

- ния человека // *Вопр. курортологии, физиотерапии и ЛФК*. - 1986. - № 5. - С.66-70.
5. Куроедов А.Ю., Николаева А.А. Состояние сосудистой реактивности, системы перекисного окисления липидов, экскреции продуктов распада окиси азота у больных, с артериальной гипертензией до и после терапии эналаприлом // *Кардиология*. - 2001. - №5. - С.30-34.
 6. Николаев К.Ю., Николаева А.А., Дашевская А.А. и др. Взаимосвязь сосудистой реактивности, центральной гемодинамики и реакции на физическую нагрузку при пограничной артериальной гипертензии различного течения // *Кардиология*. - 1998. - №5. - С.35-38.
 7. Пономаренко Г.Н. Электромагнитотерапия и светолечение. - СПб., 1995. - 250 с.
 8. Пономаренко Г.Н. Физические методы лечения: Справочник. - СПб., 1999. - 252 с.
 9. Слуцкая Г.Ф., Слуцкий В.И. "Озоновые дыры" - ультрафиолетовая радиация - гелиотерапия // *Вопр. курортологии, физиотерапии и ЛФК*. - 1998. - №5. - С.50-51.
 10. Стрижовский А.Д., Дьяконов А.С., Лазарев А.О. Использование спектров отражения кожи человека для количественной оценки индивидуальной чувствительности к ультрафиолетовой радиации // *Вопр. курортологии, физиотерапии и ЛФК*. - 1998. - №1. - С.3-5.
 11. Техника и методика физиотерапевтических процедур (справочник) / Под ред. В.М. Боголюбова. - Тверь, 2002. - 408 с.
 12. Штеренталь И.Ш., Мержиевская В.М., Николаев К.Ю. Ранняя диагностика нарушений сосудистой реактивности и её гормональной регуляции с помощью комплекса радионуклидных методов // *Мед. радиология*. - 1990. - №8. - С.48-49.
 13. Djuric D.M., Nesic M.T., Andjelkovic I.Z. Endothelium - dependent relaxation of rat aorta to a histamine H₃ agonist is reduced by inhibitors of nitric oxide synthases, guanylate cyclase and Na⁺, K⁺, ATPase // *Med. Inf.* - 1996. - Vol.5. - P.69-74.
 14. Ebeigbe A.B., Cabanie M. Responses of isolated human epigastric arteries to histamine // *J. Autonomic Nerv. Syst.* - 1992. - Vol.39. - P.201-209.
 15. Kelm M., Preik M., Hafner D.J., Strauer B.E. Evidence for a multifactorial process involved in the impaired flow response to nitric oxide in hypertensive patients with endothelial dysfunction // *Hypertension (Dallas)*, 1996. - Vol.27. - P.346-353.
 16. Pannangpetch P., Woodman O.L. The effect of ischemia on endothelium dependent vasodilatation and adrenoceptor - mediated vasoconstriction in rat isolated hearts // *Br. J. Pharmacol.* - 1996. - Vol.117. - P.1047-1052.
 17. Suzuki H., Zweifach B.M., Schmid-Schonbein G.W. Vasodilator response of mesenteric arterioles to histamine in spontaneously hypertensive rats // *Hypertens.* - 1995. - Vol.26. - P.397-400.
 18. Suzuki H., Zweifach B.M., Schmid-Schonbein G.W. Glucocorticoid modulates vasodilator response of mesenteric arterioles in spontaneously hypertensive rats // *Hypertens.* - 1996. - Vol.27. - P.114-118.
 19. Wennmalm A. Endothelial nitric oxide and cardiovascular disease (Review) // *J. Intern. Med.* - 1994. - Vol.235.-P.317-327.

О СИЗЫХ Т.П., КОВАЛЕВА Л.П. -

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РЕОГЕПАТОГРАФИИ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КЛАССИЧЕСКОГО ПО ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ КУРСА ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ НА КУРОРТЕ "АРШАН"

Л.П. Ковалева, Т.П. Сизых.

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор - акад. МТА и МАН ВШ д.м.н., проф. А.А. Майборода, кафедра факультетской терапии, зав. - д.м.н. Ф.И. Белялов)

Резюме. В работе представлены результаты проведения реогепатографии и их сравнительный анализ у больных хроническим холециститом, пролеченных классическим по сроку курсом лечения на курорте "Аршан" в сравнении с медикаментозным и плацебо лечением.

