

ASSESSMENT OF EFFICACY OF LONG-TERM COURSE OF TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC CHOLECYSTITIS AT THE RESORT "ARSHAN"

L.P. Kovaleva, T.P. Sizikh, V.I. Songolov, L.A. Polyanskaja, S.A. Madagaeva, L.A. Sorokovicova

(Irkutsk Institute for Medical Advanced Studies)

The clinical and rheographic criteria of efficacy of long-term course of treatment of patients with various variants of chronic cholecystitis at the resort "Arshan" are presented in the article.

Литература

1. Антонов О.С., Ротанов О.П. Ультразвуковая диагностика дискенезий желчных путей, - Тер. архив. - 1986. - Т.58, №2. - С.91-93.
2. Горчаков Л.Г., Монаков Л.Г. Социально-гигиенические аспекты заболеваемости населения холециститом. - Здравоохранение Российской Федерации. - 1983. - №3. - С.13-14.
3. Григорьев П.Я., Яковенко А.В. Клиническая гастроэнтерология. - М.: МИА., 2001. - С.318-335.
4. Жинкин В.И. Курорты и минеральные источники Бурятии. - Улан-Удэ, 1924. - 40 с.
5. Козловский И.В. Болезни органов пищеварения. - Минск, 1989. - С. 18.
6. Коржукова П.И., Григорьева Т.В. Хронический холецистит и дискенезия желчного пузыря. - Клиническая медицина. - 1987. - №6. - С.71-74.
7. Коу С.В., Секиджима Дж.Г., Ли С.П. Желчный осадок. - Меж. жур. мед. практики. - 2000. - №10. - С.38-48.
8. Липницкий Е.М., Рубашникова Е.В., Еремеев В.А., Лычников Д.С. Механизм холелитиаза. - Меж. жур. мед. - 2001. - №2. - С.164-169.
9. Лузина Е.В., Иванов В.Н., Пархоменко Ю.В. Возможные механизмы развития заболеваний желчевыводящих путей в условиях Забайкалья. - Клиническая медицина. - 2000. - №4. - С.34-36.
10. Моржатка З. Практическая гастроэнтерология. - Рига, 1976. - С. 125-136.
11. Полищук В.И., Терехова Л.Г. Техника и методика реографии и реоплетизмографии. - М.: Медицина. - 1983. - 174 с.
12. Поляк Е.З. Рентгенологические показатели основных функций желчного пузыря в норме и при холецистите. Автореф. дис. ... докт. мед. наук. - Киев, 1968. - 36 с.
13. Савельев В.С., Петухов В.А., Нарапкин А.В., Фомин Д.К. Внепеченочные билиарные дисфункции при липидном дистресс-синдроме: этиопатогенез, диагностика и принципы лечения. - Приложение к Рос. мед. жур. - Болезни органов пищеварения. - 2002. - Т.4, №2. - С.62-69.
14. Циммерман Я.С., Головский Б.В. Хронический бескаменный холецистит. - Клиническая медицина. - 1983. - №5. - С.129-136.
15. Циммерман Я.С. Очерки клинической гастроэнтерологии. - Пермь, 1992. - 336 с.
16. Lee S.P., Maher K., Nicholls J.F. Origin and fate of biliary sludge // Gastroenterology. - 1988. - Vol.94. - P. 170-176.
17. Janowitz P., Kratzer W., Zemmler J., Tudyka J., Wechsler J. G. Gallbladder sludge: spontaneous course and incidence of complication in patients with stones. // Hepatology. - 1994. - Vol.20. - P. 291-294.
18. Ohara N., Schaefer J. Clinical significance of biliary sludge // J. Clin. gastroenterol. - 1990. - N.12. - P.291-294.

© ШКУРИНСКАЯ М.П., СИЗЫХ Т.П., ЦЫРЕМПИЛОВА Л.С., ДЕМКИН И.В., МАДАГАЕВА С.А., СОНГОЛОВ В.И., ЛУБСАНОВА Л.Н., ПОЛЯНСКАЯ Л.А. -
УДК 616.336-002-053.2:615.838(571.54)

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ НА КУРОРТЕ "АРШАН" ПРИ КУРСЕ ЛЕЧЕНИЯ 18 ДНЕЙ

М.П. Шкуринская, Т.П. Сизых, Л.С. Цыремпилова, И.В. Демкин, С.А. Мадагаева, В.И. Сонголов, Л.Н. Аубсанова, Л.А. Полянская.

