

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРЕХНЕДЕЛЬНОГО САНАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ НА КУРОРТЕ «АРШАН» И АМБУЛАТОРНОГО МЕДИКАМЕНТОЗНОГО КУРСА У ДЕТЕЙ С ДИСКИНЕЗИЕЙ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

М.П. Шкуринская

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.б.н., проф. А.А. Майборода; курорт «Аршан» Республики Бурятия, гл. врач – В.И. Сонголов)

Резюме. Описаны результаты клинико-лабораторных исследований и ультразвукографии у детей с дискинезией желчевыводящих путей различного типа до и после трехнедельного курса санаторного лечения на курорте «Аршан» в сравнении с группой детей, получивших классический курс терапии в амбулаторных условиях. Установлено, что эффективность санаторного лечения дискинезии желчевыводящих путей на курорте «Аршан» достоверно более высока по сравнению с амбулаторным.

Ключевые слова. Санаторно-курортное лечение, дискинезия желчевыводящих путей, минеральная вода «Аршан», дети.

Заболевания органов пищеварения широко распространены среди детского населения России [8]. Немалую долю в их структуре составляют функциональные нарушения желчевыводящей системы – дискинезии желчевыводящих путей (ДЖВП) [15]. ДЖВП не имеет анатомического субстрата по определению функциональной патологии. Однако, болевой, диспептический синдромы, астеновегетативные нарушения, вынужденное ограничение в питании, физической и часто эмоциональной активности, безусловно, снижает качество жизни ребенка. Кроме того, функциональные заболевания являются благоприятным фоном для развития соматических изменений в желчевыводящей системе и сопряженных с ней органах: печени, поджелудочной железе, желудке, кишечнике [2,4,16].

Две основных формы ДЖВП – гипертоническая и гипотоническая – различаются по клинической картине, но основным и наиболее распространенным диагностически значимым критерием для установления типа дискинезии в настоящее время является ультразвуковое исследование. Этот метод пришел на смену дуоденальному зондированию как, несомненно, более физиологичный, менее инвазивный, доступный, легко переносимый в любом возрасте. Более ценным является ультразвуковое сканирование по сравнению с пероральной холецистографией, особенно у детей, – отсутствием облучения и побочных реакций после введения контраста [3,12].

Классическая схема лечения ДЖВП зависит от моторной активности желчного пузыря. Она включает при гипертоническом типе – спазмолитики, физиопроцедуры расслабляющего действия, седативные средства; при гипотоническом типе – желчегонные, тонизирующие средства, физиотерапию, тюбажи по Демьянову. Многие авторы указывают на необходимость диетического питания и лечебной физкультуры, рекомендуют прием минеральной воды [9,16]. Однако в условиях амбулаторного лечения по различным социально-экономическим или иным причинам используется далеко не полный комплекс лечебных мероприятий. Полная комплексная терапия ДЖВП возможна в условиях санатория или курорта [14].

На курорте «Аршан» Тункинского района Республики Бурятия с лечебной целью применяются терми-

ческие маломинерализованные углекислые с высоким газосодержанием кремнистые сульфатно-гидрокарбонатные магниевые-кальциевые минеральные воды. Эффективность их применения при болезнях желчевыводящих путей у взрослых уже исследовалась и доказана [6,13]. Действие же минеральных вод типа «Аршан» на течение аналогичной патологии у детей еще только изучается. Целью нашей работы было сравнительное исследование эффективности лечения дискинезии ЖВП у детей на курорте «Аршан» и при классическом медикаментозном амбулаторном курсе.

Материалы и методы

Исследование проводилось в санатории «Саяны» курорта «Аршан» Тункинского района Республики Бурятия.

