачі:

Ковальова О.В	-канд. мед. наук, доцент	тел.+38 067 618-24-94
Зигало Е.В.	-канд. мед. наук, доцент	тел.+38 050 451 23-04
Токаренко О.І.	-д-р мед. наук, професор;	тел.+38067 730-76-93
Сисоева І.	-канд.мед.н. наук доцент	тел.+38 068 377-93-49
Кошля О.В.	-канд. мед. наук, доцент	тел.+38 050 534-76-97
Ковальова О.В.	-канд біол, ст. викладач	тел.+38067983 86-28
Ковальова А.А.	-реабілітолог	тел.+38050421 54-52

Рецензент:

Фуштей І.М. — проректор з наукової роботи ДЗ «ЗМАПО МОЗ України», д-р мед. наук, проф.; тел.: +380 067 955-78-20

Застосування бішофіту в практиці сімейного лікаря: метод. рекоменд. / [О.В. Ковальова,Е.В.Зигало О.І. Токаренко, та ін.]. —

У методичних рекомендаціях розглянуто механізм розвитку дисфункції жовчного міхура і як наслідок розвиток таких ускладнень, як біль, гастродуоденит, сладж синдром, жовчнокам'яна хвороба, панкреатит, розлади кишковика. Запропоновані методи етіопатогенетичного лікування у пацієнтів гастроентерологічного профілю, обгрунтовано доцільність застосування розчину бішофіта, як оптимального сучасного засобу при комплексному лікуванні гастроентерологічної патології.

Підготовлено на підставі матеріалів науково-дослідних робіт кафедри терапії фізіотерапії, курортології і профпатології ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України», Інституту гастроентерології НАМН України (м. Дніпро),ДП ЧАО "Приазовкурорт" (м. Бердянськ) Українського науково-дослідного інституту медичної реабілітації та курортології (УкрНДІ МР та К м.Одеса).Методичні рекомендації призначені для використання у клінічній практиці гастронетерологів, терапевтів, лікарів загальної практики та сімейної медицини,фізіотерапевтів, фахівців лікувально-профілактичних та реабілітаційних закладів.

УДК 616.3+614.254.3]:615.326-08
© Ковальова О.В., Зигало Е.В.,Токаренко О.І., Кошля О.В., Ковальова О.В., Ковальова А.А. 2017
© ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України», 2017
Інститут гастроентерології НАМН України

Зміст

Перелік умовних скорочень
Вступ 6
Функціональні гастроінтестинальні розлади та механізми їх виникнення.
Клінічний протокол санаторно-курортного лікування функціональних езофагеальних розладів
Клінічний протоколсанаторно-курортного лікування функціональної диспепсії
Клінічний протокол санаторно-курортного лікування дисфункціональних розладів біліарного тракту
Клінічний протокол санаторно-курортного лікування хронічного безкам'яного холецистит
Клінічний протоколсанаторно-курортного лікування жовчнокам'яної хвороби
Обґрунтуваннядоцільності застосування перформованих, патогенетичних засобів при лікуванні функціональних розладів органів травлення.
Природний мінеральний розчин бішофіт та його властивості та шляхи застосування
Використання харчового бішофіту
Електрофорез з бішофітом
Застосування LEIT терапії як засіб локального введення бішофіту
Вани з бішофітом
Висновки
Список літератури.

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АдАТ	Аланінамінотрансфераза
АсАТ	Аспартатамінотрансфераза
БТ	Біліарний тракт
Г СТУ	Галузевий стандарт України
ГЕР	Гастроезофагальний рефлюкс
ГОС	Галактоолігосахариди
ДЖМ	Дискінезія жовчного міхура
ДСУ	Державний стандарт України
ЖВШ	Жовчовивідні шляхи
ІК	Індекс Кердо
ІРС	Індекс роботи серця
МОЗ	Міністерство охорони здоров’я
МТ	Маса тіла
ООН	Організація об’єднаних націй
СПК	Синдром подразненого кишковика
УЗД	Ультразвукове дослідження
ФД	Функціональна діарея
ФДІР	Функціональні гастроінтестинальні розлади
ФЗ	Функціональний закреп
ФР	Функціональні розлади
ХГ	Хронічний гастрит
ХК	Хронічний коліт
ХНХ	Хронічний некалькульозний холецистит
ХП	Хронічний пієлонефрит
ЦНС	Центральна нервова система
ШОЕ	Швидкість осідання еритроцитів
ШКТ	Шлунково-кишковий тракт
ДПК	Дванадцятипалої кишки
ЖМ	Жовчний міхур
СО	Сфінктер Одді
СНС	Симпатична нервова система
ПНС	Парасимпатична нервова система
ВХШ	Виразкова хвороба шлунку
СОШ	Слизова оболонка шлунка

ВСТУП

Демографічна ситуація на Україні не втішна. Народжуваність знижується, а чисельність осіб похилого віку істотно підвищується. За даними ООН на території України кожна шоста людина переступила поріг шестидесяти років. При тому кращі представники нашої країни гинуть в зоні АТО, отримують каліцтва, втрачають працездатність. Збільшився термін пенсійного віку. Тому важливо не тільки зберегти життя, а подбати про його якість, зберегти можливість працювати, а в подальшому себе обслуговувати. Кількість жінок похилого віку значно переважає чисельність чоловіків. Чоловіки ж в середньому не доживають до пенсії. Постійний ріст та загрозлива тенденція омолоджування хвороб шлунково-кишкового тракту веде до істотного зниження працездатності і в подальшому до інвалідизації. Все це має важливе соціально-економічне значення. Як що немає своєчасного та адекватного лікуваннянаселення втрачає на тривалий час працездатність в кращому випадку, а в гіршому – згодом стають інвалідами та йдуть з життя (57,66,31,67).

За даними Римського консенсусу III, IV(82,76) розвиток дискінезій жовчного міхура (ДЖМ) та жовчовивідних шляхів (ЖВШ) пов’язаний зі змінами співвідношення тонусу симпатичної і парасимпатичної іннервації жовчного міхура. ДЖМ та ЖВШ є надзвичайно поширеними функціональними захворюваннями. Функціональні гастроінтестинальні симптоми відомі вже протягом кількох століть (6), таке поняття, як функціональні гастроінтестинальні розлади (ФДІР), з'явилося лише кілька десятиліть тому.

За даними римського консенсусуIV ФДІР розглядаються як найбільш поширена патологія шлунково-кишкового тракту (ШКТ), в основі якої лежать комбіновані морфологічні і фізіологічні відхилення, пов'язані з порушеннями моторики шлунково-кишкового тракту, захисного слизового бар'єру, імунної функції і складу кишкової мікробіоти, вісцеральної гіперчутливістю, а також розладами з боку центральної нервової системи (ЦНС) (2).

В останні роки в Україні і в Європі відзначено зростання функціональної патології травної системи. Хвороби жовчного міхура за частотою поступаються хіба патології серцево - судинної системі. В Україні на 35,3% зросла захворюваність на функціональну патологією біліарної системи.Функціональні розлади БТ охоплюють різні вікові групи, уражаючи здебільшого осіб молодого та середнього віку, мають хронічний перебіг з частими рецидивами і виявляються майже у 5% дорослого населення (66,67,38,65,23).

Ураження жовчного міхура (ЖП) і жовчовивідних шляхів (ЖВП) мають розвиток переважно у жінок молодого віку у формі хронічного перебігуз періодами затяжних загострень при різноманітності клінічних проявів. Вірогіднатрансформація функціональних порушень, пов'язаних з жовчоутворюванням, зміною реології в органічні порушення гепатобіліарної системи(хронічний холецистит, жовчнокам'яна хвороба, і т.д.). При залученні в патологічний процес інших органів (печінки, підшлункової залози, шлунка і дванадцятипалої кишки) розвиваються важкі ускладнення, які можуть призводити до інвалідизації.(48,58,85,10). Холангіт, холецистит, жовчокам´яна хвороба зазвичай поєднуються між собою (65).Рання діагностика та адекватне лікування дисфункцій БТ мають величезне клінічне значення для профілактики трансформації функціональних порушень моторної діяльності БТ в органічну

патологію.У молодому віці несвоєчасна діагностика закінчується погіршенням якості життя і обмеженням працездатності у подальшому(58,2).

Жовчний рефлюкс може бути одним з головних чинників виникнення хронічного рефлюкс-гастрита, гастродуоденіта з подальшим формуванням виразкової хвороби шлунка (ВХ) (65,23,13,4).

Більшість авторів указують на інфекційну природу виразкової хвороби (52,13,4,3,10,22). Тим не менш багато клініцистів сумніваються в чисто інфекційній природі ВХ і вважають необхідними всебічні дослідження з цієї проблеми (55,14). Фахівці дотримуються найбільш відомої і визнаної фізіологічної теорії, запропонованоюShay H (84).

По цій теорії розвиток ВХ обумовлен порушенням рівноваги між чинниками «агресії» і «захисту» слизової оболонки шлунка (СОШ) та ДПК (62,84). До агресивних чинників відносяться хлористоводнева кислота (HCl), пепсин, порушення евакуації з шлунка і дуоденальний рефлюкс. В нормі в нижній третині стравоходу pH складає 6,0 (що реєструється при стравохідній pH-метрії). Про наявність рефлюксу свідчить значення pH< 4,0 (кислотний рефлюкс) або pH> 7,0 (лужний, або жовчний рефлюкс). Моніторинг pH жовчі та імпеданс-моніторинг в діагностиці ГЕРХ займає трете місце після клінічних досліджень та ендоскопії (55,14).

До 30-х років існувала значна перевага шлункової локалізації виразок над дуоденальною. У теперішній час виразка шлунка та дванадцятипалої кишки у середньому співвідносяться як 1:4. В осіб молодого віку співвідношення виразки дванадцятипалої кишки та шлунка досягає 13:1. Після 60-ти років виразка шлунка та дванадцятипалої кишки зустрічаються приблизно з однаковою частотою (50). За даними Харченко В.В. (12,14) у хворих молодого віку переважає функціональна диспепсія та пептична виразка цибулини дванадцятипалої кишки, а у старшому віці частіше виявляють гастроезофагеальну рефлюксну хворобу, гастропатії та виразкову хворобу шлунка, які мають розвиток на тлі ішемічної хвороби травного тракту.

Рефлюкс жовчі у шлунок призводить до зміни кислотно-лужного стану (51,22)

Дисфункція гепатобіліарної системи призводить до зміни ліпідного профілю (17,63,80,83,2).

Функціональні розлади гепатобіліарної системи призводять до підвищення рівня ліпідів та сприяють передчасному розвитку атеросклерозу, ішемічної хвороби серця.

Порушення ліпідного обміну веде до зміни гормонального статусу у чоловіків і жінок. Розвивається ранній клімакс (порушення менструального циклу, міоми, безпліддя.

Відчувається брак фундаментальних теоретичних і практичних розробок у лікуванні пацієнтів із функціональними розладами у світовій літературі. Сучасні методи лікування хворих із функціональними розладами не достатньо враховують вікові та гендерні аспекти.

Вищевикладене визначає необхідність удосконалення діагностичних та лікувальних програм щодо патології верхніх відділів органів травлення, усунення трансформації функціональних розладів в органічну патологію. Все вищевикладене і зумовило необхідність створення даних методичних рекомендацій.

ФУНКЦІОНАЛЬНІ ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНІ РОЗЛАДИ ТА МЕХАНІЗМИ ЇХ ВИНИКНЕННЯ.

Функціональні гастроінтестинальні розлади (ФДІР), розглядаються як найбільш поширена патологія шлунково-кишкового тракту (ШКТ). В основі лежать комбіновані морфологічні і фізіологічні відхилення. Вони пов'язані з порушеннями моторики шлунково-кишкового тракту, захисного слизового бар'єру, імунної функції і складу кишкової мікробіоти, вісцеральної гіперчутливістю, а також розладами з боку центральної нервової системи (ЦНС).

Утворення жовчі — безперервний процес. Надходження жовчі в кишковик відбуваєтьсятільки в процесі травлення та забезпечується резервною функцією ЖМ і його ритмічними скороченнямипослідовним розслабленням сфінктерів Люткенса й Одді. Розслаблення ЖМ супроводжується закриттям сфінктера Одді. в основі дисфункціональних розладів біліарного тракту лежить порушення синхронності в роботі жовчного міхура і сфінктерного апарату, що і є причиною клінічних проявів даної патології. Ведуча роль у виникненні захворювання належить психогенним чинникам – психоемоційним перевантаженням, стресам, проявам неврозу.

Дисфункції ЖМ і сфінктера Одді можуть бутипервинними або вторинними.Первинні становлять 10–15 % і пов’язані як зі зменшенням м’язової маси ЖМ, так і зі зниженням чутливості рецепторного апарату до нейрогуморальної стимуляції. Вторинні дисфункціональні розлади можуть поєднуватися зі структурними змінами, такими як стенози проток і сфінктерів, із хронічними запальними процесами різних відділів позапечінкової біліарної системи.

Дисфункціональні розлади біліарноготраку відрізняются:

- за локалізацією: дисфункція ЖМ, дисфункція СО;
- за етіологією: первинні, вторинні;
- за функціональним станом: гіперфункція гіпофункція

Існують критерії діагностики дисфункції ЖМ, зумовленої дискоординацією функції а саме:

1. Наявність болю біліарного типу (нападоподібний біль у правому підребер’ї або в надчерев’їтривалістю не менш як 20 хв., що зберігається протягом 3 місяців і довше) у поєднанні з однієючи двоматрьома такими ознаками:іррадіація у спину або у праву лопатку;поява болю після приймання їжі та в нічнігодини; нудота, блювання.
2. Порушення функції ЖМ.
3. Відсутність структурних змін біліарної системи.

Важливим об’єктивним симптомом порушеної моторики ЖМ є ультразвуковий феномен «сладжу», у двох варіантах: а) дифузійний, б) пристінковий.

