

Целью развития программ «Антистресс» является дальнейшая персонификация санаторно-курортных услуг и повышение качества жизни пациентов. Разработанная в ФГУ „Санаторий «Волжский утес» программа «Антистресс + высокое качество жизни» («Антистресс+») — набор методик, помогающих справиться с отрицательными последствиями психологического стресса (таблица 1).

В настоящее время идет апробация программы на уже действующих модулях, включающих оценку качества жизни с использованием международного опросника SF 36 [3]; снятие негативных эмоций и достижение чувства гармонии с использованием ауто-тренинга, медитации (шум моря, гроза, лес), ароматерапии; методы пассивной релаксации; комплекс методов «Учимся дышать», включающий медитативное дыхание, элементы йоги; комплекс методов «Видим и понимаем окружающую красоту» на основе полисенсорной терапии; позитивное воздействие творчества на основе арттерапии [4, 5, 6].

Начало реализации программы продемонстрировало эффективность ее работы. Участники приобретают навыки анализа и контроля своих эмоций (раздражения, гнева, уныния, подавленности, растерянности), управления своими эмоциями (уверенность в себе, радость, бесстрашие, стойкость, настрой на преодоление

препятствий), получают знания, помогающие адекватно приспосабливаться к переменам и изменениям.

Использование лечебной программы «Антистресс + высокое качество жизни» является образцом оказания персонифицированных услуг и направлено, прежде всего, на повышение качества жизни пациентов.

Литература

1. Казаков В.Ф., Кравченко С.Я., Сазонова Л.Г. Психологический модуль в системе оценки состояния здоровья больного и эффективности санаторного лечения. *Клинический вестник (Мед. центр Управления делами президента РФ)*. — 1995.

2. Новик А.А., Ионова Т.И. Исследование качества жизни в медицине. Под ред. Ю.Л. Шевченко. — М. ГЭОТАР-МЕД, 2004, 304 с.

3. Ролло Мэй. Искусство психологического консультирования. Класс, Библиотека практической психологии и психотерапии, 1997.

4. Роберто Ассаджиоли Психосинтез, REFLbook, 1994.

5. Собчик Л.Н. Методы психологической диагностики. — М.: Медицина, 1998, 88 с.

6. Соколова Е.Т. Психотерапия, теория и практика. Академия, МСК, 2003.

7. Ханнес Линдемман. Аутогенная тренировка. — Физкультура и спорт, 1995.

Влияние минеральной воды «Славяновская» на клинические проявления дисфункциональных расстройств билиарного тракта у детей

Т.М. Симонова, Г.В. Грицута, Н.Г. Уварова

ФГУ „Санаторий «Дубовая роща» Управления делами Президента РФ

Изучалась эффективность санаторно-курортного лечения детей с дисфункциональными расстройствами билиарного тракта с использованием минеральной воды источника «Славяновская» для внутреннего, питьевого и наружного, в виде ванн. Применены общепринятые методики. Наблюдали у детей в возрасте от 4 до 14 лет с гипомоторным вариантом данной патологии. Отмечена положительная динамика основных клинических и параклинических показателей, характеризующих заболевание билиарной системы у большинства больных. Показано, что минеральная вода источника «Славяновская», углекислая, гидрокарбонатно-сульфатно-натриево-кальциевая вода с высокой степенью минерализации при одновременном внутреннем и наружном применении способствует улучшению основных показателей секреторной функции желчного пузыря и клинических проявлений дисфункциональных расстройств билиарного тракта у детей.

Ключевые слова: дисфункциональные расстройства билиарного тракта и минеральная вода

Функциональные заболевания желчных путей - комплекс клинических симптомов, развившихся в результате моторно-тонической дисфункции желчного пузыря, желчных протоков и сфинктеров. Согласно последней Международной классификации, вместо термина «функциональные заболевания билиарного тракта» (Римский консенсус, 1999) принят термин «дисфункциональные расстройства билиарного тракта» (ДРБТ). К ним относят всего два заболевания: нарушение моторики (дискинезия) желчного пузыря (ЖП) и пузырного протока и нарушения тонуса (дистония) сфинктера Одди «спазм сфинктера Одди» [1,5]. Данное ограничение вызвано объективными причинами: современные методы

обследования, доступные в повседневной практике, не позволяют оценить моторику других отделов билиарного тракта и тонуса других сфинктеров. В педиатрической же практике манометрия сфинктера Одди практически не применяется.

