

- ренция "Химия и технология растительных веществ". – Сыктывкар. – 2000. – С.17.
5. Kimura I., Sagiya M., Ishibash K. Experimental anemia induced by excess iron excretion // Acta Medica Okayama. – 1980. – Vol.34, N.1. – P.31-35.
6. Сметанина Н.С., Токарев Ю.Н. Хелаторная терапия при вторичной перегрузке железом. Гематология и трансфузиология. – 1999. – Т.44. – №5. – С.44-46.
7. Гершко Х., Линк Дж., Пинсон А. Принципы терапии хелантами железа. Гематология и трансфузиология. – 1990. – Т.35. – №3. – С.13-15.
8. Шкурупий В.А., Гаврилин В.Н., Грек О.Р., Шарпов В.И. Исследование эффектов введения лизосомотропных препаратов на структурный гомеостаз и некоторые функции печени мышей. Тезисы 7 конф. Патологоанатомов Латвийской ССР "Патология и морфогенез хронических заболеваний". – Рига. – 1984. – С.184-185.
9. Поспелова Т.И., Агеева Т.А., Лосева М.И., Шкурупий В.А., Грек О.Р., Пупышев А.Б. Об отрицательных эффектах препарата феррум лек. Гематология и трансфузиология. – 1992. – №9-10. – С.25-28.

© ГРИЩЕНКО Е.Г., НИКОЛАЕВА Н.Н., ПЕСЕГОВА М.В., НИКОЛАЕВА Л.В. –
УДК 616.33-002.44-022.7-08-035:612.014.5

КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ АНТИСЕКРЕТОРНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ХЕЛИКОБАКТЕРПИЛОРИ – АССОЦИИРОВАННОЙ ЯЗВОЙ

Е.Г. Грищенко, Н.Н. Николаева, М.В. Песегова, Л.В. Николаева.

(Красноярская государственная медицинская академия, ректор – акад. АН ВШ, д.м.н., проф., В.И. Прохоренков, кафедра терапии ФУВ, зав. – д.м.н., проф., Ю.И. Гринштейн)

Резюме. В статье представлены результаты эффективности антисекреторной терапии у 151 мужчины хеликобактерпилори-ассоциированной дуоденальной язвой с различным типом конституции, которым в качестве ингибиторов желудочного кислотообразования были выбраны блокаторы H_2 -гистаминовых рецепторов из группы фамотицина и блокаторы протонно-помпового насоса из группы омепразола. Установлено, что на эффективность вариантной антисекреторной терапии влияют в том числе и индивидуально-биологические особенности организма. Так, у лиц мускульного соматотипа кислотодепрессивный эффект был достаточным как при использовании омепразола, так и фамотицина. А больные грудного и брюшного соматотипа достоверно лучше реагировали на омепразол.

Одним из важных подходов к профилактике нежелательных изменений в состоянии человека является индивидуализация всех медицинских мероприятий, опирающихся на всестороннюю оценку типа конституции человека [1]. Только сочетание клинических методов исследования и конституциологии может реально привести к разрешению проблемы лечения не болезни, а больного [2]. В связи с этим, в настоящее время конституциология получает все большее распространение, и приобретает статус самостоятельной науки [3,5,6]. Вряд ли в современной медицине существует проблема более декларируемая и менее изученная, чем конституция [4].

Подтверждая факт влияния конституции на течение заболеваний внутренних органов, в последнее время было доказано, что развитие язвенной болезни, ее тяжесть, склонность к осложнениям определяются в том числе, и конституциональными факторами [7]. Поэтому, следует предположить, что и эффективность различных схем патогенетической антисекреторной терапии может также зависеть от индивидуально-типологических особенностей больного.

Вследствие этого целью настоящего исследования явилось изучение эффективности блокаторов H_2 -рецепторов гистамина из группы фамотицина и ингибиторов протонного насоса из груп-

пы омепразола в составе антихеликобактерной терапии (АХТ) у молодых мужчин с дуоденальной язвой с различным типом конституции (соматотипом).

