

- ным комбинированным применением бальнеотерапии и физических тренировок. — Красноярск-Москва. — Сибирь, 2002. — 125 с.
6. Клеменков С.В., Каспаров Э.В., Разумов А.Н., Левицкий Е.Ф., Кубушко И.В., Давыдова О.Б. Восстановительное лечение больных коронарной болезнью сердца с нарушением ритма и проводимости с помощью физических факторов. — Красноярск-Москва-Томск-Пятигорск. — Т.1. — Кларетианум, 2003. — 332 с.
7. Клеменков С.В., Разумов А.Н., Левицкий Е.Ф., Клеменков А.С. Восстановительное лечение больных коронарной болезнью сердца с нарушением ритма с помощью физических факторов. — Красноярск-Москва-Томск-Пятигорск. — Т.2. — Кларетианум, 2003. — 276 с.
8. Кубушко И.В., Каспаров Э.В., Клеменков С.В., Разумов А.Н., Давыдова О.Б., Клеменков А.С. Оптимизация восстановительного лечения больных ишемической болезнью сердца с нарушением ритма комбинированным применением бальнеотерапии с электротерапией или физическими тренировками. — Красноярск-Москва. — Сибирь, 2003. — 151 с.
9. Клеменков С.В., Каспаров Э.В., Петрова М.М., Харьков Е.И., Кубушко И.В., Клеменков А.С., Камнев А.В. Оптимизация восстановительного лечения коронарной болезнью сердца с нарушением ритма комбинированным применением электросна с психотерапией или углекислыми ваннами. — Красноярск. — Кларетианум, 2004. — 144 с.
10. Клеменков С.В., Разумов А.Н., Каспаров Э.В., Серебряков В.Г., Клеменков А.С., Кубушко И.В. Оптимизация восстановительного лечения больных ишемической болезнью сердца с нарушением ритма длительным применением бальнеотерапии в амбулаторных условиях. — Красноярск-Москва. — Кларетианум, 2004. — 120 с.

© КОВАЛЕВА Л.П., СИЗЫХ Т.П. —

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРМАЛЬНОЙ МАЛОМИНЕРАЛИЗОВАННОЙ УГЛЕКИСЛО-ГИДРОКАРБОНАТНО-НАТРИЕВО-СУЛЬФАТНО-КАЛЬЦИЕВОЙ МАГНИЕВОЙ МИНЕРАЛЬНОЙ ВОДЫ С МАЛЫМ СОДЕРЖАНИЕМ КРЕМНИЯ И ЖЕЛЕЗА В ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Л.П. Ковалева, Т.П. Сизых

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В.Малов, кафедра факультетской терапии, зав. — д.м.н. Ф.И. Белялов)

Резюме. В данной статье рассмотрено влияние термальной маломинерализованной углекисло-гидрокарбонатно-натриево-сульфатно-кальциевой магниевой с малым содержанием кремния и железа минеральной воды «Аршан» на начальные этапы развития холелитиаза у больных хроническим холециститом, прошедших курс лечения на курорте «Аршан».

Ключевые слова. Желчнокаменная болезнь, санаторно-курортное лечение, маломинерализованная гидрокарбонатно-сульфатно-кальциевая магниевая минеральная вода, источник «Аршан».

Скрытое, бессимптомное начало желчнокаменной болезни (ЖКБ) создает реальную основу для произвольного, бесконтрольного формирования желчных камней [8]. В результате холецистэктомии стала наиболее частой после аппендэктомии операцией в мире [1]. Однако, с удалением желчного пузыря (ЖП) лечение ЖКБ не заканчивается, т.к. биохимические нарушения в работе печени и факторы риска, приведшие к холелитиазу, продолжают оставаться [2]. Одним из главных факторов риска развития ЖКБ является дисфункция в работе ЖП, приводящая к застою желчи и развитию билиарного сладжа (БС) [4,6,9]. Под термином БС понимают смесь твердых частиц и желчи, образующуюся при осаждении растворенных в ней веществ [5,10,11,12].

Ранняя диагностика и профилактика БС и ЖКБ остается наиболее актуальной и перспективной проблемой гастроэнтерологии. В литературе рассматривается метод лечения урсодезоксихолевой кислотой, холецистокинином, но они имеют ряд существенных недостатков: большая продолжительность лечения, трудность решения вопроса об оптимальной дозировке препара-

та, дороговизна препаратов, побочные действия, частое рецидивирование холестериновых камней, избирательное действие на холестериновый литиаз [3,5]. С.П. Чупиным и соавт. был предложен метод лечения фитотерапией в сочетании с очистительными клизмами [8]. В литературе нам не встретилось работ по лечению и профилактике БС минеральной водой (МВ) в сочетании с другими природно-климатическими целебными факторами. Поэтому целью нашего исследования явилось действие термальной маломинерализованной углекисло-гидрокарбонатно-натриево-сульфатно-кальциевой магниевой минеральной воды «Аршан» с малым содержанием кремния и железа на течение БС и ЖКБ у больных, пролеченных на курорте «Аршан».

