

ЛИТЕРАТУРА

1. *Автандилов Г.Г.* Медицинская морфометрия.- М.: Медицина, 1990. – 384 с.
2. *Барер Г.М., Лемецкая Т.Н.* Болезни пародонта: клиника, диагностика и лечение: Учеб. пособие. - М.: ВУНМЦ, 1996. – 86 с.
3. *Воложин А.И., Виноградова С.И.* Патогенез экспериментального пародонтита у кроликов. // Стоматология. - 1991. - № 4. - С.10-12.
4. *Грудянов А.И., Стариков А.И.* Лекарственные средства, применяемые при заболеваниях пародонта. // Пародонтология. - 1998. - № 2.-С.6-17.
5. *Доржиева З.В.* Особенности клиники и патогенеза хронического генерализованного пародонтита у больных сахарным диабетом.: Дис. ... канд. мед наук. - Иркутск, 1997. - 121 с.
6. *Иванов В.С.* Заболевания пародонта. - М.: Медицинское информационное агентство, 2001. – 296 с.
7. *Курыкина Н.В., Кутепова Т.Ф.* Заболевания пародонта. - М.: Медицинская книга; Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2000. - 162 с.
8. *Машковский М.Д.* Лекарственные средства: 13-е изд., новое. - Харьков: Торсинг, 1998. - Т.2. - С.3-56.
9. *Тирская О.И.* Клинико-морфологическая оценка эффективности лечения пародонтита методом транс-мембранного диализа антибиотика.: Автореф. ... канд. мед. наук. - Иркутск, 2003. – 19 с.
10. *Цепов Л.М., Николаев А.И.* Диагностика и лечение заболеваний пародонта. - М.: МЕДпресс-информ, 2002. - 192 с.

© КОВАЛЕВА Л.П., СИЗЫХ Т.П. –

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ, ПОСТУПИВШИХ НА РАЗНЫЕ ПО ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ КУРСЫ ЛЕЧЕНИЯ КУРОРТА «АРШАН»

Л.П. Ковалева, Т.П. Сизых

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.б.н., проф. А.А. Майборода, кафедра факультетской терапии. зав – д.м.н. Ф.И.Белялов)

Резюме. В работе представлен сравнительный анализ больных хроническим холециститом, поступивших на различные по продолжительности курсы лечения курорта «Аршан». Рассмотрена динамика субъективных, объективных симптомов хронического холецистита, анализа периферической крови, биохимического анализа крови, данных УЗИ. Выявлено, что больные хроническим холециститом, поступившие на двух- и трехнедельные по продолжительности курсы лечения курорта «Аршан» не имели достоверных различий по большинству рассмотренных критериев.

Хронические заболевания желчного пузыря (ЖП) и желчевыводящих путей (ЖВП) в настоящее время широко распространены, по разным авторам от 3,4% до 32,4% случаев [1,4,5]. Хронический холецистит (ХХ) в значительной части случаев имеет тенденцию к переходу в холецистит калькулезный (ХКХ), который не только выражается наличием типичных желчных камней, но в преддверии их проявляется своеобразным эквивалентом камней – замазкообразной массой в полости ЖП, так называемый сладж, последний встречается гораздо чаще камней [6,8]. Не смотря на то, что сладж не имеет консистенции камня, он вызывает те же осложнения, что и камни – эмпиему и водянку ЖП, закупорку пузырного протока [7,8]. По данным разных авторов к сладжу приводит дискинезия ЖП и изменение коллоидного состава желчи [2,6]. Лечение санаторно-курортными факторами признается одним из эффективных воздействий на патогенез ХХ и в частности сладж-синдрома [3]. Мы не встретили в литературе данных о влиянии разных по продолжительности курсов санаторного лечения на течение ХХ.