Материалы и методы

В исследование включены 151 мужчина в возрасте 18-35 лет с дуоденальной хеликобактерпилори (Н.р.)-ассоциированной язвой в стадии обострения. Выбор больных юношеского и первого зрелого возраста связан с тем, что именно в этот период наиболее очертаны конституциональные признаки организма.

Критериями эффективности проводимой терапии являлись время наступления клинической ремиссии, частота рубцевания язвы, степень депрессии желудочного кислотообразования.

Соматотипическая идентификация (тип конституции) проводилась по методике В.В. Бунака (1931) в модификации В.П. Чтецова (1979), которые для мужчин выделяют 3 основных соматотипа: грудной (астенический), мускульный (нормостенический) и брюшной (гиперстенический). При определении соматотипов данным методом учитываются жировой, мышечный и костный компоненты состава тела. Фиброгастроскопическое обследование проводилось до лечения, через 2, 3, 4 недели после начала терапии. Степень контаминации слизистой оболочки желудка (СОЖ) и

двенадцатиперстной кишки (ДПК) Н.р. определялась при помощи мазков – отпечатков и полимеразной цепной реакции (ПЦР). Антисекреторный эффект фамотидина и омепразола оценивался методом суточного мониторинга интрагастральной pH на аппарате “Гастроскан-24”.

В условиях гастроэнтерологических отделений города мультицентрически проведено простое слепое контролируемое исследование, в котором ни больные, ни врач – гастроэнтеролог, ни эндоскопист не знали о выборе патогенетической антисекреторной терапии.

Все больные по соматотипической принадлежности и методу проводимой терапии были разделены на 6 групп: в 1а, 2а, 3а – вошли больные грудного (28 человек), мускульного (30) и брюшного (24) соматотипов, получавшие на фоне 7-дневной антихеликобактерной терапии (АХТ) (де-нол, тетрациклин, метронидазол) фамотидина в дозе 20 мг по 2 раза в сутки; а в 1б, 2б, 3б – отнесли соответственно больных грудного (26), мускульного (23) и брюшного (20) соматотипов, которым на фоне АХТ назначался омепразол в дозе 20 мг 2 раза в сутки.

Результаты и обсуждение

По возрасту и язвенному анамнезу больные анализируемых групп достоверно не отличались. Так, средний возраст больных грудного соматотипа составил $23,61 \pm 1,08$ лет, мускульного – $26,85 \pm 1,16$ лет, брюшного – $25,42 \pm 1,9$ лет. Язвенный анамнез в среднем регистрировался в течение 5 лет.

В клинической картине, независимо от типа конституции, ведущим синдромом заболевания был болевой (86,8-93,2%). Ночные боли регистрировались с достоверно большей частотой в брюшном соматотипе (75% против 55,6% и 50%, $p < 0,05$), осложненное течение заболевания – в грудном и мускульном соматотипе (17,67 и

16,62% против 5,88%, $p < 0,05$), наследственная предрасположенность – незначительно чаще в брюшном (67,64% против 53,12% и 50%, $p > 0,05$).

Исследование желудочного кислотообразования показало (табл. 1), что у большинства больных дуоденальной язвой сохраняется обычный суточный ритм: максимальная секреция регистрировалась в ночное время, к утру происходило некоторое ее снижение. Сравнительные данные суточного мониторинга базальной pH, с учетом конституциональной дифференцировки выявили, что у больных грудного и брюшного соматотипа отмечалось достоверное увеличение показателей кислотопродукции в течение дня и ночи по сравнению со здоровыми лицами и больными мускульного соматотипа (за исключением ночного pH). У последних среднесуточный, межпищеварительный и дневной pH не отличались от таковых у здоровых. Таким образом, в грудном и брюшном соматотипе регистрировались гиперацидность и непрерывное кислотообразование, в мускульном в дневное время – нормацидность.

