

ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ УЗС У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ ДО И ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ НА КУРОРТЕ "АРШАН" В СРАВНЕНИИ С МЕДИКАМЕНТОЗНЫМ КУРСОМ

Т.П. Сизых, Л.П. Ковалева.

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

Резюме. В работе представлены УЗС и анализ показателей у больных хроническим холециститом, пролеченных классическим курсом лечения на курорте "Аршан" в сравнении с традиционным медикаментозным.

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

Диагностировать бескаменный холецистит намного труднее, чем каменный [5,9]. После введения в практическое здравоохранение УЗС рентгенологические методы диагностики потеряли приоритетное значение [7,9]. УЗС в реальном масштабе является наиболее эффективным способом диагностики хронического холецистита (ХХ), что обусловлено высокой степенью разрешающей способности этого метода. Даже для тяжело больных УЗС не является обременительным тестом [6]. По диагностической эффективности только КТ при условии выполнения срезов через каждые 2 мм может быть сопоставима с УЗС. Однако, получение около 40 томографических срезов при КТ не оправдано ни с позиций радиационной безопасности, ни с экономической точки зрения [3]. При проведении УЗС возможен осмотр смежных органов и определение связи стенки желчного пузыря (ЖП) и паренхимы печени. Основным недостатком УЗС является невозможность получения изображения всего ЖП [1,2]. Ряд авторов, например Я. Д. Витебский, считает, что констатировать ХХ только по утолщению стенки ЖП нельзя, так как такие изменения есть у больных с холестазом [4].

Материалы и методы

Обследовано 106 человек. Из них 64 больных (основная группа) с хроническим холециститом (ХХ), прибывших для лечения на курорт "Аршан", в основном из Иркутской области, Бурятии, Якутска. Вторая группа была сравнительной. Это 30 больными ХХ, проживающие в поселке "Аршан", которые получили только традиционное медикаментозное лечение. Согласно классификации Я.С. Циммермана (1992) все группы больных ХХ были подразделены на подгруппы в зависимости от моторики желчного пузыря (ЖП) и желчевыводящих путей (ЖВП).

Основная группа 64 (жен. - 59, муж. - 5) больных, со средним возрастом $31,61 \pm 11,82$ лет, которые получили на курорте "Аршан" классический (21 дней) курс лечения. В подгруппу 1.1 включили 23 (жен. - 21, муж. - 2) больных хроническим бескаменным холециститом (ХБХ) с гиперкинезом ЖП и ЖВП средний возраст которых

$31,61 \pm 11,02$ лет. Подгруппу 1.3 сформировали из 30 (жен. - 27, муж. - 3) больных ХБХ с гипокинезом, средний их возраст $46,13 \pm 10,78$ лет. Подгруппа 1.3 представлена 11 женщинами с хроническим калькулезным холециститом (ХКХ) с гипокинезом, их средний возраст $41,78 \pm 8,74$ лет.

В группе 2- сравнительной медикаментозно пролеченных 30 (жен. - 28, муж. - 2) больных со средним возрастом $45,83 \pm 7,02$ лет. Они по тому же принципу распределены были на подгруппы: 2.1 - 11 женщин с ХБХ с гиперкинезом ЖП и ЖВП, средний возраст их $34,91 \pm 6,08$ лет; 2.2 - 13 (жен. - 11, муж. - 2) больных ХБХ с гипокинезом ЖП и ЖВП, средний возраст $48,92 \pm 8,98$ лет; 2.3 - 6 женщин с ХКХ с гипокинезом ЖП и ЖВП со средним возрастом $53,67 \pm 6,00$ лет.

