

Литература

1. Абусуев С.А., Кадиева Г.М., Джамалутдинова Н.А., Кантария Ф.О. Гепатопатии при сахарном диабете // Актуальные проблемы современной эндокринологии. – СПб., 2001. – С.5.
2. Балаболкин М.И. Диабетология. – М.: Мед, 2000. – 672 с.
3. Геллер Л.И., Гладких Л.Н., Грязнова М.В. Лечение жирового гепатоза у больных сахарным диабетом // Проблемы эндокринологии. – 1993. – №5. – С.20-21.
4. Туркина С.В. Состояние антиоксидантной системы при диабетическом поражении печени. Автореферат дисс. ... канд. мед. наук. – Волгоград, 1999. – 32 с.
5. Шулутко Б.И. Болезни печени и почек. – СПб., 1993. – С.469.
6. Batt A.M., Magdalou J., Vincent-Viry M., Ouzzini M., Fournel-Gigleux S., Galteau M.M., Siest G. Drug metabolizing enzymes related to laboratory medicine: cytochromes P-450 and UDP-glucuronosyltransferases // Clin. Chim. Acta. – 1994. – Vol.226, N.2. – P.171-190.

© СИЗЫХ Т.П., КОВАЛЕВА Л.П., СОРОКОВИКОВА Л.А., СОНГОЛОВ В.И., ПОЛЯНСКАЯ Л.А., МАДАГАЕВА С.А., СТРУГАНОВА С.А. –
УДК 616.366-002-08-02:615.838

КЛИНИКО-РЕОГРАФИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КРАТКОСРОЧНОГО КУРСА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ НА КУРОРТЕ “АРШАН”

*Т.П. Сизых, Л.П. Ковалева, А.А. Сороковикова, В.И. Сонголов, А.А. Полянская,
С.А. Мадагаева, С.А. Струганова.*

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор – акад. МТА и АН ВШ д.м.н., проф. А.А. Майборода)

Резюме. В работе представлены клинические, реогепатографические критерии эффективности комплексного краткосрочного лечения больных на курорте “Аршан” с различными вариантами хронического холецистита.

Хронический холецистит – широко распространенное заболевание желчевыводящих путей, встречается с частотой 6-7 случаев на 1000 населения [7]. В клинике внутренних болезней, в структуре гастроэнтерологической патологии на долю заболеваний билиарной системы приходится 13,61% от обращаемости, а среди госпитализированных больных – от 4% до 29% [12]. Высокую распространенность хронического холецистита и желчнокаменной болезни подтверждают данные аутопсии. Еще В.Х. Василенко (1969) писал: “...в последнее десятилетие на нас надвигается целая туча воспалительных процессов желчных путей, желчнокаменная болезнь учащается во всем мире невиданными темпами”. Посему проблема хронического холецистита является весьма актуальной с медицинских, социальных и экономических позиций.

К развитию хронического холецистита приводит дискинезия желчевыводящих путей, которая возникает рефлекторно при заболеваниях органов брюшной полости (гастрит, язвенная болезнь, хронический панкреатит, колит). Так же к хроническому калькулезному холециститу приводит застой желчи и формирование осадка (сладж-синдром). По данным С.В. Коу сладж переходит в камни у 5-15% больных [6].

Желчный осадок был впервые выявлен в 1970 г., благодаря УЗС-диагностике. Сладж представляет собой смесь твердых частиц и желчи, образующийся при осаждении растворенных в ней веществ. Основными компонентами желчного

осадка, как правило, являются кристаллы моногидрата холестерина, билирубината кальция и других солей кальция [6,15,16]. Сладж образуется у 26-31% беременных, при этом, чем больше у женщины было беременностей и чем чаще, тем выше риск камнеобразования, что объясняется увеличением эстрогенов и прогестеронов [6]. Эстрогены увеличивают насыщение желчи холестерином, а прогестерон уменьшает сократимость желчного пузыря [15]. К усиленному образованию осадка также приводит быстрая потеря массы тела и гипоплипидемическая диета, что актуально для женщин, контролирующих свой вес [6].