По данным фиброгастроскопического исследования, проведенного до начала терапии, размеры язвенных дефектов в луковице двенадцатиперстной кишки в анализируемых группах практически не отличались и составляли в среднем 0,4-0,8 см в диаметре. В 100% случаев язвенной болезни сопутствовал антральный гастрит и дуоденит. Эрозивные поражения слизистой оболочки антрального отдела регистрировались в 13,2-15,6% случаев во всех соматотипах.

Анализ кислотодепрессивного эффекта фамотидина и омепразола показал, что первый наиболее эффективно снижает уровень желудочного кислотообразования у больных мускульного соматотипа, где pH в пределах 3,0 и более регистрировался $16,3 \pm 1,5$ часа в течение суток. Эффективная депрессия кислой продукции на прием

Таблица 1.

Сравнительные данные интрагастральной pH-метрии у мужчин с дуоденальной язвой различных соматотипов и здоровых лиц

	Среднесуточный pH	Дневной pH	Пищеварительный pH	Межпищеварительный pH	Ночной pH	P
	1	2	3	4	5	
1) Здоровые	$2,54 \pm 0,05$	$2,26 \pm 0,06$	$3,16 \pm 0,9$	$1,84 \pm 0,02$	$1,82 \pm 0,02$	$P_{2-5} < 0,001$ $P_{2-4} < 0,001$
2) Грудной соматотип	$1,63 \pm 0,025$	$1,76 \pm 0,03$	$3,02 \pm 0,93$	$1,56 \pm 0,1$	$1,61 \pm 0,04$	$P_{2-5} < 0,05$ $P_{2-4} < 0,1$
3) Мускульный соматотип	$2,35 \pm 0,02$	$2,86 \pm 0,06$	$3,29 \pm 0,12$	$1,82 \pm 0,2$	$1,67 \pm 0,03$	$P_{2-5} < 0,001$ $P_{2-4} < 0,01$
4) Брюшной соматотип	$1,72 \pm 0,08$	$1,81 \pm 0,08$	$3,19 \pm 0,02$	$1,74 \pm 0,03$	$1,48 \pm 0,08$	$P_{2-5} < 0,001$ $P_{2-4} > 0,05$
P_{1-2}	$< 0,001$	$< 0,001$	$> 0,05$	$< 0,05$	$< 0,05$	
P_{1-3}	$> 0,05$	$> 0,05$	$> 0,05$	$> 0,05$	$< 0,01$	
P_{1-4}	$< 0,001$	$< 0,01$	$> 0,05$	$< 0,01$	$< 0,001$	
P_{2-3}	$< 0,05$	$< 0,001$	$> 0,05$	$> 0,05$	$< 0,05$	
P_{2-4}	$< 0,05$	$> 0,05$	$> 0,05$	$> 0,05$	$> 0,05$	
P_{3-4}	$< 0,05$	$< 0,001$	$> 0,05$	$> 0,05$	$> 0,05$	

Таблица 2.

*Сравнительная эффективность фамотидина и омепразола у мужчин с
дуоденальной язвой различных типов конституции*

Соматотип	Препарат	Сроки купирования бо- левого и диспептиче- ского синдромов (сут.) и количество больных (n)	Частота рубцевания язвенного дефекта (%), количество больных (n)		
			2 недели	3 недели	4 недели
1) мускульный	1) фамотидин	3,35±0,48 (n=30)	76,6 (n=23)	23,4 (n=7)	
	2) омепразол	2,5±0,38 (n=23)	78,3 (n=18)	21,7 (n=5)	
2) грудной	3) фамотидин	5,85±0,79 (n=28)	39,2 (n=11)	57,1 (n=16)	3,57 (n=1)
	4) омепразол	2,11±0,36 (n=20)	76,9 (n=26)	23,1 (n=6)	
3) брюшной	5) фамотидин	7,3±0,65 (n=24)	29,2 (n=7)	37,5 (n=9)	33,3 (n=8)
	6) омепразол	3,36±0,38 (n=20)	70 (n=14)	30 (n=6)	

40 мг/сут фамотидина в грудном соматотипе составила 10,9±1,8 часа, в брюшном – только 7,6±±1,0 часа, что в последних двух случаях считается недостаточным для 100% рубцевания язвы.