Материал и методы

Обследовано 172 человека. Контрольная группа составила 12 (жен. - 11, муж. - 1, средний возраст 21,42±4,56 лет) здоровых лиц, у них не было обнаружено изменений при проведении клинико-лабораторных исследований в том же объеме, что и в основных группах. В первую основную группу вошли 74 (жен.-60, муж.-14, средний возраст 40,28±11,7 лет) больных,

поступивших с направительным диагнозом ХХ, которые в последующем прошли короткий по продолжительности курс (12,34±1,56 день) лечения на курорте «Аршан». Во вторую группу определены 86 (жен.-77, муж.-9, средний возраст 36,98±10,74 лет) больных, которые в последующем прошли классический по продолжительности курс (20,11±0,84 дней). Больные обеих групп в соответствии классификации Я.С. Циммермана [5] были распределены на подгруппы по характеру течения ХХ и согласно данным, полученным после проведения комплекса диагностических исследований. В зависимости от состояния моторики ЖП и ЖВП они были подразделены на подгруппы. В подгруппу 1.1 отнесли 6 (жен.-4, муж.-2, средний возраст – 27,17±16,22 лет) больных ДЖВП с гиперкинезом ЖП и ЖВП, прибывших на краткосрочный курс лечения; 1.2 – 6 (жен.-5, муж.-1, средний возраст – 30,17±13,11) – ДЖВП с гипоккинезом; 1.3 – 23 (жен.-20, муж.-3, средний возраст - 37,87±7,04) – с хроническим бескаменным холециститом (ХБХ) с гиперкинезом; 1.4 – 28 (жен.-20, муж.-8, средний возраст - 44,86±9,25) – ХБХ с гипоккинезом; 1.5 – 11 (жен.-11, средний возраст - 46,36±12,8) – с ХКХ.

В подгруппу 2.1 вошло 10 (жен.-8, муж.-2, средний возраст - 20,4±5,34 лет) больных с ДЖВП с гиперкинезом, прибывших на долгосрочный курс лечения; 2.2 – 7 (жен.-5, муж.-2, средний возраст - 25,57±10,21) – ДЖВП с гипоккинезом; 2.3 – 23 (жен.-21, муж.-2, средний возраст - 31,61±11,02) – ХБХ с гиперкинезом; 2.4 – 30 (жен.-27, муж.-30, средний

возраст $46,13 \pm 10,78$) – ХБХ с гипокинезом; 2,5 – 16 (жен-16, муж-0, средний возраст $43,12 \pm 8,35$ лет) с ХКХ

Сравнительный анализ возраста и пола больных сравниваемых подгрупп показал, что статистически значимых различий по полу и возрасту нет. При изучении продолжительности течения заболевания установлено, что чем более выражен процесс, грубее нарушения моторики и морфологии (калькулез), тем больше возрастает число лиц, имеющих значительную протяженность болезни. Сопутствующая патология наиболее часто выявлялась на промежуточной (ХБХ) и конечной стадии ХХ (ХКХ). При изучении частоты встречаемости сопутствующей патологии желудочно-кишечного тракта установлено у больных ДЖВП это была монопатология, при ХХ – уже сочетание 3-5 патологических процессов (хронический гастрит, хронический панкреатит, хронический колит и др.), особенно это касается ХКХ.

Всем больным, в том числе и контрольной группе, проводилось традиционное клиничко-лабораторное обследование: опрос с изучением жалоб, анамнеза и данных санаторно-курортных карт, осмотр, общий анализ крови, по показаниям исследование желудочной секреции, ФГДС, RRS, биохимия крови с изучением четырех биохимических синдромов: цитолитического (АСТ, АЛТ), холестатического (билирубин, щелочная фосфатаза, общий холестерин, гаммаглутамилтранспептидаза), гепатодепрессивного (холинэстераза) и мезенхимально-воспалительного (тимоловая проба и общий белок). Состояние ПОЛ оценивали спектрофотометрическими методами: малоновый диальдегид (МДА) методом И. Д. Стальной и Т.Г. Гаришвили (1977), диеновые конъюгаты (ДК) методом В.Б. Гаврилова и М.И. Микорушной (1983), антиокислительную активность (АОА) сыворотки крови с применением модельной системы Fe-зависимого окисления желточных липопротеидов и индикацией продуктов ПОЛ с помощью тиобарбитуровой кислоты с последующей спектрофотометрией по Т.И. Клебанову и др. (1988). Проводилось УЗС комплексом «Aloka-500» по общепринятой методике, с целью определения моторно-эвакуаторной активности ЖП УЗС больным делалось натошак и еще дважды (спустя 15 и 45 мин) после первого приема МВ «Аршан», при этом последовательно измеряли объем ЖП по методике Я.З. Поляк.