В международном консенсусе по функциональным расстройствам билиарного тракта отмечено, что дисфункции желчного пузыря протекают преимущественно по гипокинетическому типу с нарушением его сократимости или опорожнения [6]. Принято различать первичные и вторичные дисфункциональные расстройства, в основе которых всегда лежит дискинезия билиарного тракта [4]. Первичные нарушения сократимости встречаются

редко и составляют в среднем 10-15%. Они могут иметь врожденный, генетически детерминирующий характер и быть связаны с нарушением чувствительности гладких мышц ЖП к различным стимулирующим импульсам, среди которых ведущую роль играют холецистокинин, мотилин и вагусные парасимпатические влияния [2,7,8]. Вторичные ДРБТ диагностируются в 85-90% случаев при патологии желчевыводящих путей воспалительного характера и аномалиях развития, наличии камней в желчном пузыре, системных заболеваниях, сахарном диабете, гепатите и др.[3,4]. Дискинезии ЖП чаще являются проявлением вегетативных дисфункций.

Основной целью лечения больных с дисфункцией билиарного тракта является восстановление нормально-го тока желчи и секрета поджелудочной железы по протокам, при этом необходимо восстановить продукцию желчи, двигательную активность желчного пузыря и тонус сфинктерного аппарата.

Дисфункциональные расстройства билиарного тракта наиболее часто встречаются у детей и рассматриваются как предболезнь, что требует организации превентивной терапии с целью предупреждения развития у них хронической патологии. Одной из задач восстановительной медицины является диагностика резервов здоровья путем применения немедикаментозных средств. В этой связи альтернативой медикаментозной терапии является санаторно-курортное лечение детей с ДРБТ, основанное на сочетании естественных и преформированных факторов. Ранее проведенные исследования показали, что питьевые минеральные воды региона Кавказских Минеральных Вод обладают стимулирующим влиянием на гормональную регуляцию обмена веществ, процессы желчеобразования и желчевыделения, уменьшают воспалительные, дискинетические явления в желчевыводящей системе. Углекислые минеральные ванны посредством раздражения рецепторов кожи и интерорецепторов внутренних органов оказывают седативное, общеукрепляющее действие на организм и нормализуют его деятельность.

Целью нашей работы явилось изучение эффективности санаторно-курортного лечения детей с ДРБТ с использованием минеральных вод для внутреннего (питьевого) и наружного (в виде ванн) применения.

Основная задача исследования - изучение эффективности действия питьевой минеральной воды «Славяновская» и углекислых минеральных ванн на функциональное состояние желчевыводящих путей у детей с ДРБТ.

Для решения поставленной задачи нами наблюдались 30 детей в возрасте от 7 до 12 лет, страдающих гипомоторным вариантом ДРБТ. Все дети на фоне санаторного режима, лечебного питания (в пределах щадящей диеты), лечебной физкультуры получали внутренний прием минеральной воды источника «Славяновский» (углекислая высокотермальная гидрокарбонатно-сульфатная натриево-кальциевая вода малой степени минерализации) по традиционной методике из расчета 3 мл на 1 кг массы тела ребенка за 40 мин до еды 3 раза в день, и углекислые минеральные ванны (идентичные по составу питьевой минеральной воде), 37° С по 8–10 минут, 8 процедур на курс.

Среди наблюдаемых нами больных преобладали девочки (53,3%). Средний возраст обследованных детей в группе составил 11,02±0,2 год. Длительность анамнеза заболевания определялась, исходя из сроков появления

характерных жалоб и результатов ранее выполненных обследований. Большинство детей (19 человек – 63,3%) страдало ДРБТ более 3 лет, меньшую часть (11 человек – 36,7%) составили дети с продолжительностью заболевания до 1 года.