Ключевые слова: хронический холецистит, реогепатография, эффективность лечения, курорт "Аршан".

Хронический холецистит (ХХ) широко распространенное заболевание, темпы роста его продолжают расти [3,4]. Для объяснения патогенеза ХХ предложен ряд гипотез, одной из которых является сосудистая теория. Главенствующая роль в ней придается сосудистым изменениям, в частности в пузырной артерии. Атеросклероз, тромбоз, эмболия, сдавление воспалительным инфильтратом приводят к резкому нарушению питания стенки желчного пузыря (ЖП) и к некрозу. При изучении сосудистой системы при ХХ выявляются миеозластоз артерий и вен с одновременным раскрытием резервных капилляров, увеличением числа анастомозов в обход капиллярного русла,

что существенно снижает уровень репаративных процессов [5,8,9]. Учитывая выше сказанное, у больных ХХ, пролеченных на курорте "Аршан" изучен ряд показателей кровообращения печени по данным реогепатографии (РГГ) в сравнении с медикаментозным лечением и приемом столовой воды "Иркутская".

Материалы и методы

Исследование выполнено на курорте "Аршан" на базе санатория "Саяны" Всего обследовано 121 человек. Из них основную группу составили 64 больных с направительным диагнозом хронический холецистит (ХХ). Больные основной группы прошли классический по продолжительности

(21 день) курс лечения на курорте "Аршан". Прибыли они в основном из Иркутской области и республик Бурятия, Якутия. В сравнительные группы было взято 45 больных, в контрольную группу (здоровых лиц) - 12 человек.

Основную группу 64 (жен. - 59, муж. - 5, средний возраст составил $39,84 \pm 10,18$ лет) больных сошлось классификации Я.С. Циммермана (1992) в зависимости от состояния функции ЖП и ЖВП распределили на подгруппы. В подгруппу 1.1 вошло 23 (жен. - 21, муж. - 2, средний возраст - $31,61 \pm 11,02$) больных хроническим бескаменным холециститом (ХБХ) с гиперкинезом желчного пузыря (ЖП) и желчевыводящих путей (ЖВП). Подгруппу 1.2 сформировали из 30 (жен. - 27, муж. - 3, средний возраст $46,13 \pm 10,78$) больных ХБХ с гипокинезом ЖП и ЖВП. Подгруппа 1.3 состояла из 11 женщин хроническим калькулезным холециститом (ХКХ) с гипокинезом ЖП и ЖВП, средний возраст $41,78 \pm 8,74$ лет.

В программу лечения больных основной группы включалось: санаторный режим, диета №5 по Певзнеру, прием гидрокарбонатно-натриево-сульфатно-кальциево-магниевого с малым содержанием железа и кремния минеральной воды (МВ) "Аршан" из расчета 5мл/кг массы тела $36-38^\circ\text{C}$ за 90-60 мин. до еды. Назначались бальнеопроцедуры (ванны, душ), тюбажи и кишечные орошения с МВ, фитотерапия по показаниям, ЛФК, массаж, терренкур, природно-климатический комплекс (среднегорье, инсоляция, аромо-, свето-, ландшафт-терапия) и туризм. Больные, у которых при проведении УЗС были обнаружены камни более 1 см в диаметре, тюбажи и лечение МВ не получали.

Сравнительную группу представляют 30 (жен. - 28, муж. - 2, средний возраст $45,83 \pm 7,02$ лет) больных ХХ, проживающих в поселке "Аршан", которые получили медикаментозное лечение с соблюдением рекомендаций по диете. Они, как и прибывшие на курортное лечение из других регионов страны, имели природно-целебные воздействия среднегорья, климато-, ландшафт-, аромо-, цветотерапии. Минеральная вода (МВ) у них в лечении не использовалась. Эту 2 группу больных так же разделили на подгруппы. Подгруппа 2.1 - 11 больных (все женщины) ХБХ с гиперкинезом ЖП и ЖВП, средний возраст их составил $34,91 \pm 6,08$ лет; 2.2 - 13 (жен. - 11, муж. - 2) больных ХБХ с гипокинезом ЖП и ЖВП, средний их возраст $48,92 \pm 8,98$ лет; 2.3 - 6 (все женщины) больных хроническим калькулезным холециститом (ХКХ) с гипокинезом ЖП и ЖВП, средний их возраст - $53,67 \pm 6,0$ лет.

