

СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ С ПОМОЩЬЮ ДУОДЕНАЛЬНОГО ЗОНДИРОВАНИЯ С ПРОМЫВАНИЕМ МИНЕРАЛЬНОЙ ВОДОЙ «АРШАН»

Л.П. Ковалева, Т.П. Сизых.

Красноярская государственная медицинская академия им. В.Ф. Войно-Ясенецкого, ректор – д.м.н., проф. И.П. Артюхов; курорт «Аршан», Бурятской республики, гл. врач – В.И. Сонголов.

Резюме. В данной статье представлены результаты исследования уровня холестерина у больных хроническим холециститом, поступивших на короткий курс лечения курорта «Аршан». Выяснено, что во всех группах больных при поступлении был повышен уровень холестерина. После лечения отмечалось снижение уровня холестерина у больных, пролеченных классическим курсом, в отличие от короткого. В группе короткого курса, пролеченных дуоденальным зондированием, уровень снижения холестерина не отличался от таковых показателей при классическом.

Ключевые слова: гиперхолестеринемия, способ лечения, дуоденальное зондирование, минеральная вода, курорт «Аршан»

Сердечно-сосудистые заболевания в двадцатом веке приняли характер эпидемии, охватившей все высокоразвитые страны. Только в США и Европе (включая Россию) за это столетие от последствий атеросклероза погибли более 360 млн. человек. Это много больше жертв войн прошедшего века. Если смертность от сердечно-сосудистых заболеваний была на уровне 1% всей смертности населения в 1900 году, то с середины 60-х она поднялась до уровня 40-50%. Согласно последним данным, опубликованным Американской ассоциацией сердца, смертность от последствий атеросклероза к 2020 году может достичь 60 % несмотря на широкое применение гиполипидемических, антиатерогенных препаратов и средств профилактики гипертензии [1]. По данным Национального института здоровья США, лечение только коронарного атеросклероза у 5,4 млн. американцев обходится в сумму около 60 млрд. долл. в год [3, 4]. Пока фундаментальная наука не нашла эффективной рациональной терапии заболевания. По данным литературы известно, что лечение с применением

минеральных вод (МВ) приводит к значимому снижению уровня холестерина (1,2).

Материалы и методы

Обследовано 465 человека. Из них контрольная группа составила 42 (женщин – 25, мужчин – 17, средний возраст $23,07 \pm 4,06$ лет) здоровых лиц, у них не было обнаружено изменений при проведении клинико-лабораторных исследований. В первую группу вошли 289 (женщин – 227, мужчин – 62, средний возраст $39,93 \pm 9,95$ лет) больных, поступивших с направительным диагнозом хронический холецистит (ХХ), которые в последующем прошли короткий по продолжительности курс ($11,87 \pm 1,92$ дней) лечения на курорте «Аршан». Во вторую группу определены 134 (женщин – 109, мужчин – 25, средний возраст $34,34 \pm 8,73$ лет) больных ХХ, которые в последующем прошли классический по продолжительности курс ($19,65 \pm 1,96$ дней). Больные обеих групп в соответствии с классификацией Я.С. Циммермана были распределены на подгруппы по характеру течения ХХ и согласно данным проведенного комплекса диагностических исследований. В зависимости от состояния моторики желчного пузыря (ЖП) и желчевыводящих путей (ЖВП) они были подразделены на подгруппы.