Характеристика дисфункції:

I тип — біль + 3 лабораторно інструментальніознаки;
II тип — біль + 1–2 ознаки;
III тип — тільки напади болю;
IV тип — підвищення рівня амілази і ліпази +«панкреатичний» біль.

У 1999 р в Римських критеріях II була запропонована концепція гастроінтестинальних захворювань, порушень моторики та ФДІР, яка грунтується на 3-х базових положеннях:
1) органічні (структурні) розлади (езофагіти, запальні захворювання кишечника та ін.)
2) порушення моторики (гастропарез, интестинальная псевдо обструкція)
3) ФДІР (функціональна диспепсія, синдром подразненого кишечника - СРК)
У 2006 р у Римських критеріях III - використано не консенсуси експертів, а підходи, засновані на даних доказової медицини.

Функціональні гастроінтестинальні розлади взаємодії ШКТ-ЦНС		
А Функціональні розлади стравоходу	А1. Функціональний загрудинний біль	
	А2. функціональна печія	
	А3. Рефлюксна гіперчутливість	
	А4. Комок у горлі	
	А5. Функціональна дисфагія	
В. Гастродуоденальні розлади	В 1. Функціональна диспепсія (ФД)	В 1а Постпрандіальний дистрес-синдром (ПДС).
		Віb. Епігастральний больовой синдром (ЕБС)
	В 2. розлади відрижки	В2а. Надмірна супрагастральна відрижка
		В2b. Надмірна шлункова відрижка
	В3. Нудота і блювотні розлади	В3а. Синдром хронічної нудоти і блювоти
		В3b. Циклічний блювотний синдром
		В3с. Синдром надмірної канабиоидноїблювоти
	В4.Румінаційний синдром	
С. Кишкові розлади	С1. Синдром подразненого кишковика (СПК)	СРК з перевагою закрепів (СПК-З)
		СПК з перевагою діареї (СПК-Д)
		СПК Змішаного типу (СПК-См)
		некласифікований СПК
	С2. Функціональний закреп	
	С3. Функціональна діарея	
	С4. Функціональне абдомінальне вздуття / розтягнення	
	С5. Неспецифічний функціональний кишковий синдром	
	С6. Опіоїд-індукований закреп	

Офіційна презентація Римських критеріїв IV Відбулася 22 травня 2016 р на відповідному симпозіумі в рамках 52-ї Американської

гастроентерологічної тижня (м Сан-Дієго, США). Gastroenterology (Vol. 150, № 6, May 2016).

В оновлені Римські критерії IV додані 3 нових діагноза з відомою етіологією. Клінічні прояви цих станів схожі з ФДІР, але повинні бути відокремлені від них, оскільки вони не є справжніми «функціональними» розладами. Вони відрізняються не тільки етіологічним фактором (опіоїди або каннабіоїди), але і тим, що усунення цих факторів сприяє повному одужанню.

Розлади взаємодії між кишковиком і головним мозком пов'язані з порушенням функції ЦНС або ентерічною нервовою системою.

Відтік жовчі та панкреатичного секрету у ДПК здійснюється завдяки координованому функціонуванню ЖМ та СО, крім того, залежить від рівня секреції жовчі, моторної активності травного каналу та ентерогепатичної циркуляції жовчних кислот (61,76,58,65). Підвищена активність симпатичної нервової системи (СНС) відзначається при спазмі СО та гіпотонії ЖМ. Перевага тонусу парасимпатичної ПНС відзначається при гіпотонії СО та гіпермоториці ЖМ (9,72,73,21). В основі дисфункціональних розладів БТ лежить порушення синхронності в роботі ЖМ і сфінктерного апарату (58).

Жінки у два рази частіше хворіють на хронічний безкам'яний холецистит та ДЖВШ, ніж чоловіки. Кожна п'ята жінка і кожен десятий чоловік мають зазначену патологію (11,12).

Функціональні розлади біліарного тракту(ФРБТ)це функціональні порушення моторики жовчного міхура (ЖМ) та (чи) тонусу сфінктерного апарата внаслідок неузгодженого, несвоєчасного, недостатнього чи надмірного скорочення жовчного міхура та (чи) сфінктерного апарата.Захворювання поліетіологічне, генетично детерміновано.

Шифр 82.8 - дискінезія,або дисфункція (функціональний розлад) жовчного міхура

За функціональним станом можна визначитися

А. Гіпофункція або гіперфункція жовчного міхура.

Б. Спазм або недостатність сфінктера Одді.

Клінічні форми ФРБТ:

- гіперкінетично-гіпертонічна
- гіперкінетично-гіпотонічна
- гіпокінетично-гіпотонічна
- гіпокінетично-гіпертонічна
- (м.б. варіанти поєднання з нормальним тонусом сфінктерів або кінетикою жовчного міхура)

Функціональні гастроінтестинальні розлади взаємодії ШКТ-ЦНС

D. Центрально опосередковані розлади гастро-інтестинального болю	D1. Центрально- опосередкований обдоминальний больовий синдром		
	D2. Наркотичний кишковий синдром опіоїд-індукована гастроінтестинальна гіпералгезія		
Е. Розлади жовчного міхура і сфінктера Одді		E1 a. Функціональний біліарний міхуровий розлад	
		Elb Функціональний розлад біліарного сфінктера Одді.	
	E2. Функціональні розладипанкреатичного сфінктера Одді		
F Анаректальні розлади	F1. Нетримання калу		
	F2. Функціональний анаректальний біль	F2a. Синдром m levator ani	
		F2b Неспецифічний функціональний анаректальний біль	
		F2c. Прокталгія	
	F3. Функціональні розлади дефекації	F3. Неадекватна дефекаційна пропульсія	
		F3b. Дисенергічна дефекація	
GПедіатрична ФДІР новонароджені та немовля	G1. Регургітація новонароджених		
	G2. Руміноційний синдром		
	G3. Циклічний блювотний синдром		
	G4. Коліка новонароджених		
	G5. Функціональна діарея		
	G6. Дискінезія новонароджених		
	G7. Функціональний закреп		
Н. Педіатричні ФДІР: діти і підлітки	HI. Функціональні та блювотні розлади	H1 a. Циклічний блювотний синдром	
		H1b. Функціональна нудота і функціональна блювота	
		H1 c. Руміноційний синдром	
		Hi d. Аерофагія	
	H2.Функціональні абдомінальні больові розлади	H2a. Функціональна диспепсія	H2o1. Постпрандиальний дистрес-синдром (ПДС)
			H2a2 Епігастральній больовий синдром (ЕБС)
		H2Ь. Синдром подразненого кишковика	
		H2c. Абдомінальна мігрень	
		H2d. Функціональний неспецифічний абдомінальний біль	
	H3. Функціональні розлади дефекації	H3a. Функціональний закреп	
		H3b. Нетримання калу	

ЗАТВЕРДЖЕНО
наказом МОЗ України
від 06.02.2008 № 56

Клінічний протокол
санаторно-курортного лікування функціональних езофагеальних розладів

Шифр по МКХ-10:К22.0

Функціональні езофагеальні розлади:

А. Функціональні езофагеальні розлади (ФЕР).

А1. Функціональна печія.

А2. Функціональна торакалгія припустимо езофагеального ґенезу.

А3. Функціональна дисфагія.

А4. Глобус.

Діагностика на санаторному етапі*.

Діагностичні критерії функціональної печії (Римські критерії III, 2006 р):

Діагностичні критерії функціональної печії повинні включати всі з наступних:

1. Пекучий ретростернальний дискомфорт або біль.
2. Відсутність доказів за ГЕРХ як причин симптоматики.
3. Відсутність моторних розладів, що мають гістопатологічний ґенез.

Критерії повинні бути присутні протягом останніх 3 місяців та з'явитися щонайменше за 6 місяців до встановлення діагнозу.

Діагностичні критерії функціональної торакалгії припустимо езофагеального ґенезу (Римські критерії III, 2006 р):

Діагностичні критерії** функціональної торакалгії припустимо езофагеального ґенезу повинні включати всі з наступних:

1. Серединний біль або дискомфорт у грудній клітці, що не має пекучого характеру.
2. Відсутність доказів за ГЕРХ як причин симптоматики.
3. Відсутність моторних розладів, що мають гістопатологічний Генею.

Критерії повинні бути присутні протягом останніх 3 місяців та з'явитися щонайменше за 6 місяців до встановлення діагнозу. Діагностичнікритерії функціональної дисфагії(Римські критерії III, 2006 р):

Діагностичні критерії** функціональної дисфагії повинні включати всі з наступних:

1. Відчуття застрягнення або аномального проходження через стравохід твердої або рідкої їжі.
2. Відсутність доказів за ГЕРХ як причин симптоматики.
3. Відсутність моторних розладів, що мають гістопатологічний Генею.

Критерії повинні бути присутні протягом останніх 3 місяців та з'явитися щонайменше за 6 місяців до встановлення діагнозу. Діагностичні критерії** глобусу (Римські критерії III, 2006 р):

Діагностичні критерії глобусу повинні включати всі з наступних:

1.Персистуюче або інтермітуюче відчуття клубка або стороннього тіла у горлі.

2.Виникнення відчуття клубка між прийомами їжі.

3.Відсутність дисфагії або одинофагії.

4.Відсутність доказів за ГЕРХ як причин симптоматики.

5.Відсутність моторних розладів, що мають гістопатологічний Генею.

Критерії повинні бути присутні протягом останніх 3 місяців та з'явитися щонайменше за 6 місяців до встановлення діагнозу.

Обов'язкові лабораторні дослідження

- Загальний аналіз крові
- Загальний аналіз сечі
- Аналіз калу на приховану кров
- Копрограма

Обов'язкові інструментальні дослідження

- Електрокардіографія
- Езофагогастродуоденоскопія
- pH-метрія
- Ультразвукове дослідження органів черевної порожнини
- Рентгенологічне дослідження стравоходу (при необхідності дворазово)

Додаткові інструментальні і лабораторні дослідження проводяться залежно від супутніх захворювань і тяжкості основного захворювання.

Консультації фахівців: невропатолог, отоларинголог та іншіза призначенням.

Санаторно-курортне лікування*

Дієта: № 1, 5, харчування - дрібне.

Санаторний режим: II – III

Кліматотерапія: загальна

Руховий режим: ранкова гігієнічна гімнастика, лікувальна фізкультура (групова)

Мінеральні води: Внутрішнє вживання мінеральних вод сприяє нормалізації функціонального стану стравоходу.

Мінеральні води призначають виходячи із стану кислотоутворюючої функції шлунка за 90-60-40 хвилин до їжі, у теплому вигляді по 150-200 мл, тричі на день. Показані мінеральні води малої та середньої мінералізації гідрокарбонатні, гідрокарбонатно-сульфатні (Квітка Полонини, Лужанська, Поляна Квасова, Поляна Купіль, Свалявська, Одеська № 1, Боржомі, Єсентуки № 4).

Пелоїдо- та бальнеотерапія: Застосовують лікувальні грязі температурою 37-38° С або торф (38-40° С) на ділянку передньої черевної стінки або на ділянку нижньої третини грудини або на комірцеву ділянку продовж 15-20 хв. Грязелікування проводять через день, чергуючи його з ваннами (йодо-бромними, хвойними, лавандовими)

Апаратна фізіотерапія: Доброго ефекту надає застосування імпульсних струмів низької частоти за методикою електросну завдяки позитивному впливу на підкорково-стволові структури, гіпоталамус, ретикулярну формацію мозку. Процедури проводять від апарату «Електросон-3,-4Т». Розташування електродів за очно-завушноючи лобно-завушною методикою, частота імпульсу 3-5 Гц, сила струму 3-5 мА, експозицією 6-10, далі 20-40 хв., через день, на курс 8-10 процедур.

Хвилі дециметрового діапазону (ДМХ-терапія).Процедури проводять від апарату "Ранет" чи "Волна-2". Подовжній випромінювач розташовують на ділянку епігастрію, зазор 3-4 см, потужність 25 Вт, експозиція 15 хвилин, через день, на курс 10-12 процедур.

Термін санаторно-курортного лікування: 21-24 дні.

Показники якості лікування: зникнення чи значне зменшення ретростернального болю або дискомфорту, у тому числі пекучого характеру, відчуття застрягнення або аномального проходження через стравохід твердої або рідкої їжі, відчуття клубка або стороннього тіла у горлі.Протипоказання: не існує

- ступінь доказовості А за Ю.Л. Шевченком, І.Н. Денисовим, В.І. Кулаковим, Р.М. Хаітовим (см Клинические рекомендации для практикующих врачей, основанные на доказательной медицине. – 2-е изд., - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. – 1248

Начальник Управління
материнства,дитинства
та санаторної справиВ.В.Бондаренко

ЗАТВЕРДЖЕНО
наказом МОЗ України
від 06.02.2008 № 56

Клінічний протокол
санаторно-курортного лікування функціональної диспепсії

ШифрпоМКХ-10:К 30

Класифікація диспепсії:
- виразкоподібна форма
- диспепсична форма
- змішана форма

Діагностика на санаторно-курортному етапі*:

Діагностичні критерії** для функціональної диспепсії (Римські критерії III, 2006 р.) повинні містити:

1. один або більше з наведених нижче критеріїв;
2. неприємне постпрандіальне переповнення;
3. швидке перенасичення;
4. епігастральний біль;
5. епігастральне печіння.
6. брак даних щодо органічної патології (в тому числі результатів верхньої ендоскопії), які б могли пояснити Генею скарг.

Критерії відповідають вимогам, якщо скарги «активні» протягом останніх 3 місяців з початком захворювання щонайменше 6 місяців.

Основні клінічні критерії:загальні неврологічні прояви - безсоння, мігрені, роздратованість, поганий настрій та спеціальні (гастритичні), що залежить від варіанту диспепсії.

Виразкоподібний варіант характеризується періодичними болями в епігастральній ділянці помірної інтенсивності, як правило без іррадиації; біль виникає натще (голодні болі) або вночі (нічні болі), купується після прийому їжі та/чи антацидів.