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор - акад. МТА и АН ВШ д.м.н. проф. А.А. Майборода. Республика Бурятия, "Аршан", гл. врач - засл. врач Бурятии и Якутии В.И. Сонголов)

Резюме. При воздействии комплекса лечебных факторов курорта "Аршан" на детей с хроническим холециститом улучшение по субъективным признакам отмечены у всех, по объективным - в 94,4%. Клиническая положительная динамика подтверждается лабораторными и инструментальными исследованиями. Получены данные свидетельствующие, что 18 дневный курс лечения на курорте "Аршан" достоверно эффективен при хроническом холецистите у детей. Обнаружены желчегонное спазмолитическое и обезболивающее действие лечебного комплекса: повышение неспецифической резистентности организма, устранение симптомов интоксикации, нормализация тонуса вегетативной и центральной нервной системы а также моторики желчного пузыря и желчевыводящих путей.

Хронические заболевания органов пищеварения значительно распространены и колеблются от 76,6-123 на 1000 детского населения [15]. В их структуре заболеваниями желчевыводящей системы составляют 80% [11,23]. В Иркутской области распространенность билиарной патологии у детей школьного

возраста равна $81,6 \pm 2,0$ на 1000, при этом удельный вес её равен 78,2% от всех заболеваний органов пищеварения [2].

Среди многочисленных болезней желудочно-кишечного тракта важное место занимает хронический холецистит. По некоторым данным его распространенность в школьном возрасте составляет примерно пятую часть от заболеваний желчевыводящих путей, или $20,5 + 2,9$ на 1000 детского населения [26], что значительно больше, чем в раннем и дошкольном возрасте. В этом возрасте хронический холецистит регистрируется лишь в 1,2% случаев от всей гепатобилиарной патологии [9]. У взрослых же в Иркутской области болезненность хроническим холециститом составляет для некалькулезного холецистита $35,6 + 1,8$, а для калькулезного - $7,6 + 0,8$ на 1000 населения. Формирования последних, как и многих других патологических состояний, происходит уже в детстве [16,17], в дебюте проявляясь дискинезией желчевыводящих путей, затем бескаменным холециститом и, как правило, во второй половине жизни, калькулезным холециститом. Что придает социальную актуальность полноценному лечению хронического холецистита у детей.

В диагностике хронического холецистита первостепенное значение сохраняют клинические методы [13,25]. В то же время у детей нет существенного различия клинических симптомов при различной соматической патологии, и особенно органов пищеварения. Поэтому становится невозможной клиническая дифференциальная диагностика холепатий [6,11,25]. Для верификации диагноза помимо традиционных клинко-лабораторных исследований, необходима эхография брюшной полости и по показаниям - холеграфия [11].

В лечении хронического холецистита используется широкий спектр методов лечения. В период обострения показано стационарное лечение с применением, на фоне диеты №5 по Певзнеру, спазмолитических, желчегонных средств, антибактериальной терапии, десенсибилизирующих препаратов, фитосборов, тюбажей по Демьянову. На втором этапе лечения рекомендуется включать в лечебный комплекс физиопроцедуры и щелочные минеральные воды [18,25].

Санаторному этапу реабилитации придается важное значение, тем более, что при хроническом холецистите санаторно-курортная терапия более эффективна, чем при многих других заболеваниях органов пищеварения [4,22,25]. Особенно показано применение минеральных вод: гидрокарбонатных и сульфатных [13,4], гидрокарбонатно-сульфатно-натриево-кальциевых, гидрокарбонатно-сульфатно-кальцево-магниевых [8]. Отмечено, что минеральную воду лучше всего пить непосредственно у источника (бювета) [4], что реализуется при санаторно-курортном лечении.

На курорте "Аршан" (Тункинский район Республики Бурятия) в лечебных целях используется термальная углекислая маломинерализованная гидрокарбонатно-сульфатная кальцево-магниево-натриевая вода с малым содержанием кремниевых ки-

слот и железа, со слабощелочной реакцией. При внутреннем применении подобного рода минеральной воды (нарзана) она оказывает холеретическое и холекинетическое действие [10,14,16], а также стимулирует секрецию гастроэнтеропанкреатических гормонов, что в итоге дает направленную коррекцию пищеварительного процесса [12]. Курсовое применение минеральной воды вызывает развитие адаптивных реакций в желудочно-кишечном тракте, и в билиарной системе, в частности, а ее тренирующее действие благотворно действуют на восстановительные процессы и ведут к выздоровлению [24]. Действие минеральной воды наиболее эффективно при использовании всего комплекса санаторно-курортных факторов, каковыми являются диета и режим питания, бальнеотерапия, физиотерапия, фитотерапия, терренкур, среднегорье, арома-, цветотерапия и другие [4,19,22].

