

дефекта в системе цитохрома Р-450 при аспириновой астме [5,6]. В следующем сообщении рассмотрим состояние биотрансформационной функ-

ции печени у больных хронической крапивницей, но не имеющих вирусной природы гепатита.

CLINICAL AND FUNCTIONAL FEATURES OF THE CHRONICAL VIRAL HEPATITES IN DEPENDENCE ON CONDITION OF THE BIOTRANSFORMATION FUNCTION OF THE LIVER

T.P. Sizikh, N.K. Safronenko, B. Solongo

(Irkutsk State Medical University)

For the chronical viral hepatitis is not specific the biotransformation dysfunction in the liver. The changes of this function of the liver are specific in patients with chronic viral hepatitis in combination with ufcaria.

Литература

1. Аширметов А.Х., Краковский М.Э. Использование антипирина для оценки активности ферментов монооксигеназной системы печени (обзор литературы) // Лабораторное дело. - 1990, №1. - С.16-20.
2. Ефимова Н.Ю. Функциональное состояние печени у больных аспириновой бронхиальной астмой // Дис. ... канд. мед. наук. - Барнаул. - 1994. - 168 с.
3. Киселев И.В., Сизых Т.П. Состояние мультикомпонентной системы цитохрома Р-450 при различных патологических состояниях и воздействиях ксенобиотиков / 75 летия кафедры госпитальной терапии ИГМУ // Сб. научн.-практ. работ по актуальным вопросам клинической медицины. - Иркутск, 1996. - С.63-70.
4. Киселев И.В., Сизых Т.П. Активность монооксигеназной системы печени при различных патологических состояниях // Сиб. мед. журнал. - 1997. - №4. - С.5-11.
5. Никонова М.А. Клинико-генеологический анализ родословных больных аспириновой тетрадой // Сиб. мед. журнал. - 2001. - №1. - С.20-23.
6. Никонова М.А. Распространенность, клинические аспекты аспириновой астмы среди жителей города и села в Иркутской области // Дис. ... канд. мед. наук. - Томск - 2001. - 128 с.
7. Сафроненко Н.К., Сизых Т.П., Б.Солонго и др. Состояние биотрансформационной функции печени у больных хроническими вирусными гепатитами. // Сиб. мед. журнал. - 2002. - №5. - С. 18-23.
8. Семинский И.Ж.. Экологическая генетика (лекция 10) // Сиб. мед. журнал. - 2003. - №1. - С.94-97.
9. Сизых Т.П., Смолькова Л.Г., Киселев И.В. Состояние монооксигеназной системы печени у больных аспириновой бронхиальной астмой // Тез. докл. "1-й национальной конференции Российской Ассоциации аллергологов и клинических иммунологов" - Москва, 1997.
10. Lusska A.E., Jones K.W., Elferink C.J., Wu L., Shen E.S., Wen L.P., Whitlock J.P. Jr. 2, 3, 7, 8, Tetra chlorodibenzo-p-dioxin induced cytochrome P 450IA1 enzyme activity by activating transcription of the corresponding gene // Adv. Enzyme Regul. - 1991. - Vol.31. - P.307-317.

О КОВАЛЕВА Л.П., СИЗЫХ Т.П., СОРОКОВИКОВА Л.А., ЛУБСАНОВА Л.А., СОНГОЛОВ В.И., ПОЛЯНСКАЯ Л.А., МАДАГАЕВА С.А. -
УДК 616.366-002:615.838.1/9(571.54)

КИНЕТИКА КЛИНИЧЕСКИХ И УЛЬТРАЗВУКОВЫХ СКАНИРУЮЩИХ ПРИЗНАКОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ ПРИ КРАТКОСРОЧНОМ КУРСЕ ЛЕЧЕНИЯ НА КУРОРТЕ "АРШАН"

Л.П. Ковалева, Т.П. Сизых, Л.А. Сорокикова, Л.А. Лубсанова, В.И. Сонголов,
Л.А. Полянская, С.А. Мадагаево..

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

Резюме. Изучено влияние комплекса целебных факторов курорта "Аршан" при 10-14 дневном курсе лечения в сравнении с традиционной лекарственной терапией на течение хронического холецистита. Выявлено, что комплекс санаторно-курортных факторов обладает более широким спектром действий, нежели медикаментозное лечение. В группе больных пролеченных на курорте "Аршан" получены противовоспалительный, спазмолитический, болеутоляющий, холекинетический, холеретический, литолетический эффекты, а также улучшающие метаболические процессы в печени, уменьшающие интоксикацию, астено-депрессивные явления и нормализующие моторику желчного пузыря и желчевыводящих путей. В группе больных, прошедших только медикаментозное лечение и физиолечение не установлено литолетического эффекта и нормализующего влияния на моторику ЖП и ЖВП.

Хронический холецистит - хроническое полиэтиологическое заболевание желчного пузыря, сочетающееся с моторно-тоническими нарушениями (дискинезиями) желчевыводящих путей и

изменениями физико-химических свойств и биохимического состава желчи (дисхолией) [5].

Анализ клинических и эпидемиологических литературных данных показывает значительный рост воспалительных заболеваний желчных путей. С 1968 по 1978 г. количество госпитализированных больных, поступивших с диагнозом холецистит, увеличилось на 20% [5]. Возрос процент, как больных старшего возраста, так и больных относительно молодого (30-40 лет) [5].

