

- нарушением ритма и проводимости. — Красноярск—Томск—Москва. — Сибирь, 2002. — 296 с.
5. Клеменков С.В., Явися А.М., Разумов А.Н., Каспаров Э.В., Кубушко И.В., Клеменков А.С. Оптимизация восстановительного лечения больных коронарной болезнью сердца с нарушением ритма и проводимости длительным комбинированным применением бальнеотерапии и физических тренировок. — Красноярск—Москва. - Сибирь, 2002. - 125 с.
 6. Клеменков С.В., Каспаров Э.В., Разумов А.Н., Левицкий Е.Ф., Васин В.А., Кубушко И.В., Давыдова О.Б. Восстановительное лечение больных коронарной болезнью сердца с нарушением ритма и проводимости с помощью физических факторов. — Красноярск—Москва—Томск—Пятигорск. — Т 1. — Кларетианум, 2003. — 332 с.
 7. Клеменков С.В., Разумов А.Н., Киспвгае__Э.В., Левицкий Е.Ф., Васин В.А., Клеменков А.С. Восстановительное лечение больных коронарной болезнью сердца с нарушением ритма с помощью физических факторов. — Красноярск—Москва—Томск—Пятигорск. — Т. 2. — Кларетианум, 2003. — 276 с.
 8. Кубушко И.В., Каспаров Э.В., Клеменков С.В., Разумов А.Н., Давыдова О.Б., Клеменков А.С. Оптимизация восстановительного лечения больных ишемической болезнью сердца с нарушением ритма комбинированным применением бальнеотерапии с электротерапией или физическими тренировками. — Красноярск—Москва. — Сибирь, 2003. — 151 с.

© КОВАЛЕВА Л.П., СИЗЫХ Т.П. -

АКТИВНОСТЬ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ, ПОСТУПИВШИХ НА ЛЕЧЕНИЕ КУРОРТА «АРШАН»

Л.П.Ковалева, Т.П.Сизых

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.б.н. проф. А.А. Майборода, кафедра факультетской терапии, зав.- д. м.н. Ф.И. Белялов)

Резюме. В статье приводятся данные клинические, ОАК, биохимии крови, системы ПОЛ-АОА, УЗС, характеризующие воспалительный процесс у больных с различными вариантами нарушения моторной функции желчного пузыря и желчевыводящих путей, поступивших на курс лечения курорта «Аршан».

Ключевые слова. Хронический холецистит, дискинезия желчевыводящих путей, активность воспаления, курорт «Аршан».

В настоящее время дискинезия желчевыводящих путей (ДЖВП)-бескаменный хронический холецистит (ХБХ) — калькулезный хронический холецистит (ХКХ) рассматривается как единый патологический процесс(1,3), сладж-синдром - как предстадия калькулеза(4,5,6). По этому диагностика и лечение ранних, не осложненных форм ХБХ очень важный этап в предупреждении образования калькулеза желчного пузыря (ЖП) (7). На начальных стадиях процесса ДЖВП-ХБХ-ХКХ курортное лечение имеет равнозначную эффективность с медикаментозной терапией, причем предпочтение отдается местным курортам гастроэнтерологического профиля (2, 8).

Материалы и методы

Всего в программу исследований включено 86 человека. В основную группу вошли 74 (жен. — 60, муж. — 14, средний возраст 40,28±11,7 лет) больных, поступивших с направительным диагнозом хронический холецистит (ХХ), которые в последующем прошли короткий по продолжительности курс (двухнедельный) лечения на курорте «Аршан». Контрольную группу составили 12 (жен. — 11, муж. — 1, средний возраст 21,42±4,56 лет) здоровых лиц, у них не было обнаружено изменений при проведении клинко-лабораторных исследований.

Больные основной группы в соответствии классификации Я.С. Циммермана были распределены на подгруппы по характеру течения ХХ и согласно данным, полученным после проведения комплекса диагностических исследований. В зависимости от состояния моторики ЖП и ЖВП они были распределены на под-

группы. В подгруппы: 1.1 отнесли 6 (жен. — 4, муж. — 2, средний возраст - 27,17±16,22 лет) больных ДЖВП с гиперкинезом ЖП и ЖВП, 1.2-6 (жен. — 5, муж. - 1, средний возраст - 30,17±13,11) больных ДЖВП с гипоккинезом, 1.3-23 (жен. - 20, муж. - 3,средний возраст - 37,87±7,04) больных ХБХ с гиперкинезом, 1.4 - 28 (жен. - 20, муж. - 8,средний возраст - 44,86±9,25) больных ХБХ с гипоккинезом и 1.5 — 11 (жен. - 11, средний возраст - 46,36±12,8) больных ХКХ.

