

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОСТЕОПАТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ В САНАТОРНО-КУРОРТНЫХ УСЛОВИЯХ

А.Д. Бучнов¹, В.В. Матвиенко^{1,2,5}, В.Е. Юдин^{2,5}, А.А. Будко^{2,5}, К.А. Цоллер⁴, Л.В. Богачева⁴.

¹ АНО «Институт остеопатии», г. Москва, Россия

² Медицинский институт непрерывного образования ФГБОУ ВО «Российский биотехнологический университет (РОСБИОТЕХ)», г. Москва, Россия

³ ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов», г. Санкт-Петербург, Россия

⁴ ЗАО «Клиника "Кивач"», Республика Карелия, Россия

⁵ Филиал №2 ФГБУ «НМИЦ ВМТ им. А.А. Вишневецкого» Минобороны РФ, г. Москва, Россия

АННОТАЦИЯ

Введение. Актуальность проблемы лечения пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени диктует необходимость поиска новых подходов к лечению данной категории больных.

Цель. Оценка эффективности сочетанного применения санаторно-курортного и остеопатического методов лечения пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени в санаторно-курортных условиях.

Задачи исследования.

1. Изучить динамику жалоб на состояние здоровья пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени на фоне лечения.
2. Исследовать изменения биохимических показателей крови (АлАТ, АсАТ, ГГТ) у пациентов до и после лечения.
3. Провести оценку остеопатического статуса у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени.
4. По данным показателей опросника качества жизни SF-36 оценить эффективность лечения пациентов.

Материалы и методы. На базе ФГБУ ДПО СПбИУВЭК и ЗАО «Клиника "Кивач"» (Республика Карелия) обследовано 24 пациента разного пола в возрасте около $36,4 \pm 3,6$ лет, проходивших программу «Общего оздоровления — 14 дней» при санатории клиники в связи с неалкогольной жировой болезнью печени. При заезде в санаторий у всех пациентов рассчитывался индекс массы тела (ИМТ), проводилось УЗИ органов брюшной полости и обследование на наличие маркеров гепатитов В и С; оценивалось общее состояние здоровья, контролировались биохимические показатели крови (печеночные ферменты: аланинаминотрансфераза (АлАТ), аспартатаминотрансфераза (АсАТ) и γ -глутамил-транспептидаза (ГГТ) до лечения, сразу после курса лечения в санатории и через 3 мес (по месту жительства). Исследование качества жизни пациентов проводилось с использованием опросника SF-36 [1]. Остеопатическое обследование включало оценку состояния мышечно-скелетной, краниосакральной и висцеральной систем по общепринятым схемам и осуществлялась дифференцированно в зависимости от найденных биомеханических нарушений [2]. Остеопатическое лечение пациентов ОГ проводилось в течение 40 минут 2 раза в неделю.

Результаты. Выявлена высокая эффективность сочетанного применения санаторно-курортного и остеопатического методов лечения пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени в санаторно-курортных условиях. Выводы. После курса сочетанного лечения пациентов в санатории отмечается существенное улучшение показателей субъективного состояния (жалобы на состояние здоровья), нормализация биохимических (печеночных) показателей крови и остеопатического статуса. Через 3 мес после лечения пациентов благоприятные изменения указанных показателей более выражены. Об эффективности проведенного лечения пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени в санаторно-курортных условиях свидетельствует положительная динамика показателей физического и психологического компонентов здоровья качества жизни по опроснику SF-36.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: остеопатия, санаторно-курортное лечение, неалкогольная жировая болезнь печени, качество жизни, остеопатическое лечение, остеопатический статус.