Целью нашей работы явилась оценка комплекса лечебных факторов курорта "Аршан" на течение хронического холецистита у детей.

Материалы и методы

Исследование проводилось на курорте "Аршан" в детском отделении санатория "Саяны" (зав. санаторием С.А. Мадагаева). Всего обследовано 30 детей в возрасте от 7 до 17 лет, из которых 18 были больны хроническим холециститом, а 12 - здоровые дети. Группы были сравнимы по возрастному составу средний возраст 13 (12-15) лет по Т-критерию Манна-Уитни ($p > 0,05$), а по полу нет. Девочки составили половину в контрольной группе и почти две трети - в исследуемой. Преобладание девочек в группе хронического холецистита отмечается многими авторами [9,11,23,26].

Всем детям при поступлении проводилось традиционное клинко-лабораторное обследование: опрос, осмотр, общий анализ крови и мочи, биохимическое исследование крови (глюкоза, креатинин, общий белок, общий билирубин и фракции, тимоловая проба. АлАТ, АсАТ, щелочная фосфатаза, гамма-глутамилтранспептидаза, холестерин, триглицериды), ультразвуковое исследование органов брюшной полости с определением сократительной функции желчного пузыря. По показаниям назначалась фиброгастродуоденоскопия, реогепаграфия, рН-метрия желудка. Клинко-лабораторное и инструментальное обследование повторялось по окончании курса лечения.

Эхография выполнялась с 7.30 до 9.00 часов утра, натощак. Оценивались размеры печени и ее структура, определяли длину и ширину желчного пузыря, толщину и плотность его стенок, наличие деформаций, включений в полости. Затем ребенок выпивал минеральную воду $t=40^{\circ}\text{C}$ в дозе 3 мл/кг массы тела, и через 35-45 минут вновь определяли длину и ширину желчного пузыря.

Всем исследуемым назначались: санаторный режим, диета №5 по Певзнеру, дробное питание (три основных приема пищи и три дополнительных - в 11, 16, 21 час.), внутренний прием минеральной воды "Аршан" $t=38-40^{\circ}\text{C}$ в дозе 3 мл/кг массы тела до 3 раз в день. Минеральная вода при-

Таблица 2.

Схема балльной оценки клинических признаков у детей с болезнями желчевыводящей системы

I. Субъективные симптомы	4 балла	3 балла	2 балла	1 балл	0 балла
1. Боли в правом подреберье	постоянные	сильные периодические	умеренные периодические	незначительные периодические	нет
2. Боли в эпигастрии	-	-	-	есть	нет
3. Опоясывающие боли	-	-	-	есть	нет
4. Диспепсические расстройства верхних отделов ЖКТ	-	-	выраженные	незначительные	нет
5. Горечь во рту	-	-	часто	редко	нет
6. Расстройство стула	-	-	часто	редко	нет
7. Психоэмоциональный статус	-	-	нарушен	незначительно нарушен	в норме
II. Объективные симптомы:					
1. Обложенность языка	-	выраженная	умеренная	незначительная	чистый
2. Болезненность при пальпации в правом подреберье	резко болезненна	сильная	умеренная	незначительная	нет
3. Симптом Ортнера	-	-	положительный	слабоположительный	отрицательный
4. Симптом Кера	-	-	положительный	слабоположительный	отрицательный
5. Увеличение печени	-	-	на 3 см и более	на 1-2 см	не увеличена
6. Иктеричность склер, мягкого неба	-	сильная	умеренная	незначительная	нет

менялась до еды за 20-40-60 минут в зависимости от сопутствующей патологии органов пищеварения. В комплекс лечения также включались: общие минеральные ванны при температуре воды равной 36°C, продолжительностью от 6 до 10 минут через день, на курс 7 процедур; слепое дуоденальное зондирование по Демьянову с минеральной водой и желчегонным препаратом (сорбит, ксилит в возрастной дозе) через 2 дня, на курс 3 процедуры; физиопроцедуры - электрофорез минеральной воды на область правого подреберья или гальванизация области правого подреберья - на курс №10; фитосбор желчегонный по 'Л-Л' стакана в зависимости от возраста 3 раза в день, курс 10 дней; ЛФК, терренкур. В целом курс лечения был средней продолжительности и составил 18 дней.

Для характеристики субъективных и объективных признаков использовали балльную шкалу (табл.1).