Получаемое ими медикаментозное лечение включало: диету, седативную терапию, холинолитики и спазмолитики, растительные желчегонные препараты, по показаниям физиолечение. Учитывая, что у всех больных этой группы ХХ был в состоянии ремиссии, антибактериальную терапию им не проводили.

Третью группу - сравнительную составили 15 (жен. - 14, муж. - 1, средний возраст $43,0 \pm$

$\pm 10,38$ лет) больных ХХ, пролеченных столовой водой "Иркутская", которая так же в зависимости от нарушения моторики была распределена на подгруппы. В подгруппу 3.1 включили 7 (жен. - 6, муж. - 1, средний возраст $39,14 \pm 12,12$ лет) больных ХХ с гиперкинезом ЖП и ЖВП. В подгруппу 3.2 вошли 8 (жен. - 7, муж. - 1, средний возраст $47,5 \pm 11,82$ лет) больных ХХ с гипокинезом ЖП и ЖВП.

В контрольную группу определили практически здоровых 12 (жен. - 11, муж. - 1, средний возраст $21,42 \pm 4,56$ лет) человек, прибывших на отдых в санаторий "Саяны". В контрольной группе ни клинико-лабораторных, ни УЗС признаков какой-либо патологии не было выявлено.

Диагноз установлен на основании опроса, анамнеза, данных санаторно-курортных карт, клинического осмотра, лабораторной и инструментальной диагностики.

Реографию печени регистрировали на отечественном реографё 4РГ-1А, версия 5.0, медиком МТД 1996-1999 гг. Исследование выполняли при стандартных условиях - натощак, еще до первого приема МВ в первое утро при поступлении и при выписке после проведенного лечения. В теплом помещении ($t=21-22^\circ\text{C}$), в горизонтальном положении больного, после 5-10 мин. покоя, при задержке дыхания на вдохе. Фиксировалась реогепограмма в течение 5-10 сек. Один электрод накладывали сзади по правой лопаточной линии на уровне нижней границы легкого над абсолютной печеночной тупостью и второй - по правой среднеключичной линии на уровне реберной дуги. Электроды фиксировались широким ремнем [7].

При статистической обработке цифрового материала использовалась программа STATISTICA V5, 5A.

Результаты и их обсуждение

Систолический приток (РИ), характеризующий приток крови в печень у всех больных основной группы, поступивших на лечение курорта "Аршан" был достоверно ($p < 0,001$) снижен по сравнению со здоровыми, причем в подгруппе 1.3 значительно ($p < 0,001$), как и больных сравнительных групп. Это указывает на однотипные изменения притока крови в печень, а именно его снижение, у больных как ХБХ, так и ХКХ. После классического курса санаторно-курортного лечения РИ достоверно ($p < 0,001$) вырос у больных ХБХ, подобные изменения прослежены и у больных группы 2, т.е. медикаментозный курс также благотворно влияет на систолический приток. У больных сравнительной группы 3 достоверного улучшения РИ не прослежено (табл. 1,2).

Индекс венозного оттока (ИВО), характеризующий венозный тонус у больных подгрупп 1.1, 1.2 и 3.1 не имел достоверных различий со здоровыми, а в подгруппе 1.3 - был значительно ($p < 0,001$) в 4,6 раза выше. У больных группы 2 и подгруппы 3.2 ИВО также был значимо ($p < 0,001$) выше уровня здоровых. После проведенного лечения ИВО у больных ХБХ основной группы не претерпел изменений, а в подгруппе 1.3 - досто-

Таблица 1.

