

8. Кубушко И.В., Каспаров Э.В., Клеменков С.В., Разумов А.Н., Давыдова О.В., Клеменков А.С. Оптимизация восстановительного лечения больных ишемической болезнью сердца с нарушением рит-

ма комбинированным применением бальнеотерапии с электротерапией или физическими тренировками. - Красноярск-Москва. - Сибирь, 2003. - 151 с.

© СИЗЫХ Т.П., ШКУРИНСКАЯ М.П., СОНГОЛОВ В.И., ПОЛЯНСКАЯ Л.А. -

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ КОРОТКОГО КУРСА САНАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ДИСКИНЕЗИЕЙ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ НА КУРОРТЕ "АРШАН" В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА ДИСКИНЕЗИИ

Т.П. Сизых, М.П. Шкуринская, В.И. Сонголов, Л.А. Полянская.

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор - д.б.н., проф. А.А. Майборода, кафедра факультетной терапии, зав. - д.м.н. Ф.И. Беляев)

Резюме. Дана оценка эффективности короткого 12 дневного курса санаторного лечения детей с дискинезией желчевыводящих путей на курорте "Аршан", описана реакция на лечение при различном типе дискинезии.

Ключевые слова: дискинезия желчевыводящих путей, санаторно-курортное лечение, минеральная вода, дети.

В настоящее время не вызывает сомнения высокая распространенность функциональных гастроэнтерологических нарушений у детей, оказывающих значительное влияние на качество жизни ребенка [6,8]. Также многие исследователи отмечают достоверно более высокую эффективность комплексного и этапного лечения патологии органов пищеварения, в структуре которой дискинезии желчевыводящих путей (ДЖВП) составляют до 86% [1]. Третий - санаторно-курортный - этап оздоровления детей с болезнями билиарного тракта, является примером такого комплексного лечения. До последнего времени оптимальным сроком санаторного лечения считается курс от 25 до 30 дней [5,7]. Сведений же о краткосрочных курсах курортной терапии в доступной нам литературе не было найдено. Целью нашей работы было исследовать влияние лечебных факторов курорта "Аршан" на детей с различным типом дискинезии желчевыводящих путей при нестандартном курсе лечения - двухнедельном.

На курорте "Аршан" с лечебной целью используется термальная углекислая маломинерализованная гидрокарбонатно-сульфатная кальциево-магниевая вода с малым содержанием кремниевых кислот и железа, слабощелочная по реакции [3,5]. "Аршан" является также и климатическим курортом, он находится на 900 м над уровнем моря, и ему присущи все лечебные факторы среднегорья [3,5].

Материалы и методы

Исследование проводилось на базе детского отделения санатория "Саяны" курорта Аршан (Тункинский район Республики Бурятия, зав. детским отделением С.А. Мадагаева). Всего был обследован 51 ребенок. Из них: 14 с гипотоническим, 7 - с нормотоническим и 6 - с гипертоническим типами ДЖВП. Контрольную группу составили 24 ребенка без заболеваний органов пищеварения. Возраст детей от 7 до 17 лет. Группы были

сравнимы по возрастному составу (отличие недостоверно, $p < 0,778$); по половому признаку среди детей с ДЖВП преобладали девочки ($p < 0,016$), в контрольной группе число девочек и мальчиков было соответственно 45,83% и 54,17% (табл.1).

Таблица 1.
*Распределение в исследуемых группах детей
по полу и возрасту*

Группа	п	Количество больных в группах			
		Мальчики		Девочки	
		п	%	п	%
ДЖВП. в т.ч.:	27	12	44,4	15	55,5
по гипотоническому типу	14	4	28,6	10	71,4
по нормотоническому	7	2	28,6	5	71,4
по гипертоническому	6	6	100,0	-	-
Контрольная	24	13	54,2	11	45,8

Всем детям при поступлении проводилось обследование в объеме, рекомендуемом для диагностики патологии билиарного тракта у детей [2,4,8]: опрос, осмотр, общий анализ крови и мочи, биохимическое исследование крови (билирубин, тимоловая проба, холестерин, триглицериды, глюкоза, общий белок, АЛТ, АСТ, щелочная фосфатаза), ультразвуковое исследование органов брюшной полости с определением моторной функции желчного пузыря. Обследование повторялось по окончании курса лечения.