Несмотря на большую распространенность заболевания, диагностические просчеты в повседневной практике не редки. Так, при анализе 24695 историй болезни терапевтических больных, прошедших через отделение БСМП за 10 лет, клинически диагноз хронического холецистита был поставлен 1158 (4,7%), а подтвержден - у 899 (3,6%). Среди них женщины старше 40 лет составили 80%, не распознан холецистит был у 166 (18,4%) больных, т.е. у каждого пятого [3,4]. Возрастает роль посему не дорогих и относительно безопасных методов исследования, таких как УЗ сканирование, которое к тому же более информативно [14]. Так при рентгенологическом методе исследования, камни желчного пузыря выявлены в 85%, а при УЗС - в 95-98% [2]. УЗС диагностика предпочтительнее для выявления сгущенной желчи (Sludge), которая образуется от слущенного эпителия, детрита, гноя, крови, кристаллов билирубината кальция и холестерина, выпадающих в осадок [15]. Sludge является в 10% предстadium желчно-каменной болезни [15]. Камнеобразование в билиарных путях начинается с дисхолии - потери желчью ее коллоидной стабильности [2,6,7]. Образованию Sludge также способствуют различные нарушения в синхронной работе сфинктерного аппарата желчного пузыря, в частности сфинктеров Берга-Люткенса и Одди, что так же диагностируется при проведении УЗ сканирования, как и различные варианты дискинезии желчевыводящих путей [8,10,14].

Целью нашей работы была оценка влияния термальных маломинерализованных углекислых гидрокарбонатно-натриево-сульфатных, кальциево-магневых минеральных вод с содержанием кремния, железа в комплексе с другими лечебными факторами курорта "Аршан" на течение хронического холецистита у больных, пролеченных коротким 10-14 дневным курсом лечения.

Материалы и методы

Исследование проводилось на базе курорта "Аршан" в санатории "Саяны".

Минеральная вода курорта "Аршан" по своему химическому составу аналогична кисловодскому нарзану и дарасунскому. Они являются термальными слабоминерализованными углекислыми гидрокарбонатно-натриево-сульфатно-магниево-кальциевыми слабожелезистыми минеральными водами. Среди анионов характерно преобладание гидрокарбонатов, а среди катионов - кальция и магния. Так же в минеральной воде содержатся

недиссоциированные молекулы - угольный ангидрид, кремниевая кислота.

В работе применялось традиционное клинко-лабораторное обследование больных: опрос по специальной анкете, осмотр, общий анализ крови, мочи, биохимия крови, ультразвуковое сканирование печени, желчного пузыря (ЖП) и желчевыводящих путей (ЖВП). Диагноз был верифицирован на основании жалоб, анамнеза, осмотра, данных санаторно-курортных карт, традиционного клинко-лабораторного и УЗС исследования. В работе для проведения ультразвукового сканирования использовали аппарат, работающий в режиме реального времени "Алока" СССР-10.

Исследование проводилось натощак с предварительным двенадцатичасовым голоданием. В качестве желчегонного раздражителя была взята минеральная вода "Аршан" в количестве 200 мл, комнатной температуры. Больного осматривали лежа на спине, затем поворачивали на левый бок и на спину. Угол ввода ультразвукового сигнала равнялся 90°, затем менялся в каудальном и в кардиальном направлениях до 40-45°. УЗ сканирование желчного пузыря проводили в различных плоскостях, выявляя варианты анатомического строения и патологию [4]. При этом исследовались следующие показатели: положение, форма, величина, состояние наружных и внутренних контуров, толщина стенок, дополнительные включения в полости желчного пузыря, сократительная его способность, состояние желчевыводящих путей. Нормальными показателями считали: размеры желчного пузыря - длина до 10 см, ширина - до 4 см, толщина стенки пузыря - до 3 мм, внутренний диаметр общего желчного протока - до 6 мм, толщина его стенки - 1 мм. Нормальный объем желчного пузыря равен 30-75 мл. За физиологические параметры была взята следующая динамика сокращения желчного пузыря. Длительность первой подготовительной фазы составляла $5,2 \pm 0,4$ мин. В эту фазу происходило сокращение желчного пузыря от шейки ко дну, уменьшался продольный и увеличивался поперечный размер, объем его увеличивался на 5-10%. Продолжительность второй фазы равнялась 15 мин, за это время желчный пузырь уменьшался на $28,4 \pm 1,14\%$. Третья фаза длилась около 30 мин., желчный пузырь терял $29 \pm 1,2\%$ от своего первоначального объема. Полностью желчный пузырь никогда не сокращается, в нем всегда присутствует остаточная желчь в объеме 30-35% от первоначального [1]. Объем желчного пузыря вычисляли по методике Е.З. Поляка [11].

Обследовано 114 человек, из них больные хроническим холециститом составили 102, а здоровые лица - 12 (жен. - 11, муж. - 1). Средний возраст последних равен $21,42 \pm 4,56$ года.

Больные хроническим холециститом разделены на основную (1) и сравнительную (2) группы. В основную группу вошли 72 больных, прибывшие на лечение на курорт "Аршан", в основном из Иркутской области, Бурятии и Якутии. Сравни-

тельная группа представлена 30 больными с хроническим холециститом, проживающих постоянно в поселке "Аршан", которые имели воздействие среднегорья, климато-, ландшафт-, аромо-, цветотерапии, как и, прибывшие основной группы, но они получали только медикаментозное лечение, минеральной водой не лечились.

Согласно классификации хронического холецистита Я.С. Циммермана (1992) и клинических данных больные обеих групп были распределены на 6 подгрупп. В подгруппу 1.1 вошло 5 (жен. - 5) больных ХБХ без нарушения моторики ЖП и ЖВП, средний возраст в $37,5 \pm 6,5$ лет. В подгруппу 1.2 - ХБХ по гипермоторному типу включили 18 (жен. - 15, муж. - 3) больных, средний возраст которых $38,55 \pm 8,05$ лет. Подгруппу 1.3 - ХБХ по гипомоторному типу составили 30 (жен. - 22, муж. - 8) больных, средний возраст их был $44,4 \pm 7,56$ лет. Подгруппу 1.4 сформировали из 10 (жен. - 10) больных ХКХ, средний возраст их $43,9 \pm 9,92$ лет. Подгруппа 1.5 - ДЖВП по гипермоторному типу состояла из 6 (жен. - 3, муж. - 3) больных, средний возраст $25,66 \pm 10,55$. В подгруппу 1.6 - с ДЖВП по гипомоторному типу вошло 3 (жен. - 2, муж. - 1) больных, средний возраст их $30,3 \pm 9,56$ лет.