Способов предупредить образование желчного осадка по данным доступной нам литературы мы не нашли, хотя ряд исследователей предлагают использовать с целью профилактики урсодезокси-холевую кислоту и холецистокинин [6,15]. Как влияет на желчный осадок минеральная вода и бальнеологическое лечение так же не прослежено.

Хронический холецистит осложняется острым панкреатитом от 1% до 30% случаев [11]. Причем по данным хирургов эти показатели выше, чем приводят терапевты [11]. М.М. Богер (1980) считает, что патология печени и желчевыводящих путей осложнялась хроническим панкреатитом в 56,3% случаев [2]. По материалам общей статистики сочетание этих заболеваний регистрируется в 69,8% [13]. Так же часто среди осложнений встречается реактивный гепатит, перихолецистит, хронический дуоденит и дуоденальный стаз [13].

Диагностировать хронический бескаменный холецистит труднее, чем калькулезный. Диагностика строится на основании учета клинических проявлений заболевания и результатов лабораторных и инструментальных исследований. Важное значение имеют данные опроса, позволяющие получить представление о болевом синдроме, выяснить факторы, способствующие обострению или уменьшению боли. Детальный опрос дает возможность выяснить жалобы, связанные с заболеваниями сопряженных органов. Информативными считаются биохимические анализы крови, которые дают представление о холестазе и других функциях печени. К основному методу диагностики хронического холецистита и дискинезии желчевыводящих путей относится ультразвуковое исследование (УЗИ) [9], которое позволяет визуализировать гранулы билирубината Са или кристаллы моногидрата холестерина диаметром до 0,5-1 мм и более, смешанные со слизью и желчью, а также определить размеры и сократительные способности желчного пузыря, желчевыводящих путей, состояние других органов желудочно-кишечного тракта.

Оценить кровообращение печени позволяет метод реогепаграфии, основанной на зависимости изменения электропроводности живой ткани от колебаний кровенаполнения сосудов. Достоинствами реогепаграфии является простота и абсолютная безвредность метода, высокая чувствительность измерения, высокая динамичность, позволяющая наблюдать и фиксировать быстропротекающие процессы при изменении объема органа, возможность повторных измерений без обременительных манипуляций [8,10], что важно для санаторно-курортного этапа диагностики.

Лечебная база хронического холецистита располагает консервативными и хирургическими методами коррекции, а также консервативными методами реабилитации в условиях профилакториев и курортов. В обострение хронического холецистита консервативная тактика включает антибактериальную, дезинтоксикационную, иммунномодулирующую терапию, желчегонную в сочетании с диетой и физиотерапевтическими воздействиями. Несмотря на столь широкий спектр препаратов, имеющихся в арсеналах врачей, рецидивы хронического холецистита стали реже. По этому понятен все возрастающий интерес к санаторно-курортному лечению [1,4,5].

Минеральная вода, содержащая ионы сульфата, соединяясь с натрием и магнием приобретают желчегонное и холекинетическое свойства, что улучшает коллоидную стабильность желчи [4,5], и должно, вероятно, уменьшать образование сладжа, что приводит к уменьшению застоя желчи, благотворно воздействует на тонус желчного пузыря, ликвидируется дискинезия, улучшаются обменные процессы в печени [4,5]. Также минеральная вода оказывает выраженное регулирующее действие на тонус вегетативной нервной системы и уменьшает проявления астеновегетативного синдрома [1].

Материалы и методы

Всего обследовано 17 больных с хроническим холециститом. Из них было мужчин 4 (23,5%), женщин – 13 (76,47%). Средний возраст их составил 43,5-11,6 лет. Сопутствующей патологией у обследуемых чаще всего был хронический гастрит (у 8 из 17), при этом почти у половины атрофический: у 2 (25%) – антральный атрофический, а у 2 других (25%) – диффузный атрофический. Хронический панкреатит был диагностирован у 7 (41,2%). Следовательно, почти у всех хронический холецистит сочетался с сопутствующей патологией.