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 ранговый непараметрический критерий Мана-Уитни.

Результаты и обсуждение

До начала лечения на курорте «Аршан» оценка степени выраженности патологического процесса при ХХ по субъективным симптомам дана в баллах. Интенсивная боль в правом подреберье получила – 4 балла, умеренная – 2, слабая – 1, горечь во рту по утрам – 1, продолжительностью ее до обеда – 2, весь день – 4.

Наличие тошноты, рвоты, боли в эпигастрии, суставах, вздутие, урчание в животе, расстройство стула оценивалось в 2 балла каждый симптом. Локальный кожный зуд определялся в 1 балл, а распространенный – 3. По одному баллу дано на психоэмоциональные расстройства и нарушение аппетита. Анализ показал, что течение заболевания в подгруппах с ДЖВП и ХБХ с гиперкинезом ЖП и ЖВП более легкое, т.к. при балльной оценке показатели не превышали 10 баллов (табл. 1). При сравнительном анализе субъективных симптомов у больных, поступивших на короткий и классический курсы лечения на курорт «Аршан» достоверных различий между подгруппами не выявлено ($p > 0,05$) (табл. 2).

Таблица 1

Балльная оценка субъективных клинических проявлений у больных хронического холецистита до лечения на курорте «Аршан»

Подгруппа	Количество баллов	
	Курс лечения 12,34±1,56 день	Курс лечения 20,11±0,84 дней
ДЖВП с гиперкинезом ЖП и ЖВП	7,2±0,8	6,3±1,1
ДЖВП с гипокинезом ...	7,9±0,56	7,4±1,3
ХБХ с гиперкинезом ...	8,19±2,4	9,3±0,6
ХБХ с гипокинезом ...	12,19±1,6	11,8±0,8
ХКХ	14,73±2,14	12,5±0,9

Примечание: * $p < 0,05$, достоверность различий между подгруппами короткого и классического курсов.

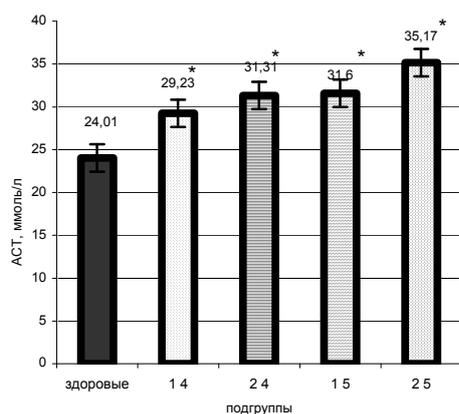
Та же закономерность отмечена при сравнительном анализе объективных симптомов у больных ХХ. Так, у поступивших больных ХХ на различные по продолжительности курсы лечения установлено, что по основным симптомам (диффузная интенсивная, умеренная степень и у корня обложенность языка, иктеричность склер и мягкого неба, симптомы Ортнера, Мерфи, Боаса, Мейо-Робсона) различий между подгруппами не выявлено ($p > 0,05$). Кроме подгрупп 1.1 и 2.1 (ДЖВП с гиперкинезом ЖП и ЖВП), где диффузная легкой степени обложенность языка была более выражена у больных подгруппы 1.1 ($p < 0,001$), а болезненность в правом подреберье при пальпации чаще регистрировалась в подгруппе 2.1 ($p < 0,001$) (табл. 2). У больных подгруппы 1.2 по сравнению с 2.2 (ДЖВП с гипокинезом ЖП и ЖВП) достоверно ($p < 0,001$) чаще выявляли болезненность в правом подреберье при пальпации. В подгруппе 1.4 по отношению к 2.4 (ХБХ с гипокинезом) достоверно чаще обнаруживалась слабая диффузная обложенность языка ($p < 0,001$), иктеричность склер и мягкого неба ($p < 0,05$). У больных ХКХ, поступивших на классический курс лечения (2.5) достоверно ($p < 0,05$) чаще выявлялась умеренная диффузная обложенность языка по сравнению с 1.5 (табл.2).