Дисморний вариант супроводжується відчуттям раннього насичення, важкості, переповнення, здуття в епігастрії; відчуттям дискомфорту після їжі, нудотою, іноді блювотою.

При неспецифічному варіанті можуть бути наявні різні ознаки, які важко віднести до того чи іншого варіанту. Можливо сполучення різних варіантів в одного хворого.

Обов’язкові лабораторні дослідження:
- Загальний аналіз крові
- Загальний аналіз сечі
- Глюкоза крові та сечі
- Печінковий комплекс (загальний білірубін крові та його фракції, АсАТ, АлАТ, лужна фосфатаза, ГГТП)
- Копрограма
- Аналіз калу на дисбактеріоз
- Аналіз калу на приховану кров

Обов'язкові інструментальні дослідження:
- УЗД органів черевної порожнини і малого тазу
- Інтрагастральна pH-метрія
- Езофагогастродуоденоскопія (при необхідності - з біопсією з подальшим морфологічним дослідженням біоптатів) або рентгеноскопія шлунку

- Індикація H. pylori.

Обов'язкова консультація:гастроентеролога

Санаторно-курортне лікування*

Санаторний режим: II – III

Кліматотерапія: загальна

Руховий режим: ранкова гігієнічна гімнастика, лікувальна фізкультура (групова).

Дієта: №2, № 5 (раціон № 1).

Мінеральні води: при диспепсії з проявами секреторної недостатності шлунка призначаєтьсявнутрішній прийом мінеральних вод малої та середньої мінералізації, переважно хлоридних, хлоридно-сульфатних, сульфатно-хлоридних (Аква, Богоявленська, Броварська, Броничанка, Великобагачанська, Верховинська, Демідивська, Діана,Еола, Жемчужина, Изумрудная, Криворізька-1, Кришталева, Куяльник, Миколаївська, Миргородська, Сріблясті водоспади, Станіславська, Чорноморська та інші), кімнатної температури - 18-20° С, газована, по 200-250 мл на прийом, тричі в день за 20-30 хвилин до їжі, швидко, невеликими ковтками. В стадії нестійкої ремісії (субкомпенсації), при наявності проносів спочатку застосовується тепла, дегазована вода двічі на день, виключаючи ранковий прийом, по 100-150 мл через 40-60 хвилин після їжі, після нормалізації стільця та зникнення явищ загострення рекомендується звичайна схема використання мінеральних вод.

За умов диспепсії з проявами ацидізму застосовуються гідрокарбонатні, гідрокарбонатно-сульфатні, гідрокарбонатно-хлоридні мінеральні води малої або середньої мінералізації (Буковинська, Валякузьминська, Поляна Світла, Сині Потоки, Зелечанка, Поляна Квасова, ПолянаКупель, Свалява, Лужанська, Плосковська, Прозориста и др.), теплі, дегазовані, по 200 млтричі на день, за 1,5-1 години до прийому їжі.

Бальнеотерапія: лікувальні душі (циркулярний, Шарко) - 10-15 процедур на курс, через день; природні та штучні ванни- соляні, прісні або шавлієві,експозиція 10-15 хвилин, температура, 34-37° С,8-10 на курс; віхрові ванни, тривалість 10-15 хвилин, температура, 34-37° С,8-10 на курс; перлисті ванни, тиск повітря від компресора від 0,5 до 1,5 атмосфер, експозиція 10-15 хвилин, температура, 34-37° С,8-10 на курс; вібраційні ванни (частота механічних коливань від 10 до 200 Гц, температура 34-37° С, тривалість 8-15 хвилин); вуглекислі ванни, концентрація 0,8-1,0 г/л, експозиція 10-15 хвилин, температура, 35-33° С,8-10 на курс.

Грязе- та теплолікування: грязьові аплікації на ділянку передньої черевної стінки і попереку (грязьовийпояс) або комірцеву ділянку, температура грязі 40-42° С, експозиція 20 хвилин, через день, 9-10 процедур на курс; аплікації озокериту або парафіну на ділянку передньої черевної стінки і попереку (грязьовийпояс), температура 45-50° С, експозиція 30-40 хвилин,через день, 9-10 процедур на курс.

Апаратна фізіотерапія: - СМС-терапія на ділянку проекції шлунка, режим змінний, III-IV роди роботи, глибина модуляцій від 25 % до 100 %, частота 100-70 Гц, 12-15 процедур на курс, щоденно 10-12 процедур на курс. Така процедура призначається при гіпохлоргидрії.

Інші параметри процедури призначають при дискінетичному, рефлюксоподібному та виразкоподібному варіантах: процедури проводять в імпульсному режимі при поперечному розташуванні електродів на ділянку

шлунка та ділянку нижньогрудинного відділу хребта, модуляція від 25 до50 %, частота 100 Гц, I та IV рід роботи, по 3 хв. кожний, 8-10 процедур на курс лікування.
- також за умов гіпохлоргидрії з метою стимуляції кислотоутворюючої та секреторної функції шлунку використовується катодна гальванізація ділянку шлунку – сила струму15-17 мА; тривалість 15-20 хв., 10 процедур на курс лікування, через день.
- індуктотермія за допомогою індуктор-диску на епігастрільну ділянку та ділянку спини (сегменти D_6-D_9), експозиція 15-20 хвилин,12-15 процедур на курс, через день; дана процедура може бути використана при виразкоподібному варіанті диспепсії.
- лікувальний електрофорез за Вермелем або Щербаком (1-2 % розчин сірчанокислої магнезії, кальцію хлориду, новокаїну), 10-12 процедур на курс, через день;
- ДМХ-терапія на ділянку проекції шлунка, потужність 25 Вт, експозиція 10-15 хвилин, 10-15 процедур на курс, щоденно; дана процедура може бути використана при виразкоподібному варіанті диспепсії.
- **УЗ** послідовно на епігастральну ділянку та ділянку проекції наднирників – по 5 хвилин, потужність 0,2-0,4 Вт/см^2, режим імпульсний10 мС,10 процедур на курс, через день;
- магнітотерапія на надчеревну ділянку, сінусоідальне поле, режимбезперервний, індукція 10 мТл, експозиція 20 хвилин, 10-12 процедур, через день;
- солюкс (інфрачервоне випромінювання) на ділянку шлунка, слабкотеплова доза, експозиція 20-30 хвилин. На курс лікування 10 процедур; щоденно або через день.
- електросон,3-5 Гц, експозиція 30-40 хвилин, через день, 15-20 хвилин, через день, на курс 10 процедур;
- КВЧ-терапія на надчеревну ділянку або тім'яно-потилично ділянку, або на біологічно-активні точки, нетеплове дозування, 10-15 мВт/см^2 , 10-12 процедур на курс, щоденно або через день;
- лазеротерапія на ділянку проекції шлунка, 12-палої кишки та сегментарно паравертебрально на D_6-D_{10} (до 5 хвилин на зону, щільність потоку 20-25 мВт/см^2) або біологічно активні точки (1-2 хвилини на точку, 8-10 точок за процедуру, щільність потоку 2 мВт/см^2),8-10 процедур на курс, щоденно або через день.

Додатково: рефлексотерапія,імерсійні ванни № 10.
Термін санаторно-курортного лікування: 21-24 дні.
Показники якості лікування: зникнення диспепсичних явищ, болю, порушень апетиту, пальпаторної болісності в епігастральній області; відновлення функціонального стану гастродуоденальной системи, добре самопочуття.Протипоказання: не існує.
* - ступінь доказовості А за Ю.Л. Шевченком, І.Н. Денисовим, В.І. Кулаковим, Р.М. Хаітовим (см Клинические рекомендации для практикующих врачей, основанные на доказательной медицине. – 2-е изд., - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. – 1248 с.)

Начальник Управління материнства,
дитинства та санаторної справиВ.В.Бондаренко

ЗАТВЕРДЖЕНО
наказом МОЗ України
від 06.02.2008 № 56

Клінічний протокол
санаторно-курортного лікування дисфункціональних розладівбіліарного тракту

Шифрпо МКХ-10: К 82.8, К 83.4

Класифікація дисфункціональних розладів біліарного тракту(Римські критерії III, 2006 р):

1. Дисфункція жовчного міхура
2. Дисфункція сфінктера Одді:
- дисфункція сфінктера Одді біліарного типу
- дисфункція сфінктера Одді панкреатичного типу

Діагностика на санаторному етапі*

Діагностичні критерії дисфункцій жовчного міхура (ЖМ) та сфінктера Одді (СО):

Повинні включати епізоди болю в надчеревній ділянці й/або правому верхньому квадранті живота й відповідати такому:

1. Епізоди тривають 30 хвилин і більш;
2. Поточні ознаки, що спостерігаються в різних інтервалах (не щодня);
3. Біль зростає до постійного рівня;
4. Біль помірний, але достатній, аби вплинути на діяльність пацієнта чи спричинити звернення до закладів «Швидкої медичної допомоги»;
5. Біль, що не зменшується після дефекації;
6. Біль, що не зменшується в разі змін положення тіла;
7. Біль, що не зменшується після приймання протисекреторних засобів;
8. Заперечення іншої причини, котра б пояснювала б симптоми.

Додаткові критерії

Біль може супроводжуватись 1 або кількома ознаками. А саме:

1. Біль, пов'язаний з нудотою і блюванням.
2. Біль ірадирує в спину й/або праву підлопаткову ділянку
3. Біль будить серед сну, вночі.

Діагностичні критерії дисфункціїЖМ

1. Критерії дисфункцій ЖМ та СО;
2. Наявність ЖМ;
3. Нормальні показники ферментів печінки, кон’югованого білірубіну і амілази/ліпази.

Діагностичні критерії біліарного типу дисфункцій СО:

Повинні містити обидва з нижченаведених:

1. Критерії дисфункцій ЖМ та СО;
2. Нормальні рівні амілази/ліпази.

Додаткові критерії: підвищення рівня трансаміназ сироватки крові, основної фосфатази або кон’югованого білірубіну, тимчасово пов’язане принаймні з двома епізодами болю.

Діагностичні критерії панкреатичного типу дисфункцій СО:

Повинні включати обидва з нижченаведених:

1. Ознаки дисфункцій ЖМ та СО;
2. Підвищення рівнів амілази/ліпази.

Основні клінічні критерії: при гіперкінетичних розладах: короткочасні, гострі болі у правому підребер'інападоподібного характеру без ірадиації або з іррадіацією під лопатку, у ділянку серця, іноді в ліву половину живота (при залученні протокової системи підшлункової залози);при гіпокінетичних розладах: болі тупого, ниючого характеру, відчуття тиску, розпирання; загальними для різних форм дисфункцій э поганий апетит, відриг, нудота, здуття живота, гіркота у роті, нестійки випорожнення.

Обов'язкові лабораторні дослідження

-Загальний аналіз крові

-Загальний аналіз сечі

-Печінковий комплекс (загальний білірубін та його фракції, АсАТ, АлАТ, ЩФ, ГТП, загальний білок та білкові фракції, холестерин крові)

-Амілаза крові

-Цукор крові

-Бактеріологічне, цитологічне та біохімічне дослідження дуоденального вмісту-Копрограма

Обов'язкові інструментальні дослідження

-УЗДорганів черевної порожнини (при необхідності динамічна сонографія з використанням навантаження),

-Дуоденальне зондування

-Додаткові інструментальні і лабораторні дослідження

-Проводяться залежно від діагнозу, що припускаються

-Консультації фахівців проводяться за призначенням.

Санаторно-курортне лікування*

Основні терапевтичні ефекти, які очікуються - нормалізація функціонального стану жовчного міхура та сфінктерного апарату біліарної системи, поліпшення фізико-хімічних властивостей жовчі. Зважаючи на це, дієта хворих на дискінезію жовчного міхура та жовчовивідних шляхів повинна бути дрібною, з обмеженням тваринних жирів та відносним збільшенням жирів рослинного походження, білків рослинного та тваринного походження (дієта № 5п).

Санаторний режим:II – III

Кліматотерапія: загальна

Руховий режим: ранкова гігієнічна гімнастика, лікувальна фізкультура (групова)

Мінеральні води: Внутрішнє вживання мінеральних вод посилює жовчоутворення та жовчовиділення, результатом чого є поліпшення фізико-хімічних властивостей жовчі, зменшується її в'язкість, поліпшується відтік жовчі. Поряд з цим відбувається нормалізація функціонального стану жовчного міхура та сфінктерів біліарного тракту. Ці зміни поліпшують функціональний стан печінки, підшлункової залози, кишковика,сприяють поліпшеннюмісцевого та загального імунітету. Мінеральні води призначаються з врахуванням типу дискінетичних порушень. Так, за умов гіперкінетичних розладів рекомендовані води малої мінералізації з переважанням іонів гідрокарбонату, сульфату, хлору, натрію, магнію, містяться органічні речовини (Боржомі, Єсентуки № 4, 20, Свалявська, Миргородська, Нафтуся, Березовські мінеральні води). При цьому для посилення антиспастичного ефекту мінеральну воду призначають

хворим у гарячому виді температури 40-45°С. Час прийому води - за 30-90 хв. до їжі залежно від стану кислотоутворюючої функції шлунка, 3 рази на день, по 200 мл.

При гіпокінетичних розладах більш показані води середньої мінералізації з переважанням іонів гідрокарбонату, сульфату, магнію, натрію (Єсентуки № 17, Славяновська, Смірновська, Феодосійська, джерело № 1 та 6 курорту Моршин). За умов вираженої гіпотонії мінеральні води можна призначати у холодному виді.

Для посилення жовчовиділення 1-2 рази на тиждень рекомендовано внутрішній дренаж без зонду (беззондові тюбажи).

Пелоїдо- та бальнеотерапія: Грязелікування є одним з найбільш ефективних курортних чинників у фазі стійкої та нестійкої ремісії, загасаючого загострення, що засновано на їх протизапальному, антиспастичному, трофічному ефектах. Грязьові аплікації застосовують на ділянку правого підребер'я та сегментарно позаду продовж 15-20 хв. при температурі грязі 40-42-44°С, через день. На курс 10-12 процедур. При супутніх захворюваннях гастродуоденальної системи (гастрит, дуоденіт, виразкова хвороба) грязьові аплікації можна накладати із захватом епігастральної ділянки.