Кислотоингибирующий эффект 40 мг/сут омепразола оказался более глубоким и продолжительным. Так, pH на уровне 3,0 и более в мускульном соматотипе сохранялся в течение 18,9±1,0 часа, в грудном – 17,2±1,1 часа, в брюшном – 16,6±1,6 часа. Сравнительные данные клинической эффективности фамотидина и омепразола представлены в таблице 2, анализ которой свидетельствует, что фамотидин сравнительно быстро, как и омепразол, купирует клинические проявления язвенной болезни только в мускульном соматотипе. В грудном и брюшном соматотипах болевой и диспептический синдромы на терапии фамотидином исчезали к 6-7, на терапии омепразолом – через 2-3 дня.

Такая же закономерность прослеживалась и по срокам рубцевания язвенного дефекта: если на

фоне лечения омепразолом ко 2 неделе произошло рубцевание язв в 76,9% случаев в грудном и 70% – брюшном соматотипах, то фамотидин в эти сроки был эффективен только – в 39,3% и 29,2% соответственно. К 3 неделе лечения у больных грудного соматотипа язвы зарубцевались в 94,43% случаев, брюшного – только в 66,7%. На фоне приема омепразола к этому сроку эпителизация язв произошла в 100% случаев. В группе больных мускульного соматотипа фамотидин был достаточно эффективен и не отличался от омепразола по силе влияния на сроки рубцевания язв.

Таким образом, сравнительная оценка эффективности лечения язвенной болезни фамотидином и омепразолом у мужчин с различными соматотипами была неодинаковой и зависела от биологических особенностей организма. Больные мускульного соматотипа стабильно положительно отвечали как на фамотидин, так и на омепразол, в то время как лица грудного и брюшного – достоверно лучше реагировали на омепразол.

CONSTITUTION OF ASPECTS OF ANTISECRETAL THERAPY IN MALES WITH DUODENAL HELICOBACTER PYLORI – ASSOCIATED ULCER

E.G. Grischenco, N.N. Nicolayeva, M.V. Pesegova, L.V. Nicolayeva

(Krasnoyarsk State Medical Academy)

The purpose of this work was to study the results of aciddepressive action of famotidine and omeprazol in 151 males with duodenal ulcer and different constitutional types (with the use of intragastral pH – monitoring). It was concluded that H₂ –hystamine blockers effectively inhibit gastric secretion in patients with musculus somatotype while males of both abdominal and pectoralis somatotype demand proton pump inhibitors administration.

Литература

1. Казначеев С.В., Удалова С.В. Использование конституционального подхода при оценке состояния здоровья // Физиол. человека. – 1986. – Т.12, №3. – С.489-492.
2. Клиурин А.И., Чтецов В.П. Биологические проблемы учения о конституциях человека. – Л., 1979. – 164 с.
3. Колесников Л.Л., Корнетов Н.А., Никитюк Б.А. Интеграция наук о человеке (интегративная антропология) и роль в ней морфологических подходов // Росс. морфол. ведомости. – 1993. – №2-3-4. – С.11-12.
4. Никитюк Б.А. Конституция как прогностический фактор в медицинской и спортивной антрополо-

- гии // Новости медицинской и спортивной антропологии. – 1990. – №1. – С.34-51.
5. Никитюк Б.А. Важность антропометрического подхода в медицинских исследованиях // Вопросы физической антропологии женщин: Тез. докл. – Тарту, 1980. – С.16-18.
6. Никитюк Б.А. Интегративная антропология – состояние, проблемы, перспективы // Рос. морфол. ведомости. – 1994. – №3. – С.4-9.

7. Николаева Л.В. Конституциональные особенности клинко-морфофункциональных проявлений язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у мужчин: Автореф. дис... канд. мед. наук. – Красноярск, 1999. – 25 с.