Комплекс санаторного лечения включал:

1. диету - стол №5 по Певзнеру, дробное питание: 3 основных и 3 дополнительных приема пищи;
2. санаторный режим;
3. внутренний прием минеральной воды "Аршан" 38-40°C в дозе 3 мл/кг массы тела 3 раза в сутки за 20-40-60 минут до еды;
4. общие минеральные ванны 36°C, от 6 до 10 минут на процедуру, через день;
5. тубаж по

Демьянову №3 через 2 дня, утром с 6 до 7 часов, в качестве желчегонного средства использовалась минеральная вода 40°C 3 мл/кг с сорбитом от 1 чайной до столовой ложки в зависимости от возраста; 6. физиотерапия - синусоидальный моду-

лированный ток №5, гальванизация №7, электрофорез минеральной воды №7 на область правого подреберья - назначалась при выраженном болевом синдроме.

Таблица 2.

Динамика клинических показателей у детей ДЖВП с разным вариантом моторики при двухнедельном курсе лечения на курорте "Аршан"

Клинический признак	Частота встречаемости признака до и после лечения в группах															
	Количество больных (n=27)				ДЖВП по гипотоническому типу (n=14)				ДЖВП по нормотоническому (n=7)				ДЖВП по гипертоническому (n=6)			
	до лечения				до лечения				до лечения		после		до лечения		после	
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	1 %
Субъективные признаки																
1.боли в правом подреберье:	23	8Э,0	ь	18,5	12	85,7	2	14,3	6	85,7	1	14,3	5	83,3	1	33,3
1.1. сильные	7	26,0	2	7,4	4	28,6	1	7,1	1	14,3	-	-	2	33,3	1	16,7
1.2. умеренные	12	44,0	3	11,1	6	42,9	1	7,1	3	42,9	1	14,3	3	50,0	1	16,7
1.3. незначительные	4	15,0	-	-	2	14,3	-	-	2	28,6	-	-	4	66,6	-	-
2. отрыжка	15	55,5	9	33,3	9	64,3	7	50,0	2	28,6	-	-	4	66,6	2	33,3
3. тошнота	8	29,6	5	18,5	6	42,9	4	28,6	1	14,3	-	-	1	16,7	1	16,7
4. рвота	4	15,0	-	-	3	21,4							1	16,7	-	
5. расстройство стула	14	51,8	5	18,5	6	42,9	3	21,4	4	57,1	1	14,3	4	66,6	1	16,7
6. нарушение психо-эмоционального статуса	22	81,5	14	51,8	12	85,7	8	57,1	5	71,4	4	57,1	5	83,3	2	33,3
7. горечь во рту	8	29,6	4	15,0	5	35,7	3	21,4	1	14,3	1	14,3	2	33,3	-	-
Средний балл	8,5		3,1		8,8		3,1		8,8		3,3		8		2,8	
Достоверность отличия оценки	P<0,032				P<0,02				P<0,032				P<0,05			
Объективные признаки																
1. обложенность языка	21	77,7	19	70,4	10	71,4	9	64,3	6	85,7	5	71,4	5	83,3	5	83,3
1.1. обильная	4	15,0	1	3,7	1	7Д	1	7,1	3	42,9						
1.2. умеренная	14	51,8	7	26,0	8	57,1	3	21,4	3	42,9	2	28,6	3	50,0	2	33,3
1.3. необильная	3	11,1	11	40,7	1	7,1	5	35,7	-	-	3	42,9	2	33,3	3	50,0
2. болезненность в правом подреберье	8	29,6	2	7,4	2	14,3	1	7,1	3	42,9	1	14,3	3	50,0	-	-
2.1. сильная	1	3,7											1	16,7	-	-
2.2. умеренная	5	18,5	-	-	2	14,3	-	-	1	14,3	-	-	2	33,3	-	-
2.3. незначительная	2	7,4	2	7,4	-	-	1	7,1	2	28,6	1	14,3	-	-	-	-
3. пузырьные симптомы	15	55,5	4	15,0	7	50,0	2	14,3	5	71,4	2	28,6	3	50,0	-	-
3.1. Ортнера	10	37,0	3	11,1	5	35,7	2	14,3	3	42,9	1	14,3	2	33,3	-	-
3.2. Кера	5	18,5	1	3,7	2	14,3	-	-	2	28,6	1 •	14,3	1	16,7	-	-
4. увеличение печени	3	11,1	1	3,7	2	14,3	1	7,1	1	14,3	-	-	-	-	-	-
4.1. на 1-2 см	2	7,4		-	1	7,1	-	-	1	14,3						
4.2. на 3 и более см	1	3,7	1	3,7	1	7,1	1	7Д	-							-
5. иктеричность слизистых оболочек	24	88,9	24	88,9	12	85,7	13	92,9	7	100,0	7	100,0	5	83,3	4	66,6
5.1. сильная	1	3,7											1	16,7	-	-
5.2. умеренная	14	51,8	8	29,6	7	50,0	1	7,1	4	57,1	4	57,1	3	50,0	3	50,0
5.3. незначительная	9	33,3	16	59,2	5	35,7	12	85,7	3	42,9	3	42,9	1	16,7	1	16,7
Средний балл	5,7		2,7		5,1		2,5		5,7		3		6,2		2,6	
Достоверность отличия оценки	P<0,32				P<0,018				P<0,032				P<0,05			