Значно легше переносяться методи мітігованого грязелікування (гальваногрязь, електрофорез препаратів грязі).

Гальваногрязь застосовують температурою 38° С на ділянку правого підребер'я продовж 15-20 хвилин, через день (на курс 8-10 процедур).

Електрофорез пелоїдину чи пелоїдодистиляту на ділянку правого підребер'я проводять за поперечною методикою при щільності струму 0,05 мА/см^2 щоденно, тривалість впливу 20 хв., з обох полюсів, 15-20 процедур на курс лікування.

Процедури грязелікування чергують з ваннами (радоновими, хвойними, вуглекислими, вуглекисло-сірководневими, хлоридно-натрієвими, через день, на курс 10-12 ванн). Також можна застосовувати души (дощовий, віяловий, циркулярний - по 3-5 хвилин, на курс 10-15 процедур).

Апаратна фізіотерапія: Із методів фізіотерапії застосовують ультразвук. За умов гіпертонічних розладів використовують ультразвук високої інтенсивності на ділянку жовчного міхура 0,8-1 Вт/см^2. При наявності гіпокінетичних розладів показана дія ультразвуком низької інтенсивності - 0,2 Вт/см^2.

Синусоїдальні модульовані струми (СМС) володіють аналгезуючим, протизапальним та трофічним ефектами. За умов гіпокінетичних розладів застосовують апарати серії "Ампліпульс", змінний режим роботи, при поперечному розташуванні електродів на ділянку правого підребер'я, II та III роди робіт, по 3 хв. кожний, глибина модуляції от 25 до 100%, частотою 100 -50 Гц, 8-10 процедур на курс лікування.

Добре зарекомендували себе хвилі дециметрового діапазону (ДМХ), які зменшують літогенні властивості жовчі, надають спазмолітичного ефекту, поліпшують функціональний стан печінки та можуть бути використані при наявності гіперкінетичних розладів. Процедури проводять від апарату "Ранет" чи "Волна". Подовжній опромінювач розташовують на ділянку правого підребер'я, зазор 3-4 см, потужність 25 Вт, експозиція 15 хвилин, через день, на курс 10-12 процедур.

Для досягнення протизапального, антиспастичного та аналгезуючого ефектів застосовують електричне поле УВЧ на ділянку правого підребер'я. УВЧ-терапію проводять за поперечною методикою. Положення хворого - сидячи. На апараті «УВЧ-30», «УВЧ-66» вибирають конденсаторні диски №3, які встановлюють попереду на ділянку правого підребер'я та позаду в межах сегментів D_6-D_{12}, зазор по 2 см,

інтенсивність впливу - з почуттям легкого тепла, потужність - 15-20 Вт, експозиція 10 хв., 8-10 процедур на курс.
Індуктотермія застосовується у випадках гіперкінетичних розладів, так як вона володіє анальгезуючею, трофічною, антіспастичною дією. Застосовують апарат «ИКВ-4» з індуктором-диском, розташування - ділянка правого підребер'я, сила струму 140-180 мА до почуття слабкого тепла, потужність індукції на рівні I положення перемикача дози, експозиція 10-15 хв., щоденно або через день, на курс 8-10 процедур. При гіпотонічних розладах застосування індуктотермії не доцільно.
Магнітотерапія. Положення хворого - сидячи. Циліндричні індуктори встановлюють контактно, поперек, один попереду на ділянку печінки, другий - позаду в межах сегментів D_7-D_{11}, величина магнітної індукції 27 мТл, 10-15 хв., через день, на курс 10-12 процедур.
З методів лікарняного електрофорезу застосовують електрофорез магнію (10% розчин сіркокислої магнезії), 2% розчин папаверину гідрохлориду за поперечною методикою, щільність струму 0,05-0,08 мА/см^2, тривалість впливу до 20 хв., через день, на курс 8-12 процедур, які надають жовчогінної та спазмолітичної дії.
Задля відновлення регулюючого впливу ЦНС та вегетативної нервової системи при дисфункціональних розладах біліарного тракту можна застосовувати гальванічний комір на коміркову зону (через день, на курс 10-12 процедур). Також позитивного ефекту надає лікарняний електрофорез хлористого кальцію, розчину брому на коміркову зону, на курс 7-10 процедур.
Термін санаторно-курортного лікування: 21-24 дні.
Показники якості лікування: зникнення клінічних, лабораторних та інструментальних ознак захворювання (повна ремісія) - болю, нудоти, відриту, гіркоти у роті, болючості у ділянці печінки та жовчного міхура, поліпшення фізико-хімічних властивостей жовчі.
Протипоказання: не існує

* - ступінь доказовості А за Ю.Л. Шевченком, І.Н. Денисовим, В.І. Кулаковим, Р.М. Хаітовим (см Клинические рекомендации для практикующих врачей, основанные на доказательной медицине. – 2-е изд., - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. – 1248 с.)

Начальник Управління материнства,
дитинства та санаторної справиВ.В.Бондаренко

ЗАТВЕРДЖЕНО
наказом МОЗ України
від 06.02.2008 № 56

Клінічний протокол
санаторно-курортного лікування хронічного некалькульозного холециститу

Шифр по МКХ-10: К 81
Хронічний холецистит - К 81.1
Інші форми холециститу – К 81.8
Холецистит, який неуточнений – К 81.9
Згідно Уніфікованої клініко-статистичної класифікації хвороб органів травлення (відомча інструкція, затверджена МОЗ України в 2004 р.) пропонується наступна класифікація:
К 81.1 Хронічнийхолецистит
Фаза процесу: F1 - загострення; F2 - ремісія.
Тип дискінезії: Q1 - гіпотонічна; Q2 - гіпертонічна.

Діагностика на санаторному етапі*

Основні клінічні критерії:	Обов’язкові лабораторні дослідження
болі у правому підребер’ї, під лопаткою, у ділянці серця, нудота, відриг, гіркота у роті	• Загальний аналіз крові • Загальний аналіз сечі • Печінковий комплекс (білірубін та його фракції, АсАТ, АлАТ, ЩФ, ГГТП, загальний білок та білкові фракції, холестерин крові) • Амілаза крові • Цукор крові • С-реактівний білок • Копрограма (при необхідності дворазово) • Бактеріологічне, цитологічне та біохімічне дослідження дуоденального вмісту (при необхідності дворазово) Обов'язкові інструментальні дослідження • УЗД органів черевної порожнини • Дуоденальне зондування(при необхідності до і після лікування)

Додаткові інструментальні і лабораторні дослідження проводяться залежно від діагнозу, що припускається
рентгенологічнедослідження грудної клітки, езофагогастродуоденоскопія
Консультації фахівців проводяться за призначенням.

Санаторно-курортне лікування*

Основні терапевтичні ефекти, які очікуються – нормалізація функціонального стану сфінктерного апарату біліарної системи, печінки, підшлункової залози, кишечника (запобігання проникненню інфекції з кишечника у жовчний міхур), зменшення запального процесу у жовчному міхурі та жовчовивідних шляхах, поліпшення фізико-хімічних властивостей жовчі.

Зважаючи на це, дієта хворих на хронічний безкам'яний холецистит повинна бути дрібною, з обмеженням тваринних жирів та відносним збільшенням жирів рослинного походження, білків рослинного та тваринного походження (дієта № 5п).

Санаторний режим: II – III

Кліматотерапія: загальна

Руховий режим: ранкова гігієнічна гімнастика, лікувальна фізкультура (групова)

Мінеральні води: Внутрішнє вживання мінеральних вод посилює жовчоутворення та жовчовиділення, результатом чого є поліпшення фізико-хімічних властивостей жовчі, зменшується її в'язкість, поліпшується відтік жовчі, а поряд з цим відбувається усунення продуктів запалення – лейкоцитів, слизу, зменшується вміст продуктів перекісного окислення ліпідів у жовчі та дуоденальному вмісті.Ці зміни поліпшують функціональний стан печінки, підшлункової залози, кишечника, сприяють поліпшенню місцевого та загального імунітету. Мінеральні води діють завдяки сукупності притаманних фізичних, хімічних та термічних властивостей. При хронічному безкам'яному холециститі показані води малої та середньої мінералізації, що містять вуглекислоту, аніони гідрокарбонату, сульфату, катіони магнію, натрію, калію, кальцію, а також води з мінералізацією до 2 г/л, що містять органічні речовини.

При супутній дискінезії біліарного тракту за гіпертонічно-гіперкінетичним типом рекомендовані води малої мінералізації з переважанням іонів гідрокарбонату, сульфату, хлору, натрію, магнію, містяться органічні речовини (Боржомі, Єсентуки № 4, 20, Свалявська, Моршинська № 1, 6, Нафтуся, Березовські мінеральні води).

При супутній дискінезії біліарного тракту за гіпотонічно-гіпокінетичним типом більш показані води середньої мінералізації з переважанням іонів гідрокарбонату, сульфату, магнію, натрію (Єсентуки № 17, Славяновська, Смірновська, Феодосійська, джерело № 1 та 6 курорту Моршин).

Для посилення антиспастичного ефекту мінеральну воду призначають хворим у гарячому виді температури 40-45°С. Час прийому води – за 30-90

хв. до їжі залежно від стану кислотоутворюючої функції шлунка, 3 рази на день, по 200 мл. Для посилення жовчовиділення 1-2 рази на тиждень рекомендовано внутрішній дренаж без зонду (беззондові тюбажи).

Пелоїдо- та бальнеотерапія: Грязелікування є одним з найбільш ефективних курортних чинників у фазі стійкої та нестійкої ремісії, загасаючого загострення. Грязьові аплікації застосовують на ділянку правого підребер'я та сегментарно позадувпродовж 15-20 хв. при температурі грязі 40-42-44°С, через день, чергуючи його з ваннами (радоновими, хвойними,вуглекислими, морськими, мінеральними). На курс 10-12 процедур. При супутніх захворюваннях гастродуоденальної системи (гастрит, дуоденіт, виразкова хвороба) грязьові аплікації можна накладати із захватом епігастральної ділянки.

У фазі ремісії захворюваннязастосовують аплікації озокериту на праве підребер'я(t=50-52°С).

Значно легше переносяться методи мітигованого грязелікування (гальваногразь, електрофорез препаратів грязі).

Гальваногразь застосовують температурою 38° С на ділянку правого підребер'я впродовж 15-20 хвилин, через день (на курс 8-10 процедур).

Електрофорез пелоїдіна чи пелоідодистилята на ділянку правого підребер'я проводять за поперечною методикою при пильності струму 0,05 мА/см²щоденно, тривалість впливу 20 хв., с обох полюсів, 15-20 процедур на курс лікування.

Апаратна фізіотерапія: Із методів фізіотерапії застосовують синусоїдальні модульовані струми (СМС), що володіють аналгезуючим, протизапальним та трофічним ефектами. Застосовують апарат "Ампліпульс 4", змінний режим роботи, при поперечному розташуванні електродів на ділянку правого підребер'я,II та III роди робіт, по 3 хв. кожний, глибина модуляції от 25 до 100%, частотою 100 - 50 Гц, 8-10 процедур на курс лікування.

Добре зарекомендували себе хвилі дециметрового діапазону (ДМХ), які зменшують літогенні властивості жовчі, надають спазмолітичного ефекту, поліпшують функціональний стан печінки.Процедури проводять від апарату "Ранет". Подовжній випромінювач розташовують на ділянку правого підребер'я, зазор 3-4 см, потужність 25 Вт, експозиція 15 хвилин, через день, на курс 10-12 процедур.

Для досягнення протизапального та аналгезуючого ефектів застосовують електричне поле УВЧ на ділянку правого підребер'я. УВЧ- терапію проводять за поперечною методикою. Положення хворого – сидячи. На апараті «УВЧ-30», «УВЧ-66» вибирають конденсаторні диски №3, які встановлюють попереду на ділянку правого підребер'я та позаду в межах сегментів Т6-Т12, зазор по 2 см. Потужність – 15-20 Вт. Експозиція 10 хв., 8-10 процедур на курс.

Індуктотермія володіє анальгезуючую, трофічною, протизапальною, антиспастичною дією.Застосовують апарат «ИКВ-4» з індуктором-диском, розташування – ділянка правого підребер'я, сила струму140-180 мА до почуття слабкого тепла, потужність індукції на рівні I положення перемикача дози, експозиція 15 хв., щоденно або через день, на курс 8-10 процедур. За відсутністю індуктора-кабеля застосовують індуктор-диск із зазором 1 см, інші параметри фізіотерапії такі ж.

Магнітотерапія. Положення хворого – сидячи.Циліндричні індуктори встановлюють контактно, поперек, один попереду на ділянку печінки, другий -позаду в межах сегментів D7-D11, величина магнітної індукції 27 мТ, 10-15 хв, через день, на курс 10-12 процедур.

З методів лікарняного електрофорезу застосовують електрофорез магнію (10% розчин сіркокислої магнезії), 2% розчин папаверину гідро хлориду за поперечною методикою, щільність струму 0,05-0,08 мА/см², тривалість впливу до 20 хв., через день, на курс 8-12 процедур, які надають жовчогінної та спазмолітичної дії.

Термін санаторно-курортного лікування: 21-24 дні.

Показники якості лікування: зникнення клінічних, лабораторних та інструментальних ознак захворювання (повна ремісія) – болю, нудоти, відригу, гіркоти у роті, болючості у ділянці печінки та жовчного міхура, запального процесу у жовчному міхурі та жовчовивідних шляхах, поліпшення функціонального стану печінки та фізико-хімічних властивостей жовчі.

Протипоказання: Санаторно-курортне лікування не показано хворим при частих загостренні патологічного процесу, підвищенні температури тіла, ШОЕ, з явищами жовтяниці.

