

тела (табл. 1-2), причем у больных ИБС 3 группы достоверно в наибольшей степени.

Таблица 1

Величина двойного произведения на пороговой нагрузке у больных стабильной стенокардией после лечения пресными ваннами ($M \pm m$)

Группы больных стабильной стенокардией	Величина двойного произведения (ед)	P
1	235,3 ± 4,2 n=35	P1,2<0,05
2	244,4 ± 1,1 n=38	P1,3<0,05
3	251,5 ± 1,2 n=34	P2,3<0,001

По данным амбулаторного мониторингирования ЭКГ, до лечения у больных ИБС 1-3 групп среднее число желудочковых аритмий по Б.Лауну достоверно не различалось. После курса лечения среднее число желудочковых аритмий 1-3 класса по Б.Лауну в 1 группе больных ИБС достоверно уменьшалось на 10,9%, во 2 – на 16,0%, в 3 – на 20,6%. Уменьшение среднего числа желудочковых аритмий 1-3 класса по Б.Лауну в 1-3 группах больных ИБС после курса лечения было недостоверным.

Таблица 2

Величина потребления кислорода на 1 кг массы тела на пороговой нагрузке у больных стабильной стенокардией после лечения пресными ваннами ($M \pm m$)

Группы больных стабильной стенокардией	Величина потребления кислорода на 1 кг массы тела (мл/мин/кг)	P
1	19,50 ± 0,18 n=35	P1,2<0,001
2	20,25 ± 0,14 n=38	P1,3<0,001
3	20,66 ± 0,12 n=34	P2,3<0,05

Следовательно, общие пресные ванны при разной длительности назначения (1, 3, 6 месяцев в год) оказывают тренирующее воздействие у больных ИБС со

стабильной стенокардией 2 ФК, которое тем выше, чем длительнее назначается бальнеотерапия. На нарушения ритма общие пресные ванны у больных ИБС при разной длительности назначения (1,3,6 месяцев в год) оказывают одинаковое влияние, которое не носит достоверного характера.

В 1-3 группах больных ИБС до лечения достоверных различий в величине общей длительности БИМ не выявлялось. После курса лечения у 1 группы больных ИБС общая длительность БИМ недостоверно уменьшалась на 17,5%, во 2 – на 15,2%, в 3 – на 13,9%. Уменьшение величины общей длительности БИМ в 1-3 группах больных ИБС после курса лечения было недостоверным.

Следовательно, общие пресные ванны у больных ИБС при разной длительности назначения (1,3,6 месяцев в год) оказывают одинаковое влияние на ишемию миокарда, которое не носит достоверного характера.

Оценивая результаты лечения больных ИБС со стабильной стенокардией 2 ФК с желудочковыми аритмиями 1-3 класса по Б.Лауну следует сказать, что применение общих пресных ванн, особенно при увеличении длительности их назначения от 1 до 6 месяцев в год, существенно улучшает клиническое течение заболевания. При этом у части больных ИБС отмечается исчезновение или урежение приступов стенокардии, уменьшение ощущений перебоев в работе сердца в покое и при физических нагрузках. Переносимость лечения была хорошей, приступы стенокардии во время процедур и после них не отмечались.

Таким образом, общие пресные ванны у больных ИБС со стабильной стенокардией 2 ФК при разной длительности назначения (1,3,6 месяцев в год) оказывают тренирующее воздействие, которое тем выше, чем длительнее назначается бальнеотерапия. Увеличение длительности назначения общих пресных ванн у больных ИБС со стабильной стенокардией 2 ФК не приводит к увеличению их антиаритмического влияния.

COMPARATIVE ANALYSIS OF SWEET BATHES INFLUENCE IN DIFFERENT DURATION ON PHYSICAL EFFICIENCY AND ARRHYTHMIA IN PATIENTS WITH STABLE PECTORIS.

