

процессы в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки. Нами были изучены показатели энергетического обмена в ДС собственным способом количественного определения ПВК в ДС у детей (приоритетная справка на получение патента РФ №2007106995 от 14.02.2007). Полученные результаты представлены в табл. 3. Как видно из табл. 3, в ДС были выявлены изменения биохимических показателей в виде повышения уровня молочной кислоты, КС и снижения содержания ПВК от 1-й группы к 3-й.

Таким образом, можно констатировать аналогичные изменения изучаемых параметров в пищеварительных секретах и крови. Следует отдать предпочтение неинвазивным методам исследования, для которых пригодны лишь те ткани и клеточные популяции, взятие которых не сопряжено с вторжением во внутреннюю среду организма. Именно о таком тест-объектом относится слюна. Изучение её свойств, на наш взгляд, является одним из перспективных направлений в современной медицине.

УДК 616.361-053.2-02:616.33-008.3-07

В.П. Булатов, Т.В. Ишанова, Г.А. Кормакова, Л.В. Антонова (Казань). Состояние билиарной системы при синдроме ацетонемической рвоты

Кетоацидоз – синдром, нередко развивающийся у детей первых пяти лет жизни вследствие незрелости пищеварительных и внутриклеточных ферментов, ответственных за липидный обмен. Причиной кетоацидоза в одних случаях может быть психическое возбуждение, в других – загруженность кетогенной пищей, особенно жирами. В некоторых случаях в возникновении его существенная роль принадлежит вирусным инфекциям, однако значение этих условий второстепенно. В данном случае речь идет о конституциональной повышенной склонности к развитию ацетонемии в связи с недостаточным кетоллизом (дефицит оксалоуксусной кислоты), накоплением ацетоновых тел в крови, вызывающих рвоту, в особенности при относительной недостаточности в пище углеводов.

Целью работы было изучить, у каких детей чаще развивается синдром ацетонемической рвоты, а также имеется ли взаимосвязь изменения билиарной системы с длительностью выведения ацетона из организма.

Нами были проанализированы истории болезни 46 больных, из которых 4 (8,6%) пациента были переведены в первые часы в детскую инфекционную больницу с подозрением на кишечную инфекцию, а 42 (91,4%) человека были лечены в соматическом стационаре (их мы взяли за 100%). Из числа лиц последней группы у 2 (4,7%) был выставлен диагноз обострения хронического холецистохолангита; у 41 (97,6%) была выявлена гипотония желчного пузыря либо со спазмом сфинктеров (у 35,7%), либо с аномалией развития желчного пузыря (у 59,5%) разной выраженности; у 10 (23,8%) больных сопутствующим диагнозом был реактивный панкреатит, у 7 (16,7%) – функциональные расстройства желудка, у 2 (4,8%) – хронический гастрит, у 4 (9,6%) – кристаллурия, у 7 (16,6%) – дистрофия по типу

гипотрофии алиментарного генеза I степени, у 5 (11,9%) – II степени, у 12 (28,6%) – гипосомия.

Масса тела при поступлении у 24 (57,1%) больных была пониженной, у 17 (40,5%) – нормальной, у 1 (2,4%) – избыточной. От первой беременности родились 27 (64,3%), от второй – 13 (30,9%), от третьей – 2 (4,8%) человека. На естественном вскармливании находились 24 (58,5%) ребенка, на смешанном – 8 (19,4%), на искусственном – 9 (22,1%).

Возраст при поступлении: до года – 3 (7,1%), от одного года одного месяца до 3 лет – 18 (42,9%), от 3 лет одного месяца до 5 лет – 12 (28,6%), от 5 лет одного месяца до 7 лет – 4 (9,5%) и старше 7 лет – 5 (11,9%), т. е. 78,6% составляли дети до 5 лет. Девочек было 27 (64,3%), мальчиков – 15 (35,7%).

В первый день болезни поступили 27 (64,3%) больных, на второй – 9 (21,4%), на третий – 2 (4,8%), позже четвертого – 4 (9,5%). У всех пациентов был запах «ацетона» изо рта, в моче определялся ацетон на 4+ или 3+. Амилаза крови, сахар и диастаза мочи были в пределах возрастной нормы.

Функциональное состояние печени оценивалось по уровню билирубина, холестерина, амилазы и глюкозы в плазме крови, АЛТ, АСТ, тимоловой пробе и пробе Вельтмана, Функциональные пробы печени показали изменения белково-осадочной пробы. По результатам пробы Вельтмана (8-я пробирка) только у 2 больных старшего возраста определен хронический холецистохолангит в стадии обострения; у остальных больных данные были в пределах возрастной нормы.

Общий анализ крови: лейкопения – у 21 (50%) и лейкоцитоз – у одного (2,4%) ребенка.

Лямблиоз выявлен у 10 (23,8%) больных, из них у 2 при дуоденальном зондировании, у одного – при анализе кала, у 7 (16,6%) – по ИФА.

У 19 (45,2%) детей по анамнезу и клинической картине зафиксирована аллергическая настроенность: пищевая – у 15 (35,7%), лекарственная – у 3 (7,1%), пыльцевая (полиноз) – у одного (2,4%).

У 9 (42,8%) из 21 (50%) больного наследственность была отягощена язвой желудка и двенадцатиперстной кишки (у матерей), у 4 (19%) – бронхиальной астмой, у 4 (19%) – эндокринными заболеваниями, у 4 (19%) – желчнокаменной и мочекаменной болезнями.

УЗИ печени, желчного пузыря, поджелудочной железы и почек проводилось всем больным в первый-второй дни нахождения в стационаре. Выявлены увеличение печени (у 28,6%) больных, выраженные уплотнения по ходу желчных протоков (у 66,7%), единичные уплотнения (у 33,3%), аномалии желчного пузыря у (59,5%) различной формы и выраженности, гипотония (у 97,6%), спазм сфинктеров (у 35,7%), изменения в поджелудочной железе (у 23,8%) в виде умеренного увеличения размеров с понижением эхогенности и единичными включениями в паренхиму, изменения в почках (у 16,6%) в виде щелевой пиелоктазии.

Все дети получали индивидуальную диету, в первые 2 дня болезни слизистые жидкие каши и сладкие кисели или гипоаллергенный стол. Общепринятая инфузионная терапия включала 5% раствор глюкозы с рибоксином и изотонический раствор натрия хлорида с кокарбоксилазой в соотношении

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, состоявшую 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.