

УДК 615.828:616.366
<https://doi.org/10.32885/2220-0975-2021-4-93-104>

© Ю. Н. Панасейко, 2021

Возможности применения остеопатических методов диагностики и коррекции при дискинезии желчного пузыря

Ю. Н. Панасейко

Институт остеопатии
 191024, Санкт-Петербург, ул. Дегтярная, д. 1, лит. А
 Медицинская клиника ООО «Институт остеопатии Мохова»
 191024, Санкт-Петербург, ул. Дегтярная, д. 1, лит. А



Функциональные расстройства пищеварительной системы (в том числе дискинезия желчного пузыря) являются широко распространенными у взрослого населения РФ. Их сочетание в достаточно большом проценте случаев с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника и вероятная вертеброгенная обусловленность ряда патологических состояний желудочно-кишечного тракта ведут к необходимости использования новых подходов в диагностике и лечении, в том числе с использованием немедикаментозных методов. Данный клинический случай показывает возможность применения остеопатической диагностики и коррекции при дискинезии желчного пузыря.

Ключевые слова: билиарная боль, дискинезия желчного пузыря, вертеброгенный фактор, остеопатическая коррекция

Источник финансирования. Исследование не финансировалось каким-либо источником.

Конфликт интересов. Автор декларирует отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Статья поступила: 12.09.2021

Статья принята в печать: 29.10.2021

Статья опубликована: 30.12.2021

UDC 615.828:616.366
<https://doi.org/10.32885/2220-0975-2021-4-93-104>

© Yulia N. Panaseiko, 2021

Possibilities of osteopathic methods of diagnosis and correction in gallbladder dyskinesia

Yulia N. Panaseiko

Institute of Osteopathy
 bld. 1A ul. Degtyarnaya, Saint-Petersburg, Russia 191024
 Medical Clinics LLC «Mokhov Institute of Osteopathy»
 bld. 1A ul. Degtyarnaya, Saint-Petersburg, Russia 191024

Для корреспонденции:

Юлия Николаевна Панасейко

Адрес: 1930105 Санкт-Петербург,
 ул. Дегтярная, д. 1, лит. А,
 Институт остеопатии
 E-mail: yuliya.panaseyko@mail.ru

For correspondence:

Yulia N. Panaseiko

Address: Institute of Osteopathy,
 bld. 1A ul. Degtyarnaya, Saint-Petersburg,
 Russia 191024
 E-mail: yuliya.panaseyko@mail.ru

Для цитирования: Панасейко Ю. Н. Возможности применения остеопатических методов диагностики и коррекции при дискинезии желчного пузыря. Российский остеопатический журнал. 2021; 4: 93–104. <https://doi.org/10.32885/2220-0975-2021-4-93-104>

For citation: Panaseiko Yu. N. Possibilities of osteopathic methods of diagnosis and correction in gallbladder dyskinesia. Russian Osteopathic Journal. 2021; 4: 93–104. <https://doi.org/10.32885/2220-0975-2021-4-93-104>

Functional disorders of the digestive system (including gallbladder dyskinesia) are widespread among the adult population of the Russian Federation. Their combination in a fairly large percentage of cases with degenerative-dystrophic diseases of the spine, and the probable vertebrogenic causality of a number of the gastrointestinal tract pathological conditions lead to the need using new approaches in diagnosis and treatment, including non-drug methods. This clinical case shows the possibility of osteopathic diagnostics and correction in gallbladder dyskinesia.

Key words: *biliary pain, gallbladder dyskinesia, vertebrogenic factor, osteopathic correction*

Funding. The study was not funded by any source.

Conflict of interest. The author declare no obvious and potential conflicts of interest related to the publication of this article.

The article was received 12.09.2021

The article was accepted for publication 29.10.2021

The article was published 30.12.2021

Введение

Билиарная боль — одна из наиболее актуальных клинических проблем в амбулаторно-поликлинической практике. Это обусловлено широким распространением функциональных расстройств оттока желчи [1, 2]. Диагностические критерии билиарной боли — боль локализуется в эпигастральной области и/или в правом подреберье и характеризуется всеми следующими признаками:

- имеет устойчивый характер и продолжительность 30 мин или дольше;
- происходит в разные промежутки времени (не каждый день);
- достаточно серьезна, чтобы прервать повседневную деятельность или обратиться за неотложной помощью;
- несущественно (менее 20 %) связана с сокращениями кишечника;
- редко (менее 20 %) уменьшается при изменении положения тела или подавлении кислотообразования в желудке [3].

Подтверждающие признаки: боль может ассоциироваться с тошнотой и рвотой, с иррадиацией в спину и/или в правую подлопаточную область, шею, с пробуждением ото сна.

В классическом варианте билиарная боль часто начинается через 1–2 ч после употребления жирной пищи, однако взаимосвязь с едой не всегда закономерна. У многих боль возникает вечером, а пик ее выраженности приходится примерно на полночь. Как правило, билиарная боль имеет нарастающий характер, а достигнув пика, держится примерно 30 мин и затем медленно стихает. Продолжительность приступа не превышает 4–6 ч. Для гиперкинетических расстройств характерны коликообразные боли, при чаще всего встречающемся гипокинетическом варианте боли имеют тупой распирающий характер и усиливаются при изменении положения тела. Общими, но в разной степени выраженными для различных форм дисфункции билиарного тракта являются горечь во рту, вздутие живота, неустойчивый стул [3–9].