Сравнительную группу больных с хроническим холециститом (жителей поселка "Аршан") так же разделили на три подгруппы в зависимости от моторики желчного пузыря и желчевыводящих путей: в 2.1 вошли 11 больные ХБХ с гиперкинезом желчного пузыря и желчевыводящих путей (жен.-11), их средний возраст составил $34,91 \pm$

$+6,08$ лет; 2.2 - ХБХ с гипокинезом желчного пузыря и желчевыводящих путей (жен. - 11, муж. - 2), их средний возраст был $48,92 \pm 8,89$; 2.3 - ХКХ представлено 6 женщин, средний возраст которых $53,67 \pm 6,00$. По полу и возрасту значимых различий по основным и сравнительным подгруппам не установлено. С группой здоровых лиц имеется значимое различие по возрасту, как с основной, так и сравнительной группами.

В группе здоровых лиц не обнаружено ни клинико-лабораторных, ни УЗС данных за патологию желчного пузыря и желчевыводящих путей.

В программу лечения больных основной группы включалось: диета по Певзнеру, прием минеральной воды "Аршан" из расчета 5 мл/кг массы тела, различные бальнеопроцедуры (ванны, душ), тюбажи с минеральной водой, кишечные орошения, фитотерапия, физиолечение по показаниям, ЛФК, массаж, терренкур, ландшафттерапия, светотерапия, туризм. Больные, у которых выявлены камни более 1 см в диаметре не получали тюбажи и лечение минеральной водой. Сравнительная группа, состоящая из местного населения, получала классическое лечение, включающее: диету, седативную терапию, холино- и спазмолитики, желчегонные растительные препараты, физиолечение по показаниям. Учитывая, что у всех больных во время лечения заболевание было в состоянии ремиссии, антибактериальную терапию не проводили.

На здоровую группу исследуемых, состоящую из приезжих с территории Иркутской области, находящихся на отдыхе, действовал комплекс кли-

Таблица 1.
Кинетика субъективных симптомов у больных хроническим холециститом, пролеченных 10-14 дней на курорте «Аршан», в сравнении с традиционной медикаментозной тактикой

Жалобы	Этапы исследования	Частота встречаемости симптомов в группах															
		Основная группа (1)										Сравнительная группа (2)					
		1.1		1.2		1.3		1.4		1.5		1.6		2.1		2.2	
		под-группы		под-группы		под-группы		под-группы		под-группы		под-группы		под-группы		под-группы	
		всего		всего		всего		всего		всего		всего		всего		всего	
		п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
Боль:	до			3	16,67	21	70,0	5	50,0	1	16,7	3	100,0			10	76,92
	после			1	5,55	6	20,0	3	30,0			1	33,33			7	53,85
ощущение тяжести	до	4	20,0	5	27,78	16	53,33	8	80,0					5	45,45	10	76,92
	после			3	16,67	9	30,0	5	50,0					3	27,27	5	38,46
схваткообразная	до			11	61,11			2	20,0	5	83,33			10	90,90		
	после			5	27,76					2	33,33			5	45,45		
Рвота:	до			9	50,0			2	20,0	6	100,0			4	36,36		
	после			3	16,67			1	10,0	1	16,7			3	27,27		
уменьшающаяся боль	до					8	26,66	3	30,0			3	100,0	1	9,09	4	30,76
	после					3	10,0	2	20,0			1	33,33			3	23,07
Горечь во рту	до			15	83,33	13	43,33	10	100,0	5	83,33	3	100,0	9	81,81	9	81,81
	после			5	27,76	5	16,67	6	60,0	2	33,33	1	33,33	5	45,45	2	18,18
Кожный зуд	до	1	20,0	4	22,22	10	33,33	7	70,0	2	33,33	2	66,66	4	36,36	6	46,15
	после			4	22,22	6	20,0	3	30,0	1	16,67	1	33,33	4	36,36	3	23,07
Астено-депрессивный синдром	до	4	80,0	17	94,44	23	76,66	9	90,0	6	100,0	3	100,0	11	100,0	10	76,92
	после			4	22,22	4	13,33	4	40,0	2	33,33	1	33,33	5	45,45	6	46,15

Таблица 2.

Кинетика признаков УЗ исследования желчного пузыря у больных хроническим холециститом при краткосрочном курсе лечения на курорте "Аршан"