КОРРЕСПОНДЕНЦИЯ: Матвиенко Виктор Викторович, e-mail: matvv1@gmail.com

ДЛЯ ЦИТИРОВАНИЯ: Бучнов А.Д., Матвиенко В.В., Юдин В.Е., Будко А.А. и др. Эффективность остеопатического лечения пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени в санаторно-курортных условиях // Вестник Медицинского института непрерывного образования. — 2023. — Т. 3, № 3. — С. 58–62. — DOI 10.36107/2782-1714_2023-3-3-58-62.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ: Авторы заявляют об отсутствии финансирования при проведении исследования.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ: Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

EFFICACY OF OSTEOPATHIC TREATMENT OF PATIENTS WITH NON-ALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE IN SANATORIUM AND RESORT CONDITIONS

A.D. Buchnov¹, V.V. Matvienko^{1,2,5}, V.E. Yudin^{2,5}, A.A. Budko^{2,5}, K.A. Zoller⁴, L.V. Bogacheva⁴.

¹ Institute of Osteopathy, Moscow, Russia

² Medical Institute of Continuing Education of Russian Biotechnological University (ROSBIOTECH), Moscow, Russia

³ St. Petersburg Institute for Advanced Training of Medical Examiners, St. Petersburg, Russia

⁴ Clinic "Kivach", Republic of Karelia, Russia

⁵ Branch No. 2 of "National Medical Research Center for High Medical Technologies, Central Military Clinical Hospital named after A.A. Vishnevsky" of the Ministry of Defense of the Russian Federation, Moscow, Russia

ABSTRACT

Background. The relevance of the problem of treating patients with non-alcoholic fatty liver disease dictates the need to find new approaches to such patients' treatment.

Purpose. Evaluation of the effectiveness of the combined use of sanatorium-resort and osteopathic methods of treating patients with non-alcoholic fatty liver disease in sanatorium-resort conditions.

Research objectives.

1. To study the dynamics of health complaints patients with non-alcoholic fatty liver disease during the treatment.
2. Investigate the changes in blood biochemical parameters (ALT, AST, GGT) in patients before and after the treatment.
3. To assess the osteopathic status in patients with non-alcoholic fatty liver disease.
4. To evaluate the effectiveness of the patient treatment according to the SF-36 quality-of-life questionnaire.

Materials and methods. On the basis of St. Petersburg Institute for Advanced Training of Medical Examiners and Clinic "Kivach" (Republic of Karelia), 24 patients of different sexes aged about 36.4±3.6 years who were undergoing the program "General rehabilitation — 14 days" at the clinic's sanatorium due to non-alcoholic fatty liver disease were examined. Upon arrival at the sanatorium, all patients had their body mass index (BMI) calculated, ultrasound of the abdominal organs and examination for hepatitis B and C markers were performed; the general health condition was assessed, biochemical blood parameters were monitored (liver enzymes: alanine aminotransferase (ALT), aspartate aminotransferase (AST) and γ-glutamyl transpeptidase (GGT) before the treatment, immediately after the treatment in the sanatorium and after 3 months (at the place of residence). The patients' life quality was investigated with the SF-36 questionnaire [1]. The osteopathic examination included an assessment of musculoskeletal, craniosacral and visceral systems according to the generally accepted schemes and was carried out differentially depending on the biomechanical disorders found [2]. The osteopathic treatment of the patients was carried out for 40 minutes 2 times a week.

Results. The high efficiency of the combined use of sanatorium-resort and osteopathic methods of treating patients with non-alcoholic fatty liver disease in sanatorium-resort conditions was identified.

Conclusions. After the course of the combined treatment of the patients in the sanatorium, there is a significant improvement of subjective state indicators (health complaints), normalization of biochemical (liver) blood parameters and osteopathic status. In 3 months after the treatment of the patients, favorable changes in the above-mentioned indicators are more expressed. The effectiveness of the treatment of the patients with non-alcoholic fatty liver disease in sanatorium-resort conditions is confirmed by the positive dynamics of the indicators of physical and psychological components of the health quality of life according to the SF-36 questionnaire.

