

© Коллектив авторов, 2009
УДК 616-053.2

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИСКИНЕЗИЙ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ

В.М. Степаненко², А.Х. Шакова¹, Х.Х. Шакова¹, М.Н. Якушенко¹

¹Кабардино-Балкарский государственный университет, Нальчик

²Пятигорский государственный научно-исследовательский институт курортологии

Дисфункциональные расстройства билиарного тракта определяются у 70-90% детей с болезнями органов пищеварения [4, 6, 7, 8, 11, 13, 14, 15]. В процесс комплексного лечения детей с дискинезиями желчевыводящих путей обособлено включение методов санаторно-курортной реабилитации с использованием природных и переформированных лечебных факторов [2, 3, 5]. Под влиянием санаторно-курортного лечения нормализуется состояние регуляторных систем, уменьшаются показатели воспаления, снижается уровень тканевых гормонов, стабилизируется микропейзаж кишечника [10].

Целью настоящего исследования стало изучение результатов комплексной санаторно-курортной терапии дискинезий желчевыводящих путей у детей с позиции клинической эффективности и функциональных изменений вегетативной регуляции.

Материал и методы. Обследованы 189 детей (78 мальчиков, 111 девочек) в возрасте 6-16 лет, страдающих дискинезиями желчевыводящих путей. Клиническими и параклиническими методами (исследование уровня трансаминаз крови, билирубина и его фракций, фракционное дуоденальное зондирование, ультразвуковое сканирование гепатобилиарной зоны с функциональной пробой – желчегонным завтраком и др.) установлено наличие у 141 (74,6%) пациента гипомоторной дискинезии, у 48 (25,4%) обследованных детей – гипермоторной дискинезии желчевыводящих путей. У 68 (36%) больных обнаружено наличие признаков дисфункции сфинктера Одди. У

72 (38,1%) больных, по данным эхоскопии, имелись аномалии строения желчного пузыря (перегибы, перегибы).

Исследование проводилось на базе Республиканской детской клинической больницы Кабардино-Балкарии, ГКБ №1 и детской поликлиники №2 г. Нальчика, где пациенты получали лечение в связи с обострением дискинезии желчевыводящих путей. Комплекс терапевтического воздействия включал применение режимно-диетических мероприятий, медикаментозного (желчегонные препараты, в том числе сочетающие желчегонный, спазмолитический и гепатопротекторный эффекты, спазмолитики различных фармакологических групп, прокинетики, вегетотропные средства, как тонизирующего действия, так и седативного, по показаниям – дневные транквилизаторы и антидепрессанты в малых дозах) и физиотерапевтического лечения.

После лечения пациенты методом простой рандомизации [9] были разделены на основную (105 детей) и контрольную (84 ребенка) группы. Дети основной группы после стационарного лечения были направлены в гастроэнтерологическое отделение клинического санатория Пятигорского государственного научно-исследовательского института курортологии.

В комплексе санаторно-курортного лечения в течение 30 дней применялись по показаниям: бальнеотерапия (питьевое лечение, тюбажи с минеральной водой, сероводородные, радоновые ванны), грязевые аппликации с лечебной грязью Тамбуканского озера, пелофонофорез, аппаратная физиотерапия, механотерапия, массаж, лечебная физкультура.

Обследование включало объективную клиническую оценку симптомов и кардиоинтервалографию с использованием компьютерного кардиоанализатора «Анкар-131». Исследование

Степаненко Валерия Михайловна,
доктор медицинских наук,
ведущий научный сотрудник Пятигорского государственного
научно-исследовательского института курортологии.
Тел.: 8 (8793) 33-83-18. E-mail: allapak@bk.ru

Таблица 1

Динамика объективных симптомов у детей с дискинезиями желчевыводящих путей после санаторно-курортного лечения (количество детей %)

