

12. Джумабаев Х.Д. Диагностическое значение поэтажной монометрии при хронической дуоденальной непроходимости, сочетающейся с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки // *Клин. мед.* - 1996. - №9. - С.26-29.
13. Wangenstein O. Intestinal obstructions. Springfield. - 1955.
14. Wasser G.N. Additional therapy of cerebro-vascular by ozone therapy // *Ozone in Medicine: Proceedings of the 12th World Congress of the International Ozone Assotiation.* - Lille, 1995. - Vol.3. - P.91-98.
15. Wong R., Gomez M., Menendez S., Ceballos A. Ozone therapy on arthrosis // *The 10th Ozone World Congress: Proceedings.* - Monaco, 2001. - Vol.3. - P.87-93.

© КОВАЛЕВА Л.П., СИЗЫХ Т.П., СОНГОЛОВ В.И., ПОЛЯНСКАЯ Л.А., МАДАГАЕВА С.А.,
СОРОКОВИКОВА Л.А. -
УДК 616.366-002:615.833.1/9(571.54)

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСА ЛЕЧЕБНЫХ ФАКТОРОВ КУРОРТА "АРШАН" ПРИ КЛАССИЧЕСКОМ ПО ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ КУРСЕ ЛЕЧЕНИЯ У ВЗРОСЛЫХ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

*Л.П. Ковалева, Т.П. Сизых, В.И. Сонголов, Л.А. Полянская, С.А. Мадагаева,
Л.А. Сороковикова.*

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор - акад. МТА и АН ВШ д.м.н. проф. А.А. Майборода. Республика Бурятия, курорт "Аршан", гл. врач - засл. врач Бурятии и Якутии В.И. Сонголов)

Резюме. В работе представлены клинические, УЗС, реогепаатографические критерии эффективности комплексного долгосрочного (18-21 день) курса лечения больных на курорте "Аршан" с различными вариантами хронического холецистита.

Заболевания желчевыводящих путей, включая дискинезию желчевыводящих путей (ДЖВП), хронический бескаменный холецистит (ХБХ) являются, весьма распространенными, которые продолжают, неуклонно расти [5,9]. До сих пор идут споры о распространенности этих патологических процессов. Причем ряд авторов считают, что хронический холецистит встречается гораздо реже, чем диагностируется [3]. Посему диагноз хронический холецистит правомочен только в случае повторных атак острого холецистита и морфологически подтвержденных соответствующих изменений в стенке желчного пузыря (ЖП) [6,10]. Другие авторы указывают на значительную распространенность хронического холецистита, четкую взаимосвязь его с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, функциональными заболеваниями нервной системы. При этом рассматривают данную патологию как связь следующих состояний плавно переходящих друг в друга: ДЖВП - ХБХ - хронический калькулезный холецистит (ХКХ) [2,14].

За последнее время появились новые гипотезы патогенеза холецистита [7,8]. Дискуссии идут вокруг желчного осадка, так называемого сладж-синдрома. Исследования посвященные сладж-синдрому относятся к последним десятилетиям и их не много. Как часто желчный осадок переходит в камни ЖП, точных данных нет, рядом зарубежных авторов приводится цифра в 5-15% случаев [7,16,17,18]. По России при анализе доступной нам литературы подобной информации мы, не нашли. Методы лечения и вопрос - надо ли, вообще, лечить данное состояние находятся в ста-

дии разработок. Учитывая это, нами предпринята попытка, проследить течение ДЖВП-ХБХ-ХКХ и сладж-синдрома у больных, прибывших на курорт "Аршан" в ответ на воздействие минеральной термальной маломинерализованной воды гидрокарбонатно-натриево-сульфатной кальциево-магниево с небольшим содержанием кремния и железа, в совокупности с комплексом природных и преформированных факторов курорта "Аршан".

Материалы и методы.