S.V. Klemenkov, V.G. Serebryakov, E.V. Kasparov, A.S. Klemenkov
(Krasnoyarsk State Medical Academy)

There were 107 patient examinations with coronary heart disease (CHD), stable pectoris II functional class with ventricular and supraventricular premature beats in on an outpatient basis. Patient had sweet bathes treatment during 6 months, 1,3 or 6 months per year against on a background of β – blocators. The physical efficiency state was determined with the help of veloergometry and spiroergometry. Influence of sweet bathes on rhythm disturbance and myocardial ischemia was determined by electrocardiographic Holter monitoring. There was argued, that prolonged sodium chloride bathes (1-6 months per year), on a background of medicamental therapy, increase trainee effect. Antiarrhythmic effect and sweet bathes influence on myocardial ischemia are not increased in this case.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Каспаров Э.В., Клеменков А.С., Кубушко И.В., Клеменков С.В., Левицкий Е.Ф., Разумов А.Н., Васин В.А.* Магнитотерапия в комплексном восстановительном лечении больных коронарной болезнью сердца с нарушением ритма. - Красноярск-Томск-Москва. - Сибирь, 2002. – 172 с.
2. *Клеменков С.В., Левицкий Е.Ф., Давыдова О.Б.* Физиотерапия больных коронарной болезнью сердца с нарушением ритма. – Красноярск-Томск-Москва. – Сибирь, 2002. – 336 с.
3. *Клеменков С.В., Чащин Н.Ф., Разумов А.Н., Левицкий Е.Ф.* Оптимизация восстановительного лечения больных коронарной болезнью сердца с нарушением ритма преформированными физическими факторами и физическими тренировками. - Красноярск-Томск-Москва. – Сибирь, 2001. – 239 с.

4. Клеменков С.В., Разумов А.Н., Давыдова О.Б., Левицкий Е.Ф., Явися А.М., Кубушко И.В., Каспаров Э.В. Бальнеотерапия и физические тренировки в восстановительном лечении больных коронарной болезнью сердца с 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. - Кларетианум, 2003. – Т. 1. – 332 с.
7. Клеменков С.В., Разумов А.Н., Каспаров 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. - Кларетианум, 2003. – Т. 2. – 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.

© СИЗЫХ Т.П., ШКУРИНСКАЯ М.П. –

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДЕСЯТИДНЕВНОГО КУРСА САНАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ НА КУРОРТЕ «АРШАН» В СРАВНЕНИИ С ТРАДИЦИОННЫМ АМБУЛАТОРНЫМ

Т.П. Сизых, М.П. Шкуринская

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.б.н., проф. А.А. Майборода; курорт «Аршан» Республики Бурятия, гл. врач – В.И. Сонголов)

Резюме. При 10-дневном курсе санаторного лечения детей с хроническим холециститом на курорте «Аршан» установлено достоверное улучшение состояния по клиническим, лабораторным и ультразвуковым показателям. При амбулаторном 30-дневном курсе терапии происходят аналогичные изменения, но они менее выражены, чем при санаторном.

Ключевые слова. Хронический холецистит, санаторное лечение, краткосрочный курс, дети.

Распространенность заболеваний органов пищеварения среди детского населения высока [4]. В их структуре доля хронического холецистита прогрессивно растет с возрастом. Если у дошкольников частота его выявления составляет 0,2-1,2% [2,5], то у старших школьников уже 8,2% [1].

Признанным методом лечения и профилактики билиарной патологии является санаторный – природными факторами. Причем наиболее эффективно и экономически выгодно оздоровление в местных условиях [7]. Такой подход укорачивает период адаптации и сводит к минимуму напряжение органов и систем организма при поступлении на санаторное лечение. Другим важным моментом является определение сроков курортной терапии. Классический курс лечения при заболеваниях желудочно-кишечного тракта в 70-80 гг. составлял от 45 до 60 дней [6]. Реалии последнего времени диктуют коммерческую компоненту данного вида лечения. Поэтому мы считаем актуальным исследование действия комплекса целебных факторов курорта «Аршан» на течение хронического холецистита у детей Республики Бурятия при десятидневном курсе лечения.

Материалы и методы

Обследовано 38 детей, средний возраст 12 лет. Из них 10 детей с хроническим холециститом получили двухнедельный курс санаторного лечения на курорте «Аршан» (основная группа), 5 – пролечены амбулаторно в течение 30 дней (сравнительная группа). Контрольная

группа состояла из 23 детей без патологии желудочно-кишечного тракта.