Объективные признаки хронического холецистита у больных до начала лечения на курорте «Аршан» при разных по продолжительности курсов лечения

подгруппа	n	Частота встречаемости признаков в подгруппах больных																			
		Обложенность языка диффузная								Иктеричность склер, мягкого неба	Болезненность в правом подреберье	Ортнера	Мерфи	Боаса	Мейо-Робсона						
		Интенсивная		Умеренная		Слабая		у корня													
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
1.1	6					2	33,33	4	66,66			1	6,25								
2.1	10			1	10,0	1	10,0	8	80,0			3	30,0	3	30,0						
1.2	6					2	33,33	4	66,66			3	50,0	3	50,0						
2.2	7			1	16,7	1	16,7	5	83,33			1	16,7 ^{a***}	1	16,7						
1.3	23			3	13,04	10	43,48	10	43,48	7	30,44	7	30,44	3	13,04	4	17,39			2	8,69
2.3	23	2	8,69	5	21,73	6	26,66	10	43,48	4	17,39	6	26,08	2	8,69	2	8,69			2	8,69
1.4	28	10	35,71	5	17,86	10	35,71	3	10,71	10	35,71	24	85,71	14	50,0	14	50,0	4	14,28	12	42,86
2.4	30	17	56,66	8	26,66	1	3,33 ^{a***}	4	13,33	5	16,67	20	86,96	17	56,66	10	33,33	3	10,0	10	33,33
1.5	11	8	72,72	1	9,09	1	9,09	1	9,09	8	72,72	10	90,9	8	72,72	6	54,54	5	45,45	4	36,36
2.5	16	12	75,0	3	18,75	1	6,25			10	62,5	16	100,0	13	81,26	9	56,25	8	50,0	8	50,0

Примечание: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$, p – достоверность различий между подгруппами.

У больных ХБХ с гипокинезом и ХКХ обеих сравниваемых подгрупп при поступлении был отмечен умеренный лейкоцитоз и ускоренное СОЭ ($p < 0,05$) по сравнению с группой здоровых лиц, достоверных ($p > 0,05$) же различий между подгруппами больных и по этим показателям не отмечено. По уровню содержания эритроцитов, гемоглобина, цветного показателя, нейтрофилов, эозинофилов, моноцитов, лимфоцитов значимых различий как между сравниваемыми подгруппами больных, так и здоровыми лицами не установлено.

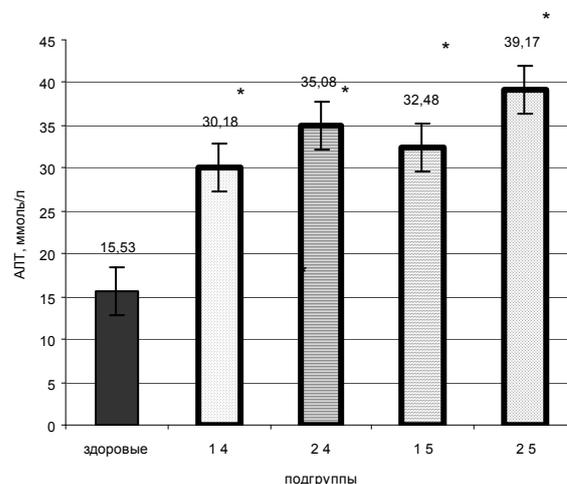


Примечание: * - $p < 0,05$, достоверность различий сравниваемых подгрупп больных со здоровыми; + - между сравниваемыми подгруппами больных.