Группы	Под-группы	Кол-во больных	Этап исследования	Печень передне-задний размер	Структура печени			Частота встречаемости признаков патологии желчного пузыря в группах																			
					гомоген.		толщина стенки	уплотнение		кол-во больных, имеющих				размеры складж	кол-во больных, имеющих				рефлюкс желчи								
					п	%		п	%	перегибы	п	%	п		%	п	%	п		%	п	%					
Здоровые (n=12)				11,8±0,48	12	100,0			0,2																		
	1.1	5	до	12,94±0,24	5	100,0			0,42±0,037			3	60,0	2	40,0	0,18±0,11							2		2	40,0	
			после	12,72±0,07 p<0,04	5	100,0			0,35±0,02 p<0,001			3	60,0	1	20,0	0,04±0,04 p<0,002							1		1	20,0	
	1.2	18	до	12,79±0,18	18	100,0			0,49±0,03			4	22,22	11	61,11	0,54±0,04							2		2	11,11	
			после	12,49±0,11 p<0,01	18	100,0			0,37±0,02 p<0,003			4	22,22	7	38,88	0,19±0,04 p<0,001							2		2	11,11	
	1.3	30	до	12,84±0,96	30	100,0			0,48±0,02			9	30,0	15	50,0	0,62±0,05							2		2	6,66	
			после	12,56±0,06 p<0,02	30	100,0			0,39±0,01 p<0,01			9	30,0	9	30,0	0,17±0,04 p<0,0001							2		2	6,66	
	1.4	10	до	12,95±0,15	10	100,0			0,49±0,03			3	30,0	4	40,0	0,25±0,1	9	90,0	1	10,0	1	10,0	1		1	10,0	
			после	12,84±0,09 p<0,05	10	100,0			0,43±0,02 p<0,1			3	30,0	4	40,0	0,15±0,06 p<0,04	3	30,0	1	10,0	1	10,0	1		1	10,0	
	1.5	6	до	12,6±0,15	6	100,0			0,33±0,02			4	66,66										1		1	16,66	
			после	12,45±0,25 p<0,08	6	100,0			0,3±0,03 p<0,1			4	66,66										1		1	16,66	
	1.6	3	до	12,57±0,54	3	100,0			0,36±0,33			2	66,66														
после			12,27±0,38 p<0,06	3	100,0			0,33±0,03 p<0,05			2	66,66															
Сравнительная (n = 30)	2.1	11	до	12,83±0,22	11	100,0			0,49±0,08			5	45,45	3	27,27	0,14±0,07							2		2	18,18	
			после	12,6±0,15	11	100,0			0,28±0,02 p<0,02			5	45,45	2	18,18	0,03±0,022 p<0,1							2		2	18,18	
	2.2	13	до	13,0±0,22	11	84,6			0,46±0,02			3	27,03	8	61,53	0,33±0,08							1		1	7,69	
			после	12,7±0,16	11	84,6			0,43±0,02 p<0,2			3	27,03	4	30,76	0,09±0,04 p<0,01							1		1	7,69	
	2.3	6	до	12,75±0,20	4	66,6			0,46±0,04			2	33,3									4		2	33,3	1	16,66
			после	12,63±0,18	4	66,6			0,44±0,04 p<0,4			2	33,3										4		2	33,3	1

матогеографических, природных факторов курорта "Аршан".

Полученные результаты подверглись статистической обработке при помощи пакета программы "Biostat". Сравнение групп проводилось с использованием критерия Стьюдента, в доверительном интервале более 95%.

Результаты и обсуждение

Учитывая, что первичный отбор больных проводился не только по санаторно-курортной карте, но и по ряду характерных для хронического холецистита жалоб, данных анамнеза и объективных, ниже мы приводим кинетику субъективных симптомов при поступлении и при выписке у больных 1 - основной и 2 - сравнительной групп. Здоровые лица жалоб не предъявляли.

Больные подгруппы 1.1 (табл.1) почти все предъявляли жалобы при поступлении на ощущение тяжести и астению и каждый пятый - на кожный зуд. После краткосрочного курса комплексного лечения на курорте "Аршан" при выписке у всех больных исчезли вышеизложенные жалобы. По данным УЗС (табл.2) так же отслеживалась положительная динамика. Так, толщина стенки желчного пузыря существенно уменьшилась с

0,42±0,036 см до 0,35±0,02 см, однако уровня здоровой группы не достигла. Сладж-синдром, выявленный при поступлении у 2 больных, сохранился при выписке - у одного. После курса комплексного лечения на курорте "Аршан" достоверных изменений в объеме и в сократительной способности ЖП (табл.3, 4) не произошло ($p>0,05$).

У больных подгруппы 1.2 - с ХБХ с гиперкинезом желчного пузыря и желчевыводящих путей при поступлении в большинстве случаев были жалобы на схваткообразные боли в области правого подреберья, на рвоту, усиливающую боль - у половины больных. Наблюдалось чувство горечи во рту в 83,33% случаев, астено-депрессивный синдром - у всех, а кожный зуд - у каждого четвертого. По окончании курса лечения болевой синдром был купирован у 2/3 больных, в три раза уменьшилось число больных, жалующихся на рвоту, в 4 - горечь во рту. Положительная динамика регистрировалась по УЗС при выписке. Стенка желчного пузыря значительно уменьшилась с 0,49±0,03 см до 0,37±0,02 см. Сладж-синдром, который наблюдался у 11 (61,11%) больных при поступлении, на момент выписки сохранился - у 7 (38,88%). Достоверно уменьшился первоначально

Таблица 3.

Кинетика объема желчного пузыря под действием минеральной воды "Аршан" у больных хроническим холециститом, с 10-14 дневным сроком лечения

