

Длительность времени присутствия ацетона в моче*

Сколько дней	Единичные уплотнения по ходу желчных протоков, % (n = 14)	Выраженные уплотнения по ходу желчных протоков, % (n = 28)
1	3 (21,4)	2 (7,1)
2	4 (28,6)	9 (32,1)
3	3 (21,4)	7 (25,0)
4	2 (14,3)	4 (14,3)
5	2 (14,3)	1 (3,6)
>6	–	5 (17,9)

* На фоне инфузионной терапии в зависимости от изменений в печени.

2:1, раствор трисоли в возрастных дозировках. Для купирования рвоты применяли мотилиум, перорально растворы энтеродез, регидрон (см. табл.).

Анализ показал, что у больных с аномалиями желчного пузыря и явлениями холестаза ацетон сохранялся в моче более 3 дней. У них выявлялись сочетания таких сопутствующих заболеваний, как реактивный панкреатит (у 57%), кристаллурия (у 28,5%), хронический гастрит (у 14,3%) и хронический холецистохолангит (у 7,1%). Данные сочетания наблюдались в основном у детей в возрасте до 5 лет (у 92,9%).

Провоцирующими факторами у 64,2% больных были неправильное питание (жареная и жирная пища, шоколад и т.д.), в связи с чем рекомендовалось рациональное питание по возрасту, а с учетом наличия у детей с ацетонемической рвотой холестаза – проведение тюбажей по Демьянову с теплой водой низкой минерализации: в первую неделю – 2 раза, далее в первый месяц – один раз в неделю, во второй месяц – 2 раза в месяц, с 3-го месяца – один раз в месяц в течение года. Кроме того, назначался курс желчегонной терапии и гепатопротекторов.

Таким образом, на нашем материале констатирована прямая взаимосвязь развития ацетонемической рвоты от функционального состояния печени и желчевыводящих путей.

УДК 616.33/34-002.44-085.849.19

Лосеева А.В., Романова В.А., Данилова Л.Н., Зайцев М.Ю., Павлов А.Ф., Сапожникова А.А., Сапожникова С.Ю. (Чебоксары). Эффективность применения квантовой терапии у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки

Мы изучали влияние лазерного облучения проекции бедренных сосудов и аурикулярных точек акупунктуры (ТА) на динамику клинической симптоматики, сроки и особенности заживления язвенного дефекта у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК), диагностированного по данным фиброгастродуоденоскопии (ФГДС). Всего нами было пролечено 98 пациен-

тов. Больные методом случайной подборки были подразделены на 2 группы – основную, состоящую из 78 больных, получавших лазерную терапию (ЛТ), и группу сравнения – 20 человек, леченных стандартной тройной антихеликобактерной терапией без применения ЛТ. Основная группа в свою очередь была подразделена на 2 подгруппы – первую (38 чел.), в которой ЛТ проводили в виде монотерапии, и вторую (40), где ЛТ была назначена на фоне тройной эрадикационной терапии *H. pylori*/Стандартная схема эрадикации включала антибиотик широкого спектра, блокатор протонной помпы и метронидазол в общепринятых дозировках. Средний возраст больных первой подгруппы составлял $39 \pm 4,3$ года, второй – $37 \pm 3,8$ года, в группе сравнения – $41 \pm 4,1$ год. По уровню образования, роду занятий все группы были сопоставимы. На каждого больного заполняли карту-анкету, включавшую вопросы, предназначенные для выявления и детализации симптомов ЯБ, выяснения подробного анамнеза заболевания, жизни, с акцентированием внимания на наличии отягощенной наследственности, сезонности заболевания, вредных привычек. Карту заполняли со слов пациентов с использованием данных амбулаторной карты. Всем больным в динамике наблюдения проводили ФГДС. Размеры язвенного дефекта варьировали от 0,4 до 1,5 см. При дифференцировании язв по величине малыми считали язвы до 0,6 см в диаметре, большими – более 1 см в желудке и 0,7 см в ДПК. В первой подгруппе и в группе сравнения преобладали больные со средними по размерам язвами, а во второй подгруппе больных с различными размерами язвенного дефекта было примерно поровну.

Всем больным основной группы проводилось ежедневное чрескожное облучение проекции бедренных артерий в течение 2 минут расфокусированным пучком He-Ne лазера с помощью установки УЛФ-01, генерирующей непрерывное низкоинтенсивное лазерное излучение (длина волны – 0,63 мкм, плотность мощности на выходе – $0,1-10$ мВт/см²) в сочетании с воздействием на аурикулярные точки акупунктуры (всего по 9 точек на каждом ухе). Длительность курса лазеротерапии составляла от 5 до 14 процедур, до полного заживления язвенного дефекта, подтвержденного результатами контрольных ФГДС. Специальной диеты больные не придерживались.