Всего было обследовано 100 детей. Из них 61 с дискинезией желчевыводящих путей, пролеченных комплексом лечебных факторов на курорте «Аршан», и 15 – получивших классический амбулаторный курс лечения. Подгруппы по функции желчного пузыря распределились в основной и сравнительной группах следующим образом: гипотонический тип – 33 и 9 детей, нормотонический тип – 15 и 3, гипертонический тип – 13 и 3 соответственно. Сравнительную группу составили 24 ребенка без заболеваний пищеварительного тракта.

Группы были сравнимы по возрастному составу. По полу между групп среди детей с ДЖВП с гипо-, нормо- и гипертоническим типом отличий не было выявлено, во всех преобладали девочки. В сравнительной группе девочек и мальчиков было поровну (табл. 1).

Обследование включало опрос, осмотр, общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови (билирубин, глюкоза, АЛТ, АСТ, щелочная фосфатаза, гаммаглутамилтрансфераза, холестерин, триглицериды, общий белок), ультразвуковое исследование брюшной полости с исследованием функции желчного пузыря, по показаниям – эзофагогастродуоденоскопию, дуоденальное зондирование.

Продолжительность курса санаторного лечения в основной группе составляла три недели. В него входили: санаторный режим, диета № 5 по Певзнеру, дробное питание (3 основных и 3 дополнительных приема пищи); прием минеральной воды «Аршан» с темпера-

турой 38-40 градусов по Цельсию, в дозе 3 мл/кг, за 20-30 минут до еды при гипотоническом типе ДЖВП и за 40-60 минут до еды при гипертоническом 3 раза в день; общие минеральные ванны температурой 38 градусов по Цельсию продолжительностью от 6 до 10 минут по схеме; тюбаж по Демьянову № 3 через 2 дня; физиотерапевтические процедуры № 9-10 (синусоидальные мо-

делированные токи, электрофорез с минеральной водой, гальванизация) на правое подреберье в расслабляющем режиме для гипертонического типа ДЖВП и в тонизирующем — для гипотонического; утренняя гигиеническая гимнастика, терренкур, лечебная физкультура ежедневно.

Таблица 1

Половозрастная структура обследованных детей по группам

Группа	Всего, n	Средний возраст (медиана-квартили)	Мальчики		Девочки	
			n ₁	%	n ₁	%
1. Основная:						
- ДЖВП по гипотоническому типу	33	13 (11-15)	10	30,35	23	9,7
- ДЖВП по нормотоническому типу	15	13 (12-14)	6	40,0	9	60,0
- ДЖВП по гипертоническому типу	13	13 (11-13)	5	38,5	8	61,5
2. Сравнительная ДЖВП	15	12 (8-13)	4	26,7	11	73,3
Контрольная (здоровые дети)	24	13 (12-15)	13	54,2	11	45,8

Амбулаторный медикаментозный курс в сравнительной группе включал: желчегонную терапию (сорбит, аллахол, желчегонный сбор) за 30 минут до еды 3 раза в день в возрастной дозе; физиопроцедуры аналогично санаторному лечению; тюбаж по Демьянову № 3 через 2 дня. Также родителям разъяснялось значение диеты в комплексе лечения ДЖВП и были даны рекомендации по лечебному питанию ребенка, соблюдению режима труда и отдыха.

Результаты и обсуждение

Исходное состояние детей с дискинезией ЖВП в основной и сравнительной группах не имело достоверных отличий.

Положительная динамика клинических признаков под действием комплекса лечебных факторов курорта «Аршан» была более выражена, чем при амбулаторном курсе терапии (табл. 2). Так, боли в правом подреберье в сравнительной группе наблюдались у двух третей детей до лечения и более чем у трети по окончании курса. В подгруппах основной группы этот показатель снизился в три, шесть и девять раз — соответственно до 23%, 13% и 6%. При этом характер болевого синдрома изменился в сторону уменьшения его интенсивности в обеих группах. Диспептические расстройства верхних отделов желудочно-кишечного тракта (отрыжка, горечь во рту, тошнота и рвота) также более эффективно купировались после санаторного лечения, чем при амбулаторном. Частота нарушения стула у последних при медикаментозной классической терапии снизилась с 60% до 40%. В основной же группе (лечении на курорте) нарушения стула были отмечены после лечения только в 8%, 6% и 0 случаев (соответственно гипер-, гипо- и нормотонический тип ДЖВП). Жалобы на нарушение психоэмоционального состояния предъявляло при поступлении абсолютное большинство больных (от 70,0 до 93%)