Материалы и методы

Обследован 61 человек. Контрольная группа состояла из 22 (жен. — 21, муж. — 1, средний возраст — $24,37 \pm 3,26$ лет) здоровых лиц. В основную группу вошли 49 (жен. — 43, муж. — 6, средний возраст — $43,25 \pm 8,29$ лет) больных ЖКБ, которые в последующем прошли

короткий по продолжительности курс ($12,49 \pm 2,18$ дней) лечения на курорте «Аршан». Диагноз был верифицирован на основании жалоб больных при поступлении, осмотра, данных санаторно-курортных карт и комплекса диагностических обследований.

Больные основной группы в соответствии с классификацией ЖКБ рекомендованной практическому применению 3 съездом научного общества гастроэнтерологов были распределены на группы. В группу 1 отнесли 34 (жен. — 31, муж. — 3, средний возраст — $38,19 \pm 9,58$ лет) больных с БС; 2 — 6 (жен. — 6, средний возраст — $42,87 \pm 7,25$) с БС и микролитами до 1 см в диаметре; 3 — 9 (жен. — 6, муж. — 3, средний возраст — $43,13 \pm 10,8$) с камнями без БС.

В программу лечения больных основной группы включалось: санаторный режим, диета (стол 5 по Певзнеру), прием МВ «Аршан» из расчета 5-10 мл/кг массы тела, бальнеопроцедуры (ванны, душ), тюбажи с МВ, кишечные орошения, фитотерапия, ЛФК, массаж, терренкуры. Больные, пролеченные коротким курсом, в сравнении с классической схемой лечения принимали ванны и душ в один день, кишечные орошения через день, а тюбажи — через один-два дня.

Больным с гиперкинезом ЖП назначали МВ с температурой $38^{\circ}-40^{\circ}\text{C}$, с гипокинезом — $25^{\circ}-30^{\circ}\text{C}$.

Субъективные симптомы хронического холецистита были оценены в баллах. УЗС осуществлялось на ультразвуковом сканирующем комплексе «Aloka-500». Состояние ЖП и желчевыводящих путей (ЖВП) оценивали по стандартному протоколу.

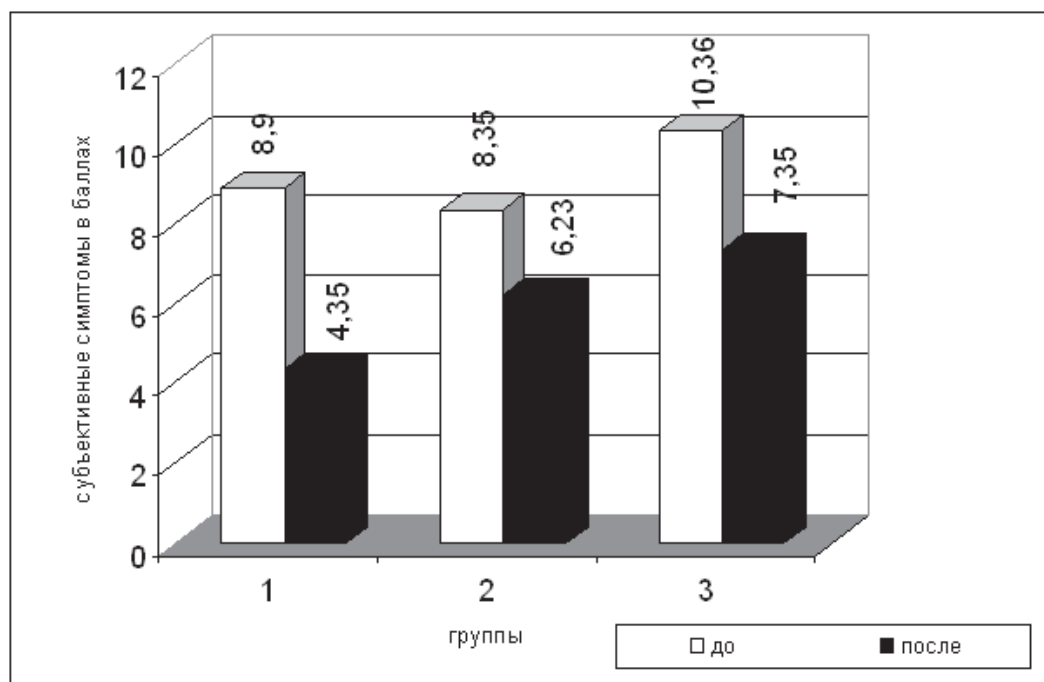
Полученные количественные данные подверглись статистической обработке при помощи пакетов программ Microsoft Excel 97, «Биостатистика для «Windows» на персональном компьютере. Средние значения абсолютных величин представлены в виде средней арифметической и ошибкой средней ($M \pm m$). Для оценки достоверности различий между исследуемыми показателями использовались непараметрические методы статис-