Показатели РГГ у больных хроническим холециститом после классического курса лечения на курорте "Аршан" в сравнении с медикаментозным лечением

Подгруппа	п	Этапы исследования	РИ, Ом	ППСС, %	ИВО, %	ДКИ, %	ДСИ, %	ВРПВ, мс	МСБКН, Ом/с	ССМКН, Ом/с
здоровые	12		0,1±0,007	64,6±2,4	10,2±2,04	74,1±5,7	74,1±4,4	115,2±6,4	1,23±0,04	0,35±0,02
1.1	23	ДО	0,065±0,009 ***р/	24,74±1,15 * * v	9,5±1,23	50,74±4,47 ***р/	50 [^] 2±5,23 ***р/	85,61±5,64 ***р/	0,7±0,12 ***р/	0,52±0,08 ***р/
	23	после	0,092±0,002 **р//	60,83±7,92 ***р//	10,87±2,04	74,83±2,2 ***р/ ***рИ	62,3±5,06 ***р/ ***р//	106,4±2,8 ***р/ ***р//	0,88±0,08 ***р/ ***рИ	0,47±0,05 ***р/
1.2	30	ДО	0,05±0,001 ***р/	57,11±4,34 **р!	8,61±0,74 »»*р/	17,18±1,01 ***р/	15,21±1,02 ***р/	96,11±8,04 *р/	0,81±0,15 ***р/	0,46±0,057 ***р/
	30	после	0,09±0,001 ***р//	11Д±2,66 **р/ ***р//	11,14±1,5 ***р//	46,29±3,1 ***р/ ***рН	55,46±4,06 ***р/ ***р//	119,7±3,42 ***р//	0,81±0,029 ***р/	0,36±0,028 ***рИ
1.3	11	До	0,044±0,004 ***р/	86,09±4,9 ***р/	46,64±3,2 ***р/	53,36±5,3 ***р/	60,82±5,43 v	106,3±2,73 **р/	0,36±0,02 ***р/	0 [^] 7±0,01 ***р/
	11	после	0,051±0,003 ***р/	77,27±4,89 ***р / *р//	35,73±3,8 ***р/ ***р//	50,45±3,1 ***р/	56,45±4,3 ***р/	93,36±2,36 **»р/ ***р//	0,56±0,04 ***р/ ***р//	0,41±0,02 ***р/ ***р//
2.1	11	ДО	0,021±0,07 ***р/ ***а	80,27±3,36 ***р/ ***а	34,64±4,27 ***р/ ***а	59,09±2,8 ***р/ ***а	65,18±1,99 ***р/ *а	118,9±9,19 ***а	3,29±0,23 ***р/ ***а	1,17±0,45 ***р/ ***а
	11	после	0,07±0,01 ***р/ ***б ***рИ	67,73±2,14 **р/ ***б ***р//	19,73±3,17 ***р/ ***б ***р//	54,91±5,81 ***р/ ***б	56,0±3,44 ***р/ ***б	116,5±6,24 ***р/	0,86±0,11 ***р/ ***р//	0,45±0,044 **р/ ***р//
2.2	13	до	0,067±0,01 ***р/ ***в	57,2±7,1 **р/ ***в	24,38±6,6 ***р/ ***в	50Д3±4,49 ***р/ ***в	54,38±10,0 ***р/	112,5±9,24 ***в	1,01f1,17 ***р/ ***в	0,56±0,09 ***р/ ***в
	13	после	0,083±0,01 ***р/ ***г***р//	63,3±5,26 ***р	19,85±3,7 ***р/ ***г	44,62±2,47 ***р/ *г	55,69±10,6 **»р/	111,5±5,48 *г	0,83±0,1 ***р/ ***рН	0,42±0,06 ***р/ ***г
2.3	6	ДО	0,041±0,005 ***р/ ***д	75,33±2,91 ***р/	51,0±1,4 ***р/ ***д	84,33±10,8 ***р/ ***д	99,0±3,33 ***р/ ***д	117,7±8,36 ***д	0,63±0,11 ***р/	0,41±0,06 »р/
	6	после	0,055±0,009 ***р/ ***е	66,67±1,23 *р/ ***е, ***р//	22,5±5,05 ***р/ ***е, ***р//	29,33±11,0 ***р/ ***е, ***р//	48,83±9,18 ***р/ ***е, ***р//	109,37±7,49 **»е	0,64±0,09 ***р/ *е	0,44±0,049 *р/ *е

Примечание: * - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$, *** - $p < 0,001$; р / - достоверно по сравнению со здоровыми лицами, р// — достоверность различий в подгруппах до и после лечения; а - достоверность различий между подгруппами 1.1 после лечения и 2.1 до лечения, б - между 1.1 после лечения и 2.1 после лечения, в - достоверность различий между подгруппами 1.2 после лечения и 2.2 до лечения, г - между 1.2 после лечения и 2.2 после лечения, д - достоверность различий между подгруппами 1.3 после лечения и 2.3 до лечения, е - между 1.3 после лечения и 2.3 после лечения

верно ($p < 0,01$) понизился, но уровня здоровых не достиг, как и в группе 2, пролеченных медикаментозным курсом. У больных группы 3 ИВО достоверно не изменился (табл.2).