Результаты наблюдений были оценены с помощью двустороннего критерия Стьюдента (для сравнения двух групп с N>8), для групп с N<8 применяли непараметрические критерии Манна-Уитни и Уилкоксона.

Результаты и обсуждение

При субъективном исследовании поступивших на лечение детей (табл.2) абсолютное большинство (85%) жаловались на боли в правом подреберье различной интенсивности и нарушение психоэмоционального статуса (81,5%). Более чем у половины больных отмечалось расстройство стула

(51,8%) и диспептические расстройства верхних отделов желудочно-кишечного тракта: отрыжка (55,5%), тошнота и рвота (29,6% и 15%). Горечь во рту беспокоила каждого третьего из десяти больных.

В подгруппах распределение жалоб в основном совпадало с указанным выше. Обращало на себя внимание преобладание у детей с ДЖВП гипотонического типа сильных и умеренных болей; по нормотоническому - умеренных; по гипертоническому - незначительная выраженность болевого синдрома. Тошнота и рвота чаще встре-

Таблица 3.
Изменение лабораторных показателей у детей с ДЖВП за время двухнедельного курса санаторного лечения на курорте "Аршан" в зависимости от моторики ЖП и ЖВП

Показатель	Средние величины показателей в группах						
	Контрольная группа	Гипотонический тип М, СО, р**		Нормотонический М, СО, р		Гипертонический М, СО, р	
	М, СО*	до лечения	после	до лечения	после	до лечения	после
Эритроциты, 10 ¹² /л	4.139 0.599	4,5 0,44 0,01	4,63 0,39 0,01	4.47 0.36 0.08	4,1 0,58 0.89	4.43 0,42 0,14	4,88 0,56 0,02
Лейкоциты, 10 ⁹ /л	5,539 1,663	6,1 2,15 0,30	5,82 1,73 0,62	5.51 1.42 0,953	5.59 1.9 0.95	6.41 0,25 0,20	6,6 1,53 0,20
Тромбоциты, 10 ⁹ /л	274.8 57.45	260.4 50,6 0,32	254.5 64,7 0,34	279,5 66,8 0,83	321,3 45,2 0.06	311,5 101,3 0,17	295,2 31,4 0,45
СОЭ, мм/ч	7 4	5 3 0,03	4 2 0,02	6 4 0,47	5 4 0,3	6 4 0,67	4 2 0,10
Билирубин, мкм/л	9,20 4,26	14,5 4,9 0,000	12,8 5,9 0,04	14,3 0,0 0,02	11,6 1,6 0,18	16,1 0,000	15,4 6 0,000
АСТ, ед/л	23 6	27 5 0,1	16 6 0,03	27 7 0,07	18 5 0,10	26 5 0,19	24 9 0,7
АЛТ, ед/л	13 4	16 5 0,03	15 9 0,21	23 17 0,02	12 5 0,87	17 8 0,03	17 10 0,06
Тимоловая про- ба. ед	2,2 0,94	2,5 1,5 0,41	2,7 1,7 0,24	2,9 0,8 0,03	3Д 0,1 0,04	2 8 1,3 0,11	1 6 0,4 0,15
ЩФ. ед/л	191 67	584 277 0,000	283 119 0,01	494 243 0,000	236 92 0,18	527 192 0,000	323 106 0,002