детей. После комплексного курортного лечения отмечено достоверное улучшение по этому параметру, т.к. количество жалоб сократилось в 2-3 раза. В сравнительной же группе динамики не отмечено. В целом балльная оценка субъективных признаков ДЖВП с высокой вероятностью отражала более высокую эффективность курса санаторной терапии, чем в сравнительной группе ($p < 0,05$).

Объективные признаки подтверждают описанные выше сравнения по субъективным симптомам и жалобам (табл. 2). Исходно болезненность при пальпации в правом подреберье наблюдалась только у одного из исследуемых детей в сравнительной группе и она сохранилась после лечения. В основной группе болезненность в правом подреберье регистрировалась от половины до одной четверти детей до лечения, после лечения сохранилась лишь в 3 и 15%. Случаи с положительными пузырьными симптомами Ортнера и Керра в сравнительной группе уменьшились за время лечения на одну треть. В основной же группе больных частота таких случаев снизилась с половины до одной десятой части. Увеличение печени наблюдалось у двоих детей в сравнительной группе как до, так и после лечения. В основной группе увеличение печени отмечено у каждого шестого ребенка до лечения, после — осталось только у одного из двадцати. Обложенность языка как интегральный показатель состояния желудочно-кишечного тракта выявлена при поступлении более чем в 90% случаев у обследованных. После лечения интенсивность налета уменьшилась в обеих группах, но количество детей, имеющих обложенный язык, в основной группе сократилось приблизительно на треть, а в сравнительной — осталось без изменений. Суммарная балльная оценка объективного состояния после лечения была достоверно ниже в основной группе ($p < 0,005$), чем в сравнительной.

Таблица 2

Динамика клинических проявлений ДЖВП у детей до и после трехнедельного курса лечения на курорте «Аршан» в сравнении с классическим амбулаторным

