

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СУЛЬФАТНО-ХЛОРИДНЫХ МИНЕРАЛЬНЫХ ВОД ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ В КУРОРТНОЙ ПРАКТИКЕ

Кондратенко Л.В., Волотовская А.В., Миканович А.И., Ершова Л.М.

*«Санаторий имени В.И. Ленина», Бобруйск,
Государственное учреждение образования «Белорусская медицинская
академия последипломного образования», Минск*

Актуальность. Хронические болезни органов пищеварения относятся к числу наиболее часто встречающихся заболеваний [4]. В комплексном лечении гастроэнтерологических заболеваний, помимо лекарственных средств, применяют нефармакологические, и в частности, курортные факторы лечения, которые уже давно зарекомендовали себя с положительной стороны. В полной мере это относится к минеральным водам (МВ), основное действие которых реализуется, прежде всего, в пищеварительной системе. В фундаментальных и клинических исследованиях показана способность МВ оказывать влияние на активность окислительно-восстановительных процессов, стимулировать выделение интестинальных гормонов, усиливать функцию желудочных желез и процессы регенерации слизистой желудка, моторную функцию его, стимулировать процессы желчеобразования и желчеотделения, выделение панкреатического сока, оказывать иммунокорригирующее действие, снижать экскрецию оксалатов и мочевой кислоты [3, 5].

Основные показатели бальнеологической значимости МВ – общая минерализация, ионный состав, наличие растворенных и спонтанных газов, содержание органических веществ и микроэлементов, обладающих биологической активностью, радиоактивностью, показателем реакции воды, характеризующейся величиной рН, температурой. Известно, что МВ оказывают специфическое и неспецифическое действие. Неспецифическое подразумевает общие механизмы действия МВ (термический, механический фактор). Специфическое зависит от ее химического состава [1].

Из разнообразных типов МВ в бальнеотерапевтической практике широко применяют хлоридные натриевые, углекислые, сульфидные, радоновые и азотные. Для питьевого лечения преимущественно используют МВ малой (2-5 г/дм³) и средней (5-15 г/дм³) минерализации. Внутреннее применение МВ, кроме питьевого лечения, включает промывание желудка, дуоденальный дренаж, орошение слизистой оболочки полости рта, ирригации, ингаляции и др. [1, 3].

Важное значение в терапевтическом действии МВ при внутреннем применении, особенно при лечении заболеваний органов пищеварения, имеют методика и техника их приема: время приема, доза, температура, характер и частота приема. Чаще всего минеральную воду пьют до приема пищи. При понижении секреторной функции желудка ее обычно принимают за 15-30 мин до еды, а при повышенной секреции и кислотности – за 60-90 мин. Обычно МВ принимают 3 раза в день. Дозировка МВ зависит от ее химического состава, общей минерализации. При малой и средней минерализации количество воды на прием составляет 180-250 мл (3 мл на 1 кг массы тела). Суточная доза МВ, как правило, 600-800 мл. В случаях заболеваний мочевыводящих путей она может быть увеличена до 1200-1500 мл. Температура применяемой внутрь воды зависит от характера и течения заболевания, наличия сопутствующих заболеваний. При язвенной болезни, хроническом гастрите с повышенной секреторной функцией, хроническом гепатите, холецистите, желчно-каменной болезни, хроническом колите, сопровождающемся поносами, заболеваниях верхних дыхательных путей пьют горячую воду (38-45°C). При хроническом гастрите с пониженной секреторной функцией, колитах, протекающих с запорами, а также при необходимости усилить диурез необходимо пить минеральные воды более низких температур (20-30°C). Холодную МВ рекомендуется пить при атонии кишок. Имеет значение и темп питья МВ. При хроническом гастрите с секреторной недостаточностью МВ рекомендуется пить медленно, глотками. Быстрое питье МВ рекомендуется при употреблении вод, оказывающих слабительное действие. Продолжительность курса питьевого лечения колеблется от 3-4 до 5-6 недель. Повторный курс

питьевого лечения на курорте можно провести через 9-12 месяцев [1].

Широкое применение при заболеваниях пищеварительной системы, в особенности, при заболеваниях печени, желчного пузыря, желчных путей находят сульфатные МВ, которые характеризуются преобладанием сульфат-иона (SO_4^{2-}). Обычно сульфатные ионы в такой минеральной воде содержатся в границах от 2,0 до 5,5 г/дм³. Сульфатные анионы ускоряют желудочную эвакуацию, поступая в двенадцатиперстную кишку, вызывают так называемый пузырный рефлекс – сокращение желчного пузыря, расслабляют сфинктеры Люткенса и Одди, усиливают перистальтику желчевыводящих путей, оказывают послабляющее действие, стимулируют желчеобразование. Все это способствует ликвидации застойных явлений в желчном пузыре и желчевыводящих путях. Из организма быстрее удаляются продукты воспаления и создаются условия, неблагоприятные для выпадения осадков из желчи, которые, скапливаясь, служат одной из причин образования камней. Из катионов в этих водах чаще всего присутствуют Na^+ , Mg_2^+ и Ca_2^+ . Дополнительные составляющие сульфатных МВ усиливают их лечебное действие и придают специфическую направленность. Например, сульфатно-хлоридные воды – это хорошее желчегонное и слабительное средство [5].