Рис. 1. Сравнительный анализ показателя АСТ в сыворотке крови у больных хроническим холециститом, поступивших на разные по продолжительности курсы лечения курорта «Аршан».

При рассмотрении изучаемых показателей биохимического анализа крови у больных ДЖВП и ХБХ

с гиперкинезом, прибывших на разные по продолжительности курсы лечения курорта «Аршан» достоверных ($p > 0,05$) различий между ними и здоровой группой не было обнаружено. Не найдено различий между подгруппами и здоровой группой по уровню содержания холинэстеразы, триглицеридов, щелочной фосфатазы, общего белка.



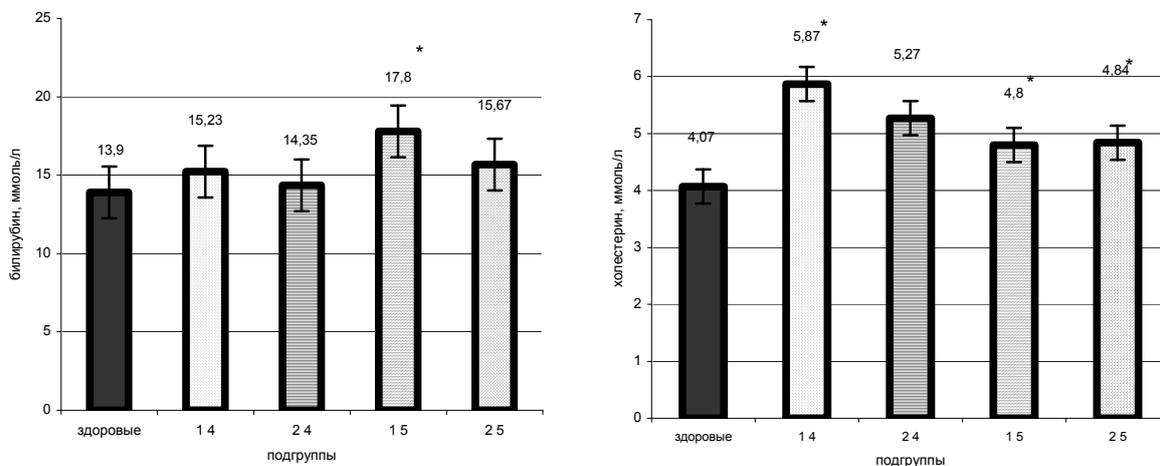
Примечание: * - $p < 0,05$, достоверность различий сравниваемых подгрупп больных со здоровыми; + - между сравниваемыми подгруппами больных.

Рис. 2. Сравнительный анализ показателя АЛТ в сыворотке крови у больных хроническим холециститом при поступлении на курорт «Аршан» на разные по продолжительности курсы лечения.

У больных подгрупп 1.4 и 2.4 отмечалось при поступлении достоверное ($p < 0,01$) повышение уровня АЛТ и АСТ (рис. 1 и 2), холестерина (рис. 3), тимоловой пробы (рис. 4) по отношению к здоровой группе, как и в 1.5 и 2.5. В подгруппе 1.5 был достоверно ($p < 0,01$)

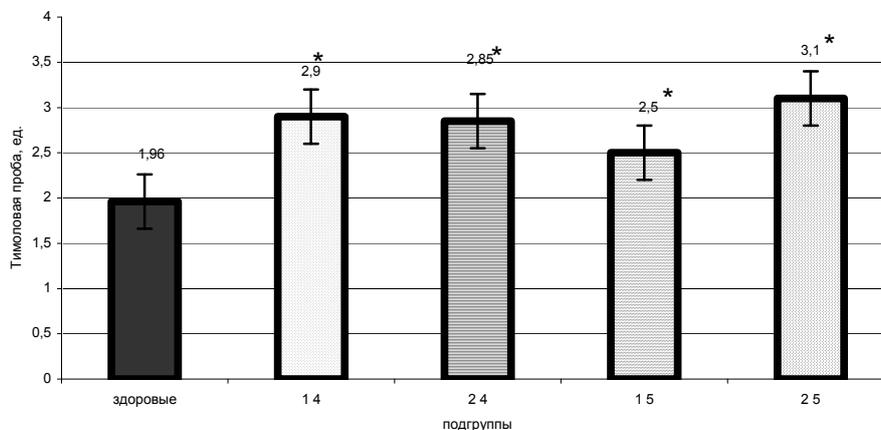
повышен при поступлении уровень билирубина (рис. 3) по сравнению со здоровыми лицами, а также и у больных подгруппы 2.5. Следовательно, при поступлении у больных ХХ на курорт «Аршан» в