В подгруппу 1.1 вошло 13 (женщин – 7, мужчин – 6, средний возраст – $20,85 \pm 5,84$ лет) больных с дискинезией желчевыводящих путей (ДЖВП) с гиперкине-зом; 1.2 – 18 (женщин – 15, мужчин – 3, средний возраст – $34,72 \pm 11,41$) – ДЖВП с гипокинезом; 1.3 – 33 (женщин – 24, мужчин – 9, средний возраст – $42,0 \pm 10,37$) – хроническим бескаменным холециститом (ХБХ) с гиперкинезом; 1.4-68 (женщин – 59, мужчин – 9, средний возраст $41,73 \pm 10,68$) ХБХ с гипокинезом; 1.5 - 63 (женщин – 51, мужчин – 12, средний возраст $45,71 \pm 11,15$ лет) с ХБХ с гипокинезом, пролеченных увеличенным объемом МВ, 1.6 – 29 (женщин – 16, мужчин – 13, средний возраст $42,26 \pm 11,12$ лет) с ХБХ с гипокинезом, получавших в дополнение к стандартной терапии пелоидотерапию, 1.7- 11 (женщин – 8, мужчин – 3, средний возраст $45,09 \pm 9,45$ лет) с ХБХ с гипокинезом, получавших терапию

неделю ($7,18 \pm 0,87$ дней), 1.8-15 (женщин – 12, мужчин – 3, средний возраст $39,0 \pm 8,17$ лет) с ХБХ с гипокинезом, принявших терапию прерывистым курсом (2 дня лечение, 1 день – отдыха), 1.9 -39(женщин – 35, мужчин – 4, средний возраст $48,02 \pm 11,31$ лет) с хроническим калькулезным холециститом (ХКХ).

В подгруппу 2.1 отнесли 17 (женщин – 13, мужчин – 4, средний возраст – $20,35 \pm 4,24$ лет) больных ДЖВП с гиперкинезом ЖП и ЖВП; 2.2 –19 (женщин – 15, мужчин – 4, средний возраст – $22,89 \pm 5,79$)- ДЖВП с гипокинезом; 2.3-28 (женщин – 21, мужчин – 7, средний возраст – $37,46 \pm 13,47$) – ХБХ с гиперкинезом; 2.4-50 (женщин – 42, мужчин – 8, средний возраст – $44,96 \pm 9,01$) – ХБХ с гипокинезом; 2.9 - 20 (женщин – 18, мужчин – 2, средний возраст – $45,05 \pm 10,92$) с ХКХ.

Сравнительный анализ возраста и пола больных, сравниваемых подгрупп показал, что статистически значимых различий по полу и возрасту нет. Всем больным, в том числе и контрольной группе, проводилось традиционное клинико-лабораторное обследование: опрос с изучением жалоб, анамнеза и данных санаторно-курортных карт, осмотр, общий анализ и биохимия крови, УЗИ органов брюшной полости, по показаниям исследования желудочной секреции, ФГДС, RRS.

Биохимические исследования выполнялось на биохимическом анализаторе “Cormey-Livia-18”(Польша). При работе использованы унифицированные методы, предложенные немецким обществом клинической химии (DGKC). Контроль качества осуществлялся с помощью контрольных сывороток Cormay Serum HN и Cormay Serum HP. Уровень холестерина определяли ферментным методом, а триглицериды – ферментным колориметрическим. Забор крови осуществлялся дважды: до и после лечения. Дуоденальное зондирование проводили по классической методике Мельтцера-Лайона.

Больные получали следующее лечение: санаторный режим, диета (стол 5 по Певзнеру), высокогазосодержащая, углекислая сульфатно-гидрокар-

бонатная магниевая-кальциевая слабоокислая кремнисто-железистая, маломинерализованная МВ «Аршан» по 250 мл за 30-40 мин до еды 3 раза в день (общий объем МВ был равен 750 мл в день), различные бальнеопроцедуры (ванны, душ), кишечные орошения. Из больных короткого курса лечения (1.4. и 1.5.) было выделено две подгруппы (3.4 и 3.5), которым дважды проводилось дуоденальное зондирование (ДЗ): при поступлении и при выписке. В подгруппу вошли: 3.4 – 31 (женщин – 26, мужчин – 5, средний возраст – $42,39 \pm 9,95$ лет) больной. ХБХС гипокинезом – 1.4, 3.5 – 15 (женщин – 13, мужчин – 2, средний возраст – $50,13 \pm 8,56$) больных ХБХС гипокинезом из подгруппы 1.5. Дуоденальное зондирование проводилось с промыванием в конце процедуры «Аршан» в количестве 250 мл.