Симптом	Через 6 месяцев				Через 1 год			
	гипомоторная ДЖВП		гипермоторная ДЖВП		гипомоторная ДЖВП		гипермоторная ДЖВП	
	осн. групп.	контр. групп.	осн. групп.	контр. групп.	осн. групп.	контр. групп.	осн. групп.	контр. групп.
	n=78	n=63	n=27	n=21	n=44	n=43	n=19	n=14
1	18 (23,1)	40 (63,5)	4 (14,8)	13 (61,9)	21 (47,7)	38 (88,4)	3 (15,8)	10 (71,4)
2	21 (26,9)	47 (74,6)	5 (18,5)	14 (66,7)	17 (38,6)	29 (67,4)	6 (31,6)	10 (71,4)
3	12 (15,4)	32 (50,8)	6 (22,2)	11 (52,4)	15 (34,1)	25 (58,1)	5 (26,3)	11 (78,8)
4	11 (14,1)	13 (20,6)	2 (7,4)	4 (19,1)	9 (20,5)	10 (22,7)	2 (10,5)	3 (21,4)
5	16 (20,5)	43 (68,3)	4 (14,8)	10 (47,6)	20 (45,5)	40 (93,0)	5 (26,3)	7 (50,0)
6	4 (5,1)	8 (12,7)	3 (11,1)	10 (47,6)	4 (9,1)	5 (11,6)	1 (5,3)	4 (28,6)
7	19 (24,4)	36 (57,1)	4 (14,8)	8 (38,1)	5 (11,4)	32 (74,4)	3 (15,8)	6 (42,9)
8	23 (29,5)	44 (69,8)	3 (11,1)	12 (57,1)	8 (18,2)	27 (62,8)	4 (21,1)	8 (57,1)
9	6 (7,7)	16 (25,4)	4 (14,8)	8 (38,1)	9 (20,5)	17 (39,5)	6 (31,6)	9 (64,3)
10	3 (3,9)	7 (11,1)	3 (11,1)	5 (23,8)	8 (18,2)	6 (14,0)	1 (5,3)	3 (21,4)
11	1 (1,3)	4 (6,4)	3 (11,1)	4 (19,1)	2 (4,6)	3 (7,0)	2 (10,5)	1 (7,1)

Примечание: 1 – обложенность языка. Пальпаторная болезненность: 2 – в правом подреберье; 3 – в эпигастрии; 4 – в левом подреберье; 5 – в мезогастррии; 6 – в гипогастррии. Положительные симптомы 7 – Мерфи; 8 – Керра; 9 – Ортнера; 10 – Захарьина; 11 – Боаса.

вегетативной регуляции проведено по параметрам вариационной пульсометрии [1] с использованием диагностического алгоритма, предложенного М.Н. Якушенко с соавт. [12]. В соответствии с алгоритмом оценка исходного вегетативного тонуса проводится с помощью сравнения индивидуального показателя индекса напряжения у ребенка со значениями данного показателя, полученными в группе здоровых детей соответствующего пола и возраста. В том случае, если значение индекса напряжения находится в пределах границ интерквартильного размаха (25-75-й центили) аналогичного показателя в соответствующей возрастно-половой группе, исходный вегетативный тонус оценивается как эйтония. Меньшие значения ИН (<25-го центиля) свидетельствуют о преобладании исходной ваготонии, большие (>75-го центиля) – об исходной симпатикотонии. Статистическая обработка проводилась с применением программы Statistica 6.0 (StatSoft, USA).

Результаты и обсуждение. В периоде обострения жалобы на абдоминальные боли предъявляли все пациенты с дискинезиями желчевыводящих путей (100%). После стационарной терапии

полное купирование болей произошло более чем у 70% детей. Через 1 месяц абдоминальные боли возобновлялись у 11 (10,5%) больных основной группы (7-9,0% с гипомоторной дискинезией и 4-14,8% – с гипермоторной) и у 24 (28,6%) пациентов группы контроля (17-27,0% и 7-33,3% соответственно). Через 6 месяцев наличие болевых приступов подтверждали 26 (24,8%) детей основной группы (21-26,9% и 5-18,5%) и 57 (67,9%) детей контрольной группы (46-73,0% и 11-52,4%), через 1 год – 14 (22,2%) детей основной группы (10-22,7% и 4-21,2%) и 45 (79,0%) контрольной (37-86,1% и 8-57,1% соответственно). Статистически достоверное уменьшение частоты болевых приступов в группах детей, получивших санаторное лечение, в сравнении с контрольной группой, отмечалось как сразу после лечения ($p=0,005$ для основной и контрольной групп с гипомоторной дискинезией), так и спустя 6 месяцев ($p<0,001$ для групп с гипомоторной дискинезией и $p=0,020$ – с гипермоторной дискинезией) и 1 год ($p<0,001$ и $p=0,014$ соответственно).