РН-метрия была проведена 9 (52,9%) больным. Снижение кислотообразующей функции желудка было обнаружено у двух трети больных: гипоацидное у 2 (22,2%), ацидное – у 4 (44,4%), нормоацидное – у 3 (33,4%).

Все исследуемые получили комплексное лечение на курорте “Аршан”, которое включало: 1) диетотерапию, 2) прием внутрь маломинерализованной углекислой гидрокарбонатно-сульфатной, кальциево-магниево-с малым содержанием кремния и железа минеральной воды из расчета 5 мл на 1 кг массы тела, 3) бальнеопроцедуры (ванны или душ) ежедневно, 4) тюбажи с минеральной водой 2 раза в неделю, 5) фитокомплекс холециметиков и холеретиков, 6) физиопроцедуры (электрофорез с минеральной водой на область желчного пузыря), 7) терренкур, 8) режим сна и отдыха, 9) ландшафтотерапию.

Курорт “Аршан” расположен в среднегорье, в сосновой зоне, климат умеренный с большим числом солнечных часов в год. Курорт обладает мощным адаптационно-тренирующим воздействием. Все исследуемые получили краткосрочный курс лечения в санатории, т.к. продолжительность его была 10-12 дней. Поскольку все больные получали ежедневно весь комплекс лечения, то этот курс можно отнести к интенсивному по нагрузке лечебных процедур. При классическом (21-24 дня) курсе лечения бальнеопроцедуры больные получают через день и при этом имеют до- и после курса лечения 2-3 дня на адаптацию.

Исследуемые, согласно классификации Я.С. Циммермана (1992) были распределены на 2 группы. В группу 1.1 вошли 12 больных хроническим холециститом с гипокинезом желчного пузыря и желчевыводящих путей и во вторую (1.2) – 5 с гиперкинезом соответственно.

Всем больным при поступлении было проведено традиционное клинико-лабораторное исследование: опрос, осмотр, общий анализ крови (ОАК) и мочи (ОАМ), биохимические исследования крови (билирубин, общий белок, АЛТ, АСТ, ГГТП, ЩФ, триглицериды, холестерин, в-липопротеиды), УЗИ органов брюшной полости, реогепаграфия печени (РГП), фиброгастроудоденоскопия (ФГС) и рН-метрия по показаниям.

При поступлении утром натощак, до приема минеральной воды выполнялось УЗИ желчного пузыря и желчевыводящих путей, а также через 15 и 40 минут после приема 200 мл минеральной

воды "Аршан". По такой же схеме назначалось УЗИ гепатобилиарной системы при выписке. По УЗИ определялись размеры печени, ее структура, толщина стенки желчного пузыря, перегибы желчного пузыря, сладж-синдром, наличие камней.

Реогепатография проводилась на отечественном реографе 4РГ-1А, версия 5,0, медиком МТД 1996-1999 гг. Стандартные условия исследования: утром натощак, до контакта с минеральной водой в теплом помещении ($t=21-22^{\circ}\text{C}$), в горизонтальном положении больного, после 5-10 мин покоя, при задержке дыхания на вдохе, регистрировалась реогепатограмма в течении 5-10 сек. и так же после проведенного лечения. 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.

Для анализа реограммы рассматривались показатели характеризующие:

1. систолическую фазу – реографический индекс (РИ), постоянная времени артериальной камеры (T_a), амплитудно-частотный показатель (АЧП);
2. тонус сосудов – индекс венозного оттока (ИВО), дикротический индекс (ДКИ), диастолический индекс (ДСИ);
3. показатель периферического сопротивления (ППСС);
4. скорость кровенаполнения – максимальная скорость быстрого наполнения (МСБН), средняя скорость медленного наполнения (ССМКН);
5. состояние системного сосудистого тонуса – время распространения пульсовой волны (ВРПВ) [14].