Холестерин, ммоль/л	3,8 0,65'	4 0,6 0,33	4 0,7 0,32	4.5 0,6 0,002	3,9 0,1 0,60	4,2 1 0,21	4,1 0,6 0,34
Триглицериды, ммоль/л	0,92 0,38	0,78 0,34 0,22	0,72 0,28 0,4	0,8 0,26 0,32	0,9 0,2 0,83	0,7 0,32 0,06	0,8 0,2 0,5
Глюкоза, ммоль/л	4,5 0,7	5 0,5 0,03	4,9 0,4 0,06	5,3 0,7 0,004	5,1 0,5 0,18	4,9 0,3 0,08	4,8 0,2 0,48
Общий белок. г/л	72,8 7,8	76,1 4,3 0,05	72,9 5,4 0,96	78,8 4,1 0,01	80,5 3,7 0,07	78,1 4 0,04	76 2,5 0,38

Примечание: М - среднее по совокупности; СО - стандартное отклонение в выборке (отражает дисперсию в выборке); р - достоверность отличия от контрольной группы (отличие достоверно при р=0,05 и менее)

чались в группе с гипотонией желчных путей, чем в двух других. На горечь во рту жаловался каждый третий ребенок с ДЖВП по гипотоническому и гипертоническому типам.

По окончании лечения боли в правом подреберье беспокоили менее чем пятую часть, а психоэмоциональные нарушения только половину детей. В 1,5-3 раза сократилось число жалоб на отрыжку, тошноту, горечь во рту и расстройство стула.

В объективном статусе установлены (табл.2): болезненность при пальпации в правом подреберье - более чем у четверти (29,6%) больных, причем этот симптом встречался у половины группы при гипертоническом типе ДЖВП; несколько реже (42,9%) - при нормотоническом; и только у каждого седьмого из обследованных - при гипотоническом типе. Выраженность болевого синдрома также была наибольшей при гипертоническом типе ДЖВП (сильные и умеренные боли). Более чем в половине случаев найдены положительные симптомы Ортнера и Кера, распределение их в подгруппах одинаково. Увеличение печени отмечалось редко (11,1%) и только при гипо- и нормотоническом типах ДЖВП. Обложенность языка и иктеричность склер и мягкого неба мы наблюдали у большинства больных (77,7% и 88,9% соответственно), без особых различий по подгруппам.

По окончании курса лечения зарегистрирована значительная положительная динамика объективных признаков. Только у двух детей из 2" (7,4%) сохранилась незначительная болезненность в правом подреберье при пальпации. Пузырные симптомы остались положительными у одного. Уменьшилась частота и степень обложенности языка: больше в подгруппе с гипотоническим типом ДЖВП, меньше - с нормотоническим типом. Иктеричность наружных слизистых оболочек практически осталась без изменения по частоте, но значительно уменьшилась ее выраженность.