При анализе частотного распределения объективных симптомов дискинезии желчевыводящих путей у детей в период обострения было

Таблица 2

Исходный вегетативный тонус у детей с дискинезиями желчевыводящих путей в динамике (количество детей %)

	Исходный вегетативный тонус	Гипомоторная ДЖВП		Гипермоторная ДЖВП	
		основная группа	контрольная группа	основная группа	контрольная группа
Обострение		n=40	n=63	n=27	n=21
	Ваготония	11(27,5)	10(15,9)	12(44,4)	9(42,9)
	Эйтония	24(60,0)	35(55,6)	7(25,9)	9(42,9)
	Симпатикотония	5(12,5)	18(28,6)	8(29,6)	3(14,3)
Через 1 месяц	Ваготония	10(25,0)	8(12,7)	8(29,6)	6(28,6)
	Эйтония	23(57,5)	36(57,1)	6(22,2)	10(47,6)
	Симпатикотония	7(17,5)	19(30,2)	13(48,1)	5(23,8)
Через 6 месяцев	Ваготония	4(10,0)*	14(22,2)	6(22,2)	7(33,3)
	Эйтония ¹	33(82,5)*	36(57,1)	16(59,3)*	10(47,6)
	Симпатикотония	3(7,5)	13(20,6)	5(18,5)	4(19,1)
Через 1 год		n=40	n=43	n=19	n=14
	Ваготония ²	4(10,0)*	12(19,1)	5(18,5)	13(61,9)
	Эйтония ^{1,2}	34(85,0)*	30(47,6)	19(70,4)*	6(28,6)
	Симпатикотония ¹	2(5,0)	21(33,3)	1(11,1)	2(9,5)

* – статистические различия при сравнении с данными периода обострения; ¹ – статистические различия между основной и контрольной группами при гипомоторной дискинезии желчевыводящих путей; ² – при гипермоторной дискинезии желчевыводящих путей.

установлено наличие обложенности языка у 123 (87,2%) пациентов с гипомоторной дискинезией и 38 (79,2%) детей с гипермоторной дискинезией, пальпаторной болезненности в правом подреберье – у 132 (93,6%) и 35 (72,9%), в эпигастрии – у 79 (56,0%) и 17 (35,4%), в левом подреберье – у 11 (7,8%) и 6 (12,5%), в мезогастрии – у 91 (64,5%) и 14 (29,2%), в гипогастрии – у 16 (11,4%) и 4 (8,3%), симптомов Мерфи – у 104 (73,8%) и 32 (66,7%), Керра – у 104 (73,8%) и 24 (50,0%), Ортнера – у 54 (38,3%) и 24 (50,0%), Захарьина – у 15 (10,6%) и 18 (37,5%), Боаса – у 5 (3,6%) и 16 (33,3%) пациентов соответственно.

Эффектом стационарной терапии явилось купирование объективных симптомов заболевания более чем у 80% пациентов. Частота встречаемости объективных симптомов после стационарного лечения и через 1 месяц не имела статистически достоверных различий в основной группе и группе контроля.

Через 6 месяцев в основной группе по сравнению с контрольной достоверно уменьшилась частота обложенности языка ($p<0,01$), пальпаторной болезненности в правом подреберье ($p<0,01$), эпигастрии ($p<0,001$), мезогастрии ($p<0,001$), симптомов Мерфи ($p<0,001$), Керра ($p<0,001$), Ортнера ($p=0,006$) при гипомоторной дискинезии и обложенности языка ($p=0,002$), пальпаторной болезненности в правом подреберье ($p=0,002$), эпигастрии ($p=0,036$), мезогастрии ($p=0,017$), гипогастрии ($p=0,006$), симптома Керра ($p=0,001$) при гипермоторной дискинезии.