- ступінь доказовості А за Ю.Л. Шевченком, І.Н. Денисовим, В.І. Кулаковим, Р.М. Хаітовим (см Клинические рекомендации для практикующих врачей, основанные на доказательной медицине. – 2-е изд., - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. – 1248 с.)

Начальник Управління материнства,
дитинства та санаторної справиВ.В.Бондаренко

ЗАТВЕРДЖЕНО
наказом МОЗ України
від 06.02.2008 № 56

Клінічний протокол
санаторно-курортного лікування жовчнокам'яної хвороби
Шифр по МКХ-10: К 80
Згідно Уніфікованої клініко-статистичної класифікації хвороб органів травлення (відомча інструкція, затверджена МОЗ України в 2004 р.) пропонується наступна класифікація:

К 80 Жовчнокам'яна хвороба

К 80.0 Камені жовчного міхура з гострим холециститом.

Морфологічна форма:
M1 – катаральна;
M2 – флегмонозна;
M3 – гангренозна;
M4 - гангренозно-перфоративна.

Ускладнення:
O1 – емпієма жовчного міхура;
O2 – водянка жовчного міхура;
O3 – біляміхуровий абсцес;
O4 – холангіт;
O5 – перитоніт;
O6 – біліарно-кишкова нориця;
O7 – механічна жовтяниця;
O8 – гепатит.

К 80.1 Камінь жовчного міхура з іншим холециститом

Фаза процесу:
F1 – загострення
F2 - ремісія.

Клінічні прояви:
Q1 - гіпотонічна;
Q2 - гіпертонічна.

Ускладнення:
O1 – відключений жовчний міхур;
O2 – хронічна емпієма жовчного міхура;
O3 – водянка жовчного міхура;
O4 – пролежень жовчного міхура;
O5 - передміхуровий абсцес.

К 80.3 Камінь жовчної протоки з холангітом

Ускладнення:
O1 – механічна жовтяниця;
O2 – переміжна жовтяниця;
O3 – холангіт;
O4 – абсцес печінки.

К 80.4 Холедохокалькульоз з холециститом

Вид:
B1 – калькульозний;
B2 – безкам'яний.

Ускладнення:
O1 – механічна ;
O2 – переміжнажовтяниця;
O3 – холангіт;
O4 – абсцес печінки;
O5 –холецисто-холедохеальна фістула.

Діагностика на санаторному етапі*
Основні клінічні критерії: важкість або біль у правому та лівому підребер'ї, епігастрії, нудота, відриг, гіркота у роті
Обов'язкові лабораторні
дослідження крові
Загальний аналіз сечі
Цукор крови
С-реактивний білок
комплекс (загальний білірубін та його фракції, АсАТ, АлАТ, ЩФ, ГГТП, холестерин,
загальний білок та білкові фракції,
тимолова проба; при необхідності дворазово)
Амілаза крові
Копрограмма
Обов'язкові інструментальні дослідження
УЗД органів черевної порожнини
Езофагогастродуоденоскопія
рН-метрія (при необхідності).
Додаткові інструментальні і лабораторні дослідження проводяться залежно від супутніх захворювань і тяжкості основного захворювання.
Консультації фахівців проводяться за призначенням.
Санаторно-курортне лікування*
Основні терапевтичні ефекти, які очікуються – нормалізація функціонального стану сфінктерного апарату біліарної системи, печінки, підшлункової залози, гастродуоденальної системи, кишечнику, зменшення запального процесу у жовчовивідних шляхах, зменшення літогенних властивостей жовчі, поліпшення відтоку жовчі.
Зважаючи на це, дієта хворих на жовчнокам'яну хворобу повинна бути дрібною, з обмеженням тваринних жирів та відносним збільшенням жирів рослинного походження, білків рослинного та тваринного походження (дієта № 5, раціон №1), виключенням продуктів, що сприяють активному жовчовиділенню.
Санаторний режим: II – III
Кліматотерапія: загальна
Руховий режим: ранкова гігієнічна гімнастика, лікувальна фізкультура (групова)
Мінеральні води: Внутрішнє вживання мінеральних вод посилює жовчоутворення та жовчовиділення, результатом чого є поліпшення фізико-хімічних властивостей жовчі, зменшується її в'язкість, поліпшується відтік жовчі, а поряд з цим відбувається усунення продуктів запалення – лейкоцитів, слизу, зменшується вміст продуктів перекісного окислення ліпідів у жовчі та дуоденальному вмісті.Ці зміни

поліпшують функціональний стан печінки, усувають явища дискінезії сфінктерного апарату. Поряд з тим поліпшується зовнішньо- та внутришньосекреторна функція підшлункової залози, відновлюється стан гастродуоденальної системи, кишечнику.

Показані мінеральні води малої та середньої мінералізації (Боржомі, Поляна Квасова, Поляна Купель, Лужанська), з переважним гідрокарбонатним аніонним складом. За умов відсутності запального процесу в гастродуоденальній системі, нормальному або зниженому кислотоутворенні можна застосовувати мінеральні води малої мінералізації хлоридно-натрийового складу (Куяльник, Світанкова роса, Золоте джерело)

Воду слід пити у теплому виді, температурою 42-44 ˚С, починаючи з 50 мл 3 рази на день, при добрій переносності – збільшуючи до 150-200 мл.Мінеральну воду слід приймати за 30-40-60 хвилин до їжі, залежно від рівня кислотоутворення. За умов активного запального процесу у гастродуоденальній системі, виразковій хворобі, явищах ацидизму доцільно призначати додатковий прийом мінеральної води (50-100 мл) через 30-40 хвилин після їжі. При наявності послаблення стільця перші 2-3 дні лікування призначення МВ не рекомендується. При відновленні стільця прийом води починають з 50 мл 2 рази на день, при добрій переносності поступово збільшують дозу до 150-200 мл 3 рази на день. Курс лікування 21-24 дні.

Пелоїдо- та бальнеотерапія: На сьогодні вважається за доцільне призначення мітигованих методів грязелікування, при неускладненому перебігу жовчнокам'яної хвороби, помірних проявах диспепсичного та больового синдромів, без порушення функціонального стану печінки (тільки помірна мезенхімально-запальна реакція), пригнічення клітинної та гуморальної ланок імунітету, зниження неспецифічної реактивності, наявності помірно активного гастродуоденіту, який супроводжується гастроезофагеальним рефлюксом із супутнім езофагітом.

За умов наявності диспепсичного синдрому збільшення розмірів печінки та порушення її функціонального стану, декомпенсованого стану імунної та стрес-лімітуючої систем показано призначення внутришньотканинного електрофорезу гумінату (гумату натрію) - через 2 години після сніданку хворий приймає усередину 5 мл 1% розчину гуміната, запиваючи 100 мл теплої мінеральної води. Через 30 хвилин після прийому гуміната проводять поперечну гальванізацію ділянки печінки силою струму 0,05 мА/см^2, експозиція – 10-20 хвилин. Далі хворий приймає усередину 5 мл гуміната за 30 хвилин до обіду і ввечері. Процедури проводять через день, на курс 10-12 процедур, курс лікування – 24 дня.

Процедури пелоїдотерапії чергують з ваннами (радоновими, хвойними,вуглекислими, морськими, мінеральними).

Апаратна фізіотерапія:Добрий ефект надають хвилі дециметрового діапазону (ДМХ), які володіють знеболюючою дією, зменшують літогенні властивості

жовчі, надають спазмолітичного ефекту, поліпшують функціональний стан печінки.Процедури проводять від апарату “Ранет” чи “Волна-2”. Подовжній випромінювач розташовують на ділянку правого підребер’я, зазор 3-4 см, потужність 25 чи 40 Вт, експозиція 15 хвилин, через день, на курс 10-12 процедур.

Синусоїдальні модульовані струми застосовують за умов запального процесу у гастродуоденальній ділянці, наявності дуоденогастрального та гастроезофагеального рефлюксів, а також при супутньому хронічному панкреатиті.Методика реалізується від апаратів серії «Ампліпульс», локалізація електродів на епігастральну ділянку та на ділянку нижньогрудинного відділу хребта, I та IV рід роботи по 3-5 хвилин кожний, частота модуляції 100-50 Гц, глибина модуляції 50-75 %, сила струму 5-12 мА. Процедури загальною тривалістю 6-10 хвилин проводять через день, 10-12 процедур на курс.

Змінне магнітне поле володіє протизапальною та трофічною дією. Індуктор розташовують контактно на ділянку печінки, величина магнітної індукції - 27 мТ, 10-15хв, через день, на курс 10-12 процедур.

Не втратили свого значення методи лікарняного електрофорезу - застосовують електрофорез 2% розчину папаверину гідрохлориду за поперечною методикою, щільність струму 0,05-0,08 мА/см², тривалість впливу до 20 хв., через день, на курс 8-12 процедур, які надають спазмолітичної дії.

Термін санаторно-курортного лікування: 21-24 дні.

Показники якості лікування: поліпшення самопочуття, зникнення больових відчуттів, диспепсичних явищ, болючості у ділянці печінки та жовчного міхура, епігастральній ділянці, нормалізація розмірів печінки, відновлення її функціонального стану, відновлення функціонального стану підшлункової залози, езофагогастродуоденальної системи.

Протипоказання: Санаторно-курортне лікування не показано хворим при частих загостреннях калькульозного холециститу, наявності ускладнень, підвищенні температури тіла, ШОЕ, з явищами жовтяниці, з наявністю каменів у жовчних протоках, явищах холангіту.

* - ступінь доказовості А за Ю.Л. Шевченком, І.Н. Денисовим, В.І. Кулаковим, Р.М. Хаітовим (см Клинические рекомендации для практикующих врачей, основанные на доказательной медицине. – 2-е изд., - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. – 1248 с.)

Начальник Управління материнства,
дитинства та санаторної справиВ.В.Бондаренко

ОБГРУНТУВАННЯ ДОЦІЛЬНІСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ПЕРФОРМОВАНИХ, ПАТОГЕНЕТИЧНИХ ЗАСОБІВ ПРИ ЛІКУВАННІ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ.

Для підбору адекватної терапії необхідно у кожному конкретному випадку уявляти, які саме порушення призвели до тих або інших проявів захворювання.

Рефлюкс жовчі у шлунок призводить до зміни кислотно-лужного стану (51,22) За цим стоїть розвиток спочатку ерозивного гастриту, а у подальшому виразки. Зона 12 палої кишки є зоною ураження. Перебіг виразкової хвороби суттєво змінився в порівнянні з 30 роками. До 30-х років існувала значна перевага шлункової локалізації виразок над дуоденальною. У теперішній час виразка шлунка та дванадцятипалої кишки у середньому співвідносяться як 1:4. У осіб молодого віку співвідношення виразки дванадцятипалої кишки та шлунка досягає 13:1. Після 60-ти років виразка шлунка та дванадцятипалої кишки зустрічаються приблизно з однаковою частотою (31). За даними Харченко В.В. (12,14) у хворих молодого віку переважно функціональна диспепсія та пептична виразкадванадцятипалої кишки. У старшому віці частіше виявляють гастроезофагеальну рефлюксну хворобу, гастропатії та виразкову хворобу шлунка, які мають розвиток на тлі ішемічної хвороби травного тракту.

Велика кількість уражень в області bulbus duodenum може бути пов’язана з перевагою симпатичної нервовоїсистеми. Підвищена активність симпатичної нервової системи (СНС) відзначається при спазмі СО та гіпотонії ЖМ. Перевага тонусу парасимпатичної ПНС відзначається при гіпотонії СО та гіпермоториці ЖМ (9,72,73,21). В основі дисфункціональних розладів БТ лежить порушення синхронності в роботі ЖМ і сфінктерного апарату (10).

За даними Вейна А.М., при перевазі симпатичної нервової системи над парасимпатичною, простежується емоційна лабільність, дратівливість, розвиток нейроциркуляторної дистонії, гіпертензії, дискінезії жовчовивідних шляхів по гипомоторному типу, збільшується кількість рефлюксів в гастродуоденальній зоні. Емоційне напруження, стреси, які пов'язані з економічною нестабільністю, сучасним темпом життя, сприяють розвитку функціональних порушень травного тракту. Що призводить до збільшенню кількості рефлюксів. Тобто13:1 співвідношення розвитку виразки в області bulbus duodenum до виразки шлунка можна пояснити умовами де ми мешкаємо, що призводить до активації симпатичної нервової системи. Створюються умови для пошкодження гастродуоденальної зони. Таким чином зміст шлунка кислий, а жовч лужна. При рефлюксі відбувається залуження в гастродуоденальній області. Чергування "кислота - луги" призводить з початку до ерозівного гастриту, а в подальшому виразкового дефекту в гастродуоденальній ділянці.

Але це всього лише частина проблеми. Якщо немає адекватної pH в області шлунка, не працюють ферменти на різних рівнях травного тракту. Харчовий хем просувається в ділянку тонкого кишковика. У підсумку немає необхідного лужного середовища або слабо виражена лужна складова. Тому ферменти кишковика так само адекватно не працюють. Тому їжа при порушенні кислотно - лужного балансу не проходить нормальної ферментативної обробки. Шляхом піноцитозу речовини з "харчового хему" всмоктуються в кров'яне русло. Так створюються предиктори для розвитку псевдоалергій, які за даними Лусс Л.В. (2000). Здійснюється механізм формування харчової алергії, а саме створюються предиктори для розвитку псевдоаллергии. За даними Л. В. Лусс (2011) ця форма харчової алергії є

вторинною і становить 90% всіх харчових алергічних реакцій. Ця алергія існує внаслідок функціональних порушень травного шляху.

При ферментопатії страждає кишковик маючи при тому різноманітну клінічну картину.

При застійних явищах в жовчному міхурі і жовчних протоках, що виникають при дисфункціях біліарного тракту, відбуваються значні зміни біохімічного складу жовчі, розвивається запальний процес у жовчному міхурі і формується жовчо-кам'яна хвороба.

Жінки у два рази частіше хворіють на хронічний безкам'яний холецистит та ДЖВШ, ніж чоловіки. Кожна п'ята жінка і кожен десятий чоловік мають зазначену патологію (11,12).