Билиарная боль в классификации расстройств оттока желчи обособлена в отдельной рубрике E1 и может использоваться как предварительный диагноз после первого визита пациента. Обращение пациента с билиарной болью к врачу первичного звена требует дообследования и уточнения диагноза, в первую очередь исключения органических поражений печени и желчевыводящих путей, и лишь исключив органическое заболевание, правомочно говорить о функциональных нарушениях [4–6, 9].

В соответствии с Римским консенсусом IV (2016), функциональные билиарные расстройства диагностируют при появлении болей в животе по типу печеночной колики, вызванных моторно-тонической дисфункцией желчного пузыря и сфинктеров желчевыводящих путей, прежде всего

сфинктера Одди, при отсутствии структурных изменений билиарного тракта [3, 7–9]. В практической работе в медицинской документации (согласно МКБ-10) выделяют «Дискинезию желчного пузыря и пузырного протока» (под рубриками К 82.8.0) и «Спазм сфинктера Одди» (К 83.4).

Согласно клиническим рекомендациям Российской гастроэнтерологической ассоциации 2018 г., критериями дискинезии (дисфункции, функционального расстройства) желчного пузыря являются:

- характерная билиарная боль;
- отсутствие камней/сладжа и других структурных изменений желчного пузыря по данным УЗИ;
- дополнительные подтверждающие признаки: снижение фракции опорожнения желчного пузыря (<40%) по данным УЗ-холецистографии или билиосцинтиграфии; нормальная активность печеночных ферментов, амилазы/липазы и уровень прямого билирубина в крови.

Диагноз дискинезии (дисфункции, функционального расстройства) билиарной порции сфинктера Одди может быть выставлен только после холецистэктомии [7].

В повседневной клинической практике для диагностики функционального расстройства желчного пузыря первоочередным считается УЗИ органов брюшной полости. Данная методика позволяет исключить органические поражения как самого желчного пузыря и визуализируемых протоков, так и соседних органов (желчнокаменная болезнь, новообразования желчных путей, печени, поджелудочной железы), а также оценить сократительную функцию желчного пузыря [4–6, 10–12]. Несомненными преимуществами УЗИ являются неинвазивность и доступность в широкой клинической практике, отсутствие лучевой нагрузки [13].

Способы лечения данной нозологической формы также весьма разнообразны и включают обязательную коррекцию образа жизни, рекомендации по диете, санаторно-курортное лечение с использованием большого количества природных факторов и физиотерапевтических методов, нормализацию психоэмоциональной сферы, физической активности, лечение сопутствующих заболеваний органов брюшной полости, дисгормональных нарушений, компенсацию углеводного и липидного обмена, исключение лекарственных препаратов, ухудшающих моторику желчевыводящих путей и реологию желчи. Медикаментозная терапия функциональных расстройств билиарного тракта направлена на улучшение реологических свойств желчи и профилактику камнеобразования, устранение спазма и нормализацию тонуса гладкой мускулатуры желчевыводящих путей [14].

Согласно рекомендациям Российской гастроэнтерологической ассоциации 2018 г., основой фармакотерапии этой группы заболеваний являются селективные спазмолитики и препараты урсодезоксихолевой кислоты [7]. Дополнительно для улучшения процессов пищеварения и всасывания в двенадцатиперстной кишке и коррекции дуоденальной гипертензии, дуоденогастрального рефлюкса применяют также ферментные препараты, антациды, для деконтаминации двенадцатиперстной кишки используют кишечные антисептики, про- и пребиотики.

К сожалению, данное лечение при всей своей «комплексности» является лишь симптоматическим, не устраняя первопричины возникновения функциональных нарушений, вследствие чего в ряде случаев эффект становится недостаточным либо кратковременным. При достаточной приверженности пациента лечению, но, тем не менее, недостижении желаемых результатов, вероятно, следует задуматься о консультации смежных специалистов и дополнительных методах диагностики и лечения.

Согласно современным представлениям, развитие функционального расстройства желчного пузыря связано с нарушением координированной перистальтики билиарных путей на различных уровнях и появлением преходящей функциональной обструкции (по сути — спазма), а также с повышением висцеральной чувствительности. Многие детали патогенеза функционального расстройства желчного пузыря неясны, что обусловлено в том числе недостаточной изученностью физиологии сфинктеров [7].

Российскими и зарубежными авторами давно рассматривается проблема вертеброгенного влияния на функцию внутренних органов, однако в настоящее время опубликовано небольшое количество работ исследователей, которые выявляли и оценивали анатомо-функциональные взаимосвязи дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника и функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта. Имеется мнение о том, что недостаточный лечебный эффект от проведения традиционной терапии висцеральной патологии связан именно с параллельно функционирующим патологическим вертебровисцеральным симптомокомплексом [15].

Как известно, спинномозговые нервы, выходящие из межпозвонковых отверстий позвоночно-двигательных сегментов $C_{III}-C_{IV}$, $C_{IV}-C_V$, формируют правый диафрагмальный нерв, являющийся самым крупным из двигательных нервов шейного сплетения. Помимо иннервации диафрагмы, правый диафрагмальный нерв «отдает» двигательные и секреторные волокна внутрипеченочным желчным протокам и желчному пузырю. Наличие дегенеративно-дистрофических изменений на уровне среднешейных позвоночно-двигательных сегментов следует рассматривать как нарушение структуры этого отдела позвоночника, что, как известно, приводит к нарушению функции, в частности к патологической афферентации по правому диафрагмальному нерву. Результатом указанных процессов является замедление сократительной функции желчного пузыря, что клинически расценивается как гипокинетическая форма дискинезии желчевыводящих путей. Иннервация желчного пузыря и желчевыводящих путей происходит также из печеночного нервного сплетения, образованного ветвями от чревного (сформированного ветвями нижнегрудных и верхнепоясничных узлов симпатических стволов) и желудочного сплетений и от переднего блуждающего ствола. Значит, дегенеративно-дистрофические и диспластические заболевания грудного и верхнепоясничного отделов позвоночника вследствие раздражения на уровне соответствующих позвоночно-двигательных сегментов могут вызывать боли, иррадиирующие в правое подреберье, что создает иллюзию патологии печени и желчевыводящих путей. Боли в животе при стертой клинической картине хирургической и терапевтической патологий требуют проведения дифференциальной диагностики с отраженным болевым синдромом из позвоночника. Вероятно, именно поэтому традиционное лечение у гастроэнтеролога этой категории пациентов не всегда дает стойкий результат [16–20].

