

зволит открыть новые направления в развитии обществ больных РС, создать возможность для обмена опытом преодоления сложных жизненных ситуаций.

Опыт работы зарубежных неврологов позволяет заключить, что РС поражает молодых, активно работающих людей, позднее выявление чаще связано с затрудненной диагностикой, а положение больных с РС в России существенно отличается от положения таких же больных в Западной Европе и США — в подавляющем случае из-за социальных факторов. В связи с этим огромное значение приобретает комплексная медико-социальная реабилитация больных РС. В настоящее время отказ больных от интерфероновых препаратов диктуется не только особенностями температурной общей реакции, но и необходимостью ежедневных подкожных или внутримышечных инъекций. Изобретение и поиск новых лекарственных форм, например, пероральных средств, для таких случаев были бы более приемлемыми для пациента для подавления эксацербации РС.

В наших случаях усиление спастичности при применении бетаферонов купировалось баклосаном, температурная реакция — парацетамолом, при сохранении длительной температурной реакции применялся трентал и преднизолон. В отделении проводилась первичная нейропротекция при обострении РС, стартовая первичная нейропротекция и «форсированная» с применением плазмолфера и метипреда, а также вторичная нейропротекция при неоднократном лечении больных РС: противовоспалительная — тренталом, нейротрофическая — преимущественно церебролизин, актовегин, антиоксидантная и ремиелинизирующая — мильгаммой.

Ведение и лечение больных с РС только в начале долгого пути. Ряд вопросов по ведению больных входит в разряд правовых и биомедицинских проблем. Выводы об эффективности терапии, течении и этнических особенностях, скорости инвалидизации и т.д. в связи с новыми подходами терапии могут быть изучены спустя несколько лет работы с регистром, по отдаленным результатам, медико-социальной помощи и катамнезу.

С.Ц. Аюшиева, Л.П. Ковалева

ВЛИЯНИЕ МИНЕРАЛЬНОЙ ВОДЫ «АРШАН» НА СОСТОЯНИЕ ГЕМОДИНАМИКИ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ГЕПАТИТАМИ

*Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)
ГОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет» (Иркутск)*

При хронических гепатитах всегда страдает гемодинамика печени, не последнюю роль в ее диагностике играет реогепатография (РГТ), при проведении которой возможно оценить артериальный, порталный кровоток, венозный отток, кровенаполнение артериальных стволов различного диаметра, эластические свойства сосудов, общее периферическое сосудистое сопротивление. Достоинствами РГТ является простота, абсолютная безвредность метода, высокая чувствительность измерения, высокая динамичность, позволяющая наблюдать и фиксировать быстропротекающие процессы при изменении объема органа [3].

Реограмма печени очень вариабельна по своей форме, но всегда состоит из пресистолической и диастолической волн. Возникновение пресистолической волны связано с сокращением предсердий, когда возникает толчок в области основания аорты, который проводится по артериальным стволам. Систолическая волна отражает повышение скорости и величину кровенаполнения печени в начальной фазе систолы, а также сумму поступления в печень порталной и артериальной крови. Диастолическую волну формирует порталный кровоток и отток крови по печеночным венам, который в свою очередь зависит от венозного кровотока в правое предсердие. Амплитуда систолической волны обусловлена пульсовыми изменениями кровотока печеночной артерии, а диастолическая волна определяется порталным кровотоком на фоне угасающей артериальной волны и оттока крови из печени по печеночным венам. При нарастающем сужении просвета печеночной артерии происходит постепенное снижение амплитуды систолической волны. Это говорит о том, что в формировании систолической волны играет основную роль повышение объема крови, протекающей через печеночную артерию и ее ветви во время систолы и окольный артериальный кровоток. Путь распространения окольного кровотока длиннее, о чем свидетельствует время распространения пульсовой волны (ВРПВ) [1, 2].