Полученные данные подверглись статистической обработке при помощи пакетов программ Microsoft Excel 97, «Биостатистика для «Windows» на персональном компьютере. Для оценки достоверности различий между исследуемыми показателями использовался T^2 Хоттелинга.

Результаты и обсуждения

Уровень холестерина сыворотки крови был достоверно ($p < 0,001$) повышен по сравнению с группой здоровых лиц во всех подгруппах больных хроническим холециститом, поступивших на короткий по продолжительности курс, кроме больных ДЖВП по гипермоторному типу (1.1) и ХБХ также по гипермоторному типу (1,3). Это указывает на то, что у данных больных имеется риск развития сердечно-сосудистой патологии, учитывая оптимальные значения липидных параметров плазмы в соответствии с новыми Европейскими рекомендациями III пересмотра, версия 2003 года (5).

Равнозначные изменения уровня холестерина были найдены и у больных хроническим холециститом, прибывших на классический по продолжительности курс лечения. В этой группе также был достоверно ($p < 0,001$) повышен по отношению к здоровым уровень холестерина сыворотки крови в подгруппах: ХБХ по гипомоторному типу (2.4) и ХКХ

(2,5). Учитывая то, что в стандарты лечения больных сердечно-сосудистой патологией входят липиднормализующие препараты, больные, принимающие эти препараты, были исключены из обследования.

После проведенного короткого курса лечения на курорте «Аршан» уровень холестерина достоверно ($p < 0,001$) снизился по сравнению с периодом поступления понизился, причем до уровня здоровых. Это было установлено у больных в подгруппах ДЖВП по гипермоторному типу (1.1), ХБХ по гипомоторному варианту, которые были пролечены увеличенным объемом МВ «Аршан» (1.5), а также у больных подгрупп 3.4 и 3.5 (ХБХ по гипомоторному варианту), получивших МВ «Аршан» в обычном и усиленном режимах в сочетании с дуоденальным зондированием и промыванием (рис. 1).

У больных хроническим холециститом, пролеченных классическим курсом отмечалось снижение уровня холестерина сыворотки крови в подгруппах с гипермоторным вариантом течения ДЖВП (2.1) и ХБХ (2.3) (рис. 2).

Таким образом, результаты, полученные при применении обычного режима лечения на курорте «Аршан» не зависели от продолжительности – короткого или классического курсов лечения, которые снижают повышенный уровень холестерина сыворотки крови не во всех подгруппах больных, в отличие от усиленного водного режима в сочетании последнего с дуоденальным зондированием с последующим промыванием МВ «Аршан». Следовательно, только при таком сочетании можно усилить липиднормализующее действие лечения на курорте «Аршан». Этот способ лечения предпочтительнее по той причине, что при нем нет побочных эффектов, которые в ряде случаев есть при приеме статинов, самых широко назначаемых липиднормализующих препаратов. А именно, мы не отметили синдрома кишечной диспепсии (болей в животе, метеоризма, запоров), миопатий и миалгий, повышения уровня трансаминаз (АЛТ и АСТ). Это косвенно указывает на синдром цитолиза и повреждение гепатоцитов. Кроме того, МВ «Аршан» признана как гепатопротекторное средство (6). Снижение

уровня холестерина сыворотки крови мы отметили спустя 2 недели от начала лечения на курорте «Аршан», что значительно короче по времени наступления эффекта от приема липиднормализующих препаратов. Такой эффект мы связываем с несколькими возможными причинами: усиление энтерогепатической циркуляции желчных кислот, усиление выведения метаболитов холестерина через кишечник и усиление катаболизма холестерина в печени.

Учитывая выше сказанное, курсы лечения на курорте «Аршан» с применением дуоденального зондирования с промыванием МВ «Аршан» в конце процедуры могут рассматриваться как средство лечения гиперхолестеринемии и профилактики сердечно-сосудистой патологии. Данный санаторный курс дополняет лекарственную липиднормализующую программу лечения гиперхолестеринемии.