Исследования проводились на базе курорта "Аршан", санатория "Саяны", расположенного в предгорьях Саян (на высоте 920 м над уровнем моря), которые называют Тункинскими Альпами [4]. Диагноз верифицирован на основании жалоб, анамнеза, осмотра, данных санаторно-курортных карт, традиционного клинко-лабораторного и инструментального исследования.

Структуру, моторику ЖП и ЖВП изучали на аппарате ультразвукового сканирования "Алока 500", работающего в режиме реального времени. Состояние ЖП и ЖВП проводили по стандартному протоколу. Оценивали сократительную способность ЖП по методике Е.З. Поляк [12], а сам процесс сокращения - по методике О.С. Антонова, О.П. Ротанова [1]. За физиологические параметры была взята следующая кинетика сокращения ЖП. Длительность первой подготовительной фазы составляла $5,2 \pm 0,4$ мин. В эту фазу происходило сокращение ЖП от шейки ко дну, уменьшался продольный и увеличивался поперечный размер, объем его увеличивался на 5-10%. Продолжительность второй фазы равна 15 мин., за это время ЖП уменьшается на $28,4 \pm 2,14\%$ от перво-

начального объема. Третья фаза длится 30 мин., ЖП теряет 29,0±1,2% от своего первоначального объема. Полностью ЖП не сокращается в нем всегда присутствует остаточная желчь в объеме 30-35% от первоначального.

Реогепатографию выполняли на отечественном реографе 4РГ-1А, версия 5,0 медиком МТД 1996-1999 гг. Исследования проводились утром натощак до- и по окончании курса лечения.

Обследовано 86 (жен,- 78, муж,- 15) больных, получивших классический (18-21 дней) курс лечения на курорте "Аршан". Средний возраст их составил 36,98±10,47 лет.

Согласно классификации хронического холецистита Я.С. Циммермана [15] больные были распределены на группы: 1) с дискинезией желчно выводящих путей (ДЖВП); 2) с хроническим бескаменным холециститом (ХБХ); 3) с хроническим камненным холециститом (ХКХ). В I и II группе выделены по 2 подгруппы: с гипер- и гипокинезом ЖП и ЖВП.

В подгруппу 1.1 вошло 10 больных ДЖВП с гиперкинезом ЖП и ЖВП (жен. - 8, муж. - 2), средний их возраст 20,4±5,34 лет. Подгруппу 1.2 составили 7 больных ДЖВП с гипокинезом ЖП и ЖВП (жен. - 5, муж. - 2), средний возраст - 25,57±10,21 лет. В подгруппу 2.1 включили 23 больных ХБХ с гиперкинезом ЖП и ЖВП (жен. - 21, муж. - 2), средний возраст - 31,61±11,02 лет. Подгруппу 2.2 сформировали из 30 больных ХБХ с гипокинезом ЖП и ЖВП (жен. - 27, муж. - 3), средний возраст - 46,13±10,78 лет. Группа 3 состояла из 16 больных с ХКХ (все женщины), средний возраст - 43,12±8,35 лет.

Группа здоровых лиц состояла из 12 (жен. - 11, муж. - 1) человек, средний возраст их был 21,42±4,56 лет, т.е. значительно моложе, чем основная группа.

В программу лечебных мероприятий включали: санаторный режим, диета №5 по Певзнеру, прием минеральной воды из расчета 5 мл/кг веса, режим приема воды зависел от сократительной функции ЖП, тюбажи с минеральной водой, кишечные орошения, бальнеопроцедуры (ванны или душ), физиолечение, фитотерапия, ЛФК, массаж, терренкур, ландшафт, аромотерапия, цветотерапия, туризм.