В программу лечения больных основной группы включалось: диета (стол 5 по Певзнеру), прием термальной маломинерализованной углекислого-гидрокарбонатно-сульфатно-натриевой кальциево-магниево-содержащей с небольшим содержанием железа и кремния минеральной воды (МВ) "Аршан". Принималась МВ внутрь из расчета 5мл/кг массы тела. Также применялись различные бальнеопроцедуры через день (ванны или душ), тюбажи с МВ, кишечные орошения, фитотерапия, физиолечение по показаниям, ЛФК, механо-терапия, массаж, терренкур, ландшафт терапия, ароматерапия, туризм. Больные, у которых при проведении УЗ-сканирования были обнаружены камни более 1 см в диаметре, тюбажи и лечение МВ не получали. При ХХ с гиперкинезом МВ назначалась по 100 мл^3 за 1 час до еды 3 раза в день, температура ее была $38-40^\circ\text{C}$, при ХХ с гипокинезом в том же режиме. Но температура была ниже - $25-30^\circ\text{C}$.

Вторая группа получала медикаментозно-традиционный курс лечения, которое включало: диету (стол 5), едательную терапию, холинокинетики, спазмолитики, желчегонные растительные препараты, физиолечение по показаниям. Учитывая, что у всех больных этой группы ХХ был в фазе ремиссии, антибактериальную терапию не проводили.

Контрольную группу составили 12 (жен. - 11, муж. - 1) здоровых лиц, средний возраст их был

21,42±4,56 лет. У них патологии ни клинико-лабораторными методами, ни УЗС не было выявлено.

Диагноз в исследуемых группах установлен был на основании опроса, данных санаторно-курортных карт, клинического осмотра и данных лабораторных и инструментальных методов исследований.

УЗС проводили на ультразвуковом сканирующем комплексе "Аloka-500". Осмотр проводился натощак, после ночного физиологического сна. Сканирование начинали в положении больного на спине, осматривали желчный пузырь, желчевыводящие пути, печень и окружающие органы. С целью исключения острого холецистита проверялся "ультразвуковой симптом Мэрфи". Для улучшения акустического осмотра всех больных осматривали в левом боковом положении. Определяли форму, размеры (длина, ширина), содержимое и дополнительные образования в просвете ЖП. Оценивали толщину стенки, непрерывность контуров.

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

Результаты и обсуждение

В подгруппе ХБХ с гиперкинезом (1.1) эхогенность печени соответствовали таковым здоровой группы, а ее размеры были достоверно ($p < 0,01$) выше здоровых лиц. Толщина стенки желчного пузыря (ЖП) была значимо ($p < 0,001$) увеличена по отношению к здоровым и равнялась $0,45 \pm 0,02$ см., эхогенность стенки ЖП была не усилена. Перегибы у них встречались реже, чем в подгруппах 1.1 и 1.2 - в 26,09% случаев, а рефлюкс желчи был обнаружен у одного больного. Впервые в этой подгруппе появляется в 39,13% случаев замазкообразная желчь, так называемый сладж-синдром, толщина которого равнялась $0,54 \pm 0,01$ см (табл.1).

В подгруппе ХБХ с гипокинезом (1.2) размеры печени (передне-задний) были достоверно выше ($p < 0,01$) по сравнению с группой здоровых лиц, у одного больного была выявлена усиленная эхогенность печени. Толщина стенки ЖП была значимо ($p < 0,001$) увеличена до $0,47 \pm 0,01$ см., причем в 10,0% случаев она была усиленной эхогенности - уплотнена, что говорит о давности процесса. Перегибы были зафиксированы среди этих больных только в 13,33% случаев, а рефлюкс желчи - в 3,33%. Сладж был толщиной до $0,32 \pm 0,07$ см., отмечен с частотой в 36,66% случаев.