Дисфункція гепатобіліарної системи призводить до зміни ліпідного профілю (17,63,80,83,2). Ліпіди, які знаходяться в їжі, при функціональній патології гепатобіліарного тракту не проходять адекватної ферментативної обробки і тому мають можливість прикріплення до судин. Так не своєчасне і не адекватне лікування функціональних порушень гепатобіліарної системи призводить до передчасного розвитку атеросклерозу, ішемічної хвороби серця формуванню ендоентеліальної дтсфункції. Велике значення має емоційна складова. Є приклад. Середній вік в'язнів Дахау був 19-24 років. Їх досі називають втраченим поколінням. Коли в'язнів звільнили, їх судини були як у 80 літніх старців. Звичайно, що в умовах концтабору не було нормального харчування. Розвиток атеросклерозу був обумовлен станом постійного стресу.

Мозкова сарколема складається на 80% з ліпідів, а вихід кров'яне русло фракціїв - ліпопротеїдів це природна захисна функція для збереження мозкової клітини. Коли стрес хронічний, то відбувается не захисна, а патологічна реакція, яка і призводить до формування атеосклерозу.

У пацієнтів з пептичною виразкою дванадцятипалої кишки встановлено тісний взаємозв'язок між секреторною активністю парієтальних клітин, зниженням регенераторної здатності слизової оболонки езофагогастродуоденальної зони та станом ліпідного обміну. При ожирінні частіше, ніж у осіб з нормальною масою тіла розвивається хронічний безкам'яний холецистит в результаті не тільки порушення холестеролового обміну, але й дисфункції жовчного міхура, що також не завжди враховується у лікуванні хворих (С.І. Рапоппорт).

Звісно, що основа жіночих та чоловічих гормонів ліпіди. Порушення ліпідного обміну веде до зміни гормонального статусу у чоловіків і жінок, що у подальшому сприяє ранньому або патологічному клімаксу, порушенню менструального циклу, росту міоми, формуванню безпліддя.

При порушенні кислотно лужного складу Кальцій не засвоюється. Абу Алі Ібн Сіна рекомендував жінкам в менопаузі вживати яєчну шкаралупу, розтерту в пил з лимонним соком. Кальцій, який отримують пацієнти per oss при цій патології не вирішує проблему з остеопорозом. Вживання харчового бішофіту, бішофіту у вигляді електрофореза, ванн, є майже єдиним засобом вирішення проблеми.

За даними спеціалізованої літератури, в 35–56% випадків патологія жовчовивідних шляхів визнана фактором, що призводить до загострення хронічного панкреатиту, тим самим зменшуючи частку панкреатитів алкогольної етіології. (12).Біліарна дисфункція становить вагомий відсоток у розвитку хронічного панкреатиту. Залучення підшлункової залози до патологічного процесу зумовлено хронічним холециститом та жовчнокам'яною хворобою, функціональними й органічними змінами сфінктера Одді та ампули фатерового сосочка, порушенням гуморальної ланки регуляції, що зумовлено атрофічними процесами в слизовій дванадцятипалої кишки, як наслідок, зниженням синтезу гастроінтестинальних гормонів, що забезпечують нормальне функціонування гастро-ентеро-біліарно-панкреатичної осі.

БИШОФИТ ПОЛТАВСКИЙ

Загальна мінералізація- до 400 г / л.

Бішофіт являє собою кристалізовані випарування Стародавнього моря. Природні поклади Бішофіту були утворені в кінці палеозойської ери. Тектонічні процеси утворювання Анд, Тянь-Шаня, Алтайських, Уральських гір сприяли звітрюванню Пермського моря в глибини Земної кулі.

В 1992 р. на Україні знайшли практично необмежені запаси магнієвої сировини. Були виконані експериментальні роботи з одержання бішофіту методом підземного розчинення. Уперше в світовій практиці з глибини 2000-2500 м одержано високо мінералізований розсіл, що містить до 97 % $MgCl_2$, у якому є також цінні мікроелементи.

Бішофіт Полтавського родовища є продуктом кристалізації солей, залягає під Полтавою на глибині 2,5 км. Склад Полтавського бішофіту - полімінеральний комплекс із сульфатів і хлоридів магнію, калію, кальцію, з високим вмістом йоду, брому, цинку, марганцю, заліза, молібдену, міді, хрому та інших мікроелементів.Вперше його було здобуто у 1887 р., у цехштейнівських доленосних родовищах у Німеччині Оксеніусом та названо на честь видатного німецького хіміка та геолога Г. Бішофіта.

Ефективність бішофіту обумовлена по-перше - високим вмістом магнію (до 10%), калію (до 2%), а також самим комплексом і біологічним взаємодією всіх його мінералів.

Біологічні властивості бішофіту визначаються комплексом мінералів і кількісної характеристикою:

	Mg^+ до 100 г/л	при резорбтивній дії гіпотензивний ефект
		покращує мозковий кровообіг,
		запобігає розвитку вегетативних неврозів,
		при розладах зумовлює якість сну
		активує ферментивуглеводного та енергетичного обміну
		бере участь у формуванні кісткової тканини
		нормалізує збудливість нервової і серцево-судинної систем
		Виявляє антисептичну та судинорозширювальну дію,
		стимулює перистальтику гладкою м'язової тканини, особливо шлунково-кишкового тракту і жовчовивідних шляхів, є протектором атерогенезу, і ймовірно, за зарубіжними даними, канцерогенезу
	Br до 3600, мг / л	зумовлює при резорбтивній дії відновлення рівноваги між процесами збудження і гальмування в корі головного мозку
		седативний ісподійнийефект
	до 50,0 мг/л)	зумовлює: при резорбтивній дії - активний вплив наобмінречовин
		Посиленняпроцесівдисиміляції
		вплив на функцію щитовидної залози.
		впливає на ліпідний іВуглеводнийобмін.
		Сприяє зниженню в крові рівняхолестеринуі атерогенних ліпопротеїдів
		Стимулює ліпопротеїназную та фібринолітичну активність крові, знижує згортання крові
		Рефлекторно підвищує секрецію слизу залозами дихальних шляхів і підвищує протеолітичну активність

						поповнення запасу в організмі людини	
						вирівнювання їх балансу, що сприяє нормалізаціїСистеми	метаболічної
							імунної
							ферментативної

Безсумнівнокомплекс магнію та мікроелементів обумовлюєширокібіологічніта терапевтичні властивості бішофіту.

гіполіпідемічний

«Магнієві» ефекти:

- гіпотензивний
- антиішемичний
- гіполіпідемічний
- антиаритмічний
- антиспастичний
- антитромботичний
- протисудомний
- анальгезуючий
- седативний
- нормалізація збудливості нервової і серцево-судинної систем
- стимуляція перистальтики гладкою м'язової тканини
- участь у формуванні кісткової тканини

Ефекти брому:

- посилення і концентрація процесів гальмування
- відновлення рівноваги збудження і гальмування в корі головного мозку

Ефекти калію:

- забезпечення нормального перебігу біоелектричних процесів
- регуляція роботи нервово-м'язової і серцево-судинної систем

Ефекти йоду:

- стимуляція синтезу білка
- підвищення фібринолітичної активності крові
- протиатеросклерознадія
- посилення секреції залоз дихальної системи
- ліквідація дефіциту йоду при гіпофункції щитовидної залози

Ефекти мікро- і ультрамікроелементів:

- складові частини вітамінів, ферментів, медіаторів
- нормалізують імунітет, метаболічну і ферментативну діяльність.

Проведені багатосторонні експериментальні та клінічні дослідження Полтавського бішофіту (Одеса, Полтава, Дніпро,Запоріжжя, Бердянськ, Київ).

Встановилибіологічно біохімічно обумовлену дію на перебіг багатьох захворювань (22,17).

Бішофіт має тонізуючу, адаптогенну дію, нормалізує обмінні і нейровегетативніфункціїорганізму (35,34). За рахунок наявності в його складі широкого спектру макро-і мікроелементів передбачається біохімічно обумовлене дію на ферментативну діяльність, а за рахунок великого вмісту магнію – специфічноїкальцій- антагоністичної активності. Високий вміст йоду й брому розширює показання до застосування бішофіту при хворобах щитовидної залози і нервової системи (33).

Експериментальні та клінічні дослідження показали, що бішофіт має могутню протизапальну і спазмолітичну дію, впливає напроцесимісцевогоімунітетучерез стимуляцію активності фагоцитів, здатен пригнічувати ріст умовно-патогенної флори, ряду грибів і бактерій кишкової групи.

Подальші дослідження показали ефективність застосування Полтавського бішофіту у вигляді загальних і місцевих ванн і як препарату дляелектрофорезупри широкому спектрі захворювань внутрішніх органів, і в першу чергу - в кардіології. Методика його застосування для електрофорезу, обгрунтовано пов'язана з особливостями дисоціації мінеральних компонентів.

Протипоказаннями для проведення бішофітотерапії визначені загальні протипоказання для фізіотерапії й індивідуальна непереносимість процедур. Для уникнення подразнення шкіри курс місцевих процедур рекомендується починати з розведення бішофіту з водою.

Нами було обстежено 34 хворих з патологією гепатобіліарної системи та гастродуоденальної зони у віці від 18 до 32 років в поєднанні з алергічними реакціями, які мали клінічні прояви такі як вазомоторний риніт і атопічний дерматит. Умовно їх розділили на дві групи рівнозначних за віком та статтю (по 17 осіб). У першій групі усі страждали на дискінезію жовчного міхура, а у 12 осіб це страждання поєднувалося з хронічним гастродуоденітом. Друга група в відповідно мала співвідношення 13: 4. В обох групах простежувався жовчний лужний рефлюкс, метеоризм, порушення випорожнень. У першій групі крім стандартної терапії використовували харчовий бішофіт. Це сприяло зменшенню рефлюксів і стабілізації pH до норми відповідно до віку. Для оцінки стану пацієнтів використовувалася цифрова бальна шкала (ВАШ), оцінка лейкоцитів, макрофагів або фагоцитів, імунних комплексів (імуноглобуліни (Ig) класів A, M, G, E всіх класів Ig). Утворені в процесі активації системи комплементу компоненти, сприяють ліберації медіаторів з клітин-мішеней. У порівнянні з контрольною групою клінічно протягом місяця достовірно зменшувалися прояви атопічного дерматиту, вазомоторного риніту та інші прояви алергії. Застосування бішофіту за розробленою нами схемою на ранніх етапах розвитку алергічних реакцій дозволяє зменшити прояви захворювання, а в деяких випадках і уникнути

його подальшого розвитку у хворих з патологією гепатобіліарної системи та гастродуоденальної зони

ВИКОРИСТАННЯ ПИТНОГО БІШОФІТУ

Бішофіт Полтавський для внутрішнього використання, Добавка дієтична магнієво-мінеральна «Bisheffect» - природне джерело магнію і важливих мікроелементів для внутрішнього застосування.
Склад: 100 мл містить водний концентрат природного мінералу бішофіту Полтавського родовища 38% (± 3%).
Внутрішній питний прийом бішофіту:
При внутрішньому вживанні розчину бішофіту у клінічних дослідженнях доведено ефективність при захворюваннях гастродуоденальної системи, біліарного тракту, сечостатевої і серцево-судинної системи.
Показаннями до внутрішнього застосування розчину бішофіту із свердловини № 1 Затуринського родовища Полтавської області:

- Хронічний атрофічний гастрит зі зниженою та збереженою кислотоутворюючою функцією шлунка у стадії нестійкої та стійкої ремісії;
- Хронічний не атрофічний гастрит зі збереженою та зниженою кислотоутворюючою функцією шлунка у стадії, загасаючого загострення, нестійкої та стійкої ремісії;
- Хронічні захворювання жовчного міхура у стадії нестійкої та стійкої ремісії;
- Синдром подразненого кишечнику з наявністю закрепів;
- Жирова дегенерація печінки;
- Сечокислий діатез у стадії загасаючого загострення, нестійкої та стійкої ремісії;

Передумовою для вживання бішофіту при лікуванні хворих на неалкогольну жирову хворобу печінкиє наявність експериментальних даних про протизапальну і гіполіпідемічну дії бішофіту, його здатності запобігати розвитку порушень вуглеводного обміну, а саме діабету, відновлювати біоенергетику клітини, наприклад, мітохондриальне дихання, синтез АТФ тощо.
Водний розчин бішофіту при внутрішньому курсовому вживанні може чинити плейотропний вплив на організм хворого стеатозом або стеатогепатітом, виступаючи в ролі інсулінсенситайзера, паралельно надаючи гепатопротекторну, гиполіпідемічну, системну протизапальну дію, відновлюючи функцію ендотелію, що є патогенетично обгрунтованим при лікуванні неалкогольної жирової хвороби печінки.

Має потужний жовчогінний ефект, стимулює апетит, регулює кишкову моторику. Застосовується у якості профілактики жовчнокам'яної хвороби, при лікуванні закрепів, профілактики уролітіазу, у якості магнієвої корекції засвоєння кальцію, профілактиці остеопорозу. Бішофіт має потужний адаптогенний та загальнозміцнюючий ефект.

Рекомендації щодо споживання:

- може бути рекомендована в якості додаткового джерела магнію, макро- і мікроелементів (калій, кальцій, йод, бром, селен, мідь, цинк, хром)
- з метою створення оптимальних дієтологічних умов для магнієвої корекції засвоєння кальцію, загального зміцнення організму і оптимізації функції шлунково-кишкового тракту, опорно-рухової системи, дихальних шляхів, серцево-судинної і нервової системи.

Українським НДІ медичної реабілітації та курортології доведено високу ефективність питного Полтавського бішофіту при захворюваннях шлунка, гепатобіліарної системи, кишковика, нирок і сечовивідних шляхів (гастрити, некалькульозний холецистити, коліти, запори, пієлонефрити, сечокам'яна хвороба).