Всем детям при поступлении проводилось обследование в следующем объеме: опрос, осмотр, общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови (общий белок, глюкоза, тимоловая проба, билирубин, АЛТ, АСТ, щелочная фосфатаза, гамма-глутамилтрансфераза, холестерин, триглицериды), УЗИ органов брюшной полости.

Диагноз хронического холецистита выставлялся по совокупности клинико-лабораторных симптомов, основным дифференциально-диагностическим критерием от дискинезии желчевыводящих путей было изменение ультразвуковой картины желчного пузыря [8].

Основным целебным фактором курорта «Аршан» для больных холециститом является углекислая с высоким газосодержанием кремнистая сульфатно-гидрокарбонатная магниевая-кальциевая маломинерализованная термальная вода с небольшим содержанием железа [3]. Внутренний прием аршанской минеральной воды в дозе 3 мл/кг до еды 3 раза в день при температуре 8°C и 22°C (в зависимости от моторики ЖП и ЖВП) и общие минеральные ванны (t 36-37°C) через день составляли базу терапевтического курса в санатории «Аршан». Кроме этого комплекс санаторного лечения включал: санаторный режим, диету № 5 по Певзнеру, лечебную физкультуру и терренкур, тубаж по Демьянову № 3, физиопроцедуры № 5 (электрофорез минеральной воды, гальванизация, синусоидальные модулированные токи на правое подреберье).

Амбулаторный курс лечения состоял из препаратов желчегонных (аллохол, сорбит, желчегонный сбор в возрастной дозе 3 раза в день за 30 минут до еды), слепого зондирования по Демьянову № 3, физиопроцедур № 10. С родителями проводилась беседа о диете, рекомендовано дробное питание, соблюдение щадящего режима для ребенка на время лечения.

Результаты и обсуждение

В начале лечения клиническая картина заболевания в основной и сравнительной группах существенно не отличалась (табл. 1). Большинство детей предъявляли жалобы на боли в правом подреберье, преимущественно умеренные. У четверых (80%) из каждых пяти детей боли в правом подреберье сочетались с болями в эпигастрии (табл. 1). Отрыжка, тошнота и расстройство стула регистрировались практически у двух третей обследованных. Половину детей беспокоила горечь во рту. Все жаловались на нарушение общего состояния

(утомляемость, раздражительность, эмоциональную лабильность, утреннюю слабость). По окончании курса терапии в основной группе болевой синдром (боли в правом подреберье и эпигастрии) сохранился у каждого пятого ребенка (20%), в сравнительной – у трех (60%) из пяти. Тошнота в основной группе купировалась полностью, в сравнительной осталась без изменений от исходных показателей. Отрыжка и горечь во рту выявлялись у десятой части детей в основной группе (20%) и в 40% случаев соответственно в сравнительной. Частота расстройства стула по окончании лечения в основной группе снизилась более чем в два раза, в сравнительной – на одну треть. Психоземotionalный статус детей после амбулаторного курса остался практически без динамики, после санаторного лечения третья часть группы не предъявляла соответствующих жалоб.

Таблица 1

Клинические признаки хронического холецистита у детей до и после 10-дневного курса санаторного лечения на курорте «Аршан» и 30-дневного традиционного амбулаторного