Группы	Подгруппы	Этап исследования	Объем 1 - до приема воды, м ³	Объем 2 - через 15 мин., м	Объем 3 - через 30-45 мин., м ³
Группа здоровых (п - 12)			10,28±0,45	6,51±0,32	3,29±0,22
1.1 с гипертензией (п - 18)	ХБХ норм, мотор. (п - 5)	ДО	16,7±1,61	9,3±1,32	5,2±0,45
		после	14,8±0,84 $p>0,05$	7,4±0,96 $p>0,05$	3,6±0,34 $p>0,05$
	ХБХ с гипертензией (п - 18)	до	18,3±1,63	7,8±0,49	5,9±0,35
		после	15,2±1,5 $p<0,01$	7,7±0,52 $p>0,05$	5,7±0,32 $p>0,05$
	ХБХ с гипотензией (п - 30)	до	21,2±2,17	20,1±2,06	13,8±1,11
		после	17,24±1,74 $p<0,01$	13,9±1,62 $p<0,09$	9,6±0,73 $p<0,02$
	1.4 ХКХ (п - 10)	до	18,6±1,42	12,86±1,7	9,1±1,51
		после	17,37±0,85 $p>0,05$	11,9±1,86 $p>0,05$	7,8±1,28 $p>0,05$
	ДЖВП с гипертензией (п - 6)	ДО	16,2±2,31	5,4±0,63	4,4±0,33
		после	14,6±1,32 $p>0,05$	6,45±0,67 $p>0,05$	4,05±0,19 $p>0,05$
2.1 с гипотензией (п - 11)	2.1 ХБХ с гипертензией (п - 11)	до	18,1±2,09	8,7±1,15	6,2±0,18
		после	14,2±0,68 $p<0,009$	6,7±0,57 $p<0,01$	5,1±0,48 $p<0,02$
	2.2 ХБХ с гипотензией (п - 13)	до	17,9±2,75	16,6±2,59	12,7±1,57
		после	15,3±1,28 $p<0,03$	13,5±1,1 $p<0,02$	10,7±1,03 $p<0,03$
	2.3 ХКХ (п - 6)	до	15,9±0,86	13,5±1,31	10,8±1,59
		после	15,1±1,15 $p>0,05$	13,3±1,76 $p>0,05$	10,2±1,29 $p>0,05$

Таблица 4.

Кинетика объема желчного пузыря до- и после лечения в процентах от исходного уровня у больных хроническим холециститом, пролеченных краткосрочным курсом лечения на курорте «Аршан», в сравнении с традиционной медикаментозной терапией

Группы	Подгруппы	Этап исследования	Показатели объема желчного пузыря	
			объем пузыря через 15 мин. от исх., %	объем пузыря через 30-45 мин. от исх., %
Здоровые (п - 12)			61,88±6,8	32,93±4,35
Нормотония	1.1 ХБХ нормотонией (п - 5)	до	55,92±7,66	31,77±3,11
		после	54,88±2,24 p>0,05	24,53±2,82 p>0,05
	1.2 ХБХ с гипертензией (п - 18)	до	45,28±2,95	34,43±2,34
		после	54,67±3,91 p<0,006	41,57±2,77 p<0,05
	1.3 ХБХ с гипотензией (п - 30)	до	90,16±1,99	62,91±2,96
		после	76,83±2,63 p<0,001	56,35±2,74 p<0,01
	1.4 ХКХ (п - 10)	до	66,44±6,88	49,81±8,02
		после	61,52± p>0,05	46,98±5,7 p>0,05
	1.5 ДЖВП с гипертензией (п - 6)	до	34,34±2,93	29,28±4,18
		после	44,74±3,73 p<0,05	23,32±4,69 p>0,05
	1.6 ДЖВП с гипотензией (п - 3)	до	81,96±11,96	75,51±4,00
		после	77,04±4,02 p>0,05	56,84±4,36 p<0,008
Сладж-синдром	2.1 ХБХ с гипертензией (п - 11)	до	47,67±1,93	34,24±2,13
		после	40,42±2,21 p>0,05	35,39±1,8 p>0,05
	2.2 ХБХ с гипотензией (п - 13)	до	93,45±2,38	72,85±1,90
		после	88,59±2,38 p>0,05	70,19±2,74 p>0,05
	2.3 ХКХ (п - 6)	до	85,32±7,34	67,65±8,12
		после	88,46±9,02 p>0,05	68,56±8,14 p>0,05

ный объем желчного пузыря (с 18,3±1,63 мл до 15,2±1,5 мл). После проведенного лечения улучшилась сократительная способность желчного пузыря. Во вторую фазу сокращения объем желчного пузыря сократился с 42,25% на 54,67±3,91% от первоначального, однако уровня здоровых лиц не достиг. Изменения в сокращении третьей фазы не произошло.

Больные подгруппы 1.3 - ХБХ с гипомоторной функцией чаще всего (70,0%) предъявляли жалобы при поступлении на постоянные ноющие боли в правом подреберье. Ощущение тяжести в этой же области было у каждого второго больного, что указывает на длительно текущий процесс и на склероз желчного пузыря [5]. Часто (43,33%) беспокоила горечь во рту, а кожный зуд был у каждого третьего. Астено-депрессивный синдром отслеживался в 76,76% случаев. Рвота, приносящая облегчение болевого синдрома, встречалась в 26,75%.

После краткосрочного курса лечения на курорте "Аршан" все больные отмечали субъективное улучшение самочувствия. Болевой синдром остался только у каждого 5 больного, ощущение

тяжести - у одной трети. Жалобы на рвоту уменьшились в 2 раза. Горечь во рту сохранялась лишь у 1/6 части больных. Уменьшились также жалобы на кожный зуд, которые остались только у 6 (20,0%) больных, а на чувство усталости, слабости по утрам, раздражительности - только у 4 (13,33%) (табл.1).

УЗС установило (табл.2) значимое (p<0,05) уменьшение толщины стенки желчного пузыря с 0,48±0,02 см до 0,39±0,01 см. Сладж-синдром при поступлении был зарегистрирован у каждого второго, его размер составил 0,62±0,05 см., после лечения наблюдался реже - у 1/3, при этом размер его значимо уменьшился до 0,17±0,04 см (p<0,05). При анализе сократимости желчного пузыря (табл.3) отмечено, что в конце второй фазы сокращения он уменьшился до 90,16±1,99% от первоначального. Следовательно, у больных подгруппы 1.3 была резко выраженная гипотония ЖП по сравнению со здоровой группой, что и способствовало образованию сладж-синдрома. В конце третьей фазы желчный пузырь сократился до 62,91±2,96% от первоначального объема. Причем четко разграничить фазы сокращения было нель-

зя. После проведенного лечения на курорте "Аршан" достоверно прослеживалось ($p < 0,05$) улучшение сократительной функции желчного пузыря. Значительно уменьшилась гипотония во вторую фазу сокращения - желчный пузырь достиг $76,83 \pm 2,63\%$ от первоначального объема ЖП, а к концу третьей фазы сократился еще более - до $56,35 \pm 2,74\%$ (табл.4).