Реограмма печени очень вариабельна по своей форме, но всегда состоит из пресистолической и диастолической волн. Пресистолическая волна возникает в результате сокращения предсердий и возникающем в результате этого препятствием оттоку крови по печеночным и полым венам. Систолическая волна отражает повышение скорости и величины кровенаполнения печени в начальной фазе систолы, а также отражает сумму поступле-

ния в печень портальной и артериальной крови. Диастолическую волну формирует портальный кровоток и отток крови по печеночным венам, который в свою очередь зависит от венозного кровотока в правое предсердие [10]. Амплитуда систолической волны обусловлена пульсовыми изменениями кровотока печеночной артерии, а диастолическая волна определяется портальным кровотоком на фоне угасающей артериальной волны и оттока крови из печени по печеночным венам. Это подтверждено в опытах Н.Я. Андреевой (1997), которая нашла, что при нарастающем сужении просвета печеночной артерии происходило постепенное снижение амплитуды систолической волны. Это говорит о главном значении в формировании систолической волны – повышение объема крови, протекающей через печеночную артерию и ее ветви во время систолы, также имеет значение и окольный артериальный кровоток. Путь распространения окольного кровотока длиннее, о чем свидетельствует ВРПВ [10].

В данное время для анализа реогепатографии используют дифференциальную реограмму, а именно ее первую производную, отражающую скорость кровенаполнения сосудов, что дает информацию о скоростных изменениях кровенаполнения сосудов изучаемого участка органа, что позволяет судить о тонусе и эластичности сосудистой стенки, а амплитуда реограммы, выраженная в омах по отношению к калибровочному сигналу, позволяет судить о величине объемных колебаний в органе [5].

Полученные данные были подвергнуты статистической обработке, достоверность различий анализировали с помощью t-критерия Стьюдента в доверительном интервале более 95%.

Результаты и обсуждение

Анализ клинических проявлений хронического холецистита (табл.1) с гипокинетическим вариантом течения показал, что в группе 1.1 все 12 больных при поступлении предъявляли жалобы на ноющие боли в правом подреберье, чаще (75%) постоянного характера, легкой степени у 7 (58,3%), умеренной – у 5 (41,6%). У большинства (83,3%) больных был обнаружен синдром желудочной диспепсии, как-то тошнота по утрам, реже

Таблица 1.

Субъективные симптомы предъявляемые на фоне короткого курса лечения больными с хроническим холециститом с гипокинетической и гиперкинетической моторикой на курорте "Аршан"

Группы		Боль в правом подреберье				Продолжительность болей				Интенсивность болей						Сочетающиеся с болями				Тошнота по утрам	
		ноющая		схваткообразная		постоянная		периодичная		сильные		умеренные		слабые		опоясыв.		ноющие в эпигас.			
																				n	%
1.1. Гипокинез желчного пузыря	До лечения	12	100,0	—	—	3	25	9	75,0			5	41,6	7	58,3	4	33,3	6	50,0	10	83,3
	После	—	—	—	—			3	25,0			1	8,3	2	16,7	3	25,0	4	33,3	5	41,7
1.2. Гиперкинез	До лечения	—	—	5	100,0			5	100,0	2	40,0	1	20,0	2	40,0	3	60,0	2	40,0	5	100,0
	После	—	—	—	—			2	40,0			1	20,0	1	20,0	3	60,0	1	20,0	3	60,0

(33,3%) однократная рвота, отрыжка воздухом и тухлым яйцом (16,7%).

Синдром кишечной диспепсии проявлялся редким стулом один раз в 4 дня и более (66,7%), часто сменяющимся кашицеобразным обильным и плохо смываемым (33,3%).

Горечь во рту по утрам отмечалась у двух трети больных, что по данным С.Д. Подымовой говорит о синдроме клеточно-печеночной недостаточности [9].