При оценке двигательной функции желчного пузыря вычисляли его объем по формуле:

$$V = \frac{p \cdot d^2 \cdot l}{4} \cdot 0,62,$$

где d - ширина желчного пузыря, l - длина, p - число "пи" равное 3,14. Нормальным считали сокращение желчного пузыря от половины до двух третей от его первоначального объема [20].

Критериями хронического холецистита при ультразвуковом исследовании считали: утолщение стенки желчного пузыря более 3 мм и уплотнение ее, деформацию желчного пузыря на фоне плотных стенок, неоднородность эхогенности полости в сочетании с другими признаками [5,20] с обязательным учетом клинических данных.

Результаты лечения были подвергнуты клинко-статистическому анализу непараметрическим мето-

дом Уилкоксона, дисперсионный анализ проводился по Т-критерию Манна-Уитни, параметрами распределения лабораторных и биохимических показателей служили медиана и 25-й и 75-й процентиля.

Таблица 2.

Балльная оценка клинических признаков у детей с хроническим холециститом до- и после лечения на курорте "Аршан"

Клинические признаки	Средний балл		Статистическое различие результатов до- и после лечения
	до лечения	после лечения	
1. Субъективные	7 баллов (6-9)	0 баллов (0-1)	p<0,022
2. Объективные	5 баллов (3-7)	2 балла (1-3)	p<0,022

Результаты и обсуждение

При анализе субъективных данных в период до лечения (табл.3) выявлено, что ведущими жалобами при поступлении детей в санаторий были: постоянные и периодические боли в правом подреберье и эпигастрии, отрыжка горечью, тошнота, горечь во рту, расстройство стула (чаще в виде запора). Кроме того, абсолютное большинство детей предъявляли жалобы на утомляемость, эмоциональную лабильность, раздражительность. Такая клиническая картина хронического холецистита согласуется с литературными данными [3,7,13,25]. В объективном статусе (табл.3) обращали на себя внимание болезненность в правом подреберье при глубокой пальпации у одной трети детей, положительной симптом Ортнера - более чем у половины, симптом Кера - у третьей части. Увеличение печени наблюдалось у

*Кинетика клинических признаков у детей с хроническим холециститом
за время лечения на курорте "Аршан "*

Клинические признаки	Частота встречаемости признака			
	до лечения		после лечения	
	п (п - 18)	%	п (п - 18)	%
<i>1. Субъективные</i>				
1. Боли в правом подреберье всего	11	61,1	3	16,7
в том числе: сильные	1	5,5	-	-
умеренные	9	50,0	3	16,7
незначительные	1	5,5	-	-
2. Боли в эпигастрии	13	72,2	-	-
3. Опоясывающие боли	2	11,1	1	5,5
4. Диспепсия верхних отделов ЖКТ всего,	12	66,7	4	22,2
в том числе: отрыжка воздухом	5	27,8	2	11,1
отрыжка горечью	10	55,5	3	16,7
отрыжка тухлым	6	33,3	-	-
тошнота, рвота	9	50,0	-	-
5. Горечь во рту	11	61,1	-	-
6. Расстройство стула всего,	16	88,9	-	-
в том числе: запор	9	50,0	-	-
жидкий стул	5	27,8	-	-
кашицеобразный стул	5	27,8	-	-
7. Астеновегетативные симптомы всего,	16	88,9	2	ПД
в том числе: утренняя слабость	3	16,7	1	5,5
утомляемость	7	38,9	1	5,5
раздражительность	7	38,9	-	-
эмоциональная лабильность	11	61,1	1	5,5
8. Синдром предменструального напряжения	2	11,1	-	-
<i>II. Объективные</i>				
1. Болезненность в правом подреберье при пальпации, всего,	6	33,3	3	16,7
в том числе: сильная	-	-	-	-
умеренная	5	27,8	1	5,5
незначительная	1	5,5	2	11,1
2. Положительный симптом Ортнера всего.	11	61,1	4	22,2
в том числе: слабopоложительный	-	-	1	5,5
3. Положительный симптом Кера,	6	33,3	2	ПД
в том числе: слабopоложительный	-	-	1	5,5
4. Увеличение печени всего:	7	38,9	3	16,7
в том числе: на 1-2 (см)	4	22,2	2	11,1
на 3 и более (см)	3	16,7	1	5,5
5. Обложенность языка всего:	14	77,8	10	55,5
в том числе: необильно	7	38,9	7	38,9
умеренно	5	27,8	3	16,7
обильно	2	11,1	-	-
6. Иктеричность склер и мягкого нёба	15	83,3	6	33,3
в том числе: незначительная	11	61,1	3	16,7
умеренная	4	22,2	3	16,7
выраженная	-	-	-	-

семи из 18 детей, в том числе у трех из них печень была увеличена на 3 см и более.