Для объективизации оценки эффективности лечения комплексом целебных факторов на курорте "Аршан" нами была применена бальная оценка динамики наиболее патогномичным симптомам, характерным для патологии ЖП и ЖВП. Интенсивная боль в правом подреберье получила 4 балла, умеренная - 2,слабая - 1,горечь во рту утром - 1 балл, до обеда - 2, весь день - 4. Наличие тошноты, рвоты, боли в эпигастрии, суставах, вздутие урчание в животе, расстройство стула оценивалось в 2 балла каждый симптом. Локальный кожный зуд оценивался в 1 балл, а распространенный - 3. По 1 баллу дано на психоэмоциональные расстройства и нарушение аппетита.

Полученные результаты подвергались статистической обработке при помощи пакета про-

граммы "Biostat". Вычислялись среднеарифметические значения показателей и ошибки средних ($M \pm t$). Для оценки достоверности различий между последними использовался критерий Стьюдента.

Результаты и их обсуждение

Анализ показал, что течение заболевания в подгруппах больных с ДЖВП и ХБХ с гиперкинезом ЖП и ЖВП более легкое, т.к. при балльной оценке показатели не превышали 10 баллов. После проведенного долгосрочного курса лечения во всех группах прослеживается значимо высокая эффективность.

Таблица 1.

Кинетика субъективных симптомов у больных хроническим холециститом до- и после лечения на курорте "Аршан" по балльной системе

Под-группы	Количество баллов	
	до лечения	после лечения
1.1	6,3±1,1	0,6±0,2*
1.2	7,4±1,3	2,1±0,7*
2.1	9,3±0,6	1,9±0,5*
2.2	11,8±0,8	4,3±0,7*
3	12,5±0,9	4,3±0,7*

Примечание: * - $p < 0,05$

Всем больным при поступлении и при выписке проводилось УЗИ ЖП и ЖВП. В подгруппе 1.1 у 8 (80,0%) больных были выявлены перегибы, у каждого пятого обнаружили рефлюкс желчи (табл.2). Изменение сократимости ЖП было по гиперкинетически-гипотоническому типу (табл.3, 4). Так в конце второго периода сокращения, объем ЖП составил 53,54±8,2%, а в конце третьего периода - 16,63±5,7% от первоначального объема.

В подгруппе 1.2 диагностированы перегибы у 5 (71,43%) больных и значительные изменения по гипомоторному типу. В конце второго периода объем ЖП уменьшился до 8,38±2,5%, а в конце третьего периода до 6,91±1,9% от первоначального объема, причем четко разграничить фазы сокращения ЖП не представлялось возможным.

Стенка ЖП у больных подгруппы 2.1 была утолщена, перегибы встречались у каждого четвертого, а рефлюкс - у одного больного. Сладж-синдром диагностирован у 9 (39,13%) больных, его толщина равнялась 0,54±0,01 см. Нарушение сократимости было найдено по гиперкинетически-гипотоническому типу. В конце второй фазы сокращения объем ЖП составил 58,11±11,7% от первоначального объема, а в конце третьей - 12,3±5,8% соответственно.

У одного больного из подгруппы 2.2 была выявлена усиленная экзогенность печени. Стенка ЖП была утолщена до 0,47±0,01 см, причем у каждого десятого она была уплотнена. Перегибы зафиксированы у 4 (13,33%), а рефлюкс - у каждого десятого. Сладж, толщиной 0,32±0,07 см выявлен у 11 (36,66%) больных. При анализе сократимости выявлена значительная гипотония ЖП и ЖВП, причем четко разграничить фазы сокращения также

Таблица 2.
Кинетика УЗИ желчного пузыря у больных хроническим холециститом, пролеченных 21-дневным курсом на курорте "Аршан" (n=86)