В подгруппе ХКХ с гипокинезом (1.3) размеры (передне-задний) печени, так же как и в предыдущей подгруппе были достоверно ($p < 0,01$) увеличены по сравнению с таковыми здоровых лиц и также значимо отличались ($p < 0,05$) от подгрупп ДЖВП и ХБХ с гиперкинезом ЖП. Печень усиленной эхогенности регистрировалась в 18,18% случаев. Толщина стенки ЖП была существенно ($p < 0,001$) увеличена у всех больных этой подгруппы до $0,54 \pm 0,1$ см, при этом в 36,36% случаев

она была усиленной плотности. Перегибы ЖП наблюдались в 27,27% случаев, а рефлюкс желчи - в 9,09%. У всех больных подгруппы 1.3 при проведении УЗС были выявлены камни, в 90,9% случаев до 1 см. в диаметре, а в оставшихся 9,09% - более 1 см. $81,5 \pm 1,78$ %. Сладж-синдром найден был в 36,36% случаев, а его толщина составила $0,22 \pm 0,02$ см (табл.1).

Следовательно, на момент поступления у больных ХБХ основной группы уже наблюдаются такие изменения как увеличение размеров печени, увеличивается толщина стенки ЖП, а в подгруппах с гипокинезом ЖП появляется усиленная эхогенность печени и стенки ЖП. У больных ХХ формируется сладж-синдром, который в подгруппах с ХКХ переходит в камни, т.е. процесс принимает затяжное хроническое течение с вовлечением печени.

После проведенного курса лечения на курорте "Аршан" в подгруппе 1.1 значимо ($p < 0,001$) уменьшилась толщина стенки ЖП по сравнению с периодом поступления, но толщины здоровых не достигла. Достоверно ($p < 0,001$) в 2,2 раза снизилось количество больных со сладж-синдром, а у тех больных, у которых он определялся, его толщина также достоверно ($p < 0,001$) уменьшилась.

В подгруппе ХБХ с гипокинезом (1.2) так же значимо ($p < 0,001$) уменьшилась толщина стенки ЖП, однако уровня здоровых, как и в предыдущей подгруппе не достигла. Лечение на курорте "Аршан" снизило в 2 раза количество больных, у которых сохранялся сладж-синдром, причем среди последних его толщина уменьшилась в 4 раза.

В подгруппе ХКХ с гипокинезом ЖП (1.3) толщина стенки ЖП также как и в предыдущих подгруппах достоверно ($p < 0,01$) уменьшилась в 1,2 раза. Число больных, у которых диагностировался сладж-синдром уменьшилось в 1,3 раза. У тех больных, где он сохранился после лечения, его толщина достоверно ($p < 0,001$) уменьшилась почти в 3 раза. Из 4 больных у одного отошли камни размером до 1 см., а более 1 см. остались без изменений (табл.1).

Не было установлено какого-либо влияния МВ "Аршан" на структурные морфологические изменения, как-то перегибы и рефлюкс желчи, усиленную эхогенность печени, усиленную плотность стенки ЖП. Частота встречаемости этих УЗС признаков после лечения в сравнении с до- на курорте "Аршан" во всех группах не подверглось существенным изменениям.

Таким образом, комплекс факторов курорта "Аршан", включающий МВ, достоверно уменьшает толщину стенки ЖП во всех подгруппах у прошедших курс лечения, что свидетельствует о противовоспалительном действии. Полностью элиминирует сладж-синдром у части больных, с уменьшением его толщины у оставшихся после лечения, следовательно улучшает коллоидный состав желчи. Литолитическое действие комплекса целебных факторов курорта "Аршан" доказывается уменьшением числа больных, имеющих мелкие

Сравнительный анализ эффективности двух курсов лечения по данным УЗИ больных с различными вариантами течения хронического холецистита основной группы, пролеченной на курорте «Ариан» и медикаментозно пролеченной

Таблица 1.