Боли в правом подреберье у каждого второго (50%) больного сочетались с ноющими в эпигастриальной области и у третьего – опоясывающими. Кроме того, наблюдались другие клинические синдромы: полиартралгии – в 41,6% случаев, кардиалгии – в 58,3%, холестатический – в 33,3% и среди всех – психоэмоциональный.

По данным объективного осмотра у всех в группе 1.1 отмечалась обложенность всего языка, при этом у половины (41,6%) – умеренной степени, у 1/3 – слабой и у 1/4 – интенсивной. При поступлении боль в точке желчного пузыря при глубокой пальпации установлена также у всех больных, у каждого четвертого – положительный симптом Ортнера, у каждого третьего – Мерфи. Увеличение печени на 1-2 см было выявлено в 33,3% случаев. Отмечалась выраженная иктеричность склер, мягкого неба и уздечки у одного больного.

После проведенного краткосрочного 10-12 дневного курса лечения на курорте “Аршан” у больных хроническим холециститом с гипокинетическим вариантом течения (группа 1.1) прошла постоянная боль, больше чем в три раза снизилось количество больных, жалующихся на слабую интенсивность боли и более чем в пять раз – умеренной степени. Уменьшились боли опоясывающего характера у одной трети больных, как и ноющие боли в эпигастрии. В два раза реже стала регистрироваться тошнота по утрам, в два с половиной – отрыжка горечью. Исчезли жалобы на отрыжку тухлым яйцом, постоянную тошноту и рвоту. Жалобы на отрыжку воздухом сохранялись. Запоры после лечения выявлялись только в 25% случаев, в то время, как до лечения они наблюдались в 66,7% случаев, т.е. после лечения уменьшилось количество больных их имеющих в два с половиной раза. Кашицеобразный стул остался у того же количества больных, а жидкий стул до 2-3 раз в день при выписке отмечался в два с половиной раза чаще. Следовательно, синдром кишечной диспепсии не имел положительной динамики. Значительно, в пять с половиной раза уменьшились симптомы интоксикации. Снизилось число отмечающих утомляемость и раздражительность со 100% до 16,7%. Синдром клеточно-печеночной недостаточности ушел у половины лиц, ее имеющих до лечения (83,3% до 41,6%), как и холестатический.

Количество больных, имеющих обложенность языка осталось прежним, что и до лечения. Однако, степень обложенности языка уменьшилась: интенсивная в три (с 71% до 33,3%) раза, а уме-

ренная – почти в два раза. Боль при глубокой пальпации исчезла у двоих больных, у остальных уменьшилась степень ее выраженности. В три раза реже регистрировался симптом Ортнера. Симптомы Мерфи и Мюсси-Георгиевского сохранились у всех больных. Легкая гепатомегалия, наблюдаемая до лечения у двоих больных в момент выписки не наблюдалась. Иктеричность слизистых у 1 больного до лечения, ее имеющую, осталась, но интенсивность ее также уменьшилась.

Таким образом, у больных хроническим холециститом с гипокинетическим вариантом течения короткий курс лечения на курорте “Аршан” дал ближайший положительный эффект, о чем свидетельствуют клинические данные. Лечебный комплекс курорта “Аршан”, в частности минеральная вода, как видно, обладает действием обезболивающим, нормализующим моторику желчевыводящих путей и кишечника, противовоспалительным, гепатопротекторным и дезинтоксикационным.

Вторая группа представлена больными с хроническим холециститом с гиперкинезом желчного пузыря и желчевыводящих путей. При поступлении они все периодически отмечали схваткообразные боли, а у две трети – постоянное чувство тяжести в правом подреберье. На боль интенсивной степени жаловались двое больных, слабой – двое других и на умеренные – один. Трое регистрировали боль опоясывающего характера, двое – ноющего в эпигастрии. У всех отмечались синдромы желудочной и кишечной диспепсии. Так все отмечали тошноту, двое – отрыжку, а один – рвоту. Трое отмечали кашицеобразный стул, один – запоры, а другой – жидкий. Утреннюю печеночную слабость выявили у всех 5 больных, как и утомляемость в течение дня, раздражительность и эмоциональную лабильность. Горечь во рту отмечена у двух из пяти больных.