Известно, что остеохондроз позвоночника является классическим примером нарушения трофической функции вегетативной нервной системы [21]. При этой патологии, как правило, снижается активность симпатического отдела вегетативной нервной системы и компенсаторно повышается тонус парасимпатического звена с соответствующими этому повышению клиническими симптомами. При нейростологическом исследовании симпатических ганглиев у больных, оперированных по поводу остеохондроза, в них регистрируют выраженные дистрофические изменения, обусловленные первичным вертебральным патологическим процессом в межпозвонковых дисках и позвонках: отечность стромы, лейкоцитарную инфильтрацию, вакуолизацию, гипераргирофилию, сморщивание отдельных нервных клеток [22].

Вертеброгенно обусловленная ганглионарная патология способна вызывать секреторные, моторные и трофические расстройства в органах, рефлекторно связанных с патологическими позвоночно-двигательными сегментами. Следует помнить, что на начальных этапах развития процесса висцеральная патология может носить функциональный характер, трансформируясь с течением времени в органические заболевания. Вегетативная иннервация внутренних органов является полисегментарной, так как все физиологические и патологические процессы и реакции не ограничиваются только одним сегментом, а переходят в зоны соседних метамеров.

По характеру клинических проявлений вертеброгенную висцеропатию подразделяют на висцеральную, висцеродисфункциональную и висцеродистрофическую [16].

Висцералгический синдром характеризуется висцеральным болевым синдромом, не имеющим четкой локализации и связанным с раздражением корешковых структур, симпатических ганглиев

или возникающим в самом органе в результате нарушения его вегетативной иннервации. Боли могут иметь различную интенсивность — от незначительных до очень сильных и носить различную окраску (ноющие, жгучие, тупые, стреляющие).

Висцеродисфункциональный синдром преимущественно связан с нарушением функции органа без органических его изменений. По характеру патологии это могут быть секреторные и двигательные расстройства, причиной которых является поражение (раздражение) ганглиев пограничных симпатических стволов.

Висцеродистрофический синдром является следствием нарушения нейротрофической функции вегетативной нервной системы и может привести к возникновению соматических заболеваний. Этот синдром является наиболее тяжелым вертеброгенным поражением, приводящим к органической патологии иннервируемых органов.

Перечисленные синдромы висцеропатии не являются изолированными. Как правило, регистрируется трансформация из более легких проявлений (висцералгические) в тяжелые формы заболевания (висцеродистрофические). Под действием вертеброгенных факторов функциональная соматическая патология может перейти в хроническую органическую патологию. При заболеваниях позвоночника обострения патологии возникают чаще и периоды ремиссии коротки по времени. Нередко отмечается стертое и атипичное течение заболевания, представляющее наибольшие сложности для лечащего врача при диагностике, дифференциальной диагностике и лечении. Вертеброгенный висцеральный синдром нередко может переходить из одного в другой [16].

В ряде исследований взаимоотношения дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника и патологии желчевыводящих путей [17–20] коллективом авторов, среди которых врачи различных специальностей (семейная медицина, вертеброневрология, гастроэнтерология), обсуждается сочетание остеохондроза шейного и грудного отделов позвоночника и дискинезии желчевыводящих путей у детей и взрослых, в том числе предлагаются алгоритмы диагностики вертеброгенно обусловленных состояний [23].

В доступной литературе сведений о применении остеопатической коррекции при дискинезии желчевыводящих путей крайне мало.

Цель данной работы — описание возможностей остеопатической диагностики и коррекции при дискинезии желчного пузыря.

Исследование проведено в соответствии с Хельсинской декларацией (принята в июне 1964 г., пересмотрена в октябре 2013 г.). От пациентки получено письменное добровольное информированное согласие на публикацию результатов ее обследования и лечения.

Описание клинического случая

В профильную остеопатическую клинику в августе 2021 г. для уточнения диагноза и прохождения курса остеопатической коррекции обратилась пациентка 52 лет с жалобами на боли в правом подреберье, возникающие при ходьбе на короткие расстояния и длительном нахождении в положении сидя, боли и скованность в шейном и грудном отделах позвоночника.

Анамнез заболевания. Со слов пациентки, более 10 лет она испытывала боль и скованность в шейном и грудном отделах позвоночника, связывала с характером работы и бытовыми нагрузками, за медицинской помощью не обращалась. Боли в правом подреберье возникли в 2017 г. без видимой причины. Вначале боли возникали только при ходьбе на длительные расстояния, впоследствии стали появляться уже и при ходьбе на короткие расстояния (до 100 м), а также при длительном нахождении в положении сидя, в том числе на рабочем месте. Боли носили тупой характер, продолжались не менее получаса и значительно ограничивали рабочую и повседневную активность пациентки (требовался перерыв в работе), интенсивность болей не менялась при перемене положения тела, четкой однозначной связи с приемом жирной пищи не отмечалось.