© ЧИКОТЕЕВ С.П., КОРНИЛОВ Н.Г., ПАНАСЮК А.И., ПЛЕХАНОВ А.Н. –
УДК 616.366-089.87:616.381-072.1

МИНИИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА И КИСТ ПЕЧЕНИ

С.П. Чикотеев, Н.Г. Корнилов, А.И. Панасюк, А.Н. Плеханов.

(Институт хирургии НЦРВХ ВСРЦ СО РАМН, директор – член-корр. РАМН, проф. Е.Г. Григорьев)

Резюме. Миниинвазивные методики стали вытеснять традиционные подходы в хирургии. Анализирован семилетний опыт применения видеоэндоскопических операций при лечении больных калькулезным холециститом и кистами печени. Альтернативным методом является холецистэктомия из мини-доступа, который успешно внедрен в отделении хирургической гастроэнтерологии ИГОКБ №1.

Внедрение в практику современной медицинской техники послужило стимулом и открыло реальные возможности для развития миниинвазивной хирургии, к которой следует отнести и хирургические вмешательства, выполняемые с помощью и под контролем видеоэндоскопических систем [2,4,6].

Миниинвазивные вмешательства стремительно внедряются в хирургическую практику. Наиболее широкое распространение они получили в хирургии желчнокаменной болезни [1,3,8,10].

В 1987 г. французский хирург из Лиона Филипп Муре впервые успешно выполнил лапароскопическую холецистэктомию [11]. Чуть позже такую же операцию сделали американские хирурги Мак Керман и Сай (1988) [12]. В России первую лапароскопическую холецистэктомию выполнил в 1991 г. Ю.И. Галлингер.

За последние годы значительно возрос удельный вес желчнокаменной болезни в структуре хирургической заболеваемости населения, что делает эту проблему наиболее актуальной. Видеолапароскопическая холецистэктомия (ВЛХЭ) становится операцией выбора при лечении больных хроническим калькулезным холециститом [5,7,9]. На сегодняшний день этим подходом выполняется 90% операций при желчнокаменной болезни.

Материалы и методы

В отделении хирургической гастроэнтерологии ИГОКБ №1 с 1993 г. успешно внедрена в практику методика ВЛХЭ.

С 1993 по 2000 г. выполнено 1777 холецистэктомий больным хроническим калькулезным холециститом. Эндоскопическим методом оперировано 532 человека, т.е. 29,9%. Подавляющее боль-

шинство женщины (92%). Средний возраст составил $41 \pm 3,7$ г.

Мы пользуемся как Северо-Американской так и Европейской методикой, устанавливая троакары и видеокамеру в стандартных точках.

У 22 (4,1%) больных нами отмечены следующие хирургические осложнения: повреждение общего желчного протока – 1 (0,2%), кровотечение в брюшную полость – 3 (0,6%). В одном случае по этому поводу выполнена релапароскопия, где источником кровотечения явилось ложе желчного пузыря. Выполнен гемостаз электрокоагуляцией. В двух наблюдениях была выполнена лапаротомия для наведения окончательного гемостаза. Источником геморрагии явились пузырная артерия в одном наблюдении и нижняя полая вена в другом. Гемобилема подпеченочного пространства у 1 (0,2%) больного была эвакуирована пункционным методом под контролем рентгеновской компьютерной томографии. Кроме того, наблюдались также осложнения, как наружный желчный свищ у 1 (0,2%) больного, общий желчный перитонит – у 2 (0,4%), нагноение послеоперационной раны (пупочной) – у 6 (1,1%) и серома послеоперационной раны – у 8 (1,5%). В одном случае источником желчеистечения в свободную брюшную полость было ложе желчного пузыря, в другом – культи пузыря протока.

В двух случаях (0,4%) пришлось перейти на открытую холецистэктомию ввиду наличия выраженных воспалительных изменений в зоне гепатодуоденальной связки, нарушившие нормальные топографо-анатомические взаимоотношения элементов связки.