KEYWORDS: osteopathy, sanatorium treatment, non-alcoholic fatty liver disease, quality of life, osteopathic treatment, osteopathic status

CORRESPONDENCE: Viktor Viktorovich Matvienko, e-mail: matvv1@gmail.com

FOR CITATIONS: Buchnov A.D., V.V. Matvienko VV, Yudin V.E., Budko A.A. [et al.] The effectiveness of osteopathic treatment of patients with non-alcoholic fatty liver disease in sanatorium and resort conditions. // Bulletin of the Medical Institute of Continuing Education. — 2023. — V. 3, No. 3. — S. 58–62. — DOI 10.36107/2782-1714_2023-3-3-58-62.

FUNDING SOURCE: The authors declare no funding for the study.

DECLARATION OF COMPETING INTEREST: The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

ВВЕДЕНИЕ

Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) (синонимы: «жирная» печень, «жировая» печень, жировая дистрофия печени, жировая дегенерация печени, стеатоз печени) является распространенным хроническим заболеванием. В соответствии с МКБ-10 (код K76.0) она включает две основные морфологические формы заболевания: неалкогольный жировой гепатоз/стеатоз (НАЖГ) и неалкогольный стеатогепатит (НАСГ) [3, 4, 5]. НАЖБП тесно ассоциирована с ожирением, особенно абдоминальным, и метаболическим синдромом (МС), что значительно повышает кардиометаболический риск и отражается на заболеваемости, прогнозе и продолжительности жизни больных. Это патологическое состояние, характеризующееся избыточным отложением жира в ткани печени (гепатоцитах). Важным критерием, позволяющим отличить НАЖБП от алкогольной болезни печени (АБП), служит отсутствие употребления пациентами алкоголя в гепатотоксичных дозах, т.е. более 40 г чистого этанола в сутки для мужчин и более 20 г для женщин [6, 7]. Распространенность неалкогольного стеатоза печени у жителей экономически развитых стран мира составляет в среднем 20–35 %, неалкогольного стеатогепатита — 3 %. В США стеатоз печени имеют 34% взрослого населения, в Японии — 29 % [8, 9]. В России по данным скрининговой программы по выявлению распространенности НАЖБП и ее клинических форм, проведенной в 2007 г. и охватившей 30754 человек, НАЖБП выявлена у 27 % обследованных, причем 80,3 % из них имели стеатоз, 16,8 % — стеатогепатит и 2,9 % — цирроз печени [10]. Ведущими факторами риска НАЖБП у населения России оказались метаболический синдром (МС), частота которого у пациентов с НАЖБП составила 31,8 % против 5,8 % у лиц без НАЖБП, а также его компоненты: абдоминальное ожирение (56,2 % против 28,4 %), гипертриглицеридемия (47 % против 11,5 %), гипергликемия (20,7 % против 3,8 %), СД 2 типа (23,1 % против 3,7 %) и артериальная гипертензия (69,9 % против 31,4 %) [11]. НАЖБП выявляется во всех возрастных группах населения, включая детей, но чаще (в 60–75 % случаев) встречается у женщин в возрасте 40–50 лет с различными метаболическими нарушениями [12].

Цели исследования

Целями лечения НАЖГ являются: остановка прогрессирования стеатоза печени; предупреждение развития неалкогольного стеатогепатита; предупреждение перехода неалкогольного стеатогепатита в цирроз печени и гепатоцеллюлярную карциному. По данным исследований при сочетании физических нагрузок с рациональным питанием наиболее значимо улучшаются показатели биохимических показателей и гистологических изменений при НАЖБП [13, 14, 15].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На базе ФГБУ ДПО СПбИУВЭК и ЗАО «Клини-