Пациентка обратилась к терапевту по месту жительства, далее была направлена к гастроэнтерологу для уточнения диагноза и подбора терапии.

Был проведён ряд лабораторных и инструментальных обследований: УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства (желчный пузырь с перегибом в теле, нормальный диаметр холедоха, отсутствие камней и сладжа), клинический анализ крови (без отклонений от нормы), биохимический анализ крови (из отклонений — повышение уровня общего холестерина и холестерина липопротеинов низкой плотности; нормальные показатели АЛТ и АСТ, билирубина, щелочной фосфатазы, амилазы). Для уточнения диагноза проводили исследование сократительной функции желчного пузыря с помощью УЗ-холецистографии с пробным завтраком, при этом фракция опорожнения желчного пузыря 40 %. При эзофагогастродуоденоскопии с осмотром двенадцатиперстной кишки и области ее большого сосочка органической патологии не выявлено. Установлен диагноз дискинезии желчного пузыря (К 82.8 по МКБ-10).

По поводу данного заболевания пациентка получала медикаментозное лечение (прокинетики, миотропные спазмолитики, желчегонные, препараты урсодезоксихолевой кислоты). В связи с отсутствием эффекта от проводимого лечения была направлена на консультацию к неврологу, при обследовании (рентгенография грудного отдела позвоночника) был выявлен «давний» консолидированный перелом тела XI грудного позвонка и X ребра слева, а также рентгенологические признаки дегенеративно-дистрофического поражения (остеохондроза) шейного и грудного отделов позвоночника (сглаженность физиологических изгибов, спондилёз, склероз замыкательных пластинок тел позвонков). Установлен диагноз полисегментарного остеохондроза позвоночника (М 42.9 по МКБ-10), назначены нестероидные противовоспалительные препараты перорально со слабopоложительным эффектом, а также рекомендована консультация остеопата.

Анамнез жизни. Из перенесенных заболеваний: нечастые острые респираторные заболевания; хронические заболевания: полисегментарный остеохондроз позвоночника, дискинезия желчевыводящих путей. На момент обращения лекарственных препаратов на постоянной основе не принимает. Пациентка отмечает эпизоды повышения артериального давления до 130/90 мм рт. ст. при оптимальном 100/70 мм рт. ст. Наследственный анамнез отягощен по сердечно-сосудистым заболеваниям (гипертоническая болезнь у матери). Травмы: ушиб грудного отдела позвоночника в 2014 г. (падение с велосипеда), за обследованием и медицинской помощью не обращалась (анамнестически не исключён перелом), растяжение связок правого голеностопного сустава в 2003 г. Оперативные вмешательства отрицает. Аллергологический анамнез: не отягощён. Акушерско-гинекологический анамнез: менструации с 13 лет, нерегулярные, умеренные, безболезненные. Две беременности, один медицинский аборт, одни роды через естественные родовые пути, нарушение менструального цикла, эндометриоз, миома матки малых размеров. Получала гормонозаместительную терапию дюфастоном в течение 2 мес, на момент обращения препарат отменён лечащим врачом-гинекологом. Эпидемиологический анамнез: туберкулёз, венерические и инфекционные заболевания, гепатит, ВИЧ, COVID отрицает; гемотрансфузии отрицает. Длительный стаж курения, ИКЧ (индекс курящего человека) более 20 пачка/лет. Страховой анамнез: на листе нетрудоспособности не находится. Профессиональный анамнез: в течение последних 6 лет по настоящее время — офисная работа с преобладанием положения сидя, до того характер работы был связан с нерегулярными умеренными физическими нагрузками (подъём и перемещение тяжестей до 15–20 кг).

По данным объективного осмотра на момент обращения определяется избыточная масса тела (рост 168 см, масса тела 78 кг, ИМТ=27,64 кг/м²), нормостеническое телосложение с тенденцией к абдоминальному отложению жировой ткани. Состояние удовлетворительное. Кожный покров и видимая слизистая оболочка чистые, физиологической окраски. Периферические лимфатические узлы не увеличены, доступные группы безболезненны при пальпации. Молочные железы

развиты правильно, соски чистые. В легких везикулярное дыхание, патологических дыхательных шумов не выявлено, ЧДД 16/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, частота сердечных сокращений 72/мин. Пульс на периферических артериях удовлетворительного наполнения и напряжения, ритмичный. АД 120/80 мм рт. ст. Живот слегка увеличен в объеме за счёт подкожно-жировой клетчатки, мягкий, безболезненный при пальпации. Физиологические отправления в норме. Периферических отёков нет.

В ходе обследования у данной пациентки были выявлены соматические дисфункции (СД) регионального и локального уровня. Полностью результаты остеопатической диагностики представлены в табл. 1.