Через 1 год у детей основной группы по сравнению с контрольной достоверно уменьшилось количество таких симптомов, как об-

ложенность языка ($p<0,001$), пальпаторная болезненность в правом подреберье ($p=0,001$), эпигастрии ($p=0,005$), мезогастрии ($p<0,001$), симптомы Мерфи ($p<0,001$), Керра ($p<0,001$), Ортнера ($p=0,015$) при гипомоторной дискинезии и обложенность языка ($p=0,003$), пальпаторная болезненность в правом подреберье ($p=0,034$), эпигастрии ($p=0,005$), симптом Керра ($p=0,042$) при гипермоторной дискинезии. Таким образом, санаторно-курортная терапия способствовала купированию объективных симптомов дискинезии желчевыводящих путей у пациентов основной группы в достоверно большем количестве, чем у больных группы контроля (табл. 1).

Частота рецидивов заболевания (кол-во рецидивов/число пациентов) за 6 месяцев составила в основной группе – 0,343, в группе контроля – 0,583, за 1 год – 0,460 в основной группе и 0,895 в группе контроля.

По результатам кардиоинтервалографии оценивался исходный вегетативный тонус пациентов в период обострения дискинезии желчевыводящих путей и через 1, 6, 12 месяцев после стационарного лечения (табл. 2). При этом эйтония обнаружена у 59 (57,3%) больных с гипомоторной дискинезией и 16 (33,3%) пациентов с гипермоторной дискинезией, ваготония – у 21 (20,4%) и 21 (43,8%) пациента, симпатикотония – у 23 (22,3%) и 11 (22,9%) пациентов соответственно. Таким образом, дисфункциональные нарушения вегетативной регуляции с преобладанием активности парасимпатического либо симпатического звена, по данным вариационной пульсометрии, отмечены у 44 (42,7%) пациентов с гипомоторной дискинезией и 32 (66,7%) больных с гипер-

моторной дискинезией.

В сравнении с данными периода обострения через 1 месяц после стационарного лечения во всех группах имелась тенденция к увеличению количества детей с исходной симпатикотонией, однако полученные различия не имели статистической значимости.

Через 6 месяцев в основной группе отмечено достоверное уменьшение количества больных с ваготонией ($p=0,044$) и увеличение количества детей с эйтонией ($p=0,025$) при гипомоторной дискинезии и увеличение количества эйтоников при гипермоторной дискинезии ($p=0,018$).

Через 1 год у больных основной группы в сравнении с периодом обострения уменьшилось число ваготоников ($p=0,044$) и увеличилось – эйтоников ($p=0,014$) при гипомоторной дискинезии, а также увеличилось количество эйтоников при гипермоторной дискинезии ($p=0,002$). В контрольной группе изменений соотношения пациентов с различной функциональной активностью вегетативной нервной системы в динамике не было. Таким образом, в результате санаторно-курортной терапии у большего количества детей в сравнении с контрольной группой произошла нормализация баланса звеньев вегетативной регуляции и изменение исходного вегетативного тонуса в пользу эйтонии.

Выводы

1. Санаторно-курортное лечение необходимо на этапе реабилитации с целью вторичной профилактики у пациентов с дискинезиями желчевыводящих путей, так как его применение улучшает клинический статус пациентов и уменьшает количество рецидивов.

2. При катamnестическом наблюдении отмечается позитивное влияние санаторной терапии, проявляющееся нормализацией механизмов вегетативной регуляции у детей с дискинезиями желчевыводящих путей, а, следовательно, устранением основного патогенетического механизма заболевания – вегетативной дисфункции.