Подгруппы	Всего больных, n	Режим исследования	Размеры печени передне-задний см	Усиление эхогенности печени		Толщина стенки ЖП, см	Уплотненность стенки ЖП		Перегибы		Сладж		Разм. сладжа см	Наличие камней				Рефлюкс		
				п	%		п	%	п	%	п	%		п	%	п	%	п	%	п
1.1	10	до	11,96±0,17			0,31±0,02			8	80,0	1	10,0							2	20,0
		после	11,8±0,13			0,24±0,03*			8	80,0									2	20,0
1.2	7	до	12,43±0,2			0,3±0,02			5	71,43										
		после	12,33±0,2			0,21±0,02*			5	71,43										
2.1	23	до	12,44±0,12			0,45±0,02			6	26,09	9	39,13	0,54±0,01						1	4,34
		после	12,33±0,1			0,37±0,01*			6	26,09	4	17,39	0,11±0,04*						1	4,34
2.2	30	до	12,8±0,03	1	3,33	0,47±0,01	3	10,0	4	13,33	11	36,66	0,32±0,07							
		после	12,6±0,03	1	3,33	0,39±0,01*	3	10,0	4	13,33	5	16,66	0,08±0,04*							
3	16	до	12,85±0,03	4	25,0	0,47±0,02	4	25,0	6	37,5	3	18,75	0,25±0,02	12	75,0	4	25,0	2	12,5	
		после	12,64±0,05	4	25,0	0,35±0,01*	4	25,0	6	37,5	2	12,5	0,12±0,09*	8	50,0	4	25,0	2	12,5	
Контрольная группа	12		11,8±0,05			0,2±0,01														

Примечание: * - p<0,05

Таблица 5.
Кинетика показателей реоэпатографии у больных хроническим холециститом, получивших классический курс лечения на курорте "Аршан" (n=86)

Подгруппа	Всего больных, n	Этапы лечения	РИ, Ом	ПШСС, %	ИВО, %	ДКИ, %	ДСИ, %	ВРПВ, мс	ПЭС, %	МСБКН Ом/с	ССМКН Ом/с
1.2	7	до	0,062±0,01	45,14±3,24	0,4286±1,01	14,43±11,23	27,14±7,243	115,4±14,9	137,6±23,9	0,67±0,13	0,55±0,077
		после	0,096±0,01	65,14±24,51*	16,71±12,77*	35,29±9,27	36,29±8,403	103,1±13,1	103,1±11,6	0,91±0,08	0,32±0,069
2.1	23	до	0,065±0,01	24,74±11,52	9,522±12,33	50,74±5,474	50,22±7,233	85,61±5,64	101,9±7,19	0,70±0,12	0,52±0,083
		после	0,062±0,01	60,83±7,92	15,87±5,043	34,83±8,208*	22,3±8,064*	106,4±2,8*	94,35±5,39	0,88±0,08	0,47±0,05
2.2	30	до	0,05±0,01	57,11±7,34	8,607±0,77	17,18±10,14	15,21±10,23	96,11±8,04	72,04±8,8	0,81±0,15	0,46±0,057
		после	0,06±0,01	77,04±7,66	14,14±4,49*	26,29±3,101	26,46±4,055	119,7±3,42	87,14±3,89	0,81±0,029	0,36±0,028
3	16	до	0,03±0,01	56,44±13,26	35,25±5,2	57,19±10,85	74,06±10,69	108,5±6,51	90,06±7,29	1,08±0,57	0,55±0,19
		после	0,07±0,02*	71,25±12,57	25,44±8,65	33,0±9,057	43,19±8,83*	103,1±8,89	93,0±5,401	0,86±0,1	0,32±0,09
Контрольная группа	12		0,1±0,07	64,64±2,43	10,17±2,04	74,0±9,76	74,09±4,35	115,18±6,4	102,5±2,74	1,23±0,4	0,35±0,17

Таблица 3.

Кинетика объема желчного пузыря под действием минеральной воды "Аришан" у больных хроническим холециститом, пролеченных классическим 21-дневным курсом на курорте "Аришан" (n = 86).