Встречаемость и средние величины показателей УЗС																		
Подгруппы	п	Печень передне задний размер, см	Усилен, экзогенность печени		Толщина стенок ЖП, см	Уплотненность стенок ЖП		Перегибы ЖП		Сладж		Толщина сладжа, см	Камни				Рефлюкс желчи	
			п	%		п	%	п	%	п	%		п	%	п	%	п	%
здоровые	12	11,8±0,48			0,22±0,02													
1.1	23	12,4±0,1 _{а***}			0,45±0,02			6	26,09	9	39,13	0,54±0,01				1	4,34	
	23	12,3±0,1 _{а***}			0,37±0,01 _{а** ^ ^}			6	26,09	4	17,39 _{а***}	0,11±0,04 _{ф \$}				1	4,34	
1.2	30	12,8±0,03 _{а***}	1	3,33	0,47±0,01 _а	3	10,0	4	13,33	11	36,66	0,32±0,07				1	3,33	
	30	12,6±0,03 _{а***}	1	3,33	0,39±0,01 _{а* ** ф *}	3	10,0	4	13,33	5	16,66 _{а**}	0,08±0,04				1	3,33	
1.3	11	12,7±0,4 _{а***}	2	18,18	0,54±0,04 _{а***}	2	18,18	3	27,27	4	36,36	0,22±0,02	10	90,9	1	9,09	1	9,09
	11	12,44±0,07 _{а***}	3	27,27	0,44±0,08 _{а* + ф *}	2	18,18	3	27,27	3	27,27	0,08±0,01 _{а***}	9	81,81	1	9,09	1	9,09
2.1	11	12,83±0,22			0,49±0,08 _{ф + ф}			5	45,45	3	27,27	0,24±0,07 _{б**}				2	18,18 _{б***}	
	11	12,6±0,15 _{д*}			0,38±0,02 _{ф IQ ф**}			5	45,45	2	18,18	0,10±0,02				2	18,18	
2.2	13	13,0±0,22	3	23,07 _{б***}	0,46±0,02	1	7,69	3	27,07 _{б*}	8	61,53	0,33±0,08				1	7,69 _{б*}	
	13	12,7±0,16	3	23,07 _{е***}	0,40±0,02	1	7,69	3	27,07 _{е*}	4	30,76 _{а**}	0,19±0,04				1	7,69 _{е*}	
2.3	6	12,85±0,2	2	33,33	0,46±0,04	3	50,0 _{р***}	2	33,33	–	–		4	66,66	2	33,33	1	16,67
	6	12,6310,18	2	33,33	0,44±0,04	3	50,0 _{р***}	2	33,33	–	–		4	66,66	2	33,33	1	16,67 _{ж*}

Примечание. * - р<0,05, ** - р<0,01, *** - р<0,001.

Достоверность различий: а - подгруппы исследуемых со здоровой группой, б - между 1.1 и 2.1 до лечения, в - между 1.2 и 2.2 до лечения, г - между 1.3 и 2.3 до лечения, д- между 1.1 и 2.1 после лечения, е - между 1.2 и 2.2 после лечения, ж - между 1.3 и 2.3 после лечения, а - корреляционная связь.

камни размером до 1 см до начала лечения и уменьшением числа больных со сладж-синдромом.

При сравнении показателей УЗС в подгруппе ХБХ с гиперкинезом (2.1), поступившей на курс традиционного медикаментозного лечения до начала терапии по сравнению с подгруппой 1.1 выявлено достоверно ($p < 0,001$) меньшая толщина сладжа и рефлюкса желчи ($p < 0,001$). В подгруппе 2.2 до лечения по сравнению с подгруппой 1.2 достоверно ($p < 0,001$) чаще регистрировалась усиленная эхогенность печени, перегибы ЖП ($p < 0,05$) и количество больных со сладж-синдромом ($p < 0,05$). В подгруппе 2.3 до лечения по сравнению с подгруппой 1.3 достоверно чаще, также как и в предыдущих подгруппах, отмечалась усиленная эхогенность печени ($p < 0,05$), уплотненность стенки ЖГ1 ($p < 0,01$) и количество больных, имеющих камни более 1 см в диаметре ($p < 0,001$). Обращает внимание, что у больных подгруппы 2.3 не

был ни в одном случае диагностирован сладж-синдром (табл.1).