Литература

- Баевский, Р.М. Вариабельность сердечного ритма: теоретические аспекты и возможности клинического применения / Р.М. Баевский, Г.Г. Иванов // Ультразвуковая и функциональная диагностика. – 2001. – №3. – С. 106-127.
- Денисова, О.И. Санаторное лечение детей с дискинезиями желчевыводящих путей пищевой минеральной водой и вибрационной терапией с фитодушем: автореф. дисс. ... канд. мед. наук / О.И. Денисова. – М.: РГБ, 2005. – 31 с.
- Жуйкова, Г.В. Реабилитация детей с патологией желудочно-кишечного тракта в санаторных условиях / Г.В. Жуйкова, Н.В. Буторина, М.Б. Колесникова [и др.] // Детская гастроэнтерология: настоящее и будущее: материалы VII Конгресса педиатров России. – М., 2002. – 103 с.
- Запруднов, А.М. Заболевания билиарного тракта у детей: аномалии развития, дисфункциональные расстройства / А.М. Запруднов // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2005. – №5. – С. 36-42.
- Клячкин, Л.М. Медицинская реабилитация больных с заболеваниями внутренних органов / Л.М. Клячкин, А.М. Щегольков. – М.: Медицина, 2000. – 385 с.
- Коровина, Н.А. Холепатии у детей и подростков / Н.А. Коровина, И.Н. Захарова. – М.: ИД Медпрактика-М., 2003. – 68 с.
- Медведев, В.П. Болезни органов пищеварения / В.П. Медведев // Подручная медицина / Под ред. Л.И. Левиной, А.М. Куликова. – СПб: Питер, 2006. – С. 229-267.
- Минушкин, О.Н. Дисфункциональные расстройства билиарного тракта (патофизиология, диагностика, лечебные подходы) / О.Н. Минушкин. – М., 2004. – 23 с.
- Реброва, О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / О.Ю. Реброва. – М.: МедиаСфера, 2000. – 312 с.
- Степаненко, В.М. Лечение хронических энтероколитов у детей на курорте / В.М. Степаненко // Педиатрия. – 1999. – №4. – С. 104-106.
- Эрдес, С.И. Дискинезии желчевыводящих путей у детей: диагностика и современная терапия / С.И. Эрдес // Педиатрия. – 2006. – №2. – С. 65-69.
- Якушенко, М.Н. Оценка функционального состояния автономной нервной системы у детей младшего школьного возраста: методические рекомендации / М.Н. Якушенко, С.Г. Эштрекова, Л.А. Сабанчиева. – Нальчик: Каб.-Балк. Ун-т, 2007. – 37 с.
- Lehman, G.Y. Sphincter of Oddi dysfunction / G.Y. Lehman, S. Sherman // Int. J. Pancreatol. – 1996. – Vol.20. – P. 11-25.
- Sherman, S. Frequency of abnormal sphincter of Oddi manometry compared with the clinical suspicion of sphincter of Oddi dysfunction / S. Sherman, P.P. Troiano, R.H. Hawes [et al.] // Amer. J. Gastroenterol. – 1991. – Vol. 86. – P. 586-590.
- Smith, M.T. Нарушение функции сфинктера Одди / M.T. Smith // Секреты гастроэнтерологии: Пер. с англ. СПб: БИНОМ, Невский диалект, 1998. – С. 357-372.

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИСКИНЕЗИЙ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ**В.М. СТЕПАНЕНКО, А.Х. ШАКОВА,
Х.Х. ШАКОВА, М.Н. ЯКУШЕНКО**

Приведены результаты катamnестического исследования результатов санаторно-курортной терапии у 189 детей 6-16 лет с дискинезиями желчевыводящих путей. Изучена клиническая эффективность лечения и воздействие санаторно-курортной терапии на вегетативную регуляцию. В результате санаторно-курортной терапии у большего количества детей в сравнении с контрольной группой выявлены: улучшение клинического статуса, нормализация баланса звеньев вегетативной регуляции, изменение исходного вегетативного тонуса в пользу эйтонии, уменьшение количества рецидивов заболевания.

Ключевые слова: дискинезия желчевыводящих путей, санаторно-курортное лечение

CLINICAL RESULTS OF SANATORIUM TREATMENT OF BILIARY DYSKINESIA IN CHILDREN**STEPANENKO V.M., SHAKOVA A.Kh.,
SHAKOVA Kh.Kh., YAKUSHENKO M.N.**

Catamnestic researches results of sanatorium therapy data in 189 children of 6-16 years old with biliary dyskinesias are given. Clinical efficiency of treatment and influence of sanatorium therapy on vegetative regulation is studied. Improvement of the clinical status, normalization of balance of links of vegetative regulation, change of initial vegetative tonus for benefit of eitonia, reduction of quantity of disease relapses are revealed as a result of sanatorium therapy at a larger quantity of children in comparison with a control group.

Key words: biliary dyskinesia, sanatorium treatment