Среди лабораторных сдвигов (табл.3) наиболее демонстративны изменения маркеров холестаза: общего билирубина и щелочной фосфатазы. В начале наблюдения уровни билирубина и щелочной фосфатазы были достоверно выше по сравнению с контролем во всех подгруппах ($P < 0,02$). После лечения их содержание снизилось, но еще отличалось от группы контроля с P от 0,000 до

0,2. Также исходно был повышен уровень содержания АЛТ в сыворотке крови ($P < 0,03$) независимо от моторной функции желчного пузыря, а после курса лечения ее значение нормализовалось ($P > 0,06$).

Из общих показателей было отмечено повышение, относительно здоровой -группы, глюкозы при гипо- и нормотонической ДЖВП и общего белка сыворотки крови при гипо- и гипертонической форме дискинезии. Такие изменения, (по литературным данным) не являются характерными для патологии билиарного тракта, и механизм их возникновения требует дальнейшего изучения. Нами же было установлено, что при заключительном исследовании эти показатели не отличались от контрольных.

Двигательная функция желчного пузыря за время курса лечения улучшилась во всех подгруппах (табл.4), хотя и не достигла нормальных значений ($P < 0,05$). При гипотоническом и нормотоническом типах ДЖВП сократительная способность увеличилась, при гипертоническом - уменьшилась.

Таблица 4.

Изменения объема желчного пузыря у детей с ДЖВП при двухнедельном курсе санаторного лечения на курорте "Аршан"

Группа	до лечения	после
ДЖВП по гипотоническому типу	80±11%	63±7%
по нормотоническому	54±6%	47±11%
по гипертоническому	17±6%	29±9%
контрольная	45±4%	

Учитывая все вышесказанное, можно заключить, что двухнедельный курс санаторного лечения детей с дискинезией желчевыводящих путей на курорте "Аршан" является достаточно эффективным по клинико-лабораторным показателям. Минеральная вода "Аршан" в комплексе с другими курортными лечебными факторами обладает спазмолитическим, желчегонным, противовоспалительным, гепатопротективным действием и может с успехом применяться в лечении детей с ДЖВП, действуя благоприятно при любом типе дискинезии.

THE ANALYSIS OF THE RESULTS OF SHORT COURSE OF SANATORIUM TREATMENT OF CHILDREN WITH DYSKINESIA OF BILIFEROUS TRACTS AT THE RESORT "ARSHAN" DEPENDING ON THE TYPE OF DYSKINESIA

T P. Sizikh, M.P. Shkurinskya, V.I. Songolov, L.A. Polyanskya

(Irkutsk State Medical University)

There has been presented the evaluation of efficacy of short 12 days course of sanatorium treatment of children with dyskinesia of biliary tracts at the Resort "Arshan". The reaction on the treatment in the various type of dyskinesia is described.

Литература

- Александрова Н.И., Шайморданова Р.Б., Кряжева Е.В. Пути совершенствования оздоровления

больных с сочетанными заболеваниями органов пищеварения // Русский мед. журнал. - 2003. - №3.-С.78.

2. Болезни органов пищеварения. Под ред. Масевича Ц.Г., Рысса С.М. Изд. второе, перераб. и доп. - М.: Мед., 1975. - С.395-548.
3. Кустов Ю.И., Пиннекер Е.В., Сонголов В.И. и др. Углекислые минеральные воды курорта "Аршан Тункинского": история и состояние его гидроминеральных ресурсов // Сиб. мед. журнал. - 2002. - №6. - С.87-96.
4. Саманджи С., Артамонов Р.Г., Кубышева Е.В. и др. Ультразвуковое исследование в выявлении причин болей в животе у детей // Русский мед. журнал. - 2003.-Т.11, №3(175).-С.73.
5. Фролькис А.В. Функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта. - Л.: Мед., 1991. - С.5-9.
6. Чернявский О.Н. Оптимальные сроки санаторно-курортного лечения детей с заболеваниями гепатобилиарной системы // Санаторно-курортное лечение детей и подростков: Сб. научн. трудов. - Сочи, 1988. -С.49-53.
7. Эйберман А.С. К дискуссии о функциональных и органических гастроэнтерологических нарушениях у детей// Русский медицинский журнал. - 2003. - Т.11, №3(175). - С.44-51.