После лечения различий по данным показателей УЗС в действии на течение ХБХ с гиперкинезом (подгруппы 1.1 и 2.1) санаторно-курортного и медикаментозного курсов не найдено. В подгруппе 1.2 обнаружена значимая ($\alpha < 0,001$) отрицательная корреляционная связь с наличием у больных сладж-синдрома и его толщиной по сравнению с подгруппой 2.2. В подгруппе 1.3 у одного больного отошли камни, чего не отмечено у больных, пролеченных медикаментозно. Итак, в сравнении с медикаментозным курсом лечения выявлена высокая эффективность санаторно-курортного лечения только в подгруппе больных ХБХ с гипокинезом. Также в отличие от медикаментозного курса отмечается, литолитическое действие санаторно-курортного курса лечения, что можно объяснить улучшением коллоидного состава желчи и улучшением моторики ЖП и ЖВП (табл.1).

THE INDICES OF USI IN PATIENTS WITH CHRONIC CHOLECYSTITIS BEFORE AND AFTER THE TREATMENT AT THE RESORT "ARSHAN" AS COMPARED WITH MEDICAMENTAL COURSE

T.P. Sizich, L.P. Kovaleva

(Irkutsk State Medical University)

In the article are presented the data of Ultra Sound Investigations (USI) and analysis of indices of the patients with chronic cholecystitis, who received classical course of treatment at the resort "Arshan" as compared with traditional therapy.

Литература

1. Алексеев Р.О. Сонография стенки желчного пузыря // Вестник рентген, и радиол. - 1990. - №5-6. - С.111.
2. Антонов О.С., Ротанов О.П. Ультразвуковая диагностика дискинезий желчных путей // Тер. архив. - 1986. - Т.58, №2. - С.91-93.
3. Бородач В.А., Бородач А.В., Шкуратова А.И. Ультразвуковое исследование и компьютерная томография в диагностике холелитиаза // Вестн. хир. - 2000. - Т. 159, №6. - С.20-24.
4. Витебский Я.Д. Патология желчных путей в свете клапанной гастроэнтерологии. - Курган, 1983. - 128 с.
5. Галкин В.А. Современные методы диагностики дискинезий желчного пузыря и некалькулезного холецистита // Тер. архив. - 2001. - №58. - С.37-38.
6. Zubovskiy G.A. Лучевая и ультразвуковая диагностика заболеваний печени и желчных путей. - М., 1988. - 238 с.
7. Ищенко Н.С. Роль УЗ-исследования в диспансеризации. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 1990. - С.8-16.
8. Поляк Е.З. Рентгенологические показатели основных функций желчного пузыря в норме и при холецистите. Автореф. дис. ... докт. мед. наук. - Киев, 1968. - 34 с.
9. Mittelstaedt C.A. Abdominal ultrasound. New York. Churchill Livingstone, 1987. - 467 p.
10. Ohara N., Schaefer J. Clinical significance of biliary sludge // Clin. 1990. - Vol.12, - P.291-294.

О СМЕКАЛОВ В.П., МЕЛЬНИЧУК Л.Н. -

СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ "ПЕРЕКИСНОЕ ОКИСЛЕНИЕ ЛИПИДОВ - АНТИОКСИДАНТЫ" У БЕЛЫХ КРЫС ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ НА ФОНЕ ГИПОСЕЛЕНОЗА И ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ПРЕПАРАТА "НЕОСЕЛЕН" (экспериментальное исследование)

В.П. Смекалов, А.Н. Мельничук.

(Читинская государственная медицинская академия, ректор - д.м.н., проф. А.В. Говорин, кафедра патологической анатомии, зав. - д.м.н., проф. В.П. Смекалов)

Резюме. Показана динамика содержания селена во внутренних органах и тканях, морфология поджелудочной железы и функциональных изменений параметров перекисного окисления ли-