Симптомы, признаки	Частота встречаемости клинических проявлений ДЖВП в группах															
	Сравнительная группа (n=15)				Основная группа – варианты течения											
					гипотонический тип (n=33)				нормотонический (n=15)				гипертонический (n=13)			
	до лечения		после		до лечения		после		до лечения		после		до лечения		после	
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Субъективные признаки																
1. боли в правом подреберье	10	66,7	6	40,0	18	54,5	2	6,1	11	73,3	2	13,3	9	69,2	3	23,1
1.1.сильные	4	26,7	1	6,7	10	30,3	2	6,1	5	33,3	2	13,3	3	23,1	1	7,7
1.2.умеренные	5	33,3	2	13,3	4	12,2	-	-	6	40,0	-	-	3	23,1	2	15,4
1.3.незначительные	1	6,7	3	20,0	4	12,2	-	-	-	-	-	-	3	23,1	-	-
2. отрыжка	8	53,3	5	33,3	20	60,6	4	12,2	8	53,3	1	6,7	6	46,2	-	-
3. тошнота	4	26,7	4	26,7	9	27,3	2	6,1	4	26,7	1	6,7	5	38,5	-	-
4. рвота	2	13,3	-	-	7	21,2	-	-	2	13,3	-	-	3	23,1	-	-
5. расстройство стула	9	60,0	6	40,0	20	60,6	2	6,1	11	73,3	-	-	7	53,8	1	7,7
6. нарушение психоэмоц-го статуса	14	93,3	14	93,3	30	90,9	13	39,4	11	73,3	5	33,3	9	69,2	3	23,1
7. горечь во рту	2	13,3	2	13,3	6	18,2	2	6,1	7	46,7	1	6,7	3	23,1	-	-
Средний балл	8,2		4,7		7,3		1,7		8,5		1,7		7		1,3	
Достоверность отличия оценки от срав. группы	-				0,444		0,001		0,808		0,021		0,375		0,005	
Объективные признаки																
1.обложенность языка:	14	93,3	14	93,3	32	97,0	23	69,7	15	100	11	73,3	12	92,3	9	69,2
1.1.обильная	3	20,0	-	-	5	15,2	3	9,1	7	46,7	1	6,7	4	30,8	-	-
1.2.умеренная	3	20,0	6	40,0	20	60,6	10	30,3	4	26,7	3	20,0	3	23,1	4	30,8
1.3.необильная	8	53,3	8	53,3	7	21,2	10	30,3	4	26,7	7	46,7	5	38,5	5	38,5
2.болезненность в правом подреберье:	1	6,7	1	6,7	8	24,2	1	3,0	6	40,0	1	6,7	6	46,2	2	15,4
2.1.сильная	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	7,7	-	-
2.2.умеренная	1	6,7	-	-	6	18,2	1	3,0	5	33,3	-	-	4	30,8	1	7,7
2.3.незначит-ная	-	-	1	6,7	2	6,1	-	-	1	6,7	1	6,7	1	7,7	1	7,7
3.пузырные симптомы	14	93,3	10	66,6	13	39,4	2	6,1	8	53,3	1	6,7	7	53,8	4	30,8
3.1.Ортнера	10	66,6	8	53,3	9	27,3	2	6,1	5	33,3	1	6,7	4	30,8	2	15,4
3.2.Кера	4	26,7	2	13,3	4	12,2	-	-	3	20,0	-	-	3	23,1	2	15,4
4.увеличение печени:	2	13,3	2	13,3	7	21,2	2	6,1	1	6,7	-	-	3	23,1	1	7,7
4.1.на 1-2 см	2	13,3	2	13,3	5	15,2	2	6,1	1	6,7	-	-	2	15,4	1	7,7
4.2.на 3 и более см	-	-	-	-	2	6,1	-	-	-	-	-	-	1	7,7	-	-
5.иктеричн. наружных оболочек:	15	100	15	100	33	100	27	81,8	15	100	13	86,7	13	100	12	92,3
5.1.сильная	1	6,7	-	-	5	15,2	-	-	-	-	-	-	2	15,4	-	-
5.2.умеренная	12	80,0	8	53,3	19	57,6	7	21,2	11	73,3	3	20,0	10	76,9	3	23,1
5.3.незначит-ная	2	13,3	7	46,7	9	27,3	20	60,6	4	26,7	10	66,6	1	7,7	9	69,2
Средний балл	5,7		3,9		5,2		2,2		5,7		1,9		6,4		3	
Достоверность отличия оценки от срав. группы	-				0,481		0,000		1,0		0,000		0,5		0,004	

При сравнении исходного состояния лабораторных показателей (табл. 3) со здоровой группой обнаружено повышение общего билирубина ($p = 0,02-$

$0,000$), трансаминаз (для АЛТ $p = 0,02-0,03$), щелочной фосфатазы ($p < 0,000$), тимоловой пробы ($p < 0,02 < 0,05$), общего белка ($p < 0,05$) и глюкозы сыворотки крови.