Всем больным, в том числе и контрольной группе, проводилось традиционное клинко-лабораторное обследование: опрос с изучением жалоб, анамнеза и данных санаторно-курортных карт, осмотр, общий анализ крови, по показаниям исследование желудочной секреции, ФГДС, RRS, биохимия крови с изучением четырех биохимических синдромов: цитолитического (АСТ, АЛТ), холестатического (билирубин, щелочная фосфатаза, общий холестерин, гаммаглутамилтранспептидаза), гепатодепрессивного (холинэстераза) и мезенхимально-воспалительного (тимоловая проба и общий белок) Состояние ПОЛ оценивали спектрофотометрическими методами: малоновый диальдегид (МДА) методом И.Д. Стальной и Т.Г. Гаршвили (1977), диеновые конъюгаты (ДК) методом В.Б. Гаврилова и М.И. Микорушной (1983), антиоксидентную активность (АОА) сыворотки крови с применением модельной системы Fe-зависимого окисления желточных липо-протеидов и индикацией продуктов ПОЛ с помощью тиобарбитуровой кислоты с последующей спектрофотометрией по Т.И. Клебанову и др. (1988). УЗС выполнялось на ультразвуковом ска-

нирующем комплексе «А1ока-500» по общепринятой методике, с целью определения моторно-эвакуаторной активности ЖП. Делалось УЗИ больным натощак и еще дважды (спустя 15 и 45 мин) после принятия МВ «Аршан». При этом последовательно измеряли объем ЖП натощак, через 15 и 45 мин. Объем ЖП вычисляли по методике Я.З. Поляк.

При статистической обработке цифрового материала использовалась программа STATISTICA v5, 5A.

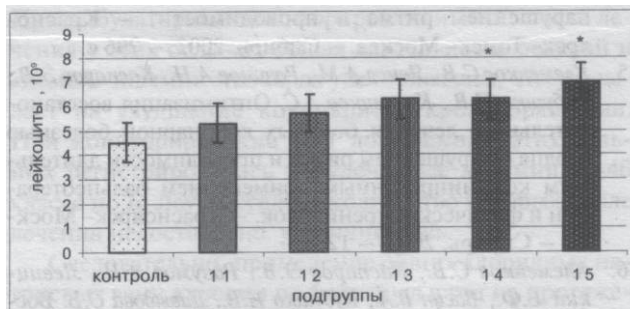
Полученные результаты обрабатывались статистически с помощью вычисления средних арифметических (М) и стандартной ошибки средней арифметической (т). Достоверность различий сравниваемых параметров рассчитывали с использованием t-критерия Стьюдента. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

При изучении анамнеза и данных санаторно-курортных карт выяснено, что самой частой сопутствующей патологией при заболеваниях ЖП во всех подгруппах был хронический гастрит, так в подгруппах: 1.1 он встречался в половине случаев; в 1.2 — в 66,66%; в 1.3 — 43,48%; в 1.4 — 42,86%; в 1.5 — в 36,36%. Хронический панкреатит диагностирован в подгруппе 1.1 в 33,33% случаев, в 1.2 — в 16,66%, в 1.3 — 21,74%, в 1.4 — 28,57%, в 1.5 — 38,38%. Язвенная болезнь по данным ФГДС выявлена в 16,66% случаев — в подгруппе 1.1, в 1.3 — 8,69%, в 1.4 — в 14,28%, в 1.5 — 9,09%. Вирусный гепатит А перенесли от 7,14% до 27,27% больных в подгруппах 1.3-1.5. Вирусный гепатит В встречался от 3,5% до 8,69% больных в подгруппах 1.3 и 1.4, хронический лекарственный гепатит выявлен только в 1.3 — в 8,69% случаев.