Таблица 1

Остеопатическое заключение при первичном обращении пациентки

Table 1

Osteopathic conclusion at the initial visit of the patient

Уровень/Нарушение	Биомеханическое 1бл / 2 бл / 3бл	Ритмогенное 1 бл / 2бл / 3бл	Нейродинамическое 1 бл / 2бл / 3бл		
Глобальный	1 2 3	Краниал. 1 2 3 Кардиал. 1 2 3 Дыхательн. 1 2 3	ПВС: 1 2 3 Постурал. 1 2 3		
Региональный	Регион:	сома	висцера	BC	CB
	Головы	1 2 3		Cr	1 2 3
	Шеи	1 2 3	1 2 3	C _{I-III}	1 2 3 1 2 3
	Верх. конечн.	1 2 3		C _{IV-VI}	1 2 3 1 2 3
	Грудной	1 2 3	1 2 3	C _{VII} -Th _I	1 2 3 1 2 3
	Поясничный	1 2 3	1 2 3	Th _{II} -Th _V	1 2 3 1 2 3
	Таза	1 2 3	1 2 3	Th _{VI} -Th _{IX}	1 2 3 1 2 3
	Нижн. конечн.	1 2 3		Th _X -L _I	1 2 3 1 2 3
	ТМО		1 2 3	L _{II} -L _V	1 2 3 1 2 3
Локальный	Указываются отдельные соматические дисфункции (хронические): правого голеностопного сустава				
Доминирующая соматическая дисфункция: Соматическая дисфункция грудного региона, структуральная составляющая.					

При заполнении остеопатического заключения и выделении доминирующей СД врач ориентируется на принцип иерархии, когда глобальные нарушения преобладают над региональными, а региональные над локальными. В случае нескольких СД глобального или регионального уровня доминирующей, как правило, определяется дисфункция, максимальная по степени выраженности в баллах [24, 25]. В рассматриваемом клиническом случае определение доминирующей СД проводили согласно этому правилу. Глобальных СД у пациентки выявлено не было. Среди региональных одна имела степень выраженности 2 балла (грудной регион, структуральная составляющая), две другие — по 1 баллу (регион шеи, структуральная составляющая, и регион таза, висцеральная составляющая). Доминирование СД грудного региона (структуральная и висцеральная составляющие) обусловлено не только наличием в нем отдельных функциональных патологий, но и нарушением гидродинамической составляющей с изменением проведения эндогенных ритмов, а также значимым ограничением объема активных и пассивных движений.

О доминирующей региональной нейродинамической дисфункции правомочно говорить в том случае, когда выявлено изменение состояния тканей тела, связанное с раздражением одного или нескольких звеньев рефлекторной дуги. Региональное нейродинамическое нарушение может проявляться соматосоматическими, соматовисцеральными, висцеросоматическими или висцеровисцеральными дисфункциями. При сравнительно небольшой давности заболевания у данной пациентки уместно было бы расценивать её состояние именно как эту разновидность СД. Однако принято считать, что данный вид СД является условно «острым» и развивается в срок до 28–30 дней от какого-либо повреждения, вызвавшего раздражение рефлекторной дуги, после чего происходит постепенная «соматизация» проявлений дисфункции на региональном уровне с преобладанием структурального либо висцерального компонента [24, 25]. Поскольку длительность клинических проявлений в рассматриваемом случае измеряется годами, говорить о региональном нейродинамическом нарушении не представляется возможным.

Хронические локальные СД либо являются следствием адаптации, либо самостоятельно существующими, не оказывая влияния на характеристики региона в целом. Уместно упомянуть, что СД — это потенциально обратимое изменение структурно-функционального состояния тканей тела человека, характеризующееся нарушением подвижности, микроциркуляции, выработки и передачи эндогенных ритмов и нервной регуляции, а длительно существующая и/или значительно выраженная СД может привести к структурным изменениям тканей и органов и необратимым изменениям [26]. Согласно клиническим наблюдениям, функциональное билиарное расстройство в течение нескольких лет трансформируется в органическую патологию желчевыводящих путей по следующему «сценарию»: аномалии развития желчного пузыря—билиарные дисфункции—хронический бескаменный холецистит—билиарный сладж—желчнокаменная болезнь—холецистэктомия—последствия холецистэктомии [27, 28].

Тактика ведения пациентки была индивидуальна и основывалась на результатах остеопатической диагностики. В ходе работы использовали следующие техники и подходы: артикуляционные и техники сбалансированного лигаментозного натяжения для коррекции СД шейного и грудного регионов, артикуляционная коррекция дисфункций позвоночно-двигательных сегментов C_{0-1} , $C_{VI}-Th_I$, артикуляционная коррекция дисфункции правого голеностопного сустава, мышечно-энергетическая коррекция СД грудобрюшной диафрагмы (техника «треугольников»), техники «уравновешивания» печени и желчного пузыря, мобилизация висцеральных масс нижнего этажа брюшной полости, нормализация гидродинамической составляющей регионов за счет использования техник осцилляции и синхронизации работы диафрагм, «уравновешивание» краниосакральной системы. Всего пациентке было проведено три сеанса остеопатической коррекции с интервалом в 14 дней. Уже после первого сеанса пациентка отметила улучшение общего самочувствия, уменьшение выраженности болевого синдрома, отсутствие дискомфорта во время ходьбы и при изменении положения тела в пространстве, а к концу лечения жалоб активно не предъявляла.

С учетом того, что пациентка обратилась на прием с жалобами на выраженный болевой синдром, ей было предложено оценить степень боли по визуально-аналоговой шкале (ВАШ). Диапазон оценок по данной шкале составляет от 0 до 100, более высокий балл указывает на большую интенсивность боли. Рекомендована следующая классификация: нет боли — 0–4 балла, слабая боль — 5–44 балла, умеренная боль — 45–74 балла, сильная боль — 75–100 баллов [29]. До начала лечения пациентка оценила выраженность болевого синдрома на 65 баллов, что соответствовало критериям умеренной боли. После завершения терапии — в 3 балла, что соответствовало отсутствию боли.