подгруппах ХБХ с гипокинезом и ХКХ прослеживались элементы цитолитического и холестатического синдромов, а при ХКХ еще и мезенхимально-воспалительного (рис. 1-4).



Примечание: * - $p < 0,05$, достоверность различий сравниваемых подгрупп больных со здоровыми; + - между сравниваемыми подгруппами больных.

Рис. 3. Показатели холестатического синдрома двух групп больных хроническим холециститом, поступивших на краткосрочный и классический по продолжительности курсы лечения курорта «Аршан».



Примечание: * - $p < 0,05$, достоверность различий сравниваемых подгрупп больных со здоровыми; + - между сравниваемыми подгруппами больных.

Рис. 4. Показатели мезенхимально-воспалительного синдрома двух групп больных хроническим холециститом при поступлении на краткосрочный и классический по продолжительности курсы лечения курорта «Аршан».

У больных ДЖВП обеих групп при поступлении на курорт «Аршан» отмечались только нарушения моторной деятельности ЖП и ЖВП, в подгруппах 1.1-2.1 – по гипермоторному типу, в 1.2-2.2 – по гипомоторному типу. В подгруппах ХБХ и ХКХ обеих групп по сравнению со здоровыми достоверно ($p < 0,001$) была увеличена толщина стенки ЖП (рис. 5), значимых ($p > 0,05$) различий по этому параметру УЗС между подгруппами (1.3 и 2.3; 1.4 и 2.4; 1.5 и 2.5) двух групп не

было. Сладж-синдром был обнаружен в сравниваемых подгруппах этих же групп (рис. 6-7). В подгруппе 1.3 он был зарегистрирован достоверно ($p < 0,05$) чаще в 1,5 раза по сравнению с 2.3, а в 1.4 – чаще ($p < 0,05$) в 1,6 раза по сравнению с 2.4. Однако статистически значимых различий в частоте проявления сладж-синдрома у больных подгрупп 1.5-2.5 не выявлено ($p > 0,05$). Достоверных ($p > 0,05$) различий в толщине сладж-синдрома в подгруппах 1.3 – 2.3, 1.5 – 2.5 также не

отмечено, а в 2.4 по сравнению с 1.4 она была достоверно ($p < 0,05$) в 1.7 раза меньше (рис. 6 и 7). В подгруппах 1.3-2.3 зарегистрированы нарушения по гипертонорному типу, в 1.4-2.4 и 1.5-2.5 - по

гипомоторному типу. В подгруппах ХБХ и ХКХ обеих групп по сравнению со здоровыми достоверно ($p < 0,001$) обнаружено увеличение объема ЖП, но значимых различий между подгруппами не нашли ($p > 0,05$).

