

саторных механизмов за счет усиления катаболических процессов. Происходит это из-за постоянного и значительного напряжения адаптации детского организма под действием вредных факторов окружающей

среды [5]. На данном этапе исследования сложно определить причину, повышения общего белка во всех подгруппах, что требует дальнейшего изучения и анализа в динамике после курса лечения.

THE INITIAL STATE, OF THE CHILDREN WITH THE PATHOLOGY OF BILIFEROUS WAYS, WHO RECEIVE TREATMENT ON THE RESORT «ARSHAN»

MP. Shkurinskya, T.P. Syzhik, V.I. Songolov, L.A. Polyanskya

(The Department of Faculty Therapy of ISMU, The Health Resort «Arshan»)

In the article are presented the results of clinical-laboratory investigations conducted in children with chronic pathology of biliary system.

© КОВАЛЕВА Л.П. -

ПРЕИМУЩЕСТВА САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ОЗДОРОВЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ НАД ТРАДИЦИОННЫМ МЕДИКАМЕНТОЗНЫМ

Л. П. Ковалева

(Кафедра факультетской терапии ИГМУ, зав. — Ф.И. Белялов;
курорт «Аршан» Бурятской республики, гл. врач — В.И. Сонголов)

Резюме. Приведены данные сравнительного анализа, санаторного и медикаментозного методов лечения у больных хроническим холециститом.

Ключевые слова. Хронический холецистит, санаторное, медикаментозное лечение, сравнительный анализ.

Заболеваемость хроническим холециститом продолжает увеличиваться, летальность при плановой холецистэктомии достигает 0,8%, кроме того после хирургического лечения в 23,2—50,8 % случаев развивается постхолецистэктомический синдром. Хронический холецистит — это одно из немногих заболеваний, при котором результаты санаторно-курортного лечения высокие, а минеральная вода относится к наиболее эффективным природным препаратам для лечения и профилактики заболеваний желчного пузыря.

Основным лечебным фактором, применяемом при патологии желчного пузыря на курорте «Аршан» является минеральная вода маломинерализованная углекисло-гидрокарбонатно-натриево-сульфатно-кальциевая магниевая с малым содержанием кремния и железа, относящаяся к нарзанам.

Было обследовано 99 человек. Основная группа — 69 (жен — 64, муж. — 5, средний возраст — $39,78 \pm 10,09$ лет) больных, поступивших с диагнозом хронический холецистит (ХХ). Медикаментозное лечение получили 30 больных ХХ поселка «Аршан» (сравнительная группа) (жен — 28, муж. — 2, средний возраст — $45,83 \pm 7,02$ лет). Больные находились под наблюдением в течение 21 дня.

Результаты лечения сравнивались по показателям: субъективные и объективные симптомы и признаки, выраженные в баллах, биохимии крови в рамках 4 синдромов по А.И. Хазанову, данных УЗС, реогепографии. Степень связи между вариационными рядами при анализе данных была установлена с помощью коэффициентов Пирсона и Спирмена.

Санаторно-курортное лечение купировало у больных хроническим бескаменным холециститом (ХБХ) жалобы астено-вегетативного характера,

достоверно-значительно уменьшило чувство тяжести в правом подреберье, ноющие боли в эпигастральной области, горечь во рту, отрыжку. Медикаментозное же лечение более эффективно действовало на голодные боли в эпигастральной области, изжогу, жидкий стул.

У больных ХБХ, пролеченных как санаторно-курортным курсом, так и медикаментозным установлен мощный однотипный эффект на объективные симптомы, так как у основной массы обеих групп больных они были полностью купированы, только у незначительной части осталась обложенность языка у корня. У больных хроническим каменным холециститом (ХКХ) была отмечена выше эффективность медикаментозного лечения в плане купирования болевого синдрома, нежели санаторно-курортного.

На биохимические показатели крови влияние как санаторно-курортного, так и медикаментозного лечения однотипно, так выявлена значимая отрицательная корреляционная связь с уровнем билирубина, АСТ, АЛТ, а у больных ХБХ - с холестерином, триглицеридами, тимоловой пробой.

После лечения по данным УЗС различий в эффективности двух методов лечения у больных ХБХ с гиперкинезом желчного пузыря (ЖП) и желчевыводящих путей (ЖВП) не отмечено. У больных ХБХ с гипокинезом ЖП и ЖВП достоверно санаторное по сравнению с медикаментозным курсами уменьшилось количество больных сладж-синдромом или его толщины. У 2 из 16 больных ХКХ, пролеченных на курорте «Аршан» зарегистрирована элиминация мелких конкрементов, чего не прослежено при медикаментозном лечении. У больных, ХБХ пролеченных санаторно-курортным курсом, достоверно отмечалось уменьшение увеличенного до

лечения тощакового объема ЖП и улучшалась сократительная его функция. При медикаментозном курсе в этой подгруппе этого не наблюдалось.