Признаки	Частота встречаемости признаков в группах							
	Основная группа (n _{осн} =10)				Сравнительная (n _{ср} =5)			
	до лечения		после		до		после	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Субъективные:								
1. Боли в правом подреберье:	10	100,0	2	20,0	4	80,0	3	60,0
1.1. сильные	3	30,0	1	10,0	1	20,0	-	-
1.2. умеренные	5	50,0	1	10,0	2	40,0	1	20,0
1.3. незначительные	2	20,0	-	-	1	20,0	2	40,0
2. Сочетание болей в правом подреберье с болями в эпигастрии	7	70,0	2	20,0	4	80,0	3	60,0
3. Отрыжка	6	60,0	1	10,0	3	60,0	1	20,0
4. Тошнота	6	60,0	-	-	2	40,0	2	40,0
5. Рвота	1	10,0	-	-	1	20,0	-	-
6. Горечь во рту	5	50,0	1	10,0	2	40,0	2	40,0
7. Расстройство стула	7	70,0	3	30,0	3	60,0	2	40,0
8. Нарушение психоземotionalного статуса	10	100,0	7	70,0	5	100,0	5	100,0
Средний балл	9,8		2,5		9,6		5,8	
Достоверность отличия оценки*	0,000				0,02			
Объективные признаки:								
1. Болезненность при пальпации в правом подреберье:	2	20,0	1	10,0	2	40,0	2	40,0
1.1. сильная	-	-	-	-	1	20,0	-	-
1.2. умеренная	2	20,0	-	-	1	20,0	1	20,0
1.3. незначительная	-	-	1	10,0	-	-	1	20,0
2. Положительные пузырьные симптомы:	4	40,0	1	10,0	3	60,0	2	40,0
2.1. Ортуэра	3	30,0	1	10,0	3	60,0	2	40,0
2.2. Керэ	1	10,0	-	-	2	40,0	-	-
3. Увеличение печени	1	10,0	-	-	1	20,0	-	-
4. Иктеричность видим. слизистых оболочек:	10	100,0	10	100,0	5	100,0	5	100,0
4.1. выраженная	1	10,0	-	-	1	20,0	-	-
4.2. умеренная	6	60,0	2	20,0	3	60,0	3	60,0
4.3. незначительная	3	30,0	7	70,0	1	20,0	2	40,0
5. Обложенность языка:	10	100,0	10	100,0	5	100,0	5	100,0
5.1. обильная	2	20,0	1	10,0	-	-	-	-
5.2. умеренная	7	70,0	3	30,0	2	40,0	2	40,0
5.2. незначительная	1	10,0	6	60,0	3	60,0	3	60,0
Средний балл	6,5		3		6,6		4,2	
Достоверность отличия оценки*	0,01				0,08			

Примечание: * достоверность отличия результатов балльной оценки до и после лечения по парному критерию Стьюдента.

Объективно за время наблюдения (табл. 1) сократилась в основной группе в два раза, в болезненность при пальпации в правом подреберье сравнительной осталась без изменений. Интенсивность

болевого синдрома с одинаковой частотой уменьшилась в обеих группах. Частота выявления положительных пузырных симптомов сократилась после санаторного курса в четыре раза, после амбулаторного – в полтора раза. Увеличение печени ушло. Иктеричность видимых слизистых оболочек и обложенность языка отмечались у всех детей как до, так и после лечения. Однако за время лечения их интенсивность значительно уменьшилась, больше в основной группе.

Отличие общей балльной оценки эффективности двух курсов лечения по клиническим симптомам заболевания стало достоверно ниже в обеих группах в конце курса терапии по субъективным показателям по отношению до лечения, но более значимый эффект получен от санаторного лечения. Отличие по субъективным признакам было значимо лишь в основной группе.

При первичном обследовании у всех детей регистрировалось некоторое снижение содержания гемоглобина ($p = 0,02-0,1$) и цветного показателя ($p = 0,02-0,04$) по сравнению со здоровыми. Межгрупповое отличие этих показателей в исследуемых группах было недостоверно (табл. 2).

После лечения санаторного – в основной группе картина красной крови восстановилась и не стала отличаться от контроля, в сравнительной же – осталась без динамики. СОЭ и тимоловая проба были исходно до лечения повышены. После санаторного лечения их значение нормализовалось. В сравнительной же группе после лечения не отличалось от контроля только СОЭ, хотя снижение тимоловой пробы тоже произошло. Холестатический синдром до лечения характеризовался достоверным повышением билирубина, холестерина и щелочной фосфатазы (табл. 2). По окончании лечения содержание билирубина нормализовалось в обеих группах, но меньше отличалось от здоровых в основной группе. Значение щелочной фосфатазы пришло в норму в основной группе, а в сравнительной нет. Снижение содержания холестерина было более выражено в сравнительной группе по значению p , хотя межгрупповых отличий в значениях его не отмечено. Вероятно, это связано с небольшой численностью сравнительной группы ($n=5$). По отношению к контрольной группе гипергликемия после лечения купировалась в основной группе, а в сравнительной – осталась без динамики.