Болевой синдром при поступлении присутствовал у больных всех подгрупп, при нарушениях моторной деятельности с гиперкинезом ЖП боль была интенсивной схваткообразной и беспокоила больных в подгруппе 1.1 в 66,66% случаев, в 1.3 — в 65,22%. При гипокинезе ЖП боль была тупая постоянная, часто она проявлялась только чувством тяжести в правом подреберье, в подгруппе 1.2 она была у половины больных при поступлении, в 1.4 — в 53,57%, в 1.5 — в 72,72%. Так же у больных при поступлении часто выявлялись такие симптомы как тошнота, рвота, чувство горечи во рту, отрыжка, запоры, чередование запоров с разжиженным стулом, вздутие в животе, при чем данные симптомы нарастали по частоте при увеличении срока заболеваемости и чаще отмечались в подгруппах 1.4-1.5.

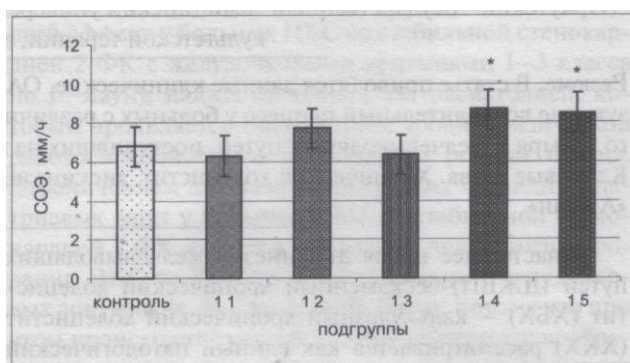
Объективные признаки заболевания при поступлении были выражены слабо в подгруппах 1.1—1.3. Так при пальпации ЖП не определялся, обложенность языка была при поступлении в подгруппе 1.1 — в 16,66% случаев, в 1.2 — в 33,33%, в 1.3 — 43,48%, в 1.4 — 53,57% и в 1.5 — 81,81%. Иктеричность склер и мягкого неба обнаружена только в подгруппах 1.4 и 1.5 от 17,86% до 54,54% случаев, симптом Ортугера — в подгруппе 1.2 в 16,66%, в 1.3 — 8,69%, в 1.4 — 35,71% и в 1.5 — 63,63%. Симптом Мерфи был только в подгруппах 1.4-1.5 от 21,43% до 36,36% случаев, симптом Баса — только у больных подгруппы 1.5 — в 22,22%.



Примечание: * - достоверность различий с контрольной группой.

Рис. 1. Уровень содержания лейкоцитов в периферической крови у больных хроническим холециститом, поступивших на курс лечения

У больных ДЖВП и ХБХ с гиперкинезом ЖП и ЖВП (подгруппы 1.1-1.3) в периферическом анализе крови изменений по сравнению с контрольной группой не выявлено. В подгруппах 1.4 — ХБХ с гипокинезом и 1.5 — ХКХ отмечался умеренный лейкоцитоз, а в 1.5 — достоверно ($p < 0,001$) повышенная СОЭ по сравнению с контрольной группой.

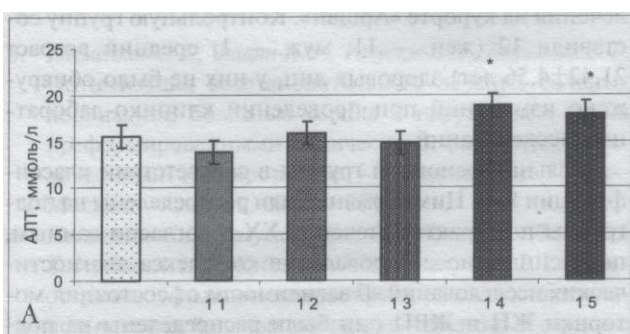


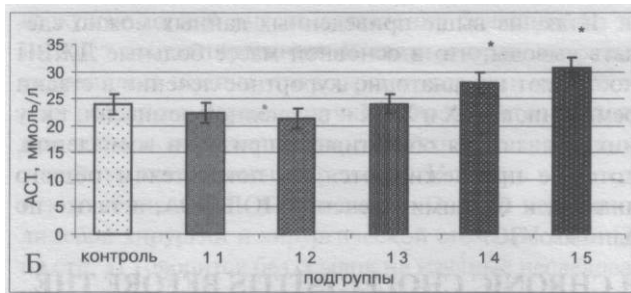
Примечание: * - достоверность различий с контрольной группой.

Рис. 2. Уровень СОЭ у больных хроническим холециститом, поступивших на курс лечения курорта «Аршан»

В биохимическом анализе крови у больных подгрупп 1.1-1.3 изменений не выявлено. У больных подгруппы 1.4 отмечалось достоверное ($p < 0,01$) увеличение уровня АЛТ и АСТ, холестерина, тимоловой пробы, у больных подгруппы 1.5 — достоверное ($p < 0,01$) повышение уровня билирубина, АЛТ, АСТ, тимоловой пробы.