© ХВОСТОВА О.И., КОЛТУН В.З., ЛОБЫКИНА Е.Н. -

ЗНАЧЕНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА (ДИЕТО- И ПСИХОТЕРАПИИ) В ЛЕЧЕНИИ ИЗБЫТОЧНОГО ВЕСА И ОЖИРЕНИЯ

О.И. Хвостова, В.З. Колтун, Е.Н. Лобыкина.

(Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей, ректор - проф. А.А. Луцик, кафедра медицинской экологии, эпидемиологии и здорового образа жизни, зав. - проф. В.З. Колтун)

Резюме. Статья посвящена проблеме комплексного подхода в лечении избыточного веса и ожирения. Представлена классификация основных типов нарушения пищевого поведения. Обосновано комплексное лечение избыточной массы тела, включающей диетотерапию и психотерапию с учетом типа нарушения пищевого поведения, позволяющая не только снизить вес, но и выработать и закрепить у больных с ожирением рациональный стереотип пищевого поведения.

Ключевые слова: избыточный вес, ожирение, диетотерапия, психотерапия.

В основе современного лечения алиментарного ожирения, лежит признание хронического характера данного заболевания и, следовательно, необходимости долгосрочного лечения, целью которого является восстановление нарушенного обмена веществ. Стремление за короткий срок избавиться на большое количество килограмм приводит к компенсаторному увеличению приема пищи и повторной прибавке веса (так называемый "синдром рикошета"). Соответственно этому, снижение веса на 5-10 кг в течение 4-6 месяцев и сохранение этого результата на протяжении длительного времени эффективнее, чем потеря за короткий срок большого количества килограмм (10-15 кг) с последующей "рикошетной" прибавкой в весе (15-20 кг) [2]. Любому специалисту понятно, что речь идёт о временном уменьшении выраженности одного из симптомов ожирения, а отнюдь не излечении.

К сожалению, получить эффект от лечения больной хочет как можно в короткий срок времени. Поэтому сегодня и получили такую популярность различные методы коррекции избыточного веса, в основе которых лежит проведение краткосрочного курса (1 сеанс), направленного на достижение анорексигенного эффекта. Используются медикаментозные препараты, биологически активные добавки, психотерапия, иглорефлексотерапия. Кроме этого, широко применяются приёмы вообще далёкие от медицины, такие как питание по группам крови, "гемокод" и т.п. Большинство

из них позволяет снизить массу тела, ибо почти всегда при резком ограничении калорийности суточного рациона достигается подобный эффект. Однако эффект этот, как правило, краткосрочный. Больной не может долго придерживаться такой редуцированной диеты длительное время (и, тем более, как рекомендуют, всю оставшуюся жизнь) и поэтому "срыв" неизбежен. Психотерапевтические приемы, такие, как аутогенная тренировка, использование приемов суггестии в состоянии бодрствования с формированием отрицательных эмоций к злоупотреблению пищи с повышенной энергетической ценностью, погружение в легкое трансовое состояние и др., также способны снизить вес только на короткий промежуток времени и не способствуют закреплению нового пищевого поведения на более длительный срок [5,7].

Описанные способы снижения веса, используемые в качестве монотерапии, как показывает опыт практической работы, малоэффективны, т.к. от больных требуется длительная мобилизация эмоционально-волевых усилий, и большинство из них не в состоянии придерживаться ограничений в пище и повышения двигательной активности в течение длительного периода времени. Помимо этого, психотерапевты в результате своей работы не учитывают общее состояние организма, его эндокринный фон, не определяют то количество килограмм, на которое необходимо снизить вес без вреда для здоровья, чтобы исключить возможность прибавки веса в последующее время (т.е.