ка "Кивач"» (Карелия) обследовано 24 пациента разного пола в возрасте около $36,4 \pm 3,6$ лет, проходивших программу «Общего оздоровления — 14 дней» при санатории клиники в связи неалкогольной жировой болезнью печени. Из их числа были выделены пациенты контрольной группы (КГ, $n=12$ чел.) и основной группы (ОГ, $n=12$). Лица КГ в соответствии с программой лечения получали диетотерапию и физические нагрузки (ЛФК). Пациентам ОГ наряду с указанной санаторной программой проводилось остеопатическое лечение. При заезде в санаторий у всех пациентов рассчитывался индекс массы тела (ИМТ), проводилось УЗИ органов брюшной полости и обследование на наличие маркеров гепатитов В и С; оценивалось общее состояние здоровья, контролировались биохимические показатели крови (печеночные ферменты: аланинаминотрансфераза (АлАТ), аспаратаминотрансфераза (АсАТ) и γ -глутамилтранспептидаза (ГГТ) до лечения, сразу после курса лечения в санатории и через 3 мес (по месту жительства). Исследование качества жизни пациентов проводилось с использованием опросника SF-36 [1]. Остеопатическое обследование включало оценку состояния мышечно-скелетной, краниосакральной и висцеральной систем по общепринятым схемам и осуществлялась дифференцированно в зависимости от найденных биомеханических нарушений [2]. Остеопатическое лечение пациентов ОГ проводилось в течение 40 мин 2 раза в неделю. Экспериментальные материалы, полученные в ходе настоящего исследования, подвергались математико-статистической обработке на ПЭВМ с помощью пакетов прикладных программ «Statistica 6.0». Применялись: непараметрические (критерий Вилкоксона) методы оценки достоверности различий по t-критерию Стьюдента с целью выявления информативности в динамике изучаемых показателей до и после лечения у пациентов исследуемых групп.

Критерии включения в основную группу: пациенты молодого возраста (мужчины и женщины) с ИМТ не более 40 кг/м^2 , уровнем АлАТ — не более 80 МЕ/л, АсАТ — не более 60 МЕ/л, ГГТ — не более 60 Ед/л, имеющие по УЗИ заключение «жировой гепатоз (жировая инфильтрация печени)».

Критерии исключения: возраст пациентов — старше 45 лет, уровень АлАТ — более 80 МЕ/л, АсАТ — более 60 МЕ/л, ГГТ — более 60 Ед/л, наличие маркеров гепатита В и С, ИМТ — более 40 кг/м^2 .

Основой лечения пациентов в рамках программы «Общее оздоровление — 14 дней» в обеих группах являлись: ежедневная физическая нагрузка (ЛФК и скандинавская ходьба продолжительностью 30 мин) и диетотерапия с соблюдением принципов раздельного питания с ограничением жиров до 30 % от общей энергетической ценности пищи, исключением простых углеводов, уменьшением потребления продуктов с высоким содержанием холестерина — исключение субпродуктов (печени, почек), икры, яичного желтка, сырокопченых колбас, жирных сортов мясных и мо-

лочных продуктов, уменьшением потребления красного мяса, предпочтение отдавалось рыбе, исключением газированных подслащенных напитков, а также сладких фруктовых соков.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

У обследованных пациентов при поступлении в санаторий наиболее часто встречались жалобы на психоэмоциональные нарушения, склонность к ожирению и отрыжку (в 90–100 % случаев), чувство тяжести в правом подреберье, правостороннюю цервикалгию (в 54 % случаев) и боль в правом подреберье (в 25 % случаев). По результатам остеопатической диагностики наиболее часто встречались остеопатические признаки соматических дисфункций печени (в 95 % случаев), дисфункций грудной диафрагмы (в 80 % случаев) и дисфункций шейных позвонков С3–С4–С5 (в 70 % случаев). По данным биохимических показателей крови количество пациентов со значениями нормы показателей АлАТ, АсАТ и ГГТ составляло лишь 4 %, 70 % и 29 % соответственно. Отмечались крайне низкие значения показателей физического компонента (ФК) и психологического компонента (ПК) здоровья качества жизни — $32,9 \pm 2,5$ балла и $41,2 \pm 3,2$ балла соответственно.

Сразу после курса лечения в ОГ по сравнению с КГ отмечалось более выраженное уменьшение количества лиц с жалобами на психоэмоциональные нарушения (в 1,8 раза; $p < 0,05$), на отрыжку (в 1,3 раза; $p < 0,05$) и правостороннюю цервикалгию (на 19 %; $p < 0,05$).