Поскольку на санаторное лечение дети поступают в периоде ремиссии, значимых лабораторных сдвигов мы не отметили. Найдено значимое изменение содержания в крови глюкозы ($p < 0,1$), гамма-глутамилтранспептидазы ($p < 0,057$), по сравнению с контрольной группой (табл.4).

По данным эхографии (табл.5) был определен гипертоническо-гиперкинетический тип двигательной активности желчного пузыря у 7 детей, гипото-

нически-гипокинетический - у 5 и нормотонический - у 6. Степень сокращения желчного пузыря через 40 минут после приема минеральной воды достоверно отличалась от здоровой группы при гипертоническом ($p < 0,048$) и гипотоническом ($p < 0,032$) типах, и значимо не отличалась ($p > 0,05$) - при нормотоническом (табл.5).

После комплексного санаторно-курортного лечения у всех детей купировались тошнота, горечь во рту, боли в эпигастрии и расстройство стула, и лишь у трех из них сохранились боли в правом подребе-

Таблица 4

Кинетика лабораторных показателей у детей с хроническим холециститом за время лечения на курорте "Аршан"

Параметры	Контрольная группа	Медиана и процентиля лабораторных показателей			
		до лечения		после	
Эритроциты	4,5 (4,1-5)	4,3 (4,1-4,7)	$p_i < 0,5$	4,8** (4,5-5,1)	$p_i < 0,5$ $p_2 < 0,02$
Гемоглобин	130 (125-138)	125 (115-135)	$P_j < 0,1$	126 (118-139)	$p_i < 0,5$
Лейкоциты	6,1 (4,9-7,1)	5,6 (4,0-6,6)	$p_i < 0,5$	6,1 (4,8-7,8)	$P_i < 0,5$
Тромбоциты	262 (246-325)	250 (215-323)	$p_i > 0,5$	315** (270-365)	$p_i > 0,5$ $p_2 < 0,05$
СОЭ	4 (3-6)	5,0 (4-6)	$p_i > 0,5$	4 (3-9)	$P_i > 0,5$
Билирубин	10,1 (7,9-14,3)	13,5 (9,5-19,6)	$p_i < 0,2$	9,8** (9,2-15,1)	$p_i < 0,5$ $p_2 < 0,05$
аланинамино-трансфераза	15 (13-16)	15 (10-19)	$p_i > 0,5$	15 (12-18)	$p_i > 0,5$
аспартатамино-трансфераза	27 (23-30)	26 (20-27)	$p_i < 0,5$	25 (19-27)	$p_i < 0,5$
гамма-глутамилтранс-пептидаза	11 (10-14)	15* (14-20)	$p_i < 0,057$	11** (10-18)	$p_i < 0,5$
холестерин	4,5 (3,79-4,6)	4,21 (3,47-5,27)	$p_i > 0,5$	4,73 (3,87-5,1)	$p_i > 0,5$
триглицериды	0,72 (0,57-1,16)	0,65 (0,62-0,8)	$p_i > 0,5$	0,8 (0,74-1)	$P_i > 0,5$
тимоловая проба	1,7 (0,7-2,7)	1,9 (1,3-2,4)	$p_i > 0,5$	2,4 (1,8-3,4)	$P_i > 0,5$
общий белок	78 (68,3-82,5)	77,5 (70,1-81)	$p_i < 0,5$	77,7 (74,7-81,7)	$p_i < 0,5$
глюкоза	4,85 (4,77-5,2)	5,45 (4,72-5,88)	$p_i < 0,1$	5,03 (4,67-5,21)	$p_i < 0,5$

Примечание: указано среднее значение по медиане, в скобках разброс значений от 25-го до 75-го перцентиля. * - достоверность отличия показателя от значения контрольной группы, ** - достоверность отличия p_1 , p_2 до и после лечения.

рье. Астеновегетативные проявления в конце курса лечения регистрировались только у двоих детей, тогда как в начале - в 88,9% случаев (табл.3). В объективном статусе (табл.3) болезненность при пальпации в правом подреберье сохранилась только у троих детей, причем у двух из них - незначительная. Положительный симптом Ортуэра выявлялся после лечения у одного и слабopоложительный - у троих детей; симптом Керра - также у одного ребенка, слабopоложительный - ещё у одного. Увеличение печени на 1-2 (см) наблюдалось у двоих, на 3 (см) - у одного из детей (до лечения соответственно у четверых и троих). Статистический анализ балльной оценки клинических симптомов также показал значимое ($p < 0,022$) улучшение как субъективного, так и объективного статуса детей (табл. 1 и 2).