Таким образом, при анализе действия минеральной воды "Аршан" на течение ХБХ прослежено улучшение показателей УЗС, которые сочетались с положительной динамикой клинических симптомов. Зарегистрировано достоверное уменьшение толщины стенки желчного пузыря размеров сладжа и улучшение сократимости желчного пузыря во всех трех группах хронического бескаменного холецистита, что свидетельствует о противовоспалительном, холекинетическом, холелитическом действии минеральной воды "Аршан" и кроме того, исчезли клинические симптомы: боль, горечь во рту, желудочно-кишечной диспепсии. Значительно уменьшился астено-депрессивный синдром, следовательно, минеральная вода "Аршан", благотворно влияет на метаболизм гепатоцитов и уменьшает тем интоксикацию. Вегетативная дисфункция является триггерным механизмом дискинезии желчевыводящих путей и предстает ХБХ, упорядочивание вегетативной регуляции, в частности на моторику ЖП и ЖВП, еще один из механизмов благотворного действия комплекса целебных факторов курорта "Аршан" даже при 10-14 дневном курсе лечения.

Подгруппа 1.4 представлена 10 больными хроническим каменным холециститом (ХКХ). Половина из них при поступлении предъявляла жалобы на постоянные ноющие боли в правом подреберье, а у двух (20,0%) - боли были схваткообразные, что говорит о разнородности моторной дисфункции желчного пузыря при ХКХ, причем гипокинез встречался чаще. На тяжесть в правом подреберье жаловались 80,0% больных, на рвоту - половина, горечь во рту - все. Кожный зуд был в 70,0% случаев, почти у всех больных (90,0%) был астено-депрессивный синдром. Итак, количество больных ХКХ, которые предъявляли 2-3 и более жалоб, было больше, чем в подгруппах с ХБХ. После проведенного 10-14 дневного курса лечения на курорте "Аршан" значительное улучшение состояния отмечали 6 из 10 больных, незначительное - 3, не было эффекта от лечения - у одного больного. Постоянная ноющая боль и иногда рвота остались у каждого третьего. Уменьшилось на 40,0% количество больных, страдающих от горечи во рту и на 50,0% - от кожного зуда. Астено-депрессивный синдром сохранился только у 4 (40,0%) больных. По данным УЗС толщина стенки недостаточно уменьшилась с $0,49 \pm 0,03$ см до $0,43 \pm 0,02$ см ($p > 0,05$). Количество больных, у которых выявлялись усиление эхогенности печени, плотность стенки желчного пузыря после лечения не изменилось. Улучшения сократимости желчного пузыря в этой группе после лечения не наступило. Однако размеры сладжа так

же, как и в подгруппах ХБХ достоверно уменьшились с $0,25 \pm 0,1$ см до $0,15 \pm 0,06$ см. Уменьшилось в три раза количество больных с мелкими камнями. Следовательно, минеральная вода "Аршан" действует литолитически (табл.1, 2, 3, 4).

При поступлении больных подгруппы 1.5 - ДЖВП с гиперкинезом желчного пузыря и желчевыводящих путей - в основном беспокоили схваткообразные боли, горечь во рту, которые были у 5 из 6 (83,33%) больных. Все больные предъявляли жалобы на рвоту, усиливающую боль, на симптомы астено-депрессивного синдрома. Кожный зуд был у 1/3 больных.

После проведенного 10-14 дневного комплексного курса лечения на курорте "Аршан" боль наблюдалась в 2,5 раза реже, а рвота - в 6. Горечь во рту и астено-депрессивный синдром остались у 3, а кожный зуд - только у одного больного. После лечения размеры стенки желчного пузыря уменьшились с $0,31 \pm 0,03$ см до $0,24 \pm 0,01$ см и достигли размеров толщины стенки желчного пузыря здоровой группы. Сладжа и камней в подгруппе 1.5 выявлено не было. У 2/3 больных были диагностированы перегибы ЖП, у 1 (16,66%) - рефлюкс желчи, которые остались и после лечения. После лечения достоверно уменьшился размер желчного пузыря с $16,2 \pm 2,31$ мл до $14,66 \pm 1,32$ мл ($p < 0,05$). Улучшилась существенно сократимость желчного пузыря в конце второй фазы с $34,34 \pm 2,93\%$ от первоначального объема до лечения и на $44,74 \pm 3,73\%$ - после лечения, но величин здоровой группы не достигла.

Подгруппа 1.6 представлена 3 больными ДЖВП с гипокинезом желчного пузыря и желчевыводящих путей. Все больные поступили с жалобами на постоянные ноющие боли в правом подреберье, рвоту, уменьшающую эту боль, и астено-депрессивный синдром, горечь во рту. Кожный зуд при поступлении был у 2 больных. После проведенного лечения на курорте "Аршан" выше перечисленные жалобы остались у одной из 3 больных. Толщина стенки желчного пузыря после лечения не достоверно уменьшилась с $0,3 \pm 0,33$ см до $0,23 \pm 0,03$ см. Перегибы были при поступлении диагностированы у 2 больных, которые остались и после лечения. При анализе сократимости была выявлена резко выраженная гипотония при поступлении в сравнении со здоровой группой, которая не значимо уменьшилась, но значения здоровой группы не достигла (табл.4).