Подгруппы	Всего больных	Этапы лечения	Объем ЖП		
			до приема минеральной воды в %	через 15 мин после приема, в % от первоначального	через 30-45 мин. приема после приема, в % от первоначального
1.1	10	до	15,7±1,47	7,4±0,62	4,45±0,27
		после	13,2±0,95	6,2±0,41	3,74±0,18
1.2	7	до	19,2±2,2	18,6±1,98	14,2±1,31
		после	15,8±2,02	12,04±1,51*	8,6±0,86*
2.1	23	до	18,9±1,39	7,2±1,99	5,3±1,19
		после	14,2±0,72*	6,3±2,26	4,9±0,95
2.2	30	до	24,3±2,29	21,4±1,76	14,4±0,45
		после	18,3±1,34	15,3±1,36*	10,04±1,23
3	16	до	21,1±1,6	17,4±2,44	11,4±1,65
		после	18,3±1,02	14,5±1,7	10,07±1,45*
Контрольная (п - 12)	12		10,28±0,45	6,51±0,32	3,29±0,22

Примечание: ЖП - желчный пузырь, МВ - минеральная вода

как у больных ДЖВП по гипотоническому типу не представлялось возможным. В конце второго периода ЖП сократился всего на 5,86±3,93%, в конце третьего периода - на 5,16±2,1% от первоначального объема.

У одной четверти больных группы 3 было выявлено усиление экзогенности печени (табл.2), что говорит о вовлечении её паренхимы в патологический процесс при ХКХ. Стенка ЖП была утолщена до 0,47±0,02 см, у одной четверти она была уплотнена. Перегибы наблюдались у 6 (37,5%) больных, а рефлюкс желчи отмечен у каждого восьмого. У всех больных группы 3 были выявлены камни: у одной четвертой более 1 см в диаметре, у остальных менее 1 см. Этим больным были отменены интенсивные питьевые нагрузки и тюбажи. При анализе сократимости также установили нарушения в работе ЖП и ЖВП. Так, в конце второго периода, ЖП сократился на 19,58±8,34%, в конце третьего - на 18,2±6,86% от первоначального объема (табл.4).

После проведенного лечения наблюдалась наряду с клиническим регрессом симптомов заболе-

вания и положительная УЗС кинетика ЖП. Так во всех подгруппах значимо (p<0,05) уменьшилась толщина стенки ЖП. Улучшение же сократимости ЖП не последовало (табл.3,4).

В подгруппе 2.1 значимо уменьшилось в 2,5 раза количество больных, у которых определялся сладж и показатели (в 2 раза) его толщины (табл.2).

В подгруппе 2.2 количество больных со сладжем также значимо сократилось (в 2,5 раза) как и толщина его значимо (в 4 раза) уменьшилась (табл.2).

В подгруппе 3 количество больных со сладжем значимо (в 1,5 раза) уменьшилось, но у меньшего числа больных, чем в других группах. Однако количество больных, у которых определялись камни до 1 см, уменьшилось в полтора раза.

Всем больным при поступлении и при выписке была проведена реогепагография печени, где оценивались тонус сосудов, эластичность магистральных артерий, состояние микроциркуляторного русла, систолический приток в печень и кровенаполнение сосудов печени. О тонусе сосудов го-

Таблица 4.

Непосредственное изменение объема желчного пузыря на прием одной порции минеральной воды в зависимости от первоначального его объема до- и после курса лечения на курорте "Аришан", (n = 86)

Подгруппы	Всего больных	Режим исследования	Объем ЖП через 15 мин от первоначального объема в %	Объем через 30-45 мин от первоначального объема в %
1.1	10	до	53,54±8,2	16,63±5,7
		после	49,66±9,3	20,17±8,2
1.2	7	до	8,38±2,5	6,91±1,9
		после	21,59±5,1	18,15±5,3
2.1	23	до	58,11±11,7	12,3±5,8
		после	57,78±8,6	10,69±5,2
2.2	30	до	5,86±3,39	5,16±2,1
		после	12,07±6,02	18,34±9,46
3	16	до	19,58±8,34	18,2±6,86
		после	21,0±7,01	24,66±7,04
Контрольная (п - 12)	12		28,4±2,14	29,0±1,2