Тонус прекапилляров (ДКИ) в основной группе, подгруппах 2.1 и 2.2 был достоверно ($p < 0,001$) снижен по сравнению со здоровыми, а в подгруппе 2.3 и сравнительной группе 3, пролеченной столовой водой "Иркутская" не имел достоверных различий со здоровыми. После лечения ДКИ в подгруппах 1.1 и 1.2 достоверно ($p < 0,001$) повысился, причем в подгруппе 1.1 не имел различий со здоровыми, а в 1.3 - достоверно не изменился.

В группе 2 ДКИ достоверно ($p < 0,01$) снизился, причем в подгруппе 2.3 - значительно ($p < 0,001$) в 2,5 раза по сравнению со здоровыми, как и группе 3, где ДКИ достоверно ($p < 0,01$) понизился в подгруппе 3.2 (табл. 1,2).

Тонус посткапилляров (ДСИ) в подгруппах ХБХ (1.1, 1.2, 2.1, 2.2 и группы 3) был достоверно ($p < 0,001$) ниже по сравнению со здоровыми, а в подгруппах ХКХ с гипокинезом (3.1 и 2.3) - достоверно ($p < 0,001$) выше. После лечения ДСИ в подгруппах ХБХ основной и 3 групп достоверно ($p < 0,001$) повысился. В подгруппе 2.1 ДСИ достоверно ($p < 0,01$) повысился, в 2.2 - не изменился, а

Таблица 2.

Показатели РГГу больных хроническим холециститом после классического курса лечения на курорте "Ариан" в сравнении со столовой водой "Иркутская"

Подгруппа	п	Этапы исследования	РИ, Ом	ППСС, %	иЗО, %	дки, %	ДСИ, %	ВРПВ, мс	МСБКН, Ом/с	с с м к н, Ом/с
здоровые	12		0,1±0,007	64,612,4	10 ² ±2,04	74,1±5,7	74,1±4,4	115,2±6,4	1,23±0,04	0,35±0,02
1.1	23	ДО	0,065±0,009 ***р/	24,74±1,15 ***р/	9,5±1,23	50,74±4,47 ***р/	50,22±5,23 ***р/	85,61±5,64 ***р/	0,7±0,12 ***р/	0,52±0,08 ***р/
	23	после	0,092±0,002 **р/	60,83±7,92 ***р/	10,87±2,04	74,83±2,2 ***р/	62,3±5,06 ***р/	106,4±2,8 ***р/	0,88±0,08 ***р/	0,47±0,05 ***р/
1.2	30	ДО	0,05±0,001 ***р/	57,11±4,34 **р/	8,61±0,74 ***р/	17,18±1,01 ***р/	15,21±1,02 **р/	96,11±8,04 *р/	0,81±0,15 ***р/	0,46±0,057 ***р/
	30	после	0,09±0,001 ***р/	11,4±2,66 **р/	11,14±1,5 ***р/	46,29±13,1 ***р/	55,46±4,06 ***р/	119,7±3,42 ***р/	0,81±0,029 ***р/	0,36±0,028 ***р/
3.1	7	ДО	0,52±0,11 ***р/	60,48±2,07 **р/	16,34±1,87 ***р/	67,9±3,8 V *а	65,69±2,87 **р/	108,716,49 **р/	1,78±0,67 ***р/	0,9±0,56 ***р/
	7	после	0,61±0,08 ***б	67,33±1,24 **р/	13,65±4,32 **р/	64,91±3,66 **р/	70,48±4,56 **б	111,2±6,24 ***р/	1,53±0,15 **р/	0,86±0,04 ***р/
3.1	8	до	0,048±0,04 ***р/	49,7±7,1 ***р/	20,9±5,1 ***р/	68,0±7,1 ***в	44,7619,53 ***р/	132,5±7,98 ***р/	0,45±0,66 ***р/	0,68±0,19 ***р/
	8	после	0,053±0,098 ***р/	54,3±3,23 ***р/	19,27±3,9 ***р/	59,9±6,35 ***р/	52,34±8,43 ***р/	120,5±3,66 ***р/	0,63±0,22 ***р/	0,58±0,16 ***р/

Примечание: р/ - достоверно по сравнению со здоровыми лицами; * - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$, *** - $p < 0,001$; а - достоверно при сравнении подгруппы 1.1 после с 3.1 до лечения, б - 1.1 с 3.1 после лечения, в - 1.2 после лечения с 3.2 до лечения, г - 1.2 после лечения с 3.2 после лечения.