В настоящее время для анализа РГТ используют первую производную дифференциальной реограммы, отражающую скорость кровенаполнения сосудов, что дает информацию о скоростных изменениях кровенаполнения сосудов изучаемого участка органа, что позволяет судить о тоне и эластичности сосудистой стенки, а амплитуда реограммы, выраженная в Ом по отношению к калибровочному сигналу позволяет говорить о величине объемных колебаний в органе [1, 2, 3].

По данным литературы, мы не встретили исследований по оценке действия маломинерализованной углекислой гидрокарбонатно-сульфатной, кальциево-магниево-с малым содержанием кремния и железа минеральной воды (МВ) «Аршан» на параметры гемодинамики печени.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Всего было исследовано 64 человека. Здоровых лиц было 12 (11 женщин, 1 мужчина; средний возраст — $21,42 \pm 4,56$ лет). Больных хроническими диффузными заболеваниями печени было 52 (женщин — 43, мужчин — 9; средний возраст — $48,12 \pm 10,84$ лет; средний срок пребывания на курорте — $12,13 \pm 3,18$ дней). Больных разделили на 2 группы: 1-я — хронический вирусный гепатит — 32 (женщин — 26, мужчин — 8; средний возраст — $36,15 \pm 9,73$ лет); 2-я — стеатоз печени — 20 (женщин — 19, мужчин — 1; средний возраст — $48,12 \pm 12,69$ лет).

В программу лечения больных хроническими заболеваниями печени включалось: санаторный режим, диета (стол 5 по Певзнеру), прием минеральной воды (МВ) «Аршан» из расчета 5 мл/кг массы тела, различные бальнеопроцедуры (ванны, души), тюбажи с МВ, кишечные орошения, фитотерапия, ЛФК, массаж, терренкуры, природно-климатический комплекс (среднегорье, инсоляция, арома-, свето-, ландшафттерапия) и туризм. Применялись методики лечения, утвержденные Томским НИИ курортологии и физиотерапии.

Реографию печени регистрировали на отечественном реографе 4РГ-1А (версия 5.0, Медиком МТД). Исследование выполняли при стандартных условиях — натощак, в теплом помещении ($t = 21 - 22$ °С), в горизонтальном положении больного, после 5 — 10 мин покоя, при задержке дыхания на вдохе. Режим исследования: до первого контакта с МВ в первое утро при поступлении, затем через 40 мин после приема 200 мл теплой МВ «Аршан» и при выписке после проведенного лечения. РГТ регистрировалась в течение 5 — 10 сек. Один электрод накладывали сзади по правой лопаточной линии на уровне нижней границы легкого над абсолютной печеночной тупостью, второй — по правой среднеключичной линии на уровне реберной дуги. Электроды фиксировались широким ремнем. Для анализа реограммы рассматривались показатели, характеризующие:

- систолическую фазу — реографический индекс (РИ);
- тонус сосудов — индекс венозного оттока (ИВО), дикротический индекс (ДКИ), диастолический индекс (ДСИ);
- показатель периферического сопротивления (ППСС);
- скорость кровенаполнения — максимальная скорость быстрого кровенаполнения (МСБКН), средняя скорость медленного кровенаполнения (ССМКН);
- состояние системного сосудистого тонуса — время распространения пульсовой волны (ВРПВ).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

До прохождения лечения на курорте «Аршан» у больных, страдающих диффузными заболеваниями печени, в показателях РГТ прослеживались достоверные патологические изменения по сравнению с группой здоровых лиц. Так, систолический приток у больных группы 1 был достоверно повышен ($p < 0,01$), а в группе 2 — снижен. Изменение систолического притока артериальной крови в печень косвенно указывает на наличие условий для развития циркуляторной гипоксии, дистрофии гепатоцитов и других клеток, об ухудшении процессов репарации в условиях текущего воспалительного процесса в гепатобилиарной системе.

Показатель периферического сосудистого сопротивления был достоверно ($p < 0,001$) в сравнении