ворят такие показатели как индекс венозного оттока (ИБО), дикротический индекс (ДСИ) - тонус прекапиллярного русла, дистолический индекс (ДСИ) - тонус посткапиллярного русла, показатель эластичности сосудов (ПЭС). Его снижение говорит о снижении базального тонуса артериального русла, а увеличение - об уменьшении эластичности. О систолическом притоке можно судить по реографическому индексу (РИ). Эластичность магистральных сосудов характеризуется временем распространения пульсовой волны (ВРПВ). О состоянии микроциркуляции судят по показателю периферического сопротивления (ППСС). Кровенаполнение печени характеризует показатель максимальной скорости быстрого кровенаполнения (МСБКН) и средняя скорость быстрого кровенаполнения (ССМКН) [11].

В подгруппе 1.1 при поступлении у больных с ДЖВП с гиперкинезом средний показатель систолического притока (табл.5) был снижен в 1,5 раза. Тонус пре- и посткапиллярного русла, а также тонус сосудов среднего калибра был понижен. Тонус венозного русла печени был повышен в 2,5 раза. Кровенаполнение сосудов печени было повышено: крупных в - 1,5 раза, а средних и мелких - почти в 2.

У больных в подгруппе 1.2 - ДЖВП с гипокинезом до лечения систолический приток в печени был уменьшен в 1,5 раза. Периферическое сосудистое сопротивление было также снижено. Тонус сосудов был понижен, причем венозного русла печени значительно - в 25 раз. Эластические свойства артериальных сосудов были снижены. Кровенаполнение крупных артерий печени было понижено в 2 раза, а средних и мелких артерий повышено - в 1,5 (табл.5).

Систолический приток у больных подгруппы 2.1 - ХБХ с гиперкинезом до лечения был ограничен в 1,5 раза. Было значимо ($p < 0,05$) снижено периферическое сосудистое сопротивление в 2,5 раза, как и тонус пре- и посткапиллярного русла - в 1,5, а эластичность магистральных артерий - в 1,3. Кровенаполнение крупных артерий также значимо ($p < 0,05$) было снижено в 1,75 раза, а средних и мелких - повышено в 1,5.

При поступлении систолический приток печени у больных подгруппы 2.2 - ХБК с гиперкинезом был снижен почти в 2 раза. Периферическое сосудистое сопротивление, эластичность магистральных артерий и тонус венозного русла печени были снижены незначительно. Были снижены значимо тонус пре- и посткапиллярного русла - в 5 раз, тонус сосудов среднего калибра и кровенаполнение крупных сосудов - в 1,4, а кровенаполнение средних и мелких артерий незначимо повышено.

В группе 3 у больных с ХКК систолический приток при поступлении был значительно уменьшен - в 5 раз. В то время как периферическое сосудистое сопротивление существенных изменений не претерпело. Тонус венозного русла печени при поступлении был значимо ($p < 0,05$) повышен - в 3,5 раза, а тонус прекапиллярного русла был снижен - в 1,3. Эластичность магистральных артерий

и тонус сосудов среднего калибра не имели достоверных изменений, как и кровенаполнение крупных артерий печени. При этом кровенаполнение средних и мелких артерий было повышено в 1,5 раза.

После проведенного лечения во всех подгруппах отслеживается реогепаграфически положительная динамика как и клинических, и данных УЗС. Так, в подгруппе 1.1 понизился значимо ($p < 0,05$) тонус венозного русла печени - в 4 раза, произошла нормализация тонуса сосудов среднего калибра и кровенаполнения в системах крупных, средних и мелких артерий печени.