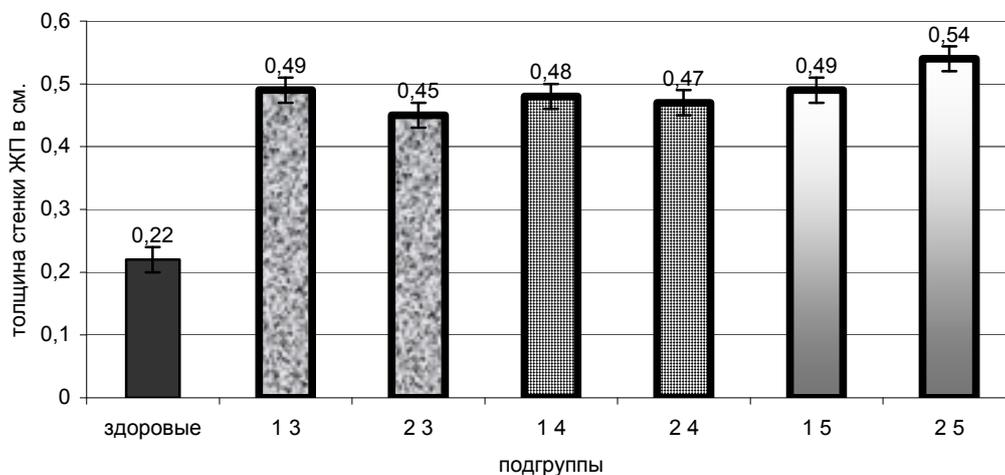
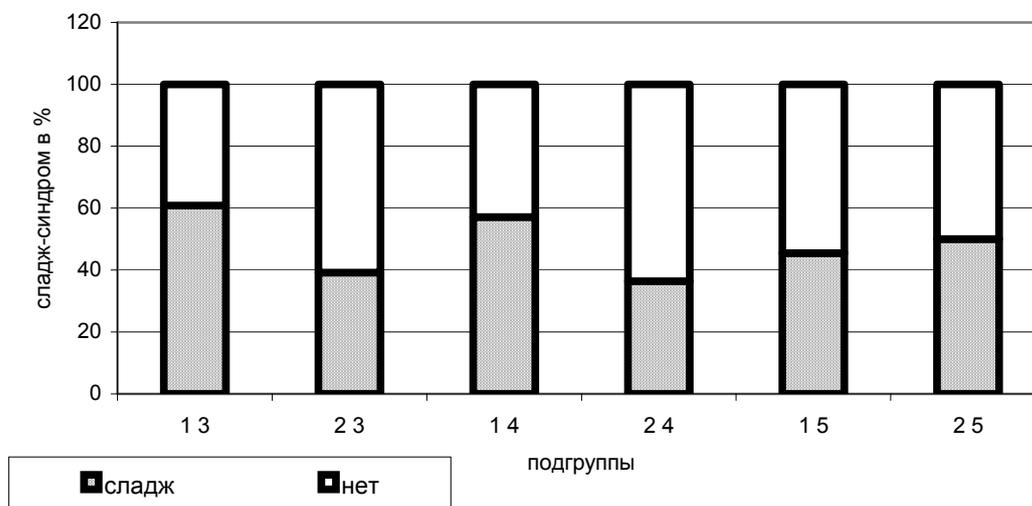


Рис. 5. Толщина стенки желчного пузыря в подгруппах двух групп больных хроническим холециститом на момент поступления на различные по продолжительности курсы лечения курорта «Аршан».



Примечание: * - $p < 0,05$, достоверность различий сравниваемых подгрупп больных со здоровыми; + - между сравниваемыми подгруппами больных.

Рис 6. Частота встречаемости сладж-синдрома в подгруппах двух групп больных хроническим холециститом при поступлении на различные по продолжительности курсы лечения курорта «Аршан».