Через 3 мес после лечения в ОГ по сравнению с КГ наблюдалось более выраженное уменьшение количества лиц с жалобами на психоэмоциональные нарушения (в 11 раз; $p < 0,05$), правостороннюю цервикалгию (в 2,7 раза; $p < 0,05$), чувство тяжести в правом подреберье и отрыжку (в 2–2,5 раза; $p < 0,05$).

После лечения в санатории у пациентов ОГ отмечалось уменьшение частоты встречаемости признаков соматических дисфункций печени (в 9 раз; $p < 0,05$),

шейных позвонков С3–С4–С5 (в 3,9 раза; $p < 0,05$) и грудной диафрагмы (в 2,5 раза; $p < 0,05$), чего не наблюдалось в КГ.

Сразу после курса лечения в санатории у пациентов обеих обследованных групп отмечалось существенное улучшение биохимических показателей крови. Так, количество лиц с нормальными значениями показателей АлАТ, АсАТ и ГГТ составляло 67 %, 92 % и 79 % (вместо 4 %, 70 % и 29 % до лечения) соответственно.

Через 3 мес после лечения в ОГ по сравнению с КГ, наблюдалось большее количество лиц с нормальными значениями показателей АлАТ (в 1,8 раза; $p < 0,05$) и АсАТ (на 21 %; $p < 0,05$).

По результатам проведенных исследований установлено, что через 3 мес после лечения значения показателя ФК здоровья КЖ в ОГ пациентов увеличились в 1,5 раза ($p < 0,05$), показателя ПК здоровья — в 1,4 раза ($p < 0,05$). В те же периоды обследования изменения указанных показателей КЖ в КГ пациентов были не столь выражены, составляя лишь 18–20 %.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Об эффективности проведенного лечения пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени в санаторно-курортных условиях свидетельствует положительная динамика показателей физического и психологического компонентов здоровья качества жизни по опроснику SF-36. Выявлена высокая эффективность сочетанного применения санаторно-курортного и остеопатического методов лечения пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени в санаторно-курортных условиях. Сразу после курса сочетанного лечения пациентов в санатории отмечается существенное улучшение показателей субъективного состояния (жалобы на состояние здоровья), нормализация биохимических (печеночных) показателей крови и остеопатического статуса. Через 3 мес после лечения пациентов благоприятные изменения этих показателей более выражены.

ЛИТЕРАТУРА

- Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине // Изд. дом «Нева». — СПб. — 2002. — 320 с.
- Торстон Лиём. Практика краниальной остеопатии // СПб. — 2008. — 510 с.
- Ивашкин В.Т., Драпкина О.М. Рекомендации по диагностике и лечению неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) // Москва. — 2012. — 12 с.
- Комшилова К.А., Трошина Е.А. Ожирение и неалкогольная жировая болезнь печени: персонализированные подходы коррекции метаболических рисков // Медицинский совет. — 2018. — № 6. — С. 132–136.4.
- Сучкова Е.В. Неалкогольная жировая болезнь печени: клинические и лабораторно-инструментальные особенности функции печени и желчевыводящих путей, эффективность комбинированной терапии // Диссертация доктора медицинских наук. — М. — 2018. — 200 с.
- Буеверов А.О. Хронические заболевания печени. Краткое руководство для практикующих врачей // Издательство «МИА» — 2013. — С. 144. Джон Парсонс, Николас Марсер. Остеопатия (Модели для диагностики, лечения и практики) // СПб. — 2010. — 469 с.
- Никонов Е.Л., Аксенов В.А. Современные подходы к диагностике и лечению неалкогольной жировой болезни печени // Профилактическая медицина. — 2018. — Т. 21. — № 3. — С. 62–69.
- Lazo M., Clark J. The epidemiology of nonalcoholic fatty liver disease: a global perspective // Semin Liver Dis, 2008. — № 28(4). — P. 339–50.