Лабораторные показатели у детей основной группы в конце курса лечения $p < 0,5$ не отличались от показателей здоровых (табл.4). Однако при сравнении результатов до- и после лечения по критерию Уилкоксона обнаружено статистически значимое ($p < 0,02$) увеличение в периферической крови эритроцитов и тромбоцитов, а в биохимических показателях крови - снижение концентрации билирубина ($p < 0,05$).

Сократительная функция желчного пузыря у детей с хроническим холециститом (табл.5) гиперкинетически-гипертоническим и с гипокинетически-гипотоническим типами моторики после проведенного лечения достоверно ($p > 0,05$) перестали отличаться от здоровых. В группе с нормотоническим типом показатели моторной функции остались в

Таблица 5

Изменения моторной функции желчного пузыря у детей с хроническим холециститом на курорте "Аршан" (указан объем желчного пузыря после приема минеральной воды в процентах от первоначального его объема¹)

Группа	До лечения (%)	p^{**}	После лечения (%)	P
1. Гиперкинетически-гипертонический тип активности желчного пузыря	13,5%* (11,3-21,5)	$p < 0,048$	36% (25,8-60)	$p > 0,05$
2. Гипокинетически-гипотонический тип активности желчного пузыря	86% (70-100)	$p < 0,032$	55% (43-73,7)	$p > 0,07$
3. Нормотонический тип активности желчного пузыря	50% (44-59)	$p > 0,05$	35% (23-69)	$p > 0,05$
4. Контрольная	45,1 (40-49,6)			

Примечание: * - среднее по медиане и 25-й и 75-й перцентиля; ** - указана достоверность отличия от здоровой группы

пределах здоровой группы, но с тенденцией к усилению (по медиане). Такая динамика подтверждает теорию формирования моторной дисфункции желчного пузыря с позиций клапанной гастроэнтерологии [1]: на ранних этапах патологического процесса функция желчного пузыря усиливается (гипертоническо-гиперкинетический тип), далее происходит постепенное снижение её (нормотонический, или смешанный тип) с переходом в дальнейшем к гипокинетическо-гипотоническому типу двигательной активности желчного пузыря [1,9].

Таким образом, нами установлено, что под действием комплекса лечебных факторов курорта "Аршан" достоверно улучшается субъективный статус детей с хроническим холециститом, при этом в 94,4% случаев купируются объективные клинические признаки заболевания. Отмечены спазмолитический и соответственно, обезболивающий эффект, значительное улучшение желчевыделения, что подтверждается снижением активности гамма-глутамилтранспептидазы и концентрации билирубина в крови. Выявлено благоприятное действие на метаболическую функцию печени, проявляющееся в ис-

чезновении симптомов интоксикации, горечи во рту. Тренирующий эффект разреженной атмосферы среднегорья и наличие в Аршанской минеральной воде небольших количеств активной формы двухвалентного железа, вероятно, обуславливают стимуляцию кроветворной функции костного мозга [21]. В то же время увеличение же количества эритроцитов и гемоглобина являются благотворными факторами одного из механизмов повышения неспецифической резистентности организма [21].

В результате комплексного лечения на курорте "Аршан" детей хроническим холециститом идет нормализация регуляторных процессов в центральном и вегетативном отделах нервной системы, что устраняет проявления астеноневротического синдрома и способствует улучшению показателей двигательной активности желчного пузыря и желчевыводящих путей.

Лечение детей с хроническим холециститом на курорте "Аршан" при средней продолжительности курса (18 дней) достоверно эффективно и реализуется через многие механизмы, требующие дальнейшего изучения.

THE EFFICACY OF TREATMENT OF CHILDREN WITH CHRONIC CHOLECYSTITIS AT THE HEALTH RESORT "ARSHAN" WITH THE 18 DAY COURSE OF TREATMENT

L.S. Shkurinskaya, T.P. Sizikh, L.S. Tsirempilova, I.V. Dernkin, S.A. Mapadaeva, V.I. Sonqolov,
L.N. Lubsanova, L.A. Poljanskaya
(Irkutsk State Medical University)

The use of the complex of medical factors of the health resort "Arshan" in the treatment of children with chronic cholecystitis gives the improvement 100% on the subjective signs and 94,4% - on objective ones. The clinical positive dynamics is confirmed by laboratory and instrumental investigations. It has been proved that 18 day course of treatment at the health resort "Arshan" is reliably effective in chronic cholecystitis in children. There have been revealed spasmolytic and analgetic action of medical complex; increase in nonspecific resistance of an organism, removal of intoxication symptoms, normalization of tonus of vegetative and central nervous system and motility of gallbladder and biferous tracts.