При оценке объективных данных при поступлении в группу 1.2, у четырех больных была обнаружена диффузная обложенность языка, и у одного – у корня. Из пяти у одного обложенность языка была выражена интенсивно, у трех – умеренно и у одного – слабо. У всех пяти больных была выявлена при поступлении болезненность при глубокой пальпации в правом подреберье, причем у одного – умеренной степени выраженности, а у четырех – слабой. Наблюдались положительные симптомы Ортнера у 2, Мюсси-Георгиевского – у 3. У одного больного было выявлено увеличение печени, край которой выступал на 1,5 см. из-под правого подреберья. Край печени был ровный, плотновато-эластической консистенции. У этого же больного обнаружена субиктеричность склер.

После краткосрочного курса лечения на курорте “Аршан” в два с половиной раза реже наблюдались у больных схваткообразные боли, как и их связь с нарушением характера и режима питания. Исчезли интенсивные боли и у одного –

Таблица 2.

Данные УЗИ желчного пузыря у больных хроническим холециститом после краткосрочного курса лечения на курорте "Аршан"

Группы	n	Размеры печени, см	Состояние желчного пузыря				Наличие камней					
			толщина стенки, см	перегибы			сладж		до 1 см		>1 см	
				n	%		n	%	n	%	n	%
Хр. холецистит по гипокINETическому варианту течения (1.1)	До лечения	12	12,7±0,2	0,53±0,02	—	—	6	50,0	1	8,3	—	—
	После	12	12,4±0,3	0,45±0,04*	—	—	2	16,7	—	—	—	—
Хр. холецистит по гиперкинетическому варианту (1.2)	До лечения	5	12,9±0,3	0,56±0,05	1	20,0	1	20,0	2	40,0	—	—
	После	5	12,6±0,3	0,4±0,08*	1	20,0	—	—	1	20,0	—	—

Примечание: * – $p < 0,005$, достоверность по сравнению с исходными данными.

слабой степени. У половины больных ушел синдром желудочной диспепсии. Синдром кишечной диспепсии не претерпел положительной динамики. Жидкий стул был уже не у одного, а у трех больных.

При осмотре на момент выписки диффузная обложенность языка осталась у четырех больных. Однако, ранее наблюдаемая у корня языка у одного больного обложенность исчезла, у остальных уменьшилась ее интенсивность. У двоих больных исчезла болезненность при пальпации в области точки желчного пузыря интенсивной и слабой степени. Уменьшилось число больных, ранее отмечавших положительные симптомы Ортнера и Мюсси-Георгиевского с пяти до одного. Сократилась печень, у больного ее имеющую до лечения. Субиктеричность склер осталась.

Следовательно, получен положительный эффект от краткосрочного курса лечения и при гиперкинетическом варианте хронического холецистита. При этом и в этой группе отмечены те же механизмы действия комплекса лечебных факторов курорта "Аршан", что и при гипокINETическом варианте заболевания.

Изменений средних величин периферической и биохимических показателей крови при поступлении и при выписке как в группе 1.1, так и 1.2 не установлено.

При поступлении по данным УЗИ (табл.2) желчного пузыря и желчевыводящих путей в группе 1.1 при краткосрочном курсе лечения размеры печени равнялись $12,7 \pm 0,2$ см, толщина стенки желчного пузыря $0,53 \pm 0,02$ см. Сладж-синдром установлен у каждого второго больного, мелкие включения до 1 см – в 8,3% случаев. После лечения у больных хроническим холециститом по гипокINETическому типу (группа 1.1) – печень осталась прежних размеров. Достоверно ($p < 0,05$) уменьшилась толщина стенки желчного пузыря с $0,53 \pm 0,02$ до $0,45 \pm 0,004$. Сладж-синдром при выписке зарегистрирован в 3 раза реже по сравнению с поступлением. Мелкие включения, выявленные у одного больного, при выписке не были обнаружены.