тического анализа — ранговый непараметрический критерий Мана-Уитни.

Результаты и обсуждение

После лечения у больных всех трех групп отмечалась положительная динамика клинических симптомов (рис. 1). Так, выраженные в баллах субъективные симптомы после курса лечения у больных группы 1 достоверно ($p < 0,001$) уменьшились в 1,8 раза относительно периода до лечения, 2 — в 1,3, 3 — в 1,4.

У всех больных трех групп при поступлении на курорт «Аршан» по данным УЗС была достоверно ($p < 0,001$) утолщена стенка ЖП по сравнению с контрольной группой (табл. 1). Во всех группах, кроме 1, стенка ЖП была уплотнена, что говорит о хронизации процесса и склерозировании ее. Перегибы ЖП встречались во всех группах (в 17,65% — в 1, в 33,33% — во 2, в 11,11% — в 3). Сладж диагностирован в группах 1 и 2. В группе 1 визуализировались взвесь гиперэхогенных частиц в виде точечных, единичных или множественных, смещаемых образований, не дающих акустической тени, выявляемых после изменения положения тела больного. В группе 2 при УЗС нашли сочетание замазкообразной желчи с микролитами, причем микролиты были как в густке замазкообразной желчи, так и в полости ЖП. Камни были обнаружены и в группе 3. При этом мелкие до 1 см в диаметре камни находили в 77,77 % случаев, а более 1 см в диаметре — в 22,22 % (табл. 1). В группе 1 определялся гипокинетический тип сокращения ЖП. Увеличенный объем ЖП был обнаружен в 1 группе в 44,11 % случаев, во 2 — в 66,66 %, а в 3 — в 44,44 %. Гиперкинетический тип моторики и хронический панкреатит отмечены в группах: в 1 в 55,89 % случаев, во 2 — в 44,44 %, а в 3 — 22,22 %. В группе 3 в 33,33 % случаев был отслежен гипертонический-гипокинетический тип сокращения ЖП. При этом у этой группы больных ни одна из фаз сокращения ЖП не дифференцировалась. После желчегонного раздражителя объем ЖП увели-



Примечание: *** - $p < 0,01$, p - достоверность различий до и после лечения.

Рис. 1. Балльная оценка субъективных клинических проявлений хронического холецистита у больных, прошедших короткий курс лечения на курорте «Аршан».

чился в среднем на 18%, в последующем же он уменьшился на 80% от первоначального.

После короткого курса лечения на курорте «Аршан» толщина стенки ЖП достоверно ($p < 0,001$) уменьшилась во всех группах, относительно периода до лечения, но показатели контрольной группы не достигла (табл. 1). На уплотненность стенки ЖП и перегибы ЖП санаторное лечение не повлияло.

Итак, термальная маломинерализованная углекисло-гидрокарбонатно-натриево-сульфатно-кальциевая магниевая с малым содержанием кремния и железа минеральная вода источников «Аршан» в комплексе с природными факторами таежно-горного курорта достоверно улучшает клиническое состояние больных ЖКБ, что подтверждается положительной балльной динамикой. Уменьшаются воспалительные (отек) про-

Таблица 1

Кинетика показателей УЗИ желчного пузыря у больных хроническим холециститом, пролеченных на курорте «Аршан»