Литература

1. Баранова Л.Ю., Барматкина Е.Ю., Павлова Ж.В. Механизм формирования ДЖВГ в свете концепции клапанной гастроэнтерологии // Современные проблемы педиатрии и детской хирургии, материалы научно-практ. конференции. - Иркутск, 1998. - С.82-85.
2. Бастрыгин П.В., Савватеева В.Г., Патрушев В.А., Жданова Е.И. Клинико-лабораторные сопоставления при болезнях желчного пузыря и желчевыводящих путей у детей // Актуальные вопросы современной клинической медицины. Сб. научных трудов - Иркутск, 1995. - С.69-71.
3. Галкин В.А. Современные методы диагностики дискинезии желчного пузыря и некалькулезного холецистита // Тер. архив. - 2001. - № 8. - С.37-38.
4. Григорьев К.И. Немедикаментозное лечение хронических заболеваний органов пищеварения у детей // Педиатрия. - 1991. - №9. - С.85-92.
5. Дворяковский И.В., Чурсин В.И., Сафронов В.В. Ультразвуковая диагностика в педиатрии. - Л.: Мед., 1987. - С.98-116.
6. Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение дискинезий желчевыводящих путей: Методические рекомендации. - Киев, 1978. - С.23.
7. Дуплякина Н.П., Гайдученя Л.И., Баранова Г.В. Лечение детей с заболеваниями желчевыводящих путей в санатории "Жосалы" // Здоровоохранение Казахстана. - 1980. - №7. - С.66-67.
8. Зубовский Э.А. Санаторно-курортное лечение детей с билиарной паталогией // Педиатрия. - 1991. - №9. - С.62-66.
9. Карпова С.С. Болезни органов пищеварения у детей: представления о возрастных особенностях // Рос. пед. журнал. - 1999. - №6. - С.34-36.
10. Казаченко Р.Я. Изменение аминокислотного состава желчи и процессов желчеобразования под влиянием некоторых минеральных вод Закарпатья: Автореф. дис. ... канд. биол. наук. - Ужгород, 1972. - С.4.
11. Коровина Н.А., Левицкая С.В., Решетняк Г.П., Рьева Э.А., Пыков М.И. Дифференциальная диагностика заболеваний желчного пузыря у детей // Педиатрия. - 1991. - №9. - С.41-45.
12. Кузнецов Б.Г. Новые представления о физиологических механизмах действия питьевых минеральных вод // Совр. аспекты курортной гастроэнтерологии. Сб. науч. тр. - Пятигорск, 1988. - С.9-12.
13. Ногаллер А.М. Болезни желчного пузыря и желчевыводящих путей // Клин. медицина. - 1991. - №12. - С.91-100.
14. Полянская Л.А. Природные лечебные факторы курорта "Аршан", их применение результаты лечения за период 1989-1999 гг. / Актуальные вопросы курортологии и физиотерапии. Мат. научн. практ. конф. - Иркутск, 2000. - С.76-89
15. Решетник Л.А. Состояние поджелудочной железы при гастродуоденальной патологии у детей: Авто-