В подгруппе 1.2 после лечения достоверно ($p < 0,05$) повысился систолический приток - в 1,5 раза. Нормализовалось периферическое сосудистое сопротивление. Значимо повысился тонус венозного русла печени - в 40 раз - также тонус прекапиллярного - в 2,5 и - посткапиллярного русла - в 1,3. Однако эти показатели значения здоровой группы так и не достигли. Нормализовался тонус сосудов среднего калибра, как и кровенаполнение мелких и средних артерий. Повысилось существенно ($p < 0,05$) кровенаполнение крупных артерий (табл.5).

В подгруппе 2.1 периферическое сосудистое сопротивление повысилось в 2,5 раза, тонус венозного русла - в 1,5. Тонус пре- и посткапиллярного русла пониженный до начала лечения, при выписке понизился ещё больше, как и тонус сосудов среднего калибра. Эластичность же артерий повысилась в 1,3 раза. Значительных же положительных сдвигов в кровенаполнении крупных, средних и мелких артерий не произошло.

У больных в подгруппе 2.2 после лечения повысились периферическое сосудистое сопротивление, тонус венозного русла печени, которые стали выше показателей здоровых лиц. Тонус пре- и посткапиллярного русла в 1,5 раза повысился, но так и не достигнув уровня здоровых лиц. Кровенаполнение крупных, средних, мелких артерий как и тонус сосудов среднего калибра после проведенного лечения не претерпели значимых изменений.

После проведенного лечения в группе 3 значимо ($p < 0,05$) возрос систолический приток - в 3,5 раза. Периферическое сосудистое сопротивление так же достоверно ($p < 0,05$) возросло. Тонус же венозного русла печени снизился - в 1,4 раза, как и тонус пре- и посткапиллярного русла. Не существенно понизилась эластичность магистральных артерий. Кровенаполнение крупных, средних и мелких артерий понизилось.

Итак, комплексное лечение на курорте "Аршан" обладает спазмолитическим, болеутоляющим, холелитическим, литолитическим эффектом, что подтверждается кинетикой балльной оценки клинических симптомов и данными УЗС и реогепаграфии после лечения. Обладает выраженным нормализующим влиянием на моторику ЖП и ЖВП и гемодинамику печени, что проявляется в нормализации тонуса сосудов, периферического сосудистого сопротивления, эластичности артерий.

ASSESSMENT OF EFFICACY OF LONG-TERM COURSE OF TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC CHOLECYSTITIS AT THE RESORT "ARSHAN"

L.P. Kovaleva, T.P. Sizikh, V.I. Songolov, L.A. Polyanskaja, S.A. Madagaeva, L.A. Sorokovicova

(Irkutsk Institute for Medical Advanced Studies)

The clinical and rheographic criteria of efficacy of long-term course of treatment of patients with various variants of chronic cholecystitis at the resort "Arshan" are presented in the article.