В группе 1.2 – больных хроническим холециститом с гиперкинезом желчного пузыря и желчевыводящих путей – размеры печени до лечения равнялись $12,9 \pm 0,3$ см. Стенка желчного пузыря была утолщена до $0,566 \pm 0,05$ см. Перегибы его наблюдались у 1 больного как и сладж-синдром, а мелкие включения – у двоих. После краткосрочного комплексного курса лечения на курорте "Аршан" в этой группе (1.2) размеры печени не существенно сократились. Толщина стенки желчного пузыря достоверно ($p < 0,05$) уменьшилась до $0,4 \pm 0,08$. Перегиб желчного пузыря сохранился. Сладж-синдром, наблюдаемый до лечения, исчез. Включения остались у одного из двоих.

Следовательно, минеральная вода "Аршан" по данным УЗИ, в комплексе с диетой, бальнеофизиолечением обладает противовоспалительным, холеретическим, нормализующим кинетику желчного пузыря и желчевыводящих путей, а главное, благотворно влияет на сладж-синдром и элиминирует инкременты. Вероятно, минеральная вода "Аршан" улучшает реабсорбционную функцию стенки желчного пузыря для воды, липидов, желчных кислот, что и восстанавливает коллоидную структуру желчи. Это ещё раз подтверждает наблюдаемый клинический противовоспалительный, дренажный, холекинетический эффекты лечебного комплекса курорта "Аршан".

Всем исследуемым обеих групп была проведена реогепаграфия печени (РГП) как при поступлении, так и при выписке. При поступлении нормальное состояние РГП было только у одного из 17 (5,81%) больных. Явления вазоспазма установлены – у двух (11,7%). Вазодилатация зарегистрирована у 14 из 17 больных: незначительной степени выраженности – у 8 (47%), умеренной – у 5 (29,4%), выраженной – у одного (5,8%).

После проведенного лечения нормальное состояние РГП стало у 2 (11,71%), т.е. параметры гемодинамики печени нормализовались еще у одного больного. Вазоспазм и заметная дилатация исчезли после лечения у тех больных, у которых они наблюдались. Умеренная же вазодилатация после лечения стала не у 5 больных, а у 7 (41,7%)

Тонус прекапиллярного русла стал еще меньше, ДКИ понизился и стал равен $19,4 \pm 5,35$, а ДСИ – до $25,7 \pm 6,6$. Понизился в 2 раза тонус посткапиллярного русла. Следовательно, обнаружен выраженный вазодилатирующий эффект.

Тонус прекапиллярного и посткапиллярного русла ещё уменьшился. ДКИ снизился до $25,0 \pm 7,89$, а ДСИ – до $30,0 \pm 16,44$. Периферическое сосудистое сопротивление также понизилось и стало равно $44,6 \pm 0,01$. Скоростные показатели увеличились недостоверно, так ССМКН с $0,274 \pm 0,02$ до $0,32 \pm 0,056$, а МБСН – с $0,304 \pm 0,04$ до $0,358 \pm 0,09$.

43

Уменьшилось время распространения пульсовой волны – ВРПВ снизился в 2,5 раза и стал равен $42,4 \pm 12,6$. Венозный отток (ИВО) повысился и стал равен $22,8 \pm 9,43$.

Количественные изменения РГП указывают на положительное изменение параметров печеночной гемодинамики под влиянием лечебного комплекса курорта “Аршан”. При краткосрочном курсе лечения увеличивается скорость поступления крови в печень и увеличивается отток из органа, что в первую очередь говорит о благотворном эффекте минеральной воды на печеночную гемодинамику.

Итак, минеральная вода в комплексе с другими лечебными факторами курорта “Аршан” при краткосрочном курсе лечения нормализует тонус желчных путей и кишечника, действует спазмолитически, болеутоляюще, оказывает противовоспалительное, гепатопротекторное, холекинетическое, холеретическое и дезинтоксикационное действие. Улучшает кровоток и функциональное состояние печени, способствует элиминации сладж-синдрома и инкрементов.