Таблица 2

Изменения показателей периферической крови у детей с хроническим холециститом за период 10-дневного санаторного лечения на курорте «Аршан» и 30-дневного традиционного амбулаторного

Показатель	Контр. группа М СО	Средние по совокупности показатели со стандартным отклонением и достоверностью их в группах							
		Основная группа				Сравнительная			
		до лечения		после		до лечения		после	
		М СО	p $p_{ср}^{**}$	М СО	p $p_{ср}$	М СО	p	М СО	p
Гемоглобин, г/л	133	125	0,1	131	0,66	116	0,02	119	0,03
	11,7	10	0,23	10	0,1	22		17	
Эритроциты, $10^{12}/л$	4,139	4,3	0,5	4,6	0,07	4,1	0,56	3,7	0,05
	0,599	0,3	0,42	0,6	0,02	0,6		0,6	
Цветной показатель	0,94	0,88	0,04	0,87	0,1	0,80	0,02	0,81	0,02
	0,1	0,08	0,12	0,09	0,18	0,17		0,08	
Лейкоциты, $10^9/л$	5,539	5,5	0,5	6,1	0,39	5,4	0,85	6,4	0,29
	1,663	1,4	0,9	1,2	0,6	1,6		1,2	
Тромбоциты, $10^9/л$	274,8	277	0,5	272	0,9	290	0,6	291	0,56
	57,45	81	0,74	50	0,5	68		56	
СОЭ, мм/ч	6	9	0,04	5	0,19	9	0,17	8	0,45
	4	4	1,0	3	0,07	3		3	
Билирубин, мкм/л	8,9	16,6	0,000	9,9	0,58	15,2	0,01	11,7	0,18
	4,4	7,8	0,66	4,0	0,35	4,7		1,2	
АСТ, ед/л	23	24	0,35	20	0,14	28	0,1	23	0,9
	6	5	0,23	6	0,36	8		9	
АЛТ, ед/л	12	14	0,23	13	0,55	16	0,05	15	0,17
	4	5	0,15	6	0,54	4		6	
Тимоловая проба, ед	1,9	3,4	0,000	2,6	0,054	3,9	0,002	2,9	0,02
	0,6	1,8	0,57	1,0	0,51	2,2		0,9	
ЩФ, ед/л	191	564	0,000	254	0,09	507	0,000	436	0,000
	67	269	0,72	119	0,05	195		200	
Холестерин, ммоль/л	3,81	5,1	0,000	4,4	0,03	5,0	0,05	4,5	0,08
	0,65	0,6	1,0	0,6	0,8	1,3		1,3	
Триглицериды, ммоль/л	0,92	0,97	0,7	0,97	0,76	0,9	0,9	0,89	0,87
	0,38	0,4	1,0	0,4	0,2	0,3		0,15	
Глюкоза, ммоль/л	4,5	5,3	0,03	4,9	0,15	5,2	0,05	5,1	0,05
	0,7	0,7	0,74	0,5	0,47	0,7		0,3	
Общий белок, г/л	72	75,6	0,88	76,2	0,7	76	0,84	74	0,67
	7,8	6	0,9	3,7	0,34	5,3		6,2	

Примечание: * М – среднее по совокупности; СО – стандартное отклонение в выборке (отражает дисперсию в выборке); ** $p_{ср}$ – достоверность отличия от сравнительной группы (отличие достоверно при $p = 0,05$ и менее); p – достоверность отличия от контрольной группы.

При ультразвуковом исследовании исходно в основной группе у всех больных регистрировалось утолщение стенки желчного пузыря от 2 до 5 мм, а также и ее уплотнение у половины обследованных. В сравнительной же группе утолщение и уплотнение стенки отмечалось у всех детей. Перегибы желчного пузыря обнаружены у трети детей в основной группе и у четверых из пяти – в сравнительной. После лечения у большинства детей (90%) в основной группе сохранилось утолщение стенки пузыря, уплотнение отмечалось в 40% случаев. В сравнительной группе эти показатели составили по 60%.

Таким образом, аршанская минеральная вода в комплексе с климатическими и преформированными лечебными факторами курорта «Аршан» при десятидневном курсе лечения оказывает значительный клинический эффект на течение хронического бескаменного холецистита у детей. Купируются болевой, диспептический, астенический синдромы. Уменьшаются

объективные признаки воспаления и холестаза. Динамика лабораторных и сонографических показателей подтверждает клинические данные. После 30 дней амбулаторного лечения также отмечается улучшение, но по ряду параметров оно менее выражено, чем при коротком санаторном курсе лечения. В сравнительной группе не наблюдается изменений картины красной крови, улучшения психоэмоционального состояния, гипогликемического эффекта.