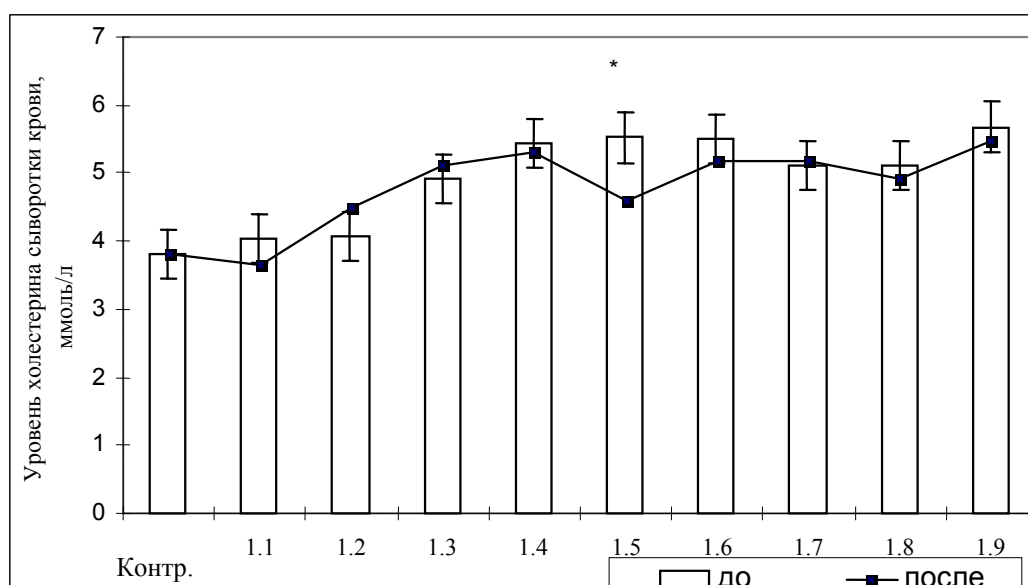


Рис.1. Показатели холестерина сыворотки крови у больных хроническим холециститом, получивших короткий курс лечения на курорте «Аршан».

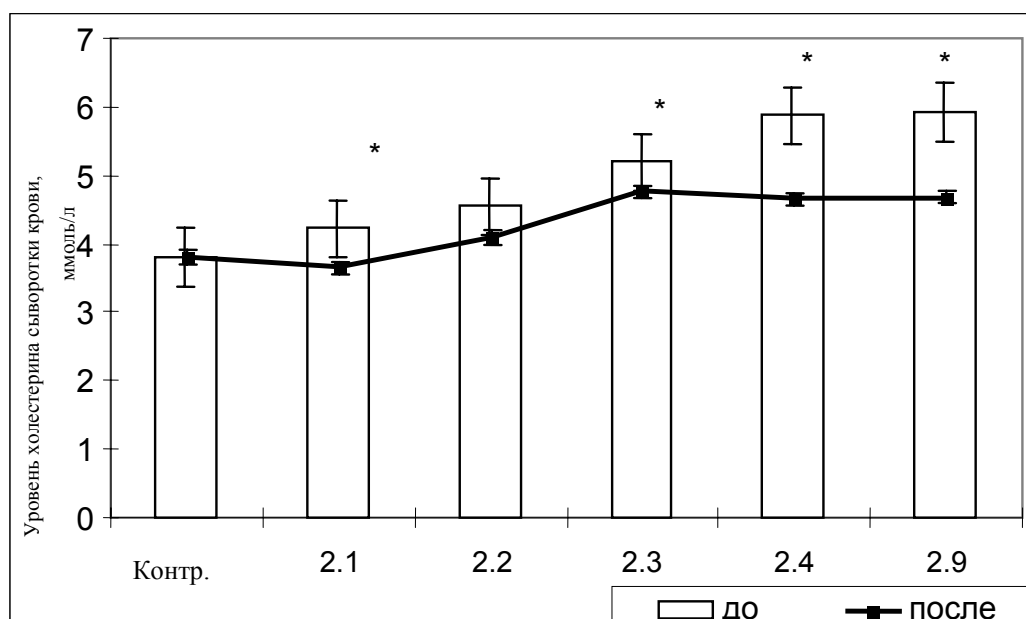


Рис. 2 Изменение уровня холестерина сыворотки крови у больных хроническим холециститом, получивших классический курс лечения на курорте «Аршан».