Группы	n	Этапы лечения	Толщина стенки ЖП, см	Уплотненность стенки ЖП		перегибы ЖП		Размер сладжа, см (M±m)	Частота встречаемости признаков в группах, имеющих:					
									Сладж	камни				
										до 1 см		больше 1 см		
				n	%	n	%		n	%	n	%	n	%
Здоровые	12		$0,22 \pm 0,02$											
1	34	До лечения	$0,43 \pm 0,03$ a***			6	17,65	$0,65 \pm 0,1$	34	100,0				
		после	$0,31 \pm 0,02$ a***б***			6	17,65	$0,37 \pm 0,09$ б***	21	57,76 б***				
2	6	До лечения	$0,45 \pm 0,06$ a***	1	16,66	2	33,33	$0,54 \pm 0,24$	6	100,0	6	100,0		
		после	$0,29 \pm 0,05$ a***б***	1	16,66	2	33,33	$0,41 \pm 0,1$ б***	5	83,35	3	50,0		
3	9	До лечения	$0,55 \pm 0,03$ a***	6	66,66	1	11,11				7	77,77	2	22,22
		после	$0,37 \pm 0,04$ a***б***	6	66,66	1	11,11				3	33,33	2	22,22

Примечание: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$. Достоверность различий: а – групп исследуемых больных со здоровыми, б – групп исследуемых больных до и после лечения.

Толщина сладжа достоверно ($p < 0,001$) уменьшилась в 1 и 2 группах, где он определялся до лечения. В группе 1 количество больных, имеющих сладж достоверно ($p < 0,001$) стало меньше относительно периода до лечения (табл. 1 и рис. 2). Сладж ушел в 42,24 % случаев, и содержимое ЖП стало однородным, что свидетельствует о дренирующем действии и улучшении коллоидного

явления, за счет чего уменьшается толщина стенки ЖП во всех группах. МВ полностью элиминирует БС у большей части больных или значительно уменьшает его толщину у оставшихся. Без отработки особых режимов по методике, утвержденной Томским НИИ курортологии и физиотерапии, прослежена элиминация микролитов до 1 см в диаметре. Курорт «Аршан», где имеются 3 типа

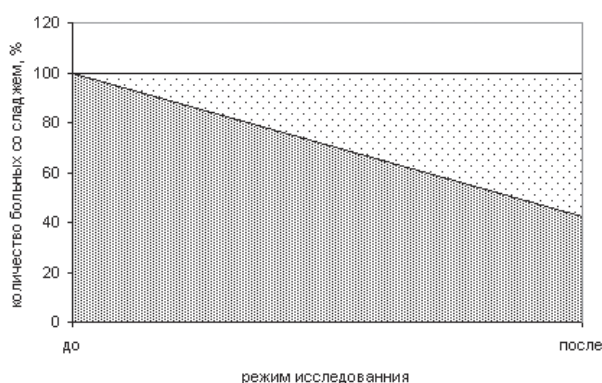


Рис. 2. Количество больных с билирным сладжем в группе 1 до и после лечения.

состояния желчи. Растворение и элиминация микролитов произошла после санаторного лечения в группах: во 2 – в 50%, в 3 – в 44,44% случаев (рис. 3). Объем ЖП после лечения достоверно ($p < 0,001$) уменьшился в группах 1, за счет нормализации типа сокращения в этой группе в 26,47% случаев, а в группах 2 и 3 этого не прослежено.

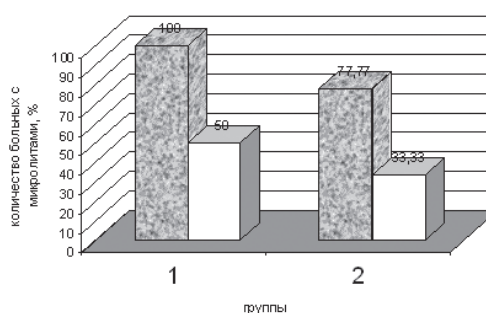


Рис. 3. Количество больных в группах с микролитами до и после лечения на курорте «Аршан».

источников нарзанов (холодные, теплые и горячие), является уникальным природным лечебным фактором, показанным для лечения предкаменной и начальной стадий ЖКБ. МВ «Аршан» благотворно влияет на причины и механизмы этого процесса. Необходимо дальнейшее изучение этой проблемы и, в частности, отработка режимов и способов лечения МВ ЖКБ, особенно первых двух ее стадий.