В результате лечения у всех больных, получавших ЛТ, наблюдалось полное заживление язвы. В группе сравнения после 10-12-дневного курса медикаментозного лечения язвы зажили только у 14 (70%) человек, у 4 (20%) язвы уменьшились в размерах, у 2 (10%) остались прежними. Под воздействием лечения у больных всех групп произошло уменьшение ведущих клинических проявлений болезни, но более значительное в основной группе. Так, например, если до начала лечения 65,8% пациентов первой подгруппы жаловались на изжогу, то после курса лечения она сохранялась только у 5,3% больных, т.е. сокращение числа больных, страдавших пирозом, произошло в 12,4 раза, в то время как в группе сравнения до лечения изжога беспокоила 50,0% пациентов, а в конце курса эта жалоба сохранялась у 10%, т.е. имело место сокращение частоты пироза в 5 раз.

Таблица 1

Сроки исчезновения (дни) болевого синдрома в зависимости от локализации, способа лечения и величины язвенного дефекта у больных ЯБ

Размеры язвы	Локализация язвенного дефекта					
	в желудке			в ДПК		
	ЛТ	ЛТ+медикаменты	медикаменты	ЛТ	ЛТ+медикаменты	медикаменты
Малые	2,4±0,72**	2,5±0,81°	6,4±1,09	2,6± 0,79**	2,4±0,76°	5,7±1,95
Средние	3,6±0,89*	3,8±1,01°	7,3±1,67	3,1±0,96*	3,3±0,95°	6,6±1,88
Большие	5,8±1,04*	5,2±1,03°	9,3±2,09	3,9±0,92*	4,2±1,07°	8,4±2,04

* р <0,05, ** р <0,01 (сравниваются первая подгруппа и группа сравнения); ° р <0,05, °° р <0,01 (сравниваются вторая подгруппа и группа сравнения).

Такие клинические симптомы, как тошнота, рвота, под воздействием лечения исчезли практически у всех больных как основной группы, так и группы сравнения. Боли в животе в результате воздействия были купированы практически у всех больных первой и второй подгрупп, в то время как в группе сравнения в конце курса лечения они сохранялись у половины больных. Что касается сроков исчезновения болевого синдрома, то они зависели в основном от размера язвы и способа лечения и в меньшей степени – от ее локализации (табл.1). Как видно из табл. 1, болевой синдром у больных с язвами различных размеров независимо от локализации под влиянием ЛТ был купирован быстрее, чем при медикаментозном лечении. Средние сроки исчезновения болевого синдрома в основной группе составля-

ли 3,5±0,1 дня, в группе сравнения – 5,5±0,6. Сроки заживления язвенного дефекта во всех группах зависели от исходного размера язв. Малые язвы исчезли в первой подгруппе в среднем после 5 дней лечения, во второй – через 6,4±1,1 дня лечения, в группе сравнения – через 12,0±1,73 процедуры. Средние по размерам язвы исчезли в первой под-

группе за 6,4±1,98 дня лечения, во второй – за 7,0±1,79 дня, в группе сравнения – через 11,3±1,34 дня, большие язвы – через 8,0±1,84, 9±2,21 и 14,5±2,52 дня соответственно. Что касается качества заживления язвенного дефекта, то при использовании ЛТ в виде монотерапии эпителизация язвы наблюдалась в 2 раза чаще, чем при ЛТ в сочетании с медикаментами, и в 3,5 раза чаще, чем при лечении только медикаментами (табл. 2).

Таким образом в нашем исследовании заживление язвенного дефекта наступало в среднем после 6–9 процедур лазерного облучения. Полученные нами результаты позволяют считать, что применение надсосудистого в зоне бедренных артерий лазерного облучения в сочетании с воздействием на аурикулярные точки акупунктуры боль-

Таблица 2

Влияние ЛТ на особенности заживления язвенного дефекта

Группы больных	Вид заживления			
	эпителизация		рубцевание	
	абс.	%	абс.	%
1-я подгруппа (n=38)	29	76,3**	9	23,7*
2-я подгруппа (n=40)	15	37,5**	25	62,5*
Группа сравнения	3	21,4	11	78,6

* р<0,05, ** р<0,01.

ных ЯБ желудка и ДПК оказывает выраженное положительное влияние на клиническое течение заболевания, позволяет практически в 2 раза сократить сроки заживления язвенного дефекта и в 2–3,5 раза увеличить частоту заживления путем эпителизации без образования грубого рубца.

ных ЯБ желудка и ДПК оказывает выраженное положительное влияние на клиническое течение заболевания, позволяет практически в 2 раза сократить сроки заживления язвенного дефекта и в 2–3,5 раза увеличить частоту заживления путем эпителизации без образования грубого рубца.