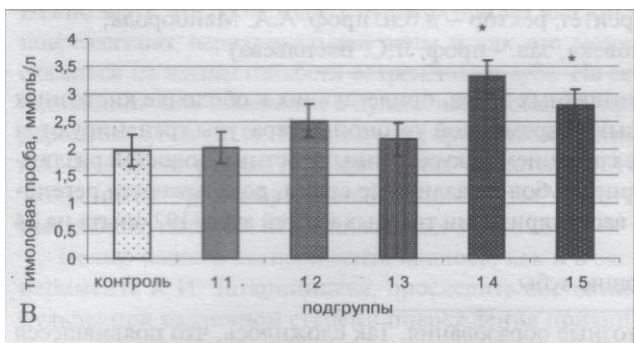
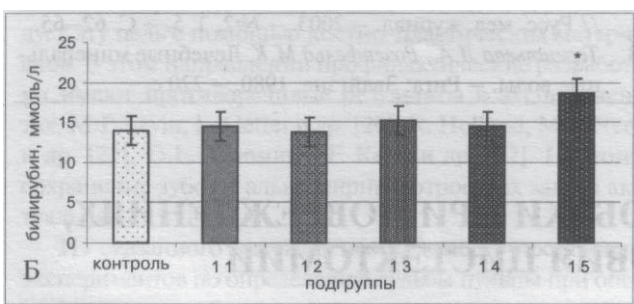
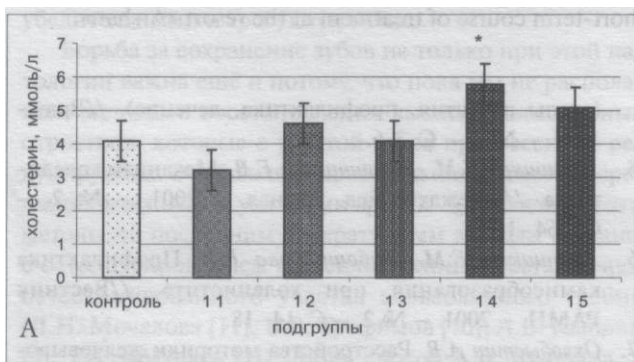
Таким образом, на начальных этапах заболевания изменений ни в ОАК, ни в биохимии крови не прослеживается, в конечных стадиях установлен лейкоцитоз, ускоренная СОЭ, элементы синдромов - цитолитического и холестатического, а при ХКХ и мезенхимально-воспалительного.





Примечание: * - достоверность различий с контрольной группой.

Рис. 3. Уровень трансаминаз в сыворотке крови у больных хроническим холециститом до лечения на курорте «Аршан» (А - уровень АЛТ, Б - АСТ)

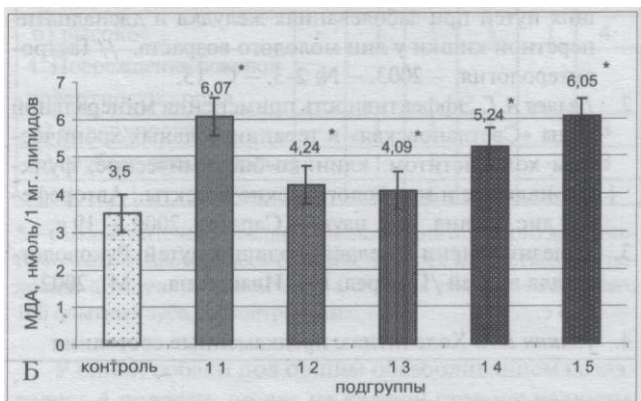
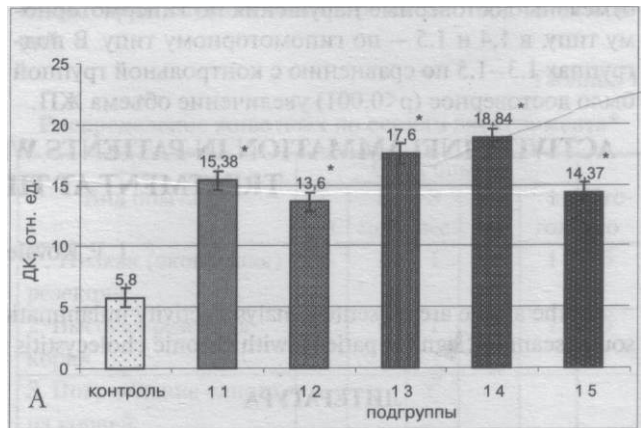


Примечание: * - достоверность различий с контрольной группой.