Клиническая симптоматика гипомоторного варианта ДРБТ носила выраженный полиморфный характер. Наиболее часто (у 100,0%) выявляли болевой синдром. Как правило, боли возникали после еды (72,3%), длительность болей превышала 1 час (88,9%), они повторялись несколько раз в неделю (55,6%). Постоянные боли в животе отмечали 42,2% детей. Диспепсические явления у наблюдаемых больных отмечались в 72,3% случаев (22 человека). Наиболее частыми из них были: тошнота у 67,8%; снижение аппетита у 55,5%; отрыжка у 31,1%; горечь во рту у 15,5%; тяжесть в эпигастральной области после еды у 23,3%; склонность к запорам у 16,7%. Часть больных (14 человек – 46,7%) предъявляла многочисленные жалобы астеноневротического характера.

При физикальном исследовании органов пищеварения у 97,8% больных отмечали болезненность в правом подреберье и в точке Кера, у 42,2% – в эпигастрии, у 43,8% – в эпигастрии и в правом подреберье, у 16,7% – в левом подреберье, у 17,7% - по ходу толстого кишечника.

По данным УЗИ органов брюшной полости на фоне гипомоторной дисфункции желчного пузыря увеличение его размеров выявлено у 57,8% детей, билиарный сладж – у 60%, уплотнение стенок – у 30%, умеренное увеличение печени – у 18,9%. Деформации в области шейки желчного пузыря диагностировались у 32,2 % детей, перегибы в области тела – у 22,2%, сочетанные деформации в области шейки и тела пузыря – у 11,1%, S-образная деформация желчного пузыря – у 15,5%.

Повышение уровня щелочной фосфатазы было установлено у 45,6% детей, умеренная гипербилирубинемия – у 16,7% (последнее расценено нами как проявление сопутствующего синдрома Жильбера); отклонения уровня амилазы крови относительно нормы имело место у 10% больных.

При исследовании функционального состояния вегетативной нервной системы (ВНС) симпатикотония отмечена у 90% наблюдаемых детей, эйтония – у 10%, при этом ваготонии отмечено не было. Гиперсимпатикотонический тип вегетативной реактивности отмечен у 86,5% пациентов, нормальный – у 13,5%, ваготонический тип реактивности не зарегистрирован.

После проведенного санаторно-курортного лечения у значительного количества больных наблюдалась положительная динамика основных клинических и параклинических показателей, характеризующих состояние билиарной системы и общее состояние. Прекратились или значительно уменьшились боли у 11 из 30 больных (36,7%), диспепсические явления исчезли у 9 из 22 (40,9%), астено-невротические проявления - у 13 из 14 (92,8%), болезненность при пальпации области правого подреберья - у 16 из 29 (55,2%) детей.

По данным УЗИ в конце курса лечения частота выявления гипомоторной дисфункции желчного пузыря снизилась с 97,8% до 60% ($p<0,05$), билиарного сладжа – с 62,2% до 32,7% ($p<0,05$). Под влиянием курортной терапии отмечалось улучшение биохимических показателей крови, характеризующих функциональное состояние ге-

патобилиарной системы: снижение частоты повышения уровня щелочной фосфатазы и непрямого билирубина, снижение частоты отклонений уровня амилазы сыворотки крови от нормальных величин.

Позитивные результаты курортной терапии были отмечены и по данным исследования функционального состояния ВНС. Снижение частоты симпатикотонии произошло с 91,1% до 75,6% ($p < 0,05$) и сопровождалось соответственным увеличением частоты эйтонии. Частота гиперсимпатикотонической реактивности уменьшилась с 88,9% до 62,2% ($p < 0,05$), с одновременным увеличением частоты нормальной вегетативной реактивности. Комплексная оценка результатов курортной терапии показала, что общая эффективность ее составила 70%.

Таким образом, учитывая полученные данные, можно сделать заключение, что маломинерализованная углекислая высокотермальная гидрокарбонатно-сульфатная натриево-кальциевая вода источника «Славяновский» при одновременном внутреннем (питьевом) и наружном (в виде ванн) применении способствует улучшению основных показателей сократительной функции желчного пузыря и клинических проявлений дисфункциональных расстройств билиарного тракта у детей.