Особенно в Беларуси ценится сульфатная вода Бобруйского района, по своему составу похожая на воды знаменитых лечебных курортов Трускавца [2]. В санатории имени В.И.Ленина (Бобруйск) лечебная МВ добывается на собственной территории из 4 скважин. Вода из 2 скважин используется для принятия ванн, а из 2 других – для приёма внутрь. В санатории МВ воды используются для лечения мочеполовой системы, заболеваний желудочно-кишечного тракта, печени и желчевыводящих путей, поджелудочной железы и обмена веществ.

Целью нашего исследования явилось доказательство эффективности применения на этапе санаторно-курортного лечения минеральной воды из источников санатория имени В.И.Ленина для лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Материалы и методы. Проанализированы результаты использования бальнеотерапии сульфатно-хлоридными

минеральными водами от источников № 2/61 и № 4/71 за 2017 год.

Минеральная вода скважины № 2/61 имеет минерализацию 6,6 г/дм³ и относится к лечебно-столовым средне-минерализованным водам (хлоридно-сульфатная натриево-кальциевая с повышенным содержанием магния, среднеминерализованная вода слабощелочной реакции).

Минеральная вода скважины № 4/71 относится к лечебно-столовым маломинерализованным (М 2,4 г/дм³) водам (сульфатная кальциево-магниевая-натриевая с повышенным содержанием хлоридов маломинерализованная вода слабощелочной реакции).

Под наблюдением находилось 410 пациентов с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, из них с заболеваниями желудка и кишечника (гастроэзофагальная рефлюксная болезнь, хронический гастродуоденит, язвенная болезнь, хронический колит, функциональные расстройства кишечника) – 286 человек, с заболеваниями печени и желчевыводящих путей (хронический бескаменный холецистит, дискинезия желчевыводящих путей, хронический гепатит) – 124 человека.

Применяли МВ по методике внутреннего питьевого лечения, микроклизм, орошений кишечника.

Питье МВ назначалось из расчета 3 мл на 1 кг веса больного, что составляет в среднем 200 мл на 1 прием, 3 раза в день.

Результаты. На фоне курсового применения питьевой слабоминерализованной сульфатной минеральной воды в комплексе с проводимой физиотерапией отмечена отчетливая положительная динамика по уменьшению диспепсических жалоб и клинических проявлений основного заболевания у большинства пациентов. Обращало внимание то обстоятельство, что при этом у всех отдыхающих произошла полная ликвидация следующих исследуемых признаков: боль в животе, его пальпаторная болезненность, положительные пузырьные симптомы, тошнота, отрыжка и запоры. Исчезли жалобы на изжогу, отрыжку, тяжесть в эпигастрии после еды, нормализовалась деятельность кишечника. Побочных эффектов не отмечалось.

Под влиянием комплексного курортного лечения с назначением минеральной воды со значительным улучшением

выписано 64% пациентов, с улучшением – 30%, с незначительным улучшением – 5%, а без улучшения – 1%.

Выводы. Таким образом, полученные результаты подтвердили эффективность применения сульфатной минеральной воды скважин № 2/61 и № 4/71 у пациентов с заболеваниями желудочно-кишечного тракта (функциональным запором, дискинезией желчевыводящих путей, гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и др.) в виде питьевого лечения и кишечных процедур.

Литература:

1. Боголюбов В.М., Пономаренко Г.Н. Общая физиотерапия: Учебн. пособие. – М., 1997. – С. 393 – 429.

2. Ершова Л.М., Фромова М.Н., Муравейко С.В. Комплексное лечение хронических гастритов с применением Бобруйской минеральной воды. / Мат. конф. «Курортные факторы и здоровье человека». – Минск, 2002. – С. 114-116

3. Пономаренко Г.Н., Золотарева Т.А.: Физические методы лечения в гастроэнтерологии. – СПб., 2004. – 287 с.

4. Ронжин И. В., Пономарева Е. А. Статистика заболеваний желудочно-кишечного тракта: причины, симптомы, профилактика // Молодой ученый. 2015. – № 23. – С. 375 – 379.

5. Сульфатная натриево-кальциевая минеральная вода «Увинская» в лечении больных хроническим гастродуоденитом / С.П. Субботин, А.М. Корепанов, Ю.В. Горбунов и др. // Агрокурорт. 2001. – № 2. – С. 49 – 56.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ЧАСТО И ДЛИТЕЛЬНО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ В САНАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Лысенко И.М., Баркун Г.К., Журавлева Л.Н., Федоришко Н.Н.

Учреждение образования «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», Витебск

Введение. Вопрос реабилитации часто и длительно болеющих детей остается актуальным и интересует педиатров, иммунологов, реабилитологов. Дефекты системы иммунитета у часто болеющих детей разнообразны.

Ребенок относится в группу ЧДБ в тех случаях, когда имеющаяся частая (4 и более раз в год) заболеваемость ОРЗ не