THE METHOD OF TREATMENT OF PATIENTS WITH GALLBLADDER DISEASE WITH MINERAL WATER

L.P. Kovaleva, T.P. Syzhikh
(Irkutsk State Medical University)

At presents work the method of treatment with mineral water of spa "Arshan" of the patients with gallbladder disease on the stage of beginning is presented.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Валенкевич Л.Н.* Гастроэнтерология в гериатрии. — Л.: Медицина, 1987. — 239 с.
2. *Виноградов В.В., Мазаев П.Н., Зима П.И.* Диагностика холецистита. — М.: Медицина, 1978. — 198 с.
3. *Георгадзе А.К., Карпов В.И., Коротков В.В.* Медикаментозное лечение желчнокаменной болезни хенодезоксихолевой и урсодезоксихолевой кислотой: (обзор зарубежной литературы) // Клин. мед. — 1987. — № 1. — С.32-37.
4. *Ильченко А.А.* Билиарный сладж — новая проблема в гастроэнтерологии // Трудный пациент. — 2004. — Т.2, № 10. — С.30-35.
5. *Коу С.В.* Желчный осадок // Межд. журн. мед. практики. — 2000. — № 10. — С.38-48.
6. *Логинов А.С.* К проблеме холестаза // Акт. вопросы гастроэнтерологии. — М., 1974. — Вып.7. — С.66-69.
7. *Терентьева Л.А., Розенфельд М.К.* Лечебные минеральные воды. — Рига: Звайгзне, 1980. — 220 с.
8. *Чупин С.П., Никифоров С.Б., Тюрюмин Я.Л., Грицких Г.Л.* Новые подходы к ранней диагностике, патогенезу и лечению холестеринового холелитиаза. — М, 1994. — 173 с.
9. *Jaonowicz P., Kratzer W. et al.* Gallbladder sludge: spontaneous course and incidence of complications in patients with stones // Hepatology. — 1994. — Vol. 20. — P.291-294.
10. *Lee S.P.* Pathogenesis of biliary sludge // Hepatology. — 1990. — Vol. 12. — P.200-205.
11. *Lee S.P.* Biliary sludge: curiosity or culprit? [Editorial] // Hepatology. — 1994. — Vol. 20. — P.524-525.
12. *Lee P., Maher K., Nicholls J.F.* Origin and fate of biliary sludge // Gastroenterology. — 1988. — Vol. 94. — P.170-176.

© БРИЛЬ Е.А. —

ПРОФИЛАКТИКА КАРИЕСА ЗУБОВ ПРИ ОРТОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ

Е.А. Бриль

(Красноярская государственная медицинская академия, ректор — д.м.н., проф. И.П. Артюхов, кафедра пропедевтики стоматологических заболеваний, зав. — д.м.н., проф. В.В. Алямовский)

Резюме. Наши исследования показали, что эффективность профилактики кариеса зубов значительно снижается на фоне вторичных иммунодефицитных состояний (ИДС), вызванных ортодонтическим аппаратным лечением. Предлагаемый метод профилактики позволил купировать иммунодефицитное состояние, возникающее на этапах ортодонтического лечения, и повысить эффективность профилактики кариеса зубов.

Ключевые слова. Зубочелюстные аномалии и деформации, иммунитет, кариес зубов.

В последнее время многие исследователи связывают возникновение и прогрессирование кариеса зубов у ортодонтических больных с различными соматическими, эндокринными, психосоматическими заболеваниями. Установлена зависимость эффективности ортодонтического лечения от общего состояния организма [3,4,5].

Профилактика кариеса зубов у ортодонтических больных проводится с использованием кальцийфосфат- и фторсодержащих гелей до начала и во время ортодонтического лечения [1,2]. Однако, существует мнение, что эффективность профилактики кариеса зубов и его осложнений значительно снижается на фоне иммунодефицитных состояний. Степень активности кариеса зубов взаимосвязана с выраженностью иммунодефицитного состояния, а использование иммуномодулирующей терапии позволяет снизить прирост интенсивности кариеса зубов [1,5].

В специальной литературе, практически отсутствуют данные о состоянии иммунной системы у ортодонтических больных, о связи иммунодефицитных состо-

яний с распространенностью зубочелюстных аномалий и деформаций (ЗЧАД). Изучение распространенности зубочелюстных аномалий и деформаций у детей и подростков с иммунодефицитными состояниями, выявление периодов иммунологического напряжения на этапах ортодонтического лечения позволит разработать качественно новый подход к профилактике кариеса зубов у этих больных.

В связи с вышеизложенным — целью исследования явилась разработка новых патогенетических подходов к профилактике кариеса зубов у детей с зубочелюстными аномалиями и деформациями в процессе ортодонтического лечения.

Материалы и методы

Для выполнения поставленных задач было проведено комплексное исследование клинического, иммунологического и стоматологического статуса у 68 детей в возрасте от 9 до 10 лет, проживающих с момента рождения в Советском районе г. Красноярск, имеющих здоровые ткани пародонта.

Обследование детей проводилось на базе иммуно-