Таким образом, 10-дневный курс санаторного лечения на курорте «Аршан» у детей с хроническим бескаменным холециститом достоверно оказывает благоприятное действие на течение заболевания. При сравнении с 30-дневным курсом классической амбулаторной терапии данный короткий курс лечения на курорте «Аршан» при данной патологии более эффективен и вызывает более глубокий и многосторонний оздоравливающий эффект.

THE EFFICIENCY OF THE 10 DAYS SANATORIUM CURE OF CHILDREN WITH THE CHRONIC CHOLECYSTITIS AT THE SPA "ARSHAN" VS THE OUT-PATIENT THERAPEUTIC COURSE

T.P. Sizih, M.P. Shkurinskaya
(Irkutsk State Medical University, spa "Arshan")

During the 10 days sanatorium cure of children with the chronic cholecystitis at the spa "Arshan" the reliable improvement was demonstrated by the clinical, laboratory and ultrasonic indices. You can see the same changes during the 30 days out-patient course of the therapy, but they are less marked then in the sanatorium treatment.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Абросимова Г.М., Манвелян А.Т.* Структура заболеваний органов пищеварения по данным детского стационара. // Рус. мед. журнал. – 2003. - № 3. – С.76.
2. *Александрова Н.И., Шайморданова Р.Б., Кряжева Е.В.* Пути совершенствования оздоровления больных с сочетанными заболеваниями органов пищеварения. // Рус. мед. журнал. – 2003. - № 3. – С.78.
3. *Ботороев К.С.* Курорт Арнаш. – Улан-Удэ: Бурят. кн. изд-во, 1991. – 96 с.
4. *Закомерный А.Г.* Этапное лечение детей с заболеваниями органов пищеварения. // Педиатрия. – 1991. - № 9. – С.69-73.
5. *Карпова С.С.* Болезни органов пищеварения у детей: представления о возрастных особенностях. // Рос. педиатр. журнал. – 1999. - № 6. – С.34-36.
6. *Кошовкина Т.В.* Этапное лечение детей с заболеваниями желчевыводящих путей по данным 2-го детского объединения г. Томска. // Вопр. теорет. и клинич. медицины. // Сб. науч. трудов. – Томск, 1980. – С.39-40.
7. *Мартьянова Т.Д., Белоусова Р.А., Тарасенко К.Я., Супрунов Ю.И.* Отдельные наблюдения в оценке секреторной функции желудка у детей после лечения их в санатории «Озеро Шира». // Вопр. курортол. – 1990. - № 1. – С.24-26.
8. *Подымова С.Д.* Болезни печени. – М.: Мед., 1993. – 542 с.

© ВОЛКОВ В.Т., СМИРНОВ Г.В., ВОЛКОВА Н.Н., МЕДВЕДЕВ М.А., РИХВАНОВ Л.П., СУХИХ Ю.И. –

ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ИЗУЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ

В.Т.Волков, Г.В.Смирнов, Н.Н.Волкова, М.А.Медведев, Л.П. Рихванов, Ю.И.Сухих

(Сибирский государственный медицинский университет, ректор - член-корр. РАМН, проф. В.В. Новицкий, кафедра клинической практики сестринского дела, зав.– проф. В.Т. Волков)

Резюме. В статье авторы касаются существующих взглядов и привычных концепций на этиологию, патогенез и морфологию варикозной болезни, в том числе приводятся собственные исследования присутствия в сосудистой стенке варикозно измененных вен нанобактерии. Авторами высказывается предположение о возможном участии нанобактерии в качестве этиологического фактора варикозной болезни и оксификации сосудистой стенки, включая необходимость поиска ее возможной роли при облитерирующем эндоартериите, болезни Такаюсу, Лериша, диабетической ангиопатии, коллагенозах и других формах сосудистой патологии.

Ключевые слова. Нанобактерия, варикозная болезнь, флеболиты.