в 2.3 - достоверно ($p < 0,01$) понизился. Следовательно, на тонус сосудов у больных ХБХ с гиперкинезом ЖП и ЖВП лечение классическим курсом действовало эффективнее по сравнению с медикаментозным лечением и плацебо, причем медикаментозный курс был эффективнее по сравнению с плацебо (табл. 1,2).

Показатель периферического сосудистого тонуса (ППСС), характеризующий микроциркуляцию был достоверно снижен у больных подгрупп 1.1 ($p < 0,001$) и 1.2 ($p < 0,05$) по сравнению со здоровыми, а в 1.3 - достоверно ($p < 0,001$) повышен. В подгруппах 2.1 и 2.3 ППСС был также достоверно ($p < 0,001$) повышен, а в 2.2 и 3.2 - снижен ($p < 0,01$) по сравнению со здоровыми. После лечения ППСС достоверно ($p < 0,001$) повысился в подгруппах 1.1 и 1.2, причем в 1.1 - не имел достоверных различий со здоровыми, а в 1.3 - понизился ($p < 0,001$), но уровня здоровых не достиг. В группе 2 и подгруппе 3.1 ППСС после лечения не имел достоверных различий со здоровыми, а в 3.2 достоверно ($p < 0,01$) повысился, но уровня здоровых не достиг. Т.е. состояние микроциркуляции нормализовалось у больных ХБХ, пролеченных классическим и медикаментозным курсами, столовой водой "Иркутская", а у больных ХКХ достоверно улучшилось (табл. 1,2).

Эластичность сосудов (ВРПВ) у больных, поступивших на курортное лечение была достоверно ($p < 0,05$) снижена по сравнению со здоровыми, а в группе 2 и подгруппе 3.1 - не различалась, а в подгруппе 3.2 - достоверно ($p < 0,001$) повышена. После проведенного лечения ВРПВ в подгруппах 1.1 и 1.2 достоверно ($p < 0,01$) повысилась, а в 1.3 - понизилась ($p < 0,001$). Медикаментозное лечение достоверно на ВРПВ не повлияло. У больных подгруппы 3.2 ВРПВ достоверно ($p < 0,01$) снизилось и не имело достоверных различий со здоровыми. Следовательно, санаторно-курортное лечение улучшает тонус сосудов у больных ХБХ, медикаментозное лечение на данный параметр РГГ не влияет.

Кровенаполнение крупных артерий (МСБКН) у всех больных основной группы и подгрупп 2.2, 2.3 и 3.1 было значительно ($p < 0,001$) снижено по сравнению со здоровыми, а у больных подгруппы 2.1 и 3.2 - значительно выше. После лечения МСБКН в подгруппах 1.1 и 1.3 достоверно увеличился ($p < 0,001$), но уровня здоровых не достигло, а в 1.2 - не изменилось. У больных подгрупп 2.1, 2.2 и 3.1 достоверно ($p < 0,001$) понизилось, но уровня здоровых не достигло, в 2.3 - не изменилось, а в 2.3 - понизилось (табл. 1,2).

Кровенаполнение средних и мелких артерий (ССМКН) у больных подгруппы 1.1, 1.2, всех больных сравнительных групп было достоверно ($p < 0,001$) ниже здоровых, а 1.3 - выше. После лечения ССМКН в подгруппах ХБХ основной и сравнительной групп 2. достоверно ($p < 0,001$) снизилось, но уровня здоровых не достигло, а в 1.3 - наоборот повысилось и превысило уровень здоровых, в остальных не изменилось. Следовательно, достоверных различий по влиянию на кровенаполнение различных курсов лечения не прослежено.