9. Musso G., Gambino R., Cassader M., Musso G. Non-alcoholic fatty liver disease from pathogenesis to management: an update // *Obesity Reviews*, 2010. — № 11(6). — P. 430–45.
10. Драпкина О.М., Смирин В.А., Ивашкин В.Т. Сахарный диабет как фактор риска неалкогольной жировой болезни печени // *Врач*. — 2010. — № 3. — С. 2–4.
11. Маев И.В., Цуканов В.В., Лукичева Э.В. и др. Распространенность, патогенез и принципы лечения неалкогольной жировой болезни печени // *Фарматека*. — 2011. — № 12 (225). — С. 12–15.
12. Stefan N., Kantartzis K., Haring H. Causes and Metabolic Consequences of Fatty Liver // *Endocrine Reviews*, 2008. - № 29(7). — P. 939-60.
13. Adams L., Angulo P. Treatment of non-alcoholic fatty liver disease. // *Postgraduate medical Journal*, 2006. — N. 82. — P. 315-22.
14. Никитин И.Г. Скрининговая программа по выявлению распространенности неалкогольной жировой болезни печени и определению факторов риска развития заболевания // *Российские Медицинские Вести*. — 2010. — № XV(1). — С. 41-6.
15. Павленко О.А. Ожирение как фактор риска неалкогольной жировой болезни печени // *Альманах клинической медицины*. — 2015. — спецвыпуск 1. — С. 60–66.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Бучнов Александр Дмитриевич — доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора АНО «Институт остеопатии», Москва, Россия, ORPSID 9745841, SPIN-код: 7776-2805, AuthorID: 884394.

Матвиенко Виктор Викторович — доктор медицинских наук, профессор кафедры медицинской реабилитации и физических методов лечения с курсами остеопатии и паллиативной медицинской помощи МИНО ФГБОУ ВО «РОСБИОТЕХ»; филиал № 2 ФГБУ «НМИЦ ВМТ им. А.А. Вишневского» Минобороны России, г. Москва, Россия; ORCID 0000-0003-2288-1358, SPIN-код: 7157-6530, AuthorID: 820742.

Юдин Владимир Егорович — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой медицинской реабилитации и физических методов лечения с курсами остеопатии и паллиативной медицинской помощи МИНО ФГБОУ ВО «РОСБИОТЕХ»; филиал № 2 ФГБУ «НМИЦ ВМТ им. А.А. Вишневского» Минобороны России, г. Москва, Россия. ORCID 0000-0002-7677-5342, SPIN-код: 8598-4703, AuthorID: 891195.

Будко Андрей Андреевич — доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры медицинской реабилитации и физических методов лечения с курсами остеопатии и паллиативной медицинской помощи МИНО ФГБОУ ВО «РОСБИОТЕХ»; Филиал № 2 ФГБУ «НМИЦ ВМТ им. А.А. Вишневского» Минобороны России, г. Москва, Россия. ORCID 0000-0001-7077-1861, SPIN-код: 1794-5567, AuthorID: 902067.

Цоллер Кристина Александровна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры медико-социальной и психологической помощи ФГБУ ДПО Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей экспертов. ORCID 0009-0001-9495-0749 ; SPIN/AutorID: 4280-1134

Бокачева Лиана Валерьевна — врач терапевт ЗАО «Клиника "Кивач"», Республика Карелия, Кондопожский район, с. Кончезеро, Россия, ORCID 0009-0003-7506-0614.

АВТОРСКИЙ ВКЛАД

Бучнов А.Д. — концепция и дизайн статьи, написание текста

Матвиенко В.В. — концепция и дизайн статьи, редактирование

Юдин В.Е. — концепция и дизайн статьи, редактирование

Будко А.А. — обработка материала

Цоллер К.А. — проведение исследований, сбор материала

Бокачева Л.В. — сбор материала, проведение исследований

ПОСТУПИЛА: 07.07.2023

ПРИНЯТА: 19.08.2023

ОПУБЛИКОВАНА: 25.09.2023