Динамика СД у данной пациентки на фоне проводимого лечения отражена в табл. 2. Отмечено уменьшение числа и степени выраженности в баллах ранее выявленных региональных СД. Стоит отметить, что при этом отмечается некоторое увеличение числа локальных СД, что, вероятно, обусловлено устранением более выраженных и «значимых» региональных биомеханических нару-

Таблица 2

Остеопатическое заключение после завершения курса остеопатической коррекции

Table 2

Osteopathic conclusion after completion of the osteopathic correction course

Уровень/Нарушение	Биомеханическое 16л / 26л / 36л	Ритмогенное 16л / 26л / 36л	Нейродинамическое 16л / 26л / 36л		
Глобальный	1 2 3	Краниал. 1 2 3 Кардиал. 1 2 3 Дыхательн. 1 2 3	ПВС: 1 2 3 Постурал. 1 2 3		
Региональный	Регион:	сoma	висцера	BC	CB
	Головы	1 2 3		Cr	1 2 3
	Шеи	1 2 3	1 2 3	C _{I-III}	1 2 3 1 2 3
	Верх. конечн.	1 2 3		C _{IV-VI}	1 2 3 1 2 3
	Грудной	1 2 3	1 2 3	C _{VII} -Th _I	1 2 3 1 2 3
	Поясничный	1 2 3	1 2 3	Th _{II} -Th _V	1 2 3 1 2 3
	Таза	1 2 3	1 2 3	Th _{VI} -Th _{IX}	1 2 3 1 2 3
	Нижн. конечн.	1 2 3		Th _X -L _I	1 2 3 1 2 3
	ТМО		1 2 3	L _{II} -L _V	1 2 3 1 2 3
Локальный	Указываются отдельные соматические дисфункции (хронические): C ₀ -C _I , C _{VI} -Th _I , матки, правого голеностопного сустава				
Доминирующая соматическая дисфункция: Соматическая дисфункция грудного региона (структуральная составляющая).					

шений. Также пациентке были даны рекомендации по образу жизни (отказ от курения, контроль артериального давления и частоты сердечных сокращений, коррекция массы тела, нормализация липидного спектра и снижение риска сердечно-сосудистых заболеваний, достаточная двигательная активность, диета 5+10).

Выбор техник и принципов коррекции на каждом остеопатическом сеансе обусловлен верификацией доминирующей СД. Дополнительное использование опросника (ВАШ) позволило объективизировать результаты работы врача-osteopata.

Заключение

В условиях развития современной медицины, когда происходит интеграция различных медицинских специальностей, целесообразно учитывать наличие заболеваний позвоночника в случаях атипичного течения висцеральной патологии и недостаточной эффективности проводимого лечения. Здесь уместно напомнить пожелание F. de Seez, советовавшего «не забывать о позвоночнике, когда мы находимся перед страдающим животом без видимой на то причины» (цит. по [30]).

Важным с нашей точки зрения является тот факт, что в результате нарушения адаптационных процессов и процессов компенсации (при дезадаптации и декомпенсации) в организме соматическая дисфункция может вызвать клинические проявления, не совпадающие с ней по локализации. Соответственно, врачам смежных специальностей при дифференциально-диагностическом поиске предлагается учитывать возможности остеопатии как метода диагностики и включить диагностику соматических дисфункций в алгоритм обследования пациентов с дискинезией желчного пузыря.

Вопрос изолированного применения немедикаментозных методов, в частности патогенетически обоснованной остеопатической коррекции, в терапии пациентов с дискинезией желчного пузыря, равно как и анализ возможности их сочетания с медикаментозными способами лечения, является актуальным и требует дальнейшего изучения.

Вклад автора:

Ю. Н. Панасейко — обзор публикаций по теме статьи, сбор и анализ материалов, написание и редактирование текста статьи

Author contribution:

Yulia N. Panaseiko — literature review, data collection and results analysis, writing and editing the manuscript

Литература/References

1. Rose J., Fields R., Strasberg S. Poor reproducibility of gallbladder ejection fraction by biliary scintigraphy for diagnosis of biliary dyskinesia. *J. Amer. College Surg.* 2018; 226 (2): 155159. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2017.10.025>
2. Wilkins T., Agabin E., Varghese J., Talukder A. Gallbladder dysfunction: cholecystitis, choledocholithiasis, cholangitis, and biliary dyskinesia. *Primary Care: Clin. Office Pract.* 2017; 44 (4): 575–597. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2017.07.002>
3. Свистунов А.А., Буторова Л.И., Осадчук М.А., Киреева Н.В., Токмулина Г.М., Ардатская М.Д. Синдром билиарной боли в свете Римских критериев IV: рациональный подход к выбору спазмолитической терапии в клинической практике. *Доказательная гастроэнтерол.* 2018; 7 (2): 59–69.
[Svistunov A.A., Butorova L.I., Osadchuk M.A., Kireeva N.V., Tokmulina G.M., Ardatskaya M.D. The biliary pain syndrome in the context of Rome IV criteria: the rational approach to the choice of spasmolytic therapy in the clinical practice. *Russ. J. Evidence-Based Gastroenterol.* 2018; 7 (2): 59–69 (in russ.)]. <https://doi.org/10.17116/dokgastro20187259>
4. Ильченко А.А. Болезни желчного пузыря и желчных путей: Рук. для врачей. М.: Мед. информ. агентство; 2011; 880 с.
[Ilchenko A.A. Diseases of the gall bladder and biliary tracts: Guidance for doctors. M.: Med. Inform. Agentstvo; 2011; 880 p. (in russ.)].
5. Трухан Д.И., Викторова И.А., Лялюкова Е.А. Болезни желчного пузыря и желчевыводящих путей. СПб.: СпецЛит; 2011; 127 с.
[Trukhan D.I., Viktorova I.A., Lyalyukova E.A. Diseases of the gall bladder and biliary tracts. St. Petersburg: SpetsLit; 2011; 127 p. (in russ.)].
6. Трухан Д.И., Филимонов С.Н., Тарасова Л.В. Клиника, диагностика и лечение основных заболеваний желчного пузыря и желчевыводящих путей. Новокузнецк: Полиграфист; 2013; 111 с.
[Trukhan D.I., Filimonov S.N., Tarasova L.V. Clinical pattern, diagnostics and therapy of major diseases of the gall bladder and bile-excreting tracts. Novokuznetsk: Polygraphist; 2013; 111 p. (in russ.)].
7. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Шулпекова Ю.О., Баранская Е.К., Охлобыстин А.В., Трухманов А.С., Лапина Т.Л., Шептулин А.А. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению дискинезии желчевыводящих путей. *Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.* 2018; 28 (3): 63–80.
[Ivashkin V.T., Mayev I.V., Shulpekova Yu.O., Baranskaya Y.K., Okhlobystin A.V., Trukhmanov A.S., Lapina T.L., Sheptulin A.A. Diagnostics and treatment of biliary dyskinesia: clinical guidelines of the Russian gastroenterological Association. *Russ. J. Gastroenterol. Hepatol. Coloproctol.* 2018; 28 (3): 63–80 (in russ.)]. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2018-28-3-63-80>
8. Petersen B.T. An evidence-based review of sphincter of Oddi dysfunction: part I, presentations with «objective, biliary findings (types I and II). *Gastrointest Endosc.* 2004; 59 (4): 525–534. [https://doi.org/10.1016/s0016-5107\(04\)00012-4](https://doi.org/10.1016/s0016-5107(04)00012-4)
9. Drossman D. Functional gastrointestinal disorders: history, pathophysiology, clinical features, and Rome IV. *Gastroenterology.* 2016; 150 (6): 1262–1279. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2016.02.032>
10. Whkns T., Agabin E., Varghese J., Talukder A. Gallbladder Dysfunction: Cholecystitis, Choledocholithiasis, Cholangitis, and Biliary Dyskinesia. *Prim. Care.* 2017; 44 (4): 575–597. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2017.07.002>
11. Фирсова В.Г., Паршиков В.В., Кукош М.В., Градусов В.П., Ротков А.И., Теремов С.А., Артифесова А.А., Потехина Ю.П. Желчнокаменная болезнь: возможности дифференцированного подхода к лечению и нерешенные вопросы. *Мед. альманах.* 2011; 2 (15): 78–82.
[Firsova V.G., Parshikov V.V., Kukosh M.V., Gradusov V.P., Rotkov A.I., Teremov S.A., Artifeksova A.A., Potekhina Yu.P. Choledocholithiasis: Possibilities of differentiated approach to its treatment and open issues. *Med. Almanac.* 2011; 2 (15): 78–82 (in russ.)].
12. Фирсова В.Г., Паршиков В.В., Градусов В.П., Артифесова А.А., Потехина Ю.П. Опыт применения ультразвукового исследования в дифференциальной диагностике сложных случаев неотложной хирургии (мезентериального тромбоза и деструктивного панкреатита). *Современные технологии в медицине.* 2011; (4): 102–106.
[Firsova V.G., Parshikov V.V., Gradusov V.P., Artifeksova A.A., Potekhina Yu.P. The experience of using ultrasound in differential diagnostics of difficult cases of urgent surgery (mesenteric thrombosis and destructive pancreatitis). *Modern technol. Med.* 2011; (4): 102–106 (in russ.)].

13. Маев И. В., Андреев Д. Н., Дичева Д. Т., Бектемирова Л. Г. Синдром желтухи в клинической практике. М.: Прима принт; 2017; 48 с.
[Maev I. V., Andreev D. N., Dicheva D. T., Bektemirova L. G. Jaundice syndrome in clinical practice. M.: Prima print; 2017; 48 p. (in russ.)].
14. Мишушкин О. Н., Масловский Л. В. Диагностика и лечение функциональных расстройств билиарного тракта. Рус. мед. журн. 2010; 18 (5): 272–283.
[Minushkin O. N., Maslovsky L. V. Diagnostics and treatment of functional disorders of the biliary tract. Russ. med. J. 2010; 18 (5): 272–283 (in russ.)].
15. Проскурин В. В. Мануальная терапия висцеральных проявлений остеохондроза позвоночника. М.: Издательство Российского университета дружбы народов; 1993; 148 с.
[Proskurin V. V. Manual therapy of visceral manifestations of spinal osteochondrosis. M.: Publishing House of the Peoples' Friendship University of Russia; 1993; 148 p. (in russ.)].
16. Висцеральные проявления остеохондроза позвоночника. Ссылка активна на 12.09.2021
[Visceral manifestations of spinal osteochondrosis. Accessed in September 12, 2021 (in russ.)]. <http://www.injan.ru/ru/center/vistsero.html>
17. Тюрина Е. В., Болотнова Т. В., Скрябин Е. Г. Клинические особенности билиарной дисфункции у пациентов с патологией шейного отдела. Тюменский мед. журн. 2014; 16 (2): 35–36.
[Tyurina E. V., Bolotnova T. V., Skryabin E. G. Clinical features of biliary dysfunction in patients with cervical pathology. Tyumen med. J. 2014; 16 (2): 35–36 (in russ.)].
18. Скрябин Е. Г., Тюрина Е. В., Суровцева В. Ю., Цыганкова Ю. А., Болотнова Т. В. Вертеброгенно обусловленные дискинезии желчевыводящих путей у детей и подростков в практике семейного врача. Кубанский науч. мед. вестн. 2011; 5 (128): 157–160.
[Skryabin E. G., Tyurina E. V., Surovtseva V. Yu., Tsygankova Yu. A., Bolotnova T. V. Vertebrogenic bilious dyskinesia at children and adolescents in general practice. Kuban Sci. med. Bull. 2011; 5 (128): 157–160 (in russ.)].
19. Болотнова Т. В., Решетникова Ю. С., Скрябин Е. Г., Тюрина Е. В. Анатомо-физиологические предпосылки, механизмы формирования и особенности клинических проявлений вертеброгенных висцеропатий. Вестн. новых мед. технологий. 2010; 17 (4): 24–26.
[Bolotnova T. V., Reshetnikova Yu. S., Skryabin E. G., Tyurina E. V. Anatomico-physiological preconditions, mechanism formations and features of clinical displays of vertebral some diseases. J. New med. Technol. 2010; 17 (4): 24–26 (in russ.)].
20. Тюрина Е. В. Взаимосвязь билиарной дисфункции и заболеваний шейного отдела позвоночника. Тюменский мед. журн. 2013; 15 (2): 24–28.
[Tyurina E. V. The relationship between biliary dysfunction and diseases of the cervical spine. Tyumen med. J. 2013; 15 (2): 24–28 (in russ.)].
21. Берсенева В. А. Шейные спинномозговые узлы. М.: Медицина; 1980; 210 с.
[Bersenev V. A. Cervical spinal nodes. M.: Medicine; 1980; 210 p. (in russ.)].
22. Ситель А. Б. Мануальная медицина. М.: Медицина; 1993; 223 с.
[Sitel A. B. Manual medicine. M.: Medicine; 1993; 223 p. (in russ.)].
23. Скрябин Е. Г., Юхнова О. М., Волкова А. В. Способ диагностики вертеброгенно обусловленных дискинезий желчевыводящих путей у детей и подростков: Патент РФ № 2150887/20.06.2000
[Skryabin E. G., Yukhnova O. M., Volkova A. V. Method for the diagnosis of vertebrogenic caused biliary dyskinesias in children and adolescents: Patent RF for invention № 2150887/20.06.2000 (in russ.)]. https://www1.fips.ru/registers-doc-view/fips_servlet?DB=RUPAT&DocNumber=2150887&TypeFile=html
24. Мохов Д. Е., Аптекарь И. А., Белаш В. О., Литвинов И. А., Могельницкий А. С., Потехина Ю. П., Тарасов Н. А., Тарасова В. В., Трегубова Е. С., Устинов А. В. Основы остеопатии: Учеб. для ординаторов. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2020; 400 с.
[Mokhov D. E., Aptekar I. A., Belash V. O., Litvinov I. A., Mogelnitsky A. S., Potekhina Yu. P., Tarasov N. A., Tarasova V. V., Tregubova E. S., Ustinov A. V. The basics of osteopathy: A textbook for residents. M.: GEOTAR-Media; 2020; 400 p. (in russ.)].
25. Мохов Д. Е., Белаш В. О. Методология клинического остеопатического обследования: Учеб. пособие. СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова; 2019; 80 с.
[Mokhov D. E., Belash V. O. Methodology of clinical osteopathic examination: Study guide. St. Petersburg: Izd-vo SZGMU im. I. I. Mechnikova; 2019; 80 p. (in russ.)].
26. Мохов Д. Е., Трегубова Е. С., Потехина Ю. П. Остеопатия и ее восстановительный потенциал. СПб.: Невский ракурс; 2020; 200 с.
[Mokhov D. E., Tregubova E. S., Potekhina Yu. P. Osteopathy and its regenerative potential. St. Petersburg: Nevsky rakurs; 2020; 200 p.].
27. Махов В. М., Ромасенко Л. В., Турко Т. В. Коморбидность дисфункциональных расстройств органов пищеварения. Рус. мед. журн. Болезни органов пищеварения. 2007; (2): 37–42.

- [Makhov V. M., Romasenko L. V., Turko T. V. Comorbidity of dysfunctional disorders of the digestive system. Russ. med. J. Diseases of the digestive system. 2007; (2): 37–42 (in russ.)].
28. Marschall H. U., Einarsson C. Gallstone disease. J. Intern. Med. 2007; 261 (6): 529–542. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2796.2007.01783.x>
29. Scott J., Huskisson E. C. Graphic representation of pain. Pain. 1976; 2 (2): 175–184. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(76\)90113-5](https://doi.org/10.1016/0304-3959(76)90113-5)
30. Романова В. М. Роль вегетативных структур и позвоночника в формировании различных заболеваний. Вертеброневрология. 1998; 5 (1): 84–89.
[Romanova V. M. The role of vegetative structures and the spine in the formation of various diseases. Vertebroneurology. 1998; 5 (1): 84–89 (in russ.)].

Сведения об авторе:

Юлия Николаевна Панасейко,
Институт остеопатии (Санкт-Петербург),
старший преподаватель;
Медицинская клиника ООО «Институт остеопатии
Мохова» (Санкт-Петербург), врач-остеопат

Information about author:

Yulia N. Panaseiko,
Institute of Osteopathy (Saint-Petersburg),
senior lecturer;
Medical Clinics LLC «Mokhov Institute of Osteopathy»
(Saint-Petersburg), osteopathic physician