В подгруппе 2.1 сравнительной группы, до начала лечения 10 (90,9%) больных предъявляли жалобы на схваткообразные боли, ощущение тяжести в правом подреберье. Рвота была у 5 (45,45%) больных, горечь во рту - 9 (81,81%). Кожный зуд беспокоил 4 (36,36%), астенодепрессивный синдром был у всех больных.

После лечения у больных подгруппы 2.1 сравнительной группы, так же отмечалась положительная динамика субъективных симптомов и показателей УЗС. Среди них уменьшилось в 2 раза количество больных, предъявлявших жалобы на боль, ощущение тяжести в правом подреберье, го-

речь во рту и астено-депрессивный синдром и на 1/3 - рвота. Количество больных, жалующихся на кожный зуд, после лечения не изменилось. Толщина стенки желчного пузыря после лечения достоверно ($p < 0,05$) уменьшилась с $0,49 \pm 0,06$ см до $0,28 \pm 0,02$ см. Сладж-синдром до лечения был выявлен у 3 (27,27%) больных, после лечения - у 2 (18,18%), его размеры значимо уменьшились с $0,14 \pm 0,027$ см до $0,03 \pm 0,02$ см. Первоначальный объем желчного пузыря после лечения достоверно ($p < 0,05$) уменьшился с $18,1 \pm 2$ мл до $14,2 \pm 0,68$ мл. Улучшения сократимости после лечения не последовало.

Большая часть - 10 из 13 (76,92%) больных (подгруппы 2.2) ХБХ с гипокинезом желчного пузыря и желчевыводящих путей до лечения предъявляли жалобы на постоянные ноющие боли и ощущение чувства тяжести в правом подреберье, слабость по утрам, утомляемость, раздражительность. У каждого третьего - 4 (30,76%) была рвота, уменьшающая боль. У большинства (81,81%) была горечь во рту. Синдром холестаза был у каждого третьего. После медикаментозного лечения болевой синдром уменьшился в полтора раза, а ощущение тяжести в правом подреберье - в половину. Рвота наблюдалась у 3 из 4 (23,07%) больных, ее имеющих до лечения. Горечь во рту наблюдалась в 4,5 раза реже у больных, кожный зуд - в 2, астено-депрессивный синдром - в 1,5. При анализе УЗИ выявлено, что у 2 (15,38%) больных в начале лечения была усиленная эхогенность печени, оставшаяся и после лечения. Стенка желчного пузыря до лечения была утолщена до $0,46 \pm 0,02$ см и после лечения она не существенно уменьшилась. Количество больных до лечения с выявленным сладжем было 8 (61,53%), после лечения их число уменьшилось в два раза, а его размеры сократились - с $0,33 \pm 0,08$ см до $0,09 \pm 0,04$ см ($p < 0,01$). Количество больных с перегибами и рефлюксом желчи после лечения не изменилось. Объем желчного пузыря достоверно ($p < 0,03$) уменьшился с $17,9 \pm 2,75$ мл до $15,3 \pm 1,28$ мл. Значимого улучшения сократимости желчного пузыря после лечения у больных этой подгруппы не произошло.

Подгруппа 2.3 представлена 6 больными хроническим каменным холециститом. Обращает на себя внимание значимо большее количество больных, предъявляющих жалобы, по сравнению с двумя предыдущими. Так все больные, жаловались на постоянные боли в правом подреберье и астенодепрессивный синдром. Пять из шести - на ощущение тяжести в правом подреберье и горечь во рту. У четырех были кожный зуд и рвота, усиливающая боль - у 2 и уменьшающая её - у 2. После амбулаторного лечения в течение 14 дней болевой синдром уменьшился незначительно, при этом сохранился у пяти из шести больных. Ощущение тяжести в правом подреберье осталось у половины больных, ее ранее имеющих. Рвота продолжала беспокоить тех же четверых больных. Чувство горечи осталось у двух из 5 больных.

Продолжал беспокоить четырех больных астено-депрессивный синдром и кожный зуд, который остался на прежнем уровне. Достоверной динамики по УЗИ у больных в этой подгруппе на курсе медикаментозного лечения не получено. В то время как у больных ХКХ основной группы, пролеченных минеральной водой, достоверно сократилось количество больных с мелкими камнями в ЖП.

Учитывая изменения, произошедшие у больных, как при ДЖВП, так и с без- и каменным хроническим холециститом, после короткого 10-14 дневного курса лечения, можно сказать, что комплексное лечение на курорте "Аршан" обладает противовоспалительным, холеретическим, холекинетическим, желчегонным, спазмолитическим - болеутоляющим действием, нормализует функцию вегетативной нервной системы, что очень важно в лечении дискинезий ЖП и ЖВП и холецистита. При лечении минеральной водой уменьшается застой желчи, повышается тонус желчного пузыря, уменьшаются дискинезии, улучшаются обменные процессы в печени. В минеральной воде "Аршан" присутствует сульфатный ион, который, соединяясь с натрием и магнием, улучшает коллоидную стабильность желчи и уменьшает вероятность образования желчных камней, а по результатам УЗИ, наблюдаемым у больных подгруппы 1.4 обладает ещё литолитическим действием, что доказывается и благотворным влиянием на сладж-синдром.

Сравнительный анализ стандартной медикаментозной терапии, так же как и минеральная вода "Аршан" в комплексе с префрмированными природно-климатическими факторами оказывают холекинетический, холеритический, противовоспалительный, болеутоляющий эффект, однако более значимо прослеживается в основной группе больных с ХБХ. У больных подгруппы 2.3 сравнительной (ХКХ) - эффект от медикаментозного лечения выражен не значительно, а по данным УЗИ исследования, вообще не получен. Полагаем, что при лечении минеральной водой "Аршан" механизм уменьшения толщины стенки желчного пузыря обусловлен уменьшением воспаления в ней.