Литература

1. Бельмер С.В., Гасилина Т.В., Хавкин А.И., Эйберман А.С. Функциональные нарушения органов пищеварения у детей // Рекомендации и комментарии. — Москва, ГОУ ВУНМЦ МЗиСР РФ. — 2006.
2. Белоусова Е.А. // Фарматека. — 2004. — № 13. — С. 1–7.
3. Захарова И.Н., Шишкина С.В., Издадут Ф.Н. // Фарматека. — 2005. 45 — № 19. — С. 70–75.
4. Маев И.В. Диагностика и лечение заболеваний желчевыводящих путей // Учебное пособие. — Москва, ГОУ ВУНМЦ МЗиСР РФ. — 2003.
5. Минушкин О.И., Максимова В.А. Билиарно-печеночная дисфункция // Москва. — 2008.
6. Пиманов С.И., Силивончик Н.Н. Римский III Консенсус: избранные разделы и комментарии // Пособие для врачей. — Витебск. — 2006.
7. Corazzari E., Shaffer E.A., Hogan W.I. et al. Functional disorders of the biliary tract and pancreas // Gut. — 1999. — Vol. 45. — P. 48–54.
8. Drossman D.A. The functional gastrointestinal disorders and the Rome process // Gut. — 1999. — Vol. 45. — P. 1–5.

Лекарственное обеспечение санаторно-курортных больных с заболеваниями щитовидной железы

Н.Н. Королева, Т.М. Бондарева
ГОУ ВПО Пятигорская ГФА

Заболевания щитовидной железы опережают Яхарную диабетическую Яамой раяпротраненной хндокринной патологией. Проблемы возникшие в Явзи Я непониманием роли дояточнообеспечени ЛС обогащенных йодом дл нормального функционирования человека в наЯто щее врем мў пўтаемЯ ривить заЯет хффективного лекарЯтвенного обеспечения на примере Яанаторнокурортных учреждений как модели дл вяекояелени КМВх Разработка и внедрение перЯонифицированного учета ЛС позволит рационально иЯпользовать вўдел емўе финанЯовўе Яредятва Я целью организации хффективнолекарЯтвенного обеспечения иприобретени вўякоххффективных лекарЯтвенных препаратови которўе применЮтЯ курортными больными как в процеЯе Яанаторнокурортноголечения итак и в период поддерживающей профилактической терапии

Ключевые слова: заболевания щитовидной железы медикаментозное лечение

Цель: изучение особенностей лекарственного обеспечения санаторно-курортных больных с заболеваниями щитовидной железы (на примере специализированного санатория «Заря» г. Кисловодск).

Для достижения поставленной цели следовало решить следующие задачи:

— изучить основной контингент больных, проходящих курс санаторно-курортного лечения в специализированных здравницах, и выявить больных с патологией щитовидной железы;

— провести фармакоэкономический анализ основных групп лекарственных средств, применяемых для лечения заболеваний щитовидной железы, и определить оптимальные перечни ЛС;

— изучить объемы закупок ЛС и ИМН и выявить оптимальные возможности лекарственного обеспечения санаторно-курортных больных.

Методы: социологический метод, экономико-математический анализ, фармакоэкономический анализ.

Результаты: количество заболеваний эндокринной системы увеличилось в 3 раза. Среди них заболевания щитовидной железы, опережив сахарный диабет, стали самой распространенной эндокринной патологией. Изучение основного контингента больных показало, что количество женщин значительно превышает мужской контингент. Так, в 2004 г. число женщин, проходящих санаторно-курортное лечение в санатории «Заря», составило — 2659 чел. (К — 575 чел; Н\К — 2084 чел.); 2005 г. — 2668 чел. (К — 653 чел; Н\К — 2015); 2006 г. — 2781 чел. (К 963 чел, Н\К — 1818). Мужчин в 2004 г. — 2455 чел. (К — 364 чел, Н\К — 2091 чел); в 2005 г. — 2247 чел. (К- 440 чел, Н\К — 1807 чел.); в 2006 г. — 2230 чел. (К-584 чел, Н\К — 1646 чел). Кроме того, необходимо отметить, что в санатории «Заря» проходят лечение дети в возрасте до 8 лет, число которых возросло с 392 чел. до 406 чел. (2004–2006 гг.). Результаты исследования позволили установить зависимость заболеваемости от возраста. Так, пик заболеваемости приходится на возрастную группу с