Рис. 4. Содержание холестерина, билирубина и уровень тимоловой пробы в сыворотке крови у больных хроническим холециститом, поступивших на курорт «Аршан» (А — холестерин, Б - билирубин, В - тимоловая проба)

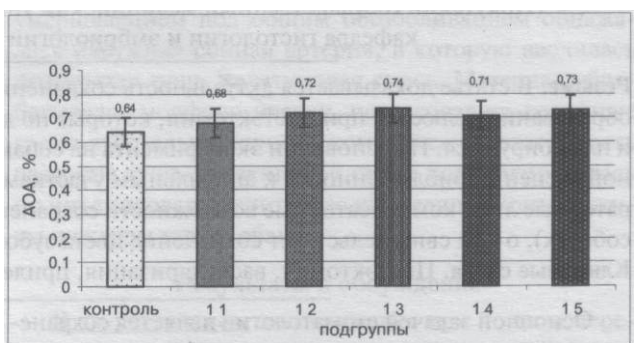
Промежуточные продукты ПОЛ — диеновые конъюгаты были достоверно ($p < 0,001$) повышены по сравнению с контрольной группой во всех подгруппах, так в 1.1 - в 2,65 раза, в 1.2 - в 2,34, в 1.3 - в 2,9, в 1.4 - в 3,2, в 1,5 — 2.4. Уровень содержания конечного продукта ПОЛ — малонового диальдегида так же был досто-

верно ($p < 0,01$) повышен при поступлении, в подгруппе 1.1 - в 1,7 раза, в 1.4 - в 1,49, в 1.5 - в 1,72. Показатель антиокислительной активности был повышен по сравнению с контрольной группой не достоверно ($p > 0,05$).



Примечание: * - достоверность различий с контрольной группой.

Рис. 5. Уровень продуктов перекисного окисления липидов (А — диеновых конъюгат, Б -малонового диальдегида) в сыворотке крови у больных хроническим холециститом, до лечения на курорте «Аршан»



Примечание: * - достоверность различий с контрольной группой.

Рис. 6. Значения антиокислительной активности в сыворотке крови у больных хроническим холециститом, поступивших на курс лечения курорта «Аршан»

У больных ДЖВП при поступлении отмечались только нарушения моторной деятельности ЖП и ЖВП, в подгруппе 1.1 — по гипермоторному типу, в 1.2 - по гипомоторному типу. В подгруппах 1.3—1.5 по сравнению с контрольной группой достоверно ($p < 0,001$) была увеличена толщина стенки ЖП.

Сладж-синдром нашли в подгруппе 1.3 — в 60,86% случаев, его толщина составила $0,48 \pm 0,029$ см., в 1.4 — в 57,14 % с его толщиной — $0,54 \pm 0,047$ см., а в 1.5 - в 45,45 %, с толщиной — $0,64 \pm 0,093$ см. В подгруппе 1.3 отмечены достоверные нарушения по гипермоторному типу, в 1.4 и 1.5 - по гипомоторному типу. В подгруппах 1.3—1.5 по сравнению с контрольной группой было достоверное ($p < 0,001$) увеличение объема ЖП.

Итак, из выше приведенных данных можно сделать выводы, что в основной массе больные ДЖВП поступают на санаторно-курортное лечение в стадии ремиссии, а ХБХ и ХКХ — вне полной ремиссии, т.к. у них выявляются объективные признаки воспаления, которые прослеживаются по показателям общего анализа и биохимии печени, ПОЛ-АОА, а также по данным УЗС.

ACTIVITY INFLAMMATION IN PATIENTS WITH CHRONIC CHOLECYSTITIS BEFORE THE TREATMENT AT THE RESORT «ARSHAN»

L.P. Kovaleva, T.P. Sizich

In the article are presented analysis activity inflammation: the clinical, of blood, lipid peroxidation system end ultrasound scanning signs in patients with chronic cholecystitis in short-term course of treatment at the resort «Arshan».