Под действием санаторно-курортного курса в сравнении с медикаментозным у больных ХБХ значительно активнее нормализуется тонус сосудов печени, состояние микроциркуляции и артериального кровенаполнения. Причем результаты лечения выражены значительно у больных ХБХ с гиперкинезом. На эластичность сосудов лечение обеими курсами эффекта не оказывает.

Итак, при сравнительном анализе действия санаторно-курортного лечения и традиционного медикаментозного выявлено, что на субъективные и объективные симптомы оба курса влияют односторонне, оказывая спазмолитический, противовоспалительный обезболивающий эффекты, уменьшают цитолиз, мезенхимально-воспалительный синдромы. Следует отметить,

что при санаторно-курортном лечении исчезли синдромы клеточно-печеночной недостаточности и астено-вегетативный, а при медикаментозном более был выражен болеутоляющий эффект у больных ХКХ. Отличия санаторно-курортного курса от медикаментозного при УЗС проявились в том, что первый регулирует моторно-тонические свойства ЖП, элиминирует мелкие камни до 1 см в диаметре. При медикаментозном же курсе выраженного влияния на моторно-тонические нарушения ЖП и ЖВП не прослежено. Значительно активнее санаторное лечение элиминирует сладж-синдром, достоверно уменьшает толщину сладжа. Санаторно-курортный курс более значимое восстанавливающее действие оказывает на тонус сосудов, состояние микроциркуляции, артериальное кровенаполнение печени и венозный стаз, особенно эта положительная динамика была выражена у больных ХБХ с гиперкинезом.

THE ADVANTAGES OF SANATORIUM-REZORT TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC CHOLECYSTITIS AS COMPARED WITH TRADITIONAL THERAPY

L.P. Kovaleva

(The Department of Faculty Therapy of ISMU)

It has been revealed that the complex of SANATORIUM-REZORT TREATMENT has more spectrum of procedures, than drug TREATMENT only. There have been obtained cholekinetic, choleric and litholytic effects, normalizing motility of gallbladder and biliferous ways.

© СОНГОЛОВ В.И., КОВАЛЕВА Л.П., СИЗЫХ Т.П., СОРОКОВЯКОВА Л.А., ЛУБСАНОВА Л.Н. -

ВЛИЯНИЕ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ НА СЛАДЖ-СИНДРОМ ЖЕЛЧНОГО ПЫЗРЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

В.И. Сонголов, Л. П. Ковалева, Т.П. Сизых, Л.А. Сороковьякова, Л.Н. Лубсанова

(Кафедра факультетской терапии ИГМУ, зав. — Ф.И. Беялов;

курорт «Аршан» Бурятской республики, гл. врач — В.И. Сонголов)

Резюме. Изучено влияние комплекса факторов курорта «Аршан» на течение сладж-синдрома у больных хроническим холециститом. Установлен элиминирующий эффект на сладж-синдром и значительное его уменьшение у оставшихся, как и уменьшение толщины стенки желчного пузыря.

Ключевые слова. Хронический холецистит, сладж-синдром, лечение, курорт «Аршан».

С начала 70 лет, с момента внедрения в медицинскую практику УЗС не прекращаются дискуссии вокруг желчного осадка, так называемого сладж-синдрома и метода его определения. Одни авторы полагают, что это состояние достаточно редкое (B. Allen, A.R. Filly), другие — считают его предстadium хронического калькулезного холецистита (ХКХ) (D.E. Johnston, S.P. Lee). Среди предложенных методов диагностики наиболее оптимальным и достаточно чувствительным является УЗС. Желчный осадок выявляют в виде низкоамплитудных теней, которые определяются в дне ЖП, при смене положения тела осадок медленно смещается. При микроскопическом исследовании осадок представляет собой смесь твердых частиц и желчи. Желчный осадок состоит из кристаллов моногидрата холестерина, гранул билирубината кальция, слизи, белков, антибиотиков и веществ не установленного происхождения. Образование желчного осадка зависит от физико-химических свойств желчи, от нарушений функции слизистой оболочки ЖП, часто вследствие воспаления,

и его сократительной способности. Выявлено, что в 50% случаев желчный осадок исчезает самостоятельно, в остальных же 50% — он сохраняется, при этом в 20% без проявления клиники, в 10—15% — клинически проявляется коликой, холангитом, хроническим бескаменным холециститом (ХБХ), а в 5%—15% — сладж переходит в камни (Дж. Коу).

На курорте «Аршан», Бурятской республики нами было обследовано 69 больных хроническим холециститом, которые в соответствии классификации Я.С. Циммермана, в зависимости от состояния моторики желчного пузыря (ЖП) и желчевыводящих путей (ЖВП) были распределены на подгруппы. Сладж-синдром наблюдался до начала лечения при ХБХ с гиперкинезом ЖП и ЖВП — в 39,13% случаев, при хроническом бескаменном холецистите (ХБХ) с гипокинезом соответственно — в 36,66%, ХКХ с гиперкинезом — в 80,0%; хроническом каменном холецистите (ХКХ) с гипокинезом — в 36,36%. У больных ДЖВП с различными вариантами течения сладж-синдром не был обнаружен.