Литература

1. Антонов О.С., Ротанов О.П. Ультразвуковая диагностика дискенезий желчных путей, - Тер. архив. - 1986. - Т.58, №2. - С.91-93.
2. Горчаков Л.Г., Монаков Л.Г. Социально-гигиенические аспекты заболеваемости населения холециститом. - Здравоохранение Российской Федерации. - 1983. - №3. - С.13-14.
3. Григорьев П.Я., Яковенко А.В. Клиническая гастроэнтерология. - М.: МИА., 2001. - С.318-335.
4. Жинкин В.И. Курорты и минеральные источники Бурятии. - Улан-Удэ, 1924. - 40 с.
5. Козловский И.В. Болезни органов пищеварения. - Минск, 1989. - С. 18.
6. Коржукова П.И., Григорьева Т.В. Хронический холецистит и дискенезия желчного пузыря. - Клиническая медицина. - 1987. - №6. - С.71-74.
7. Коу С.В., Секиджима Дж.Г., Ли С.П. Желчный осадок. - Меж. жур. мед. практики. - 2000. - №10. - С.38-48.
8. Липницкий Е.М., Рубашникова Е.В., Еремеев В.А., Лычников Д.С. Механизм холелитиаза. - Меж. жур. мед. - 2001. - №2. - С.164-169.
9. Лузина Е.В., Иванов В.Н., Пархоменко Ю.В. Возможные механизмы развития заболеваний желчевыводящих путей в условиях Забайкалья. - Клиническая медицина. - 2000. - №4. - С.34-36.
10. Моржатка З. Практическая гастроэнтерология. - Рига, 1976. - С. 125-136.
11. Полищук В.И., Терехова Л.Г. Техника и методика реографии и реоплетизмографии. - М.: Медицина. - 1983. - 174 с.
12. Поляк Е.З. Рентгенологические показатели основных функций желчного пузыря в норме и при холецистите. Автореф. дис. ... докт. мед. наук. - Киев, 1968. - 36 с.
13. Савельев В.С., Петухов В.А., Нарапкин А.В., Фомин Д.К. Внепеченочные билиарные дисфункции при липидном дистресс-синдроме: этиопатогенез, диагностика и принципы лечения. - Приложение к Рос. мед. жур. - Болезни органов пищеварения. - 2002. - Т.4, №2. - С.62-69.
14. Циммерман Я.С., Головский Б.В. Хронический бескаменный холецистит. - Клиническая медицина. - 1983. - №5. - С.129-136.
15. Циммерман Я.С. Очерки клинической гастроэнтерологии. - Пермь, 1992. - 336 с.
16. Lee S.P., Maher K., Nicholls J.F. Origin and fate of biliary sludge // Gastroenterology. - 1988. - Vol.94. - P.170-176.
17. Janowitz P., Kratzer W., Zemmler J., Tudyka J., Wechsler J. G. Gallbladder sludge: spontaneous course and incidence of complication in patients with stones. // Hepatology. - 1994. - Vol.20. - P. 291-294.
18. Ohara N., Schaefer J. Clinical significance of biliary sludge // J. Clin. gastroenterol. - 1990. - N.12. - P.291-294.

© ШКУРИНСКАЯ М.П., СИЗЫХ Т.П., ЦЫРЕМПИЛОВА Л.С., ДЕМКИН И.В., МАДАГАЕВА С.А., СОНГОЛОВ В.И., ЛУБСАНОВА Л.Н., ПОЛЯНСКАЯ Л.А. -
УДК 616.336-002-053.2:615.838(571.54)

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ НА КУРОРТЕ "АРШАН" ПРИ КУРСЕ ЛЕЧЕНИЯ 18 ДНЕЙ

М.П. Шкуринская, Т.П. Сизых, Л.С. Цыремпилова, И.В. Демкин, С.А. Мадагаева, В.И. Сонголов, Л.Н. Аубсанова, Л.А. Полянская.

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор - акад. МТА и АН ВШ д.м.н. проф. А.А. Майборода. Республика Бурятия, "Аршан", гл. врач - засл. врач Бурятии и Якутии В.И. Сонголов)

Резюме. При воздействии комплекса лечебных факторов курорта "Аршан" на детей с хроническим холециститом улучшение по субъективным признакам отмечены у всех, по объективным - в 94,4%. Клиническая положительная динамика подтверждается лабораторными и инструментальными исследованиями. Получены данные свидетельствующие, что 18 дневный курс лечения на курорте "Аршан" достоверно эффективен при хроническом холецистите у детей. Обнаружены желчегонное спазмолитическое и обезболивающее действие лечебного комплекса: повышение неспецифической резистентности организма, устранение симптомов интоксикации, нормализация тонуса вегетативной и центральной нервной системы а также моторики желчного пузыря и желчевыводящих путей.

Хронические заболевания органов пищеварения значительно распространены и колеблются от 76,6-123 на 1000 детского населения [15]. В их структуре заболевания желчевыводящей системы составляют 80% [11,23]. В Иркутской области распространенность билиарной патологии у детей школьного