- реф. дис. ... канд. мед. наук. - Москва, 1990. - С.22.
16. Сизых Т.П., Ковалева Л.П., Сороковикова Л.А., Сонголов В.И. и др. Клинико-реографическая оценка эффективности краткосрочного курса лечения больных хроническим холециститом на курорте "Аршан" // Сиб. мед. журнал. - 2002. - №3. - С.38-44.
 17. Собина О.Г. Этнические особенности функционирования желчевыводящей системы у детей Севера и Восточной Сибири; Автор, дис. ... канд. мед. наук. - Красноярск, 1996. - 19 с.
 18. Сушко Е.П., Тупкова Л.М., Селезнева В.А. Лечение хронических холецистголангитов у детей // Акт. вопр. совр. клин. медицины. Сб. научн. тр. - Иркутск, 1995. - С.140-143.
 19. Таравердян Т.А. Физические факторы в реабилитации детей с заболеваниями органов пищеварения // Совр. аспекты курортной гастроэнтерологии. Сб. научн. тр. - Пятигорск, 1988. - С.102-104.
 20. Фукс А.Р., Болдонов А.Б. Ультразвуковое исследование брюшной полости и мочевыводящей системы; Рук-во для врачей. - Иркутск, 1993. - 64 с.
 21. Хлопова Л.Г. Эффективность комплексного лечения больных холециститом минеральной водой источника Жосалы // Вопр. курортологии и физиотерапии и ЛФК. - 1983. - №4. - С.46-47.
 22. Чернявский О.Н. Оптимальные сроки санаторно-курортного лечения детей с заболеваниями гепатобилиарной системы // Санаторно-курортное лечение детей и подростков. Сб. научн. тр. - Сочи, 1980. - С.49-53.
 23. Шаболов Н.П. Детские болезни, - 3-е изд., перераб и доп. - СПб, 1993. - С.263-279.
 24. Шварц В.Я. Минеральная вода - фактор тренировки желудочно-кишечного тракта // Вопр. курортологии, физиотерапии и ЛФК. - 1989. - №4. - С.39-43.
 25. Шеляпина В.В. Дифференциальная диагностика функциональных и воспалительных болезней желчевыводящих путей у детей // Мед. помощь. - 1995. - №1. - С.29-33.
 26. Ямолдинов Р.Н., Мякишева Л.С., Дерендяева Н.Г. Распространенность билиарной патологии у детей Удмуртии и реабилитация больных в условиях местного санатория "Мать и дитя" // Педиатрия. - 1993.-№1. -С. 111-112.

© ЦЫРЕМПИЛОВА Л.С., СИЗЫХ Т.П., СОНГОЛОВ В.И., ДЁМКИН И.В. -
УДК 616.61-002-053.2(571.54)

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ НА КУРОРТЕ "АРШАН" ДЕТЕЙ С ДИСМЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ОКСАЛАТНОЙ НЕФРОПАТИЕЙ

Л.С. Цыремпилова, Т.Ц. Сизых, В.И. Сонголов, И.В. Дёмкин.

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор - акад. МТА и АН ВШ д.м.н. проф. А.А. Майборода. Республика Бурятия, "Аршан", гл. врач - засл. врач Бурятии и Якутии В.И. Сонголов)

Резюме. В работе представлены материалы по эффективности лечения детей с оксалатной нефропатией на курорте "Аршан". Минеральная вода "Аршан" в сочетании с бальнеолечением, климатолечением обладает противовоспалительным, спазмолитическим, диуретическим и литогенным действием, повышает стабильность мембран периферических сосудов и общую резистентность организма, и может быть рекомендована детям с оксалатной нефропатией.

Проблема хронических пиелонефритов и уролитиаза привлекает внимание исследователей в связи с ростом распространённости заболевания. В структуре заболеваний почек у детей из региона с высоким уровнем индустриального загрязнения преобладают дисметаболические нефропатии с оксалатно-кальциевой кристаллурией и оксалатные нефропатии. Всё более очевидным становится, что опасны не только высокие и малые дозы токсичных веществ, постоянное поступление которых в организм помимо прямого мембранотоксичного действия приводят к перестройке обменных процессов и развитию различных нефропатий [1].

Высокий процент дисметаболических нефропатий связывают с солями тяжёлых металлов, одним из механизмов действия которых является повреждение цитомембран тубулярного эпителия в результате активации окислительных процессов.

Наиболее незащищёнными к воздействию последних оказываются дети, вследствие анатомо-физиологических особенностей, несовершенства регуляторных функций, наличия критических периодов. Почки наиболее уязвимы к действию техноген-

ных экзотоксикантов в связи с тем, что большинство токсичных веществ выводятся через этот орган и многие тяжёлые металлы обладают непосредственной тропностью к почечной ткани [1]. Незрелость и неустойчивость механизмов регуляции, лабильность обменных процессов, высокая проницаемость барьерных тканей и незрелость иммунных реакций делают детскую группу населения наиболее чувствительной к литогенным воздействиям и определяют большую частоту встречаемости таких осложнений уролитиаза, как дисметаболический тубулоинтерстициальный нефрит, калькулёзный пиелонефрит [5], а также быстро прогрессирующее течение процесса с развитием артериальной гипертензии у лиц молодого возраста [9].

Термин "дисметаболические нефропатии" был предложен в конце 70-х годов для обозначения большой группы заболевания почек, объединённых тем, что их развитие связано с нарушением обмена веществ. Термин "дисметаболические нефропатии" может быть употреблён в более узком смысле для обозначения полигенно-наследуемой нефропатии, связанной с патологией обмена щавелевой кислоты