Магнієва мінеральна вода на основі бішофіту має жовчогінні властивості, стимулює роботу травних залоз, має послаблюючу дію, знімає запальний процес слизової оболонки шлунка і кишечника. Бішофіт, основа якого магній, дозволяє з успіхом використовувати його і при порушеннях мінерального обміну, в т.ч. при остеопорозі, ендокринних захворюваннях.

Спосіб приготування (разова доза): розвести 2-5 мл в 200 мл питної води.

Спосіб застосування: дорослим приймати приготований розчин 3 рази в день за 30 хвилин до прийому їжі.

Термін застосування: протягом 25-30 днів, при необхідності, подальше вживання (застосування) слід узгоджувати, враховуючи стан па пацієнта та реакцію на бішофіт.

У середньому на курс споживання необхідно ≈ 2 флакона.

При споживанні (застосуванні): перед вживанням обов'язково треба враховувати підвищену чутливість до компонентів продукту, у жінок в період вагітності і лактації, при загостреннячхвороби шлунково-кишкового тракту. Не можна застосовувати препарат як замінник повноцінного раціону харчування. Необхідно приймати тільки в розчиненому вигляді. Не можна перевищувати рекомендовану добову дозу. Бішофіт має проносні властивості.

Форма випуску: флакон 100 мл з дозатором-ковпачком в індивідуальній упаковці.

.

ЕЛЕКТОФОРЕЗ З БІШОФІТОМ

Електрофорез - здатність постійного електричного струму проводити розчини лікувальних речовин (антибіотиків, новокаїну, вітамінів, калію йодиду, магнію сульфату, бішофіту) через шкіру і слизові. Речовини, введені в тканини при електрофорезі, діють локально, швидко досягаючи органів-мішеней. Імпульсні струми стимулюють перистальтику кишковика, скелетні м'язи і нейрони.

При Електрофорезі використовують зовнішній гальванічний струм для транспортування зарядженої молекули крізь шкіру. У цьому процесі, іонна молекула несе заряд через мембрану шкірного бар'єру, щоб замкнути ланцюг. Апаратні підходи дозволяють підвищити ступінь введення препаратів, які не можуть бути доставлені пасивної дифузією крізь шкіру. До того ж рівень доставки може добре контролюватися величиною (інтенсивністю) і тривалістю (експозицією) зовнішніх стимулів. Початок дії ліків наступає відносно швидко через короткий термін часу, коли необхідно, щоб ліки потрапили в кров. Електрофорез має превагу порівняти з іншими способами введення.

Перевагою такого фізіофармакологічного підходу є також комплекс ефектів таких як самостійна лікувальна дія фізичного фактора (електричний струм, ультразвук, магнітне поле, термодія) на тлі препарату,який вводиться через шкіру.

Жоведена доцільність накладення герметичної пов'язки поверх прокладки після відключення апарату і завершення безпосереднього етапу здійснення процедури.

Вплив електричного струму та речовин, що вводяться за його допомогою, несе складний характер та розвивається декількома шляхами, а тобто рефлекторним, гуморальним та місцевим.

Найчастіше використовується постійний (гальванійчний) струм.

Відбуваються зміни вмісту та активності йонів у шкірі та підлеглих тканинах, посилення реґіонарного крово- та лімфообігу, мікроциркуляції, активація окисних процесів тощо,посилене надходження ліків у органи та тканини ділянки впливу.

Метод внутрішньотканинного електрофорезу ґрунтується на використанні постійного струму для посилення виведення циркулюючих в крові ліків в патологічний осередок або потрібний орган.

Для електрофорезу застосовуется Розчин Бішофіту з водою 1:1, смочуються обидві прокладки (биполярно) і накладаються на необхідні ділянки тіла.

Електрофорез застосовується при дискінезії жовчновивідних шляхів по гіпер- і гіпотонічномутипу; некалькульозному холециститі.

Електрофорез проводиться транспечінково і трансабдоминально: електроди розташовуються на області жовчного міхура з боку живота і спини. Сила струму - до 15 мА, тривалість процедури 15-20 хв., курс 10-12 процедур щодня.

ВАННИ З БІШОФІТОМ

Бішофітні ванни корисні при вегето-судинної дистонії, обмінних порушеннях, порушеннях загального самопочуття, зниження працездатності, при стресі, порушеннях сну як комплексі загальнооздоровчих процедур.

Бішофіт Полтавський «Кристалічний концентрат» використовується для ванн загальних, ванн місцевих, 4-х камерних гідрогальванічні. Для потенціювання бальнеотерапевтичного ефекту використовується як активний компонент у ваннах: кисневих, вуглекислих, перлинних, гідродинамічних, вихрових та і для підводного масажу.

Альтернативна заміна штучних йодо-бромних ванн.

Головний регулятор засвоєння кальцію в організмі не тільки вітамін D, а також іон магнію.

Нестача магнію збільшує вимивання кальцію з суглобів і кісток, призводить до остеопорозу і генералізованої дистрофії.

Порушення живлення сполучної тканини призводять до дисплазії суглобових хрящів і зв'язок.

При дефіциті магнію кальцій виводиться, відкладаючись «піском» в жовчному міхурі і нирках.

Особливо це стосується жінок після 40. Недолік магнію - головна причина остеопорозу, багатьох хвороб суглобів і хребта вже після 35-40 років.

Джерелом магнію є Полтавський бішофіт. Магній-це найважливіший мінерал, необхідний для функціонування м'язової, нервової, серцево-судинної систем і опорно-рухового апарату.

Більше 50% магнію міститься в кістковій і хрящовій тканинах, тому він грає скелетообразуючу роль. Близько 50% -у серці і м'язах, менше 1% -у плазмі крові.

Магній проявляє спазмолітичну і розслаблюючу дію на мускулатуру внутрішніх органів і судин.

Магній має важливе значення в регуляції нервової активності, нейром'язової передачі, м'язового тонусу.

Магній природний регулятор обміну кальцію, магній керує накоплення кальцію у хрящах і кістках.

Мікроелементи: калій, бром, мідь, залізо, йод, марганець, цинк, селен, срібло, які містяться у Полтавському бішофітів комплексі обумовлюють його позитивні біологічні ефекти на організм людини.

Найкращі магнієві ефекти Полтавського бішофіту на нервову і серцево-судинну системи реалізуються в ваннах.

Загальні вани з бішофітом мають загальнозміцнюючу, адаптогенну дію; знімають стрес, стабілізують вегетативну нервову систему, роботу серця, тому нормалізують артеріальний тиск.

Бішофітні ванни тонізують шкіру всього тіла. Уже перша бішофітна ванна забезпечує здоровий сон, відновлення сил і прилив енергії.

Застосування бішофіту у ванах з гідродинамічними, вихровими,«перловими» функціями, з підводним масажем, підсилює лікувальну дію, як активний компонент середовища.

Після бішофітної вани на шкірі пацієнта формується сольовий «плащ» - плівка, яка зберігається і благотворно діє до декількох годин.

Протипокази:

Індивідуальна непереносимість компонентів.

Засіб застосування:

100-200 мл "кристалічного концентрату" на 100 лводи, температура 37-39 ° С, термін прийняття ванни 10-15 хвилин.

Для прийому загальних ванн на 100 л води потрібно розчинити..150мл. бішофіту Полтавського «Кристалічний концентрат».

Для прийому загальних ванн на 180-200 л води потрібно розчинити в ній 250-350мл. бішофіту.

Ефективність методики зростала при супутньому призначенні лазерної рефлексотерапії і магнітотерапії. Таким чином, Полтавський бішофіт може бути включений у комплекс з реабілітації захворювань жовчовивідних шляхів.

ВИСНОВКИ

Бішофіт полтавського родовища може використовувати у всіх лікувальних установах (поліклініки, медсанчастини, санаторії,реабілітаційні відділення клінічних лікарень)
Бішофіт полтавського родовища є вельми перспективниь як вітчизняний бальнеологічний і фізіотерапевтичний препарат для реабілітації при патології внутрішніх органів.
Бішофіт Полтавськиймає потужний жовчогінний ефект та стимулює апетит, регулює кишкову моторику. Є корисним для оптимізації функції шлунково кишкового тракту.Його можна застосовувати для профілактики жовчнокам'яної хвороби.
Доцільно бішофіт застосовувати при лікуванні закрепів
Бішофіт Полтавський сприяє магнієвій корекції засвоєння кальцію,профілактиці уролітіазу.
Ефнктивно застосування бішофіту з метою профілактики і корекції остеопорозу.
Бішофіт Полтавський має потужний, адаптогенний загальнозміцнюючий ефект.
Бішофіт Полтавський може бути рекомендований у якості додаткового макро- і мікроелементів (калій, кальцій, йод, бром, селен, мідь, цинк, хром) з метою створення оптимальних дієтологічних умов для магнієвої корекції засвоєння кальцію,
Бішофіт сприяє усуненню запального процесу слизової оболонки шлунка і кишковика.
Бішофіт, основа якого магній, дозволяє з успіхом використовувати його і при порушеннях мінерального обміну, в т.ч. при остеопорозі, ендокринних захворюваннях.

ДОДАТОК

Достовірність доказів

Достовірність рекомендацій	Рівень достовірності	Захід
A	1 ***a***	Систематичний огляд РСІ
	1 ***b***	РСІ
B	***2a***	Систематичний огляд когортних досліджень
	2 ***b***	Когортне дослідження
	3a	Систематичний огляд "випадок-контроль" досліджень
	3 ***b***	Дослідження "випадок-контроль"
C	4	Серія випадків
D	5	Думка експертів

Систематичні огляди рандомізованих клінічних досліджень (РКД) синтезують результати цих досліджень, зменшуючи можливість помилок. Когортне дослідження - спостереження за долею людей із загальними характеристиками.

У дослідженні ***випадок-контроль*** (синонім: ***дослідження східних*** випадків) порівнюють людей з певним захворюванням або результатами ("випадок") з людьми з цієї ж популяції, які не страждаючими даним захворюванням або у яких не спостерігався даний результат ("контроль"), з метою виявлення зв'язку між результатом і попереднім впливом певних ризик-факторів.

Від клінічних настанов (рекомендацій) слід відрізняти стандарти медичної допомоги, які розробляються на основі клінічних рекомендацій і затверджуються Міністерством охорони здоров'я Росії. Вони містять обсяги медичної допомоги (перелік заходів, їх кратність і частота). Ці стандарти призначені організаторам та економістам охорони здоров'я для управління обсягами медичної допомоги та розрахунку тарифів (вартість закінченого випадку).

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1 Абу Али Ибн Сина. Канон врачебной науки, Ташкент. Издательство «Фан», 1994.

2 Акопян А.Н., Бельмер С. В., Выхристюк О.Ф. Гастроэзофагеальный рефлюкс и нарушения моторики желудочно-кишечного тракта // Педиатрия, Гастроэнтерология. -2014.-С.-45-49.

3 Аруин Л.И., Капуллер Л.Л., Исаков В.А. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника /М.: Триада-Х, 1998. — 496 с.

4 Бабак О.Я. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. стратегия поддерживающей терапии // Сучасна гастроентерологія.- 2008.-№ 4 (42).-С.-8-11

5 Боброва В.І., П'янкова О.В., Надточій Н.І., Замула В.В. Епідеміологічні аспекти перебігу хронічної гастродуоденальної патології у дітей// Сучасна гастроентерологія .-2010.- № 2 (52) .- с 32-36

6 Боткин С.П. О желчной колике: Курс клиники внутренних болезней и клиниче- ские лекции. — М.: Медгиз, 1950. — Т. 2 (Клинические лекции). — С. 467-505.

7 Васильева-Линецкая Л.Я., Катюхин О.В. Природный минерал бишофит в бальнеологии, курортологии и физиотерапии// Матер. междунар. Научно-практ. Конф. «Актуальные проблемы курортологии и медицинской реабилитации» 23-24 октября 2007г. – г.Одесса. – 2007. – с.25-26.

8 Васильєва-Лінецька Л.Я., Казаков Ю.М., Катюхін О.В. Застосування мінерального розсолу „Бішофіт Полтавський"в бальнеології і фізіотерапії: Методичні рекомендації. – Харків, 2007. – 8 с.

9 Вейн А.М. Идеи нервизма в гастроэнтерологии // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 1997.— № 3.— С. 76-79

10 Всеобщие Рекомендации Всемирной Гастроэнтерологической Организации Helicobacter pylori в развивающихся странах/ World

11 Галенко З.М., Коврова А.О., Петречук Л.М. Медико-соціальні причини зростання первинної інвалідності при захворюваннях органів травлення // Мат. Першого Українського конгресу гастроентерологів. - Дніпропетровськ, 1995. - С. 7.

12 Галіна І.В., Бабій І.Л., Драгомирецька Н.В. та ін. Особливості вегетативних дисфункцій при хронічних захворюваннях органів травлення у дітей та підлітків// Перінатологія та педіатрія,.-2005.-№1–2.-С.- 65–68.

13 Гастроентерологія / Харченко Н.В., Бабак О.Я.. – К.: 2007. – 720 с.

14 Гастроентерологія підручнику 2 томах /за редакцією Харченко Н.В, Бабак О. Я..-2-е вид. Переробл.доповн.том 1.- Кіровоград.-Поліум:- 2016. –Т.1.- 488 с

15 Гастроэнтерология детского и подросткового возраста (избранные вопросы) /Под ред. проф.Казака С.С. – Киев, 2006. – 260с

16 Гастроэнтерология. Национальное руководство: краткое издание/под ред. В.Т.Ивашкина, Т.Л.Лапиной. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 480с.

17 Григоренко Н.В. Показники вуглеводневого та ліпідного балансу у хворих на хронічний холецистит та цукровий діабет // Сучасна гастроентерол. – 2005. – № 4 (24). – С. 54-57.

18 Дзяк Г.В. Современные аспекты диагностики и лечения дискинезий желчевыводящих путей: Методические рекомендации. – Днепропетровск, 2004. – 20 с.

19 Дієтологія: підручник / Н.В.Харченко, Г.А.Анохіна та ін. – Київ-К-д: Вид-во «Меридіан», 2011. – 528с.