Минеральная вода "Аршан" в комплексе с природно-климатическими методами лечения, в отличие от медикаментозного лечения, способствуют элиминации мелких камней ЖП. На морфоструктурные изменения хронического холецистита, как то на перегибы ЖП и рефлюксы желчи в процессе лечения минеральная вода "Аршан" не оказывает влияния, как и мекаментозное.

Анализ полученных данных показывает достаточно высокую эффективность краткосрочного 10-14 дневного комплексного курса лечения хронического холецистита на курорте "Аршан", не уступающего по эффективности мекаментозной терапии, что позволяет рекомендовать внедрить в практику подобной продолжительности курсы лечения при ДЖВП, ХБХ и ХКХ с микролитами.

T.P. Sizikh, L.P. Kovaleva, L.A. Poljanskaya, V.I. Songolov, S.A. Magadaeva, L.A. Sorokovikova.

(Irkutsk State Medical University)

The influence of the complex of factors of the Rezet "Arshan" in 10-14 days course of treatment on the course of chronic cholecystitis as compared to the traditional drug therapy has been studied. It has been revealed that the complex of sanatorium-rezert factors has more wider spectrum of actions, than drug treatment only. There have been obtained analgetic, cholekinetic, choleretic and litholytic effects as well as antiinflammatory, spasmolytic ones and improving metabolic processes in liver, decreasing intoxication, astenic and depressive phenomena and normalizing motility of gallbladder and biliary ways.

Литература

1. Антонов О.С., Ротанов О.П. Ультразвуковая диагностика дискинезий желчных путей // Тер. архив. - 1986. - Т.58, №2. - С.91-99.
2. Алексеев Р.О. Сонография стенки желчного пузыря // Вестник рентгенологии и радиологии. - 1990. - №5-6. - С.111.
3. Богер М.М., Мордов С.А. Ультразвуковая диагностика органов пищеварения // Клини. мед. - 1985. - №2. - С.7-100.
4. Виноградов В.В., Зима П.И., Мазаев П.Н. Диагностика холецистита // М. Медицина, 1978. - С.57-62.
5. Доценко А.П., Чинченко Е.И., Квелашвили Д.В. Бескаменный холецистит. - Киев: Здоровья, 1990. - С.54.
6. Запеева В.В., Семёненко М.Г. Ошибки в диагностике хронического холецистита // В сб.: Актуальные вопросы диагностики и лечения холецистита. - Краснодар, 1988. - С.39-44.
7. Евстафьева Т.Н., Надгиреев М.К., Славов А.И., Гурджиян М.Д., Ермошенко Б.Г. // Значение ультразвуковой диагностики при заболеваниях желчевыводящей системы / В кн. Актуальные вопросы диагностики и лечения холецистита. - Краснодар, 1988. - С.35-39.
8. Лемешко З.А. Методическое ультразвуковое исследование брюшной полости // Клини. медицина. - 1987. - №2. - С.134-141.
9. Логинов А.С., Ходарев Н.Н., Бычков Ю.П., Топорков А.С. Диагностические возможности ультразвукового сканирования при заболеваниях желчевыводящих путей и печени // Тер. архив. - 1980. - №8. - С.134-136.
10. Ногаллер А.М. Заболевания желчного пузыря и желчных путей. - М., 1969.
11. Поляк Е. З. Рентгенологические показатели основных функций желчного пузыря в норме и при холецистите. Автореф. ... дис. д.м.н. - Киев, 1968.
12. Савельев В. С., Петухов В.А., Нарайкин 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.
13. Скуя Н.Я. Хронические заболевания желчных путей. - Л., 1972.
14. Цыб А.Ф., Дергачев А.И. Ультразвуковая интраскопия в диагностике заболеваний желчного пузыря и желчевыводящих протоков // Вестник рентгенологии и радиологии. - 1990. - №5-6. - С. 111-112.
15. Циммерман Я.С., Головский Б.В. Хронический бескаменный холецистит // Клини. медицина. - 1983. - №5. - С.129-136.
16. Anastasi B., Sutherland G. R. Biliary sludge ultrasonic appearance simulatid neoplasm // Brit. J. Radiol. - 1981. - Vol.54. - P.975-977.

© ВИННИК Ю.С., ПЕТРУШКО С.И., ПОПОВ Д.В. -
УДК 616.342-002+616.379-008.64(571.53)

НОВЫЙ МЕТОД ОРГАНОВОССТАНАВЛИВАЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Ю.С. Винник, С.И. Петрушко, Д.В. Попов.

(Красноярская государственная медицинская академия, ректор - акад. РАЕН и АН ВШ, д.м.н., проф. В.И. Прохоренков, кафедра общей хирургии, зав. - д.м.н., проф. М.И. Гульман)

Резюме. Нами разработан новый метод пилороросстанавливающей операции при язвенной болезни пилорoduodenальной зоны. Метод выполняется при поражении на 1/2 передней стенки привратника. С использованием микрохирургической технологии перемещается сформированный серозно-мышечный лоскут пилоруса. Этот метод позволяет сохранить и компенсировать функциональную активность сфинктера

Лечение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ДПК) продолжает оставаться актуальной проблемой современной медицины, несмотря на значительные успехи гастроэнтерологии. Это объясняется большой распространенностью заболевания с частым осложненным течением,

поражающего людей наиболее трудоспособного возраста [1,5,8,9,11].

По литературным данным [2,3,4,6,7,10] на долю пилорoduodenальных язв приходится от 4,5 до 12,4%. Наличие язвенного дефекта вблизи пилорического жома или вовлечение последнего в па-