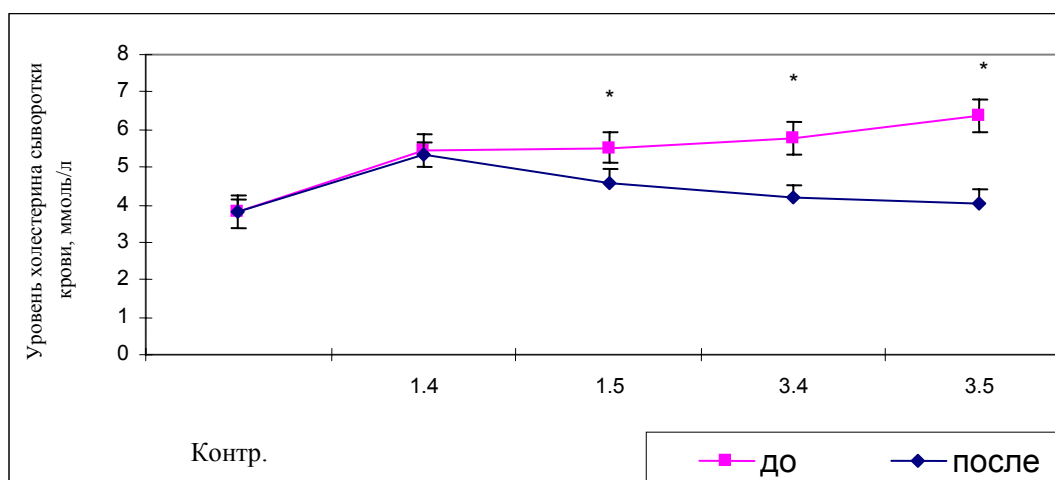


Рис. 3 Показатели холестерина сыворотки крови у больных хроническим холециститом, получивших короткий курс лечения на курорте «Аршан» с применением метода дуоденального зондирования (пояснения см. в тексте).

REDUCTION OF HYPERCHOLESTEROLEMIA LEVEL WITH THE HELP OF DUODENAL INTUBATION WITH ABLUTION BY MINERAL WATER “ARSHAN”

L.P. Kovaleva, T.P. Sizyh

Krasnoyarsk state medical academy named in honour of V.F. Vojno-Yasenetskij

The results of research of cholesterol in patients with chronic cholecystitis, treated on “Arshan” resort are available in the article. It was revealed that all patients had higher level of cholesterol. After treatment the reduction of cholesterol level was marked (patients treated by classic course). In group with short treatment course, treated by duodenal intubation, cholesterol level was without changes.

Литература

1. Автонюк М.В. Антиатерогенные свойства различных типов углекис-лых минеральных вод при внутреннем их применении // Вопр. курор-тол. – 2002. – № 1. С. 20-23.
2. Автонюк М.В. Возможности бальнеопрофилактики атеросклероза // Вопр. курортол. – 2001. – № 6. – С. 3-5.
3. Биохимические изменения желчи при некоторых заболеваниях органов пищеварения. – Москва: ВНИИМИ, 1975. – 72 с.
4. Ганиткевич Я.В., Карбач Я.И. Исследование желчи. Биохимические и биофизические методы. – Киев: «Вища школа», 1985. – 120 с.
5. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза / ВНОК. – М., 2005. – 19 с.
6. Ковалева Л. П. Эффективность лечения хронического холецистита комплексом природных факторов курорта «Аршан»: автореф. дис...канд. мед. наук. – Красноярск, 2004. – 20с.