ЛИТЕРАТУРА

1. Бейлина Н.И., Газиров Р.М. Дискинезия желчевыводящих путей при заболеваниях желудка и двенадцатиперстной кишки у лиц молодого возраста. // Гастроэнтерология. - 2003. - № 2-3. - С. 15.
2. Беляев А.Г. Эффективность применения минеральной воды «Светлановская» в терапии больных хроническим холециститом: клинико-биохимические, функциональные и морфологические аспекты.: Автореферат дис. ...канд. мед. наук. - Саратов, 2000. - 19 с.
3. Болезни печени и желчевыводящих путей: Руководство для врачей / Под ред. В.Т. Ивашкина. - М., 2002. - 416 с.
4. Галкин В.А. Холелитиаз: предкаменные состояния (этапы развития, профилактика, лечение). // Врач. - 1999. - № 3. - С. 3-6.
5. Липницкий Е.М., Рубашникова Е.В. Механизм холелитиаза. // Междун. мед. журнал. — 2001. — № 2. — С. 164-169
6. Липницкий Е.М., Рубашникова Е.В. Профилактика камнеобразования при холецистите. // Вестник РАМН. - 2001. - № 2. - С. 14-18.
7. Охлобыстин А.В. Расстройства моторики желчевыводящих путей: классификация, диагностика и лечение. // Русс. мед. журнал. - 2003. - №2, Т. 5. - С. 62-65.
8. Терентьева Л.А., Розенфельд М.К. Лечебные минеральные воды. — Рига: Звайгзне, 1980. — 220 с.

© МИНЬКОВ С. А. -

СОСТОЯНИЕ ПУЛЬПЫ ЗУБОВ СОБАКИ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ, ИМИТИРУЮЩИХ УСЛОВИЯ ЦИСТЭКТОМИИ

С.А. Миньков

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.б.н. проф. А.А. Майборода; кафедра гистологии и эмбриологии человека, зав. - проф. Л.С. Васильева)

Резюме. В статье доказывается актуальность сохранения интактных зубов, прилегающих к оболочке кистозных образований челюстей при цистэктомии, которые по данным современной учебной литературы трепанируются и пломбируются. На основании эксперимента на собаках с созданием искусственных костных полостей различной степени приближенности к апикальным участкам корней зубов в различные сроки, доказываются регенераторные либо компенсаторные возможности сохранения васкуляризации твердых тканей зуба (192 опыта на 24 собаках), о чём свидетельствует сохранение цвета зубов.

Ключевые слова. Цистэктомия, васкуляризация, прилегающие зубы.

Основной задачей стоматологии является сохранение функции жевательного аппарата. В своей статье «Частота потери зубов и её связь с умением стоматолога предупредить экстракцию» М.Н. Schoen [23] приводит тревожные цифры потери зубов населением. Среди удалённых зубов 30—53% падает на кариес и его осложнения. По мнению автора, должен быть установлен критерий, оправдывающий удаление зуба. Во многом это зависит не только от больного, но и от позиции врача.

Среди стоматологических заболеваний частой патологией, вовлекающей в свою сферу рядом расположенные интактные зубы, видное место занимают кистозные образования. Так сложилось, что появившееся в 60-х годах новое тактическое направление по сохранению интактных зубов при этой патологии, опубликованное К.И. Татаринцевым [14] и независимо от него проведённые нами, начиная с 1960 года клинические исследования, результаты которых вошли в нашу диссертацию в 1967 году [10], и, несмотря на то, что в 1972 году К.И. Татаринцевым была защищена по этому поводу докторская диссертация 5), нигде об этих работах в учебно-методических изданиях не говорится. Имеющиеся учебные пособия и учебники по хирургической стоматологии продолжают рекомендовать депульпировать прилежащие зубы, проводить резекцию

тот же текст, что и в предыдущем абзаце, но с небольшими изменениями. Так сложилось, что появившееся в 60-х годах новое тактическое направление по сохранению интактных зубов при этой патологии, опубликованное К.И. Татаринцевым [14] и независимо от него проведённые нами, начиная с 1960 года клинические исследования, результаты которых вошли в нашу диссертацию в 1967 году [10], и, несмотря на то, что в 1972 году К.И. Татаринцевым была защищена по этому поводу докторская диссертация 5), нигде об этих работах в учебно-методических изданиях не говорится. Имеющиеся учебные пособия и учебники по хирургической стоматологии продолжают рекомендовать депульпировать прилежащие зубы, проводить резекцию