Итак, у больных ХБХ с гиперкинезом под действием классического курса нормализуется тонус сосудов, состояние микроциркуляции, чего не отмечено в сравнительных группах, улучшается эластичность сосудов, различий во влиянии на кровенаполнение не прослежено.

У больных ХБХ с гипокинезом под действием классического курса достоверно улучшается систолический приток, венозный отток, тонус пре- и посткапилляров, эластичность сосудов, кровенаполнение мелких и средних артерий. Под влиянием медикаментозного лечения у больных ХБХ с

гипокинезом улучшается только систолический приток и кровенаполнение мелких и средних артерий, нормализуется микроциркуляция. Под влиянием лечения столовой воды "Иркутская" достоверно улучшается только систолический приток.

У больных ХКХ с гипокинезом под действием санаторно-курортного лечения улучшается систолический приток, состояние микроциркуляции, венозный отток, кровенаполнение артерий всех калибров. У больных пролеченных медикаментозным курсом улучшился только систолический приток, венозный отток и состояние микроциркуляции.

Итак, у больных ХХ, пролеченных на курорте прослежено благотворное влияние на тонус сосудов, микроциркуляцию, кровенаполнение. Это влияние, возможно, объяснить влиянием среднегорья и включением механизмов адаптации, которые включают сдвиги в гуморальных гормональных системах, что сопровождается выделением тропных гормонов и увеличением секреторной деятельности эндокринных желез, которые оказывают мощное действие на сосуды [1,2,6].

THE ANALYSIS OF RHEOHEPATOGRAPHY INDICES IN THE ESTIMATION OF EFFICACY OF REFERENCE COURSE OF TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC CHOLECYSTITIS AT THE RESORT "ARSHAN"

L.P. Kovaleva J.P. Sizikh.

(Irkutsk State Medical University)

In the work are presented the results of rheohepatography and their comparative analysis in the patients with chronic cholecystitis, who were treated with reference, on its term, course of treatment at the resort "Arshan", as compared with medicamentous and placebo treatment.

Литература

1. Александров М.В., Иванов А.О. и др. Механизмы адаптационного эффекта нормобарической гипокситерапии. // Вопр. курорт. - 2001. - №1. - С.18-21.
2. Березовский В.А., Дейнска В.Г. Физиологические механизмы саногенных эффектов горного климата. - Киев, 1988. - С.52-56.
3. Галкин В.А. Современные методы диагностики дискинезий желчного пузыря и некалькулезного холецистита // Тер. архив. - 2001. - №3, Т.58. - С.37-38.
4. Глоуцал Л. Заболевания желчного пузыря. - Прага, 1967. - С.85-97.
5. Дедер Ю.М., Москвитина А.Н., Овчинников В.И. и др. Холецистит у больных старческого возраста // Хир. - 1986. - №9. - С.93-97.
6. Нагнибеда Н.Н. Симпато-адреналовая система в условиях адаптации к высокогорью // В кн.: Адаптация и резистентность организма в условиях гор. - Киев, 1986. - С.65-75.
7. Осолкова М.Н., Терехова Л.Г. Техника и методика реографии и реоплетизмографии. - М., 1983. - 174 с.
8. Шапошников А.В. Холецистит. Патогенез, диагностика и хирургическое лечение. - Ростов-на-Дону, 1984. - 219 с.
9. Gottfries A. Studies on Acute Cholecystitis. A clinical and experimental study in human and animal with special reference to liver function and pathogenesis. - Acta chir. Scand. Suppl. - 1968. - Vol.393. - P.3-32.

© ПАРФЕНОВА Е.О., РЕШЕТНИК Л.А. -

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПАРЦИАЛЬНЫХ ДЕФИЦИТОВ ПИТАНИЯ СРЕДИ ДЕТЕЙ г.ИРКУТСКА

Е.О. Парфенова, Л.А. Решетник.

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор - акад. МТА и МАН ВШ д.м.н., проф. А.А. Майборода, кафедра детских болезней, зав. - д.м.н., проф., заслуж. врач РФ Л.А. Решетник)

Резюме. Результатами исследования показано: в группе семей с минимальным доходом распространенность пищевых дефицитов среди детей составила 66,7%, риска пищевых дефицитов - 20%. При среднем доходе семьи распространенность пищевых дефицитов составляет