20 Дорофеев А.Э., Кива С.А. Опыт применения карсил® форте у больных с дискинезией желчевыводящих путей//Новости медицины и фармации.- 2009.-№17 (291)

21 Дудников Э.В., Домбаян С.Х. Роль вегетативной нервной системы в патологии желудочно- кишечного тракта //Южно-Российский мед. журн.- 2001.-№ (5-6).-С.-15-22

22 Зайцева Н.В., Акатова А.А., Аминова А.И., Минченко Е.Ю.Особенности эрадикационной терапии хронического гастродуоденита,

ассоциированного с helicobacter pylori, у детей, проживающих в экологически неблагоприятных условиях//Фарматека, 2009.-N 10.-С.59-62
23 Зв'ягінцева Т.Д. Біліарна дисфункція: від патогенезу до сучасних принципів лікування//Медицина залізничного транспорту України. – 2004. – № 1(9). – С. 70-72
24 Звягин А.А., Щербаков П.Л., Мошурова Л.В., Почивалова Е.А. Соотношение симптоматики функциональной диспепсии и гастритических изменений // Вопр. соврем. педиатрии.— 2005.— Т. 4, прил. № 1.— С. 187.
25 Звягинцева Т.Д. Билиарный панкреатит // Ліки України. – 2012. – № 2 (158). – С. 52-58.
26 Звягинцева Т.Д. Дисфункция сфинктера Одди и хронический панкреатит // Сучасна гастроентерологія. – 2013. – № 3. – С. 75-82.
27 Звягинцева Т.Д. Шаргород И.И. ПХЕС: дисфункция сфинктера Одди //Ліки України. – 2012. – № 2 (148). – С. 100-106.
28 Ивашкин В.Т., Шептули А.А., Киприанис В..А. Функциональная диспепсия: краткое практическое руководство – М.:МЕДпресс-информ, 2011. – 112с.
29 Ивашкин В.Т., Шептулин А.А. Болезни пищевода, желудка и кишечника. – М.:МЕДпресс-информ. – 2009. – С.78-83.
30 Казаков Ю.М., Катюхин О.В., Немировский Г.И. Экономическая эффективность применения Полтавского бишофита в лечебной практике// Матер. Научно-практ. конф. "Полтавский бишофит в клинической медицине" 2 июля 1996г. – Полтава. – 1996. – С. 8-9
31 Казюлин А.Н. Кучерявий Ю.А. Хронический билиарнозависимый панкреатит. Учебно-методическое пособие – М.: ГОУ ВУНМЦ МзиРС РФ., 2005. – 72 с.
32 Катюхин О.В. Полтавский бишофит в лечении заболеваний внутренних органов (обзор) // Лекарства-человеку Т.XV - №1-2 – Харьков, 2001 – с. 242-249
33 Катюхин О.В. Природный минерал бишофит в бальнеологии, курортологии и физиотерапии// Вестник физиотерапии и курортологии // Актуальные вопросы организации курортного дела, курортной политики и физиотерапии Материалы VI конгресса физиотерапевтов и курортологов автономной республики Крым 13-15 апреля 2006 р . – 2006 – № 2. - С. 98.
34 Катюхін О.В. Бішофіт Полтавський в фізіотерапії холестатичних захворювань жовчних шляхів//Тези доповідей XI Конгресу Світової федерації українських лікарських товариств 28-30 серпня 2006 р. – Полтава, 2006. – С. 345-346.
35 Катюхін О.В., Денисюк В.І. Бішофіт Полтавський та ліпід-звєязуюча емульсія у хворих на ІХС з холестатичною патологією жовчних шляхів// Вісник Вінницького держ. мед. університету. - 2003. - № 1. – С.66-67.
36 Ковалева О.В Кошля Е.В.Ковалева А.А.Целительный бишофит из самых недр Земли//Азбука здоровья.- газета .№ 23(136).-2012.- С 8.
37 Ковалева О.В Оптимизация терапии у больных с дисфункцией желчевыводящей системы в возрастном и гендерном аспекте //Міжвідомчий збірник "Гастроентерологія" при ДУ «Інституті гастроентерології АМН України» (м. Дніпропетровськ): під редакцією Бабак О.Я. Дніпропетровськ.-2010.-випуск.-№44.-С.-502-515
38 Ковалева О.В. Кошля О.В Розвиток алергічних реакцій у осіб молодого віку на тлі патології гепатобіліарної області .-Матеріали Всеукраїнської конференції«Сучасні підходи до терапії та реабілітації хворих з внутрішньою та професійною патологією», Запоріжжя, 17-18 березня 2016 р. С. -15-16
39 Ковальова О.В. Розлади вегетативної нервової системи при патології гепатобіліарної системи та гастродуоденальної зони у жінок під час менопаузи та інноваційні шляхи їх усунення/ Матеріали XX Ювілейної міжнародної конференції «Інформотерапія: теоретичні аспекти та практичне застосування».- Трускавець, 2014.-С. -49-50.

40 Ковальова О.В., Зайцева О.Є., Алипова О.Є., Кошля О.В. Лікування хворих на остеоартроз колінного суглоба при патології жовчного міхура в умовах терапевтичного відділення жовтневої ЦРБ міста Миколаїва//Актуальні питання медичної науки та практики збірник наукових праць. Запоріжжя:, 2010.-випуск 77.- книга 2 том 2 .-С.128 - 134.
41 Ковальова О.В., Сисоєва І.О., Галимова Р.Б. Аспекти застосування вихрових ванн в умовах клінічного санаторію «Бердянськ» «Приазовкурорт»Матеріали конференції «Креативні напрямки в діагностиці, патогенезі, лікуванні та профілактиці внутрішніх хвороб» .- 2016.. -Запоріжжя. .- С12-14
42 Ковальова О.В.,Стасовская Л.І.,Кошля О.В. Стан психовегетативного статусу як етіопатогенетичний фактор розвитку функціональних розладів біліарного тракту та фізіотерапевтичні шляхи його корекції/ Матеріали XX Ювілейної міжнародної конференції «Інформотерапія: теоретичні аспекти та практичне застосування».- Трускавець, 2014.-С.- 53-56.
43 Ковбель Н.М., Ковалева О.В. Альтернативные методы лечения болевого синдрома при хроническом панкреатите в условиях бальнеологического курорта //Ліки України плюс.-науково-практичний журнал для лікарів та провизорів.-2010.-№3.-С.-61-65
44 Маев И.В, А.А.Самсонов Болезни двенадцатиперстной кишки / М.- 2005.- МЕДпресс-информ,– 512с.,
45 Майданник В.Г. Римські критерії що нового? IV// Міжнародний журнал педіатрії, акушерства та гінекології.-2016.- Том 10.- №1.- С.-8-18
46 Наказ МОЗ України від 26.05.2010 № 438
47 НАКАЗ № 56 06.02.2008 МОЗ України
48 Осауленко, О. В. Г. Саріогло, Л. М. Стельмах, В. С. Стешенко; Ін-т демографії та соц.НАН України, Держ. ком. статистики України. - К. : ІВЦ Держкомстату України, 2004.
49 Передерий В.Г., Ткач. С.М. Практическая гастроентерологія: руководство для врачей/Винница.-:2011.– 776с.
50 Рапопорт С.И. Двигательная функция желчевыводящих путей: от исследований петербургской школы физиологов XIX – XX веков к современным знаниям //РЖГГК. – 2003 .- №4. – С.69-76.
51 Рапопорт С.И., Лакшин А.А., Ракитин Б.В., Трифонов М.М. рН-метрия пищевода и желудка при заболеваниях верхних отделов пищеварительного тракта /Под ред. Ф.И. Комарова.М.: Медпрактика-М, 2005. – 208 с
52 Рафальский В.В. Рекомендации Маастрихт IV: выбор схемы эрадикации в эру роста антибиотикорезистентности H. Pylori //Сучасна
53 Римский консенсус III |електроний ресурс| /http://www.romecriteria.org/assets/pdf/19_RomeIII_apA_885-898.pdf
54 Римські критерії III //Сучасна гастроентерологія.-2006.- № 6 (32).-С.-73-81
55 Рысс Е.С., Шулутко Б.И. болезни органов пищеварения.- СПб.-Ренкор.- 1998.- 336 с
56 Сильвестрова С.Ю. О причинах возникновения билиарного «сладжа» // Терапевтический архив. – 2003. – Т. 75, № 2. – С. 38-42.
57 Степанов Ю.М. Заіченко Н.Г. Хронічний панкреатит: біліарний механізм, чинники та перебіг // Запорожский медицинский журнал, 2012 – № 1 (70). – С. 46-50.
58 ФадєєнкоГ.Д. Дисфункція біліарного тракту: можливості патогенетичної терапії //Здоров'я України.-2015
59 Федів О.І., Марчук Ю.Ф., Волошина Л.О. Особливості ураження гепатобіліарної системи у хворих на цукровий діабет іі типу//Буковинський медичний вісник.- 2008.-Том 12.- №4.- С.-126-131
60 Філіппов Ю.О., Скирда І.Ю., Петречук Л.М. Захворюваність основними хворобами органів травлення в Україні: аналітичний огляд офіційних даних Центру статистики МОЗ України // Гастроентерологія.— 2007.— Вип. 38.— С. 3—15.

61 Харченко Н.В., Дорогавцева Г.А. Підходи до лікування хворих з дисфункцією сфінктера Одді// Сучасна гастроентерологія.-2009.- № 3 (47).-С.- 75-80
62 Циммерман Я.С.Клиническая гастроэнтерология/М.- ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 416 с.
63 Цуканов В.В. Селиверстова И.В., Догадин С.А Показатели липидного состава сыроватки крови и желчи при заболеваниях желчевыводящих путей у больных сахарным диабетом // Терапевт. арх. – 2005. – № 2. – С. 15-18.
64 Чернобровий В.М., Мелащенко С.Г. Сучасні аспекти діагностики і фармакотерапії гастроезофагеальної рефлюксної хвороби// Сучасна гастроентерологія.- № 3 (71).- 2013.-С.-92-99
65 Чернова В.М. Функціональні розлади біліарного тракту: клініка, діагностика, підходи до лікування//Сучасна гастроентерологія.- 2009.- № 1 (45) .-С.-113-116
66 Щербиніна М.Б. Гладун , В.М. Біліарна патологія у молодому віці: медико-соціальна характеристика пацієнтів // Новости медицини и фармации. – 2010. – № 19. – С. 38-40.
67 Якубовська І.В. Особливості етіопатогенезу, клініки, діагностики холестерозу жовчного міхура // Фітотерапія. – 2013 – № 3 – С. 33-36.
68 Amaral J, Xiao ZL, Chen Q, et al. Gallbladder muscle dysfunction in patients with chronic acalculous disease. Gastroenterology 2001; 120:506.
69 Carr JA, Walls J, Bryan LJ, Snider DL. The treatment of gallbladder dyskinesia based upon symptoms: results of a 2-year, prospective, nonrandomized, concurrent cohort study. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech 2009; 19:222.
70 Cotton PB, Elta GH, Carter CR, et al. Rome IV. Gallbladder and Sphincter of Oddi Disorders. Gastroenterology 2016.
71 DiBaise JK, Richmond BK, Ziessman HA, et al. Cholecystokinin-cholescintigraphy in adults: consensus recommendations of an interdisciplinary panel. Clin Nucl Med 2012; 37:63.
72 Drossman, D.A. Presidential address: gastrointestinal illness and biopsychosocial model.Psychosom Med. 1998;60:258–267.
73 Drossman, D.A. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process. in: D.A. Drossman, E. Corazziari, M. Delvaux et al, (Eds.) Rome III: the functional gastrointestinal disorders. 3rd ed. Degnon Associates, Inc,McLean, VA; 2006:1–29.
74 DuCoin C, Faber R, Ilagan M, et al. Normokinetic biliary dyskinesia: a novel diagnosis. Surg Endosc 2012; 26:3088.Topic 16725 Version 10.0
75 Francis G, Baillie J. Gallbladder dyskinesia: fact or fiction? Curr Gastroenterol Rep 2011; 13:188.
76 Gastroenterology (Vol. 150, № 6, May 2016).
77 Gastroenterology Organization.- 2010.-17c.
78 Hansel SL, DiBaise JK. Functional gallbladder disorder: gallbladder dyskinesia. Gastroenterol Clin North Am 2010; 39:369.
79 Hansel SL, Dibaise JK. Gallbladder dyskinesia. Curr Treat Options Gastroenterol 2008; 11:78.
80 Increased bile acids concentration in liver tissue with cholesterol gallstone disease / A.Honda, T.Yoshida, N.Tanaka [et al.] // Gastroenterol. – 2003. – Vol. 30, № 1. – P. 61-66.
81 Morris-Stiff G, Falk G, Kraynak L, Rosenblatt S. The cholecystokin provocation HIDA test: recreation of symptoms is superior to ejection fraction in predicting medium-term outcomes. J Gastrointest Surg 2011; 15:345.
82 Rome IV—Functional GI Disorders: Disorders of Gut-Brain Interaction.- Douglas A. Drossman, William L. Hasler.-p1257–1261
83 Scagliarirni P.P. Review article: gall-bladder motor function in diabetes melitus / P.P.Scagliarirni// Aliment. Pharmacol. Ther. – 2003. –№ 14. – P. 62-65
84 Shay H., Sun D.C.H. Etiology and pathology of gastric and duodenal ulcer // In: H.L.Bockus “ Gastroenterology” – Vol.1. – Philadelphia-London, 1968. – P.420-465.

85 Talley N.J., Sttanghellini V., Heading R.C. et al. Functional gastroduodenal disorders // Gut. — 1999. — Vol. 45. — P. 1137-1142
86 Vandenplas Y. et al. Practical algorithms for managing common gastrointestinal symptoms in infants//The international Journal of Applied and Basic Nutritional Sciences. — 2013.— Vol. 29(1).
87 Vassiliou MC, Laycock WS. Biliary dyskinesia. Surg Clin North Am 2008; 88:1253.