CLINICAL- RHEOGRAPHIC ASSESSMENT OF EFFICACY OF SHORT-TERM COURSE OF TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC CHOLECYSTITIS AT THE RESORT “ARSHAN”

T.P. Sizikh, L.P. Kovaleva, V.I. Songolov, L.A. Polyanskaja, S.A. Magadaeva, S.A. Struganova

(Irkutsk Institute for Medical Advanced Studies)

The clinical and rheographic criteria of efficacy of short-term course of treatment of patients with various variants of chronic cholecystitis at the resort “Arshan”, are presented in the article.

Литература

1. Бобров Л.Л., Пономаренко Г.Н., Лещев А.Л., Уханов М.Н., Чудаков А.Ю. Эффективность питьевого лечения хлоридной натриево-кальциевой минеральной водой больных хроническим бескаменным холециститом и дискинезией желчевыводящих путей // *Вопр. курорт., физиотерапии и лечебной физ. культуры*. – М.: Медицина. 1999. – №3. – С.44-46.
2. Богер М.М. Панкреатиты (физиол. и патофизиол. аспекты). – Новосибирск: Наука. – 1984. – 216 с.
3. Галкин В.А. Холелитиаз: Предкаменные состояния, этапы развития, профилактика, лечение // *Врач*. – 1999. – №3. – С.3-6.
4. Гилевич Ю.С., Саакян А.Г. Санаторно-курортное лечение заболеваний печени и желчных путей. – Ставрополь. 1976. – 121 с.
5. Горбунов Ю.В., Корепанов А.М. Лечение больных хроническим холециститом с гипомоторной дискинезией желчевыводящих путей в санатории // *Вопр. курорт. физиотерапии и лечебной физ. культуры*. – 1997. – №5. – С.32-34.
6. Коу С.В., Селиджа Дж.Г., Ли С.П. Желчный осадок // *Межд. журнал мед. практики*. – 2000. – №10. – С.38-47.
7. Окоороков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов. – М.: Мед. литература, 2000. – Т.1. – 548 с.
8. Осколкова М.Н., Красина Г.А. Реография в педиатрии. – М.: Медицина. 1980. – 214 с.
9. Подымова С.Д. Болезни печени. – М.: Медицина. 1993. – 542 с.
10. Полищук В.И., Терехова Л.Г. Техника и методика реографии и реоплетизмографии. – М.: Медицина. 1983. – 174 с.
11. Скуя Н.А. Заболевания поджелудочной железы. – М.: Медицина. 1986. – 238 с.
12. Фукс А.Р. Материалы по эпидемиологии хронических заболеваний желчевыводящих путей в Иркутской области. – Иркутск, 1973. – Автореферат. – 28 с.
13. Шаак Т.В. Ферментативные холециститы. – Л.: Медицина. 1974. – 150 с.
14. Шерлок Ш., Дули Дж. Заболевания печени и желчевыводящих путей / Пер. с англ. – М., 1999. – 864 с.
15. Swobodnik W., Ditschuneit H., Soloway R.D. Gallstone disease. Springer Verlag, Berlin Heidelberg. – 1990. – 254 p.
16. Wong C.W., Ti T.K. The chemical composition of gallstones; its relevance to surgeons in Southeast Asia. *Ann Acad Med Singapore*, 1996. – P.255-258.

© МАМЫКИНА С.С. –
УДК 616.12-005.4-089

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ МАММАРОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ХАРАКТЕРА ПОРАЖЕНИЯ МИОКАРДА

С.С. Мамыкина.

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор – акад. МТА и АН ВШ д.м.н., проф. А.А. Майборода, Областной центр нуклеарной диагностики, зав. отд. – Т.М. Андаева)

Резюме. В статье приведены результаты маммарокоронарного шунтирования у больных ИБС с многососудистым поражением коронарных артерий и сопутствующей патологией, представ-