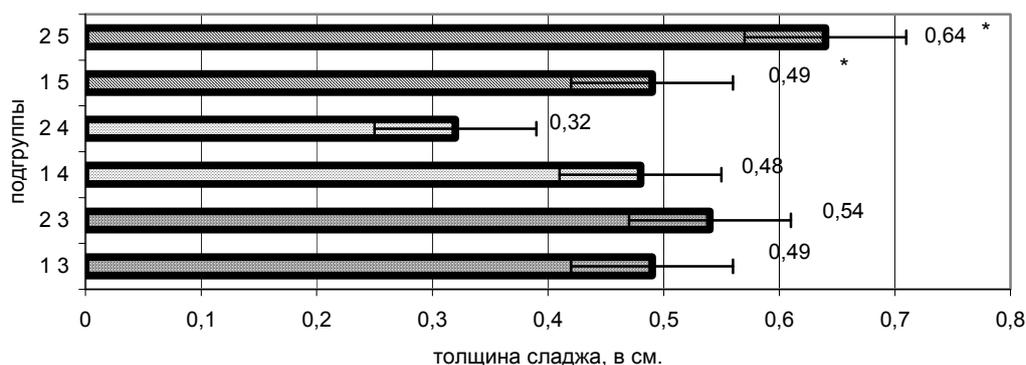


Рис. 7. Толщина сладжа в подгруппах двух групп больных хроническим холециститом при поступлении на различные по продолжительности курсы лечения на курорт «Аршан».

Таким образом, при поступлении больных на курорт «Аршан» достоверных различий при сравнении обеих групп (кратко- и долгосрочного курсов) не получено по полу, возрасту, продолжительности заболевания, сопутствующей патологии, клиническим проявлениям, субъективным синдромам и анализу периферической крови. По объективным признакам также по основным симптомам различий не установлено. Однако у больных, поступивших на короткий курс лечения, достоверно чаще регистрировались диффузная обложенность языка слабой степени выраженности, а у больных ХКХ, поступивших на классический курс лечения – боль при пальпации в правом подреберье. Достоверных различий по биохимическим синдромам между подгруппами не выявлено, кроме подгруппы 1.5, где достоверно был

выражен холестатический синдром, но по сравнению со здоровыми. При проведении УЗС в подгруппах регистрировались однонаправленные одинаковой степени выраженности изменения: утолщение стенки ЖП при ХХ, наличие сладж-синдрома, нарушения в моторной деятельности ЖП и ЖВП. Достоверно реже отслеживался только сладж-синдром в подгруппах, поступивших на классический курс лечения. Следовательно, редко отмечаемые существенные отличия в изучаемых подгруппах поступивших на кратко- и долгосрочный курс лечения достоверно в большей степени тяжести и у большинства отслеживались у больных, поступивших на краткосрочный курс лечения на курорт «Аршан», нежели на долгосрочный.

THE INDICES OF STATUS OF PATIENTS WITH CHRONIC CHOLECYSTITIS BEFORE THE TREATMENT AT THE RESORT “ARSHAN”

L. P. Kovaleva, T.P. Sizich
(Irkutsk State Medical University)

In the article are presented the indices of status of patients with chronic cholecystitis before the treatment at the resort “Arshan”, the clinical, blood and ultrasound scanning signs in patients with chronic cholecystitis in short and reference term course of treatment at the resort “Arshan”.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бартош Л.Ф., Балакина И.В., Гриднева Л.М. Новые подходы к диагностике и лечению гиперкинетических дискинезий желчного пузыря в сочетании с хроническим некалькулезным холециститом. // Клин. мед. – 2004.-Т.82, №9.- С.57-59.
2. Вихрова Т.В. Биохимические показатели пузырной желчи у больных с билиарным сладжем. // Гастроэнтерология. - 2003.- № 2-3.- С.35
3. Терентьева Л.А. Лечебные минеральные воды. - Рига: Звайгзне, 1980.- 220 с.
4. Хазанов А.И. Холециститы. В кн.: Комаров Ф.И., Хазанов А.И. (ред). Диагностика и лечение внутренних болезней: Рук-во для врачей. - М.: Медицина, 1992. – Т. 3. -С.273-291.
5. Циммерман Я.С. Очерки клинической гастроэнтерологии. – Пермь, 1992. - 336 с.
6. Цодиков Г.В. Дискинезии билиарной системы: Рук-во по гастроэнтерологии. - М., 1995.- Т.2.- С.394-399.
7. Caldwell F.T., Lavitsky K. The Gallbladder and Gallstone Formation. // Ann. Surg.- 1992. - № 166. - P.753-758.
8. Gafa M., Misseli A. et al. Sludge and microlithiasis of the biliary tract after total gastrectomy and postoperative total parenteral nutrition. // Surg Gynecol Obstet. - 1987. - Vol. 165.- P.413-418.