Таблица 3

Динамика лабораторных показателей до и после трехнедельного курса лечения больных детей ДЖВП на курорте «Аршан» и классического курса амбулаторной терапии

Показатель	Контрольная группа М,СО*	Сравнительная группа ДЖВП, М, СО, р*		Основная группа детей ДЖВП с типами нарушения моторики					
		до лечения	после	гипотонический, М, СО, р, р _{ср} **		нормотонический, М, СО, р, р _{ср}		гипертонический, М, СО, р, р _{ср}	
				до лечения	после	до лечения	после	до лечения	после
Гемоглобин, г/л	133	132	126	132	132	130	127	130	128
	11,7	8	9	10	9	10	10	18	9
		0,78	0,051	0,8	0,79	0,44	0,14	0,59	0,19
р _{ср}				0,94	0,03	0,57	0,68	0,74	0,55
Эритроциты, 10 ¹² /л	4,139	4,0	3,9	4,5	4,7	4,5	4,5	4,4	4,2
	0,599	0,6	0,6	0,44	0,6	0,36	0,5	0,4	0,4
		0,55	0,25	0,33	0,003	0,19	0,11	0,14	0,91
р _{ср}				0,002	0,000	0,02	0,01	0,05	0,22
Лейкоциты, 10 ⁹ /л	5,539	6,3	5,8	6,1	6,5	5,7	5,9	6,4	6
	1,663	1,6	1,1	2,2	1,6	1,4	1,5	0,3	1,4
		0,2	0,57	0,3	0,04	0,9	0,5	0,2	0,42
р _{ср}				0,81	0,16	0,33	0,91	0,83	0,71
Тромбоциты, 10 ⁹ /л	274,8	288	272	260	313	280	304	312	280
	57,45	50	38	51	69	67	55	101	62
		0,49	0,89	0,32	0,04	0,83	0,13	0,56	0,8
р _{ср}				0,09	0,04	0,72	0,08	0,17	0,69
СОЭ, мм/ч	6	7	8	5	7	6	6	6	6
	4	4	4	3	4	4	4	4	4
		0,76	0,42	0,03	1,0	0,47	0,66	0,67	0,77
р _{ср}				0,05	0,49	0,51	0,44	0,71	0,36
Билирубин, мкм/л	8,9	14,9	13,3	14,5	11,1	14,3	10,1	16,1	10,8
	4,4	5,8	4,4	4,9	3,8	8,8	4,1	5,8	6,6
		0,000	0,004	0,000	0,06	0,02	0,44	0,000	0,31
р _{ср}				0,004	0,3	0,12	0,86	0,002	0,62
АСТ, ед/л	23	29	24	27	26	27	23	26	26
	6	5	8	5	5	7	6	6	4
		0,003	0,18	0,1	0,03	0,07	0,93	0,19	0,19
р _{ср}				0,27	0,39	0,44	0,4	0,13	0,35
АЛТ, ед/л	12	15	15	16	17	23	18	17	16
	4	3	5	5	5	17	8	8	3
		0,005	0,04	0,03	0,000	0,02	0,003	0,03	0,007
р _{ср}				0,7	0,2	0,12	0,25	0,59	0,76
Тимоловая проба, ед	1,9	2,8	2,9	2,5	1,9	2,9	1,9	2,8	1,9
	0,6	1,4	1,0	1,5	1,2	0,8	0,8	1,3	1,0
		0,02	0,02	0,05	0,32	0,03	0,32	0,04	0,41
р _{ср}				0,62	0,01	0,82	0,005	0,92	0,02
ЩФ, ед/л	191	539	419	585	325	494	290	527	304
	67	189	245	278	223	243	165	192	182
		0,000	0,000	0,000	0,03	0,000	0,01	0,000	0,02
р _{ср}				0,57	0,05	0,58	0,01	0,88	0,03
Холестерин, г/л	3,81	4,05	4,05	4	3,7	4,5	4,3	4,2	3,9
				0,59	0,13	0,053	0,3	0,7	0,6
				0,92	0,78	0,94	0,9	0,88	0,8
Триглицериды, моль/л	0,92	0,93	0,86	0,92	0,78	0,94	0,9	0,88	0,8
	0,38	0,3	0,2	0,3	0,3	0,3	0,4	0,2	0,3
		0,95	0,62	0,81	0,19	0,32	0,89	0,62	0,4
р _{ср}				1,0	0,3	0,87	0,43	0,7	0,2
Глюкоза, моль/л	4,5	5,3	5	5	4,9	5,3	4,7	4,9	4,8
	0,7	0,5	0,4	0,5	0,5	0,7	0,4	0,3	0,4
		0,002	0,01	0,03	0,03	0,004	0,39	0,08	0,3
р _{ср}				0,14	0,44	1,0	0,04	0,06	0,1
Общий белок, г/л	72	75,1	70,7	76,1	77,2	78,8	78,5	78,1	76,3
	7,8	6,2	5,6	4,3	4,4	4,1	5,8	4	7,5
		0,06	0,37	0,05	0,07	0,01	0,05	0,04	0,07
р _{ср}				0,5	0,000	0,06	0,001	0,16	0,04

Примечание: М – среднее по совокупности, СО – стандартное отклонение в выборке (отражает дисперсию в выборке), р_{ср} – достоверность отличия от сравнительной группы (отличие достоверно при $p=0,05$ и менее), р – достоверность отличия от контрольной группы (отличие достоверно при $p=0,05$ и менее).

После лечения в общем анализе крови установлена тенденция к повышению количества эритроцитов (в одной подгруппе основной группы) и тромбоцитов (в двух подгруппах основной группы). В сравнительной группе значимых изменений не было. В биохимическом анализе крови по окончании курса традиционной терапии зарегистрировано снижение общего билирубина, щелочной фосфатазы, тимоловой пробы и глюкозы (без нормализации), уровень трансаминаз не отличался от нормы. В основной группе также наблюдалось снижение билирубина и глюкозы (достоверно), нормализовалось содержание трансаминаз и значение тимоловой пробы, снижение щелочной фосфатазы было более выражено, чем в группе сравнения. Отмечалась тенденция к уменьшению общего белка. В целом лабораторные сдвиги отражают уменьшение воспалительного, цитолитического и холестатического синдромов [1,5], они однонаправлены в основной и сравнительной группах, но более значительные после санаторно-курортного лечения.

Исходно сократительная активность желчного пузыря (табл. 4) в основной группе была снижена почти в два раза в подгруппе с гипотоническим типом, не отличалась от нормы в подгруппе с нормотоническим типом и была усилена более чем в 2,5 раза – при гипертоническом типе дискинезии. В сравнительной группе (общий показатель без подгрупп) моторная функция желчного пузыря была снижена до 72%. В основной группе после лечения отмечалась нормализация сокращения в подгруппе с гипертонусом, значительное усиление ответа на желчегонное средство при гипотоническом типе ДЖВП.

Таблица 4

Динамика моторной функции желчного пузыря у детей с ДЖВП при трехнедельном курсе санаторного лечения на курорте «Аршан» в сравнении с амбулаторным

Группа	Средние величины сократительной функции ЖП	
	до лечения	после
ДЖВП - основная группа:		
- по гипотоническому типу	80±11% p<0,05	59±9% p<0,05
- нормотоническому	54±6% p>0,05	35±12% p<0,05
- гипертоническому	17±6% p<0,05	39±10% p>0,05
ДЖВП - сравнительная группа:		
- по гипотоническому	82±14% p<0,05	68±16% p<0,05
- нормотоническому	46±17% p>0,05	42±11% p>0,05
- гипертоническому	21±14% p<0,05	32±12% p<0,05
Контрольная	45±4%	

В подгруппе с нормотоническим типом активность сократительной способности стала достоверно выше, чем в контрольной группе. Это подтверждает поэтапное развитие моторных нарушений при ДЖВП. В сравнительной группе улучшение сократительной способности желчного пузыря при гипотонии было менее значительным, чем в основной. В подгруппе с гипертоническим типом наблюдалось уменьшение сокращения, но без нормализации. При нормотонической ДЖВП функция желчного пузыря улучшилась, но не перешла в гиперактивность.

Итак, в комплексе лечебных факторов курорта «Аршан» одно из ведущих мест занимает «Аршанская» минеральная вода. Прием минеральной воды, дополненный традиционными методами терапии ДЖВП, оказывает многостороннее действие на организм ребенка. После трехнедельного курса санаторного лечения отмечается исчезновение или значительное уменьшение субъективных проявлений болевого, диспептического, холестатического, воспалительного, астеновегетативного синдромов. Купируются основные объективные признаки заболевания. Клинические данные подтверждают положительную динамику биохимических синдромов (цитолитического, холестатического, воспалительного) и нормализацию сократительной функции желчного пузыря по данным ультрасонографии.

Общее действие курсового приема минеральной воды выходит далеко за рамки пищеварительного тракта и по некоторым данным протекает по типу реакций общего адаптационного синдрома [10]. В нашем исследовании это проявляется показателем общего состояния нервной системы, роль которой в возникновении и развитии патологии желчевыводящих путей убедительно доказана [13]. Гипогликемическое действие минеральной воды обусловлено ее гормономодулирующим влиянием на гастроэнтеропанкреатическую систему, что приводит к выраженному активирующему эффекту на трофические процессы в пищеварительных органах, оптимизации усвоения глюкозы тканями [10,11]. Общая реакция адаптации вызывает стимуляцию красного ростка костного мозга. Улучшению кровотока также способствует небольшое количество железа, находящегося в минеральной воде «Аршан» - по закону суммирования слабых раздражителей поступление таких его микродоз может завершиться эффективной реакцией системы [11]. Следует также отметить, что период последействия курсового приема минеральной воды, реализация ее влияния на пищеварительную систему и весь организм составляет около 60-90 дней. Следовательно, эффект на санаторное лечение не прекращается сразу после окончания срока путевки, а продолжается еще около 2-3 месяцев [7].

Таким образом, сравнение субъективных, объективных, лабораторных и ультразвуковых данных до и после курса традиционной амбулаторной терапии ДЖВП и трехнедельного курса санаторного лечения показало достоверно более высокий, более продолжительный и более многосторонний лечебный эффект оздоровления детей с дискинезией желчевыводящих путей в условиях курорта «Аршан».

THE COMPARATIVE ANALYSIS OF THE EFFICIENCY OF THE 20-DAYS SANATORIUM TREATMENT AT THE SPA "ARSHAN" AND OF THE OUT-PATIENT THERAPEUTIC COURSE FOR CHILDREN WITH THE GALL EXCRETORY TRACTS

M.P. Shkurinskaya
(Irkutsk State Medical University, spa "Arshan")

They have described the results of the clinical and laboratory researches and of the ultrasonography of children with different types of the gall excretory tracts disckenessis before and after the 20-days course of the sanatorium cure at the spa "Arshan". The comparative analysis of course in the group of children, received the classical therapeutic course during the out-patient term, has showed that the efficiency of the sanatorium treatment of the gall excretory tracts disckenessis at the spa "Arshan" is really higher then during the out-patient term.

ЛИТЕРАТУРА

1. Блюгер А.Ф., Новицкий И.Н. Практическая гепатология. – Рига: Звайгзне, 1984. – С.9-14.
2. Воробьев Л.П., Маев И.В. Болезни печени и кровообращение. – М.: Знание, 1990. – С.3-7.
3. Галкин В.А. Современные методы диагностики дискинезии желчного пузыря и некалькулезного холецистита. // Тер. архив. – 2001. – № 8. – С.37-38.
4. Карпова С.С. Болезни органов пищеварения у детей: представления о возрастных особенностях. // Рос. пед. журнал. – 1999. – № 6. – С.62-66.
5. Клиническая биохимия заболеваний органов пищеварения. Учебно-метод. пособие. – М., 2-й МОЛГМИ им. Н.И. Пирогова, 1982. – С.55-64.
6. Ковалева Л.П., Сизых Т.П. Целебные природные факторы в лечении хронического холецистита. // Сиб. мед. журнал. – 2004. – № 1. – С.9-17.
7. Козаченко Р.Я. Изменение аминокислотного состава желчи и процессов желчеобразования под влиянием некоторых минеральных вод Закарпатья.: Автореф. дис... канд. биол. наук. – Ужгород, 1972. – 24 с.
8. Мартыанова Т.Д., Белоусова Р.А., Тарасенко К.Я., Супрунов Ю.И. Отдаленные наблюдения в оценке секреторной функции желудка у детей после лечения их в санатории «Озеро Шира». // Вопр. курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. – 1990. – № 1. – С.24-26.
9. Ногаллер А.М. Болезни желчного пузыря и желчевыводящих путей. // Клини. медицина. – 1991. – № 12. – С.91-100.
10. Полушина Н.Д., Фролков В.К. Перспективы использования питьевых минеральных вод в качестве средства первичной профилактики гастродуоденальных язв. // Вопр. курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. – 1990. – № 5. – С.12-17.
11. Полушина Н.Д., Владимиров В.И., Фролков В.К. Влияние питьевой минеральной воды на гормональную регуляцию гликогемостаза после мастэктомии по поводу рака молочной железы. // Вопр. курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. – 2002. – № 6. – С.19-21.
12. Саманджи С., Артамонов Р.Г., Кубышева Е.В. и др. Ультразвуковое исследование в выявлении причин болей в животе у детей. // Рус. мед. журнал. – 2003. – Т. 11, № 3(175). – С.73.
13. Самарина О.В. Клиническое значение нейровегетативных и психоэмоциональных изменений у детей с гастродуоденитом и сочетанными сфинктерными нарушениями для обоснования тактики лечения.: Автореф. дис... канд. мед. наук. – М., 1996. – 23 с.
14. Сизых Т.П., Ковалева Л.П. Эффективность лечения хронического холецистита термальной маломинерализованной минеральной водой «Аршан» в комплексе с природными и преформированными факторами. // Журнал инфекционной патологии. – Иркутск, 2003. – Т. 10, № 4. – С.92-93.
15. Собина О.Г. Этнические особенности функционирования желчевыводящей системы у детей Севера и Восточной Сибири.: Автореф. дис... канд. мед. наук. – Красноярск, 1996. – 19 с.
16. Эйберман А.С. К дискуссии о функциональных и органических гастроэнтерологических нарушениях у детей. // Рус. мед. журнал. – 2003. – Т. 11, № 3(175). – С.44-51.

© ЗАХАРОВА Т.Г., НИКОЛАЕВ В.Г., ИСКРА И.П., ЗАХАРОВ Г.Н. –

ФОРМИРОВАНИЕ ГЕНДЕРНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ

Т.Г. Захарова, В.Г. Николаев, И.П. Искра, Г.Н. Захаров

(Красноярская государственная медицинская академия, ректор – д.м.н., проф. И.П. Артюхов, кафедра поликлинической терапии и семейной медицины с курсом ФПК и ППС, зав. – проф. М.М. Петрова, кафедра нормальной анатомии, зав. – проф. В.Г. Николаев, Центр иммунологии и репродукции, гл. врач – В. В. Тюкавкин)

Резюме. Состояние репродуктивного здоровья девушек-подростков в последнее десятилетие вызывает тревогу и озабоченность. На подростков возлагается надежда на повышение воспроизводства населения с рождением здорового потомства и сохранением генофонда нации. Раннее начало половой жизни, неосознанное и нерегулируемое гендерное поведение девушек-подростков оказывает отрицательное влияние на состояние их репродуктивной системы. У них высокий уровень «неожиданных» беременностей, а, следовательно – аборт, инфекций, передаваемых половым путем, и неспецифических воспалительных заболеваний органов малого таза.

Ключевые слова. Девушки-подростки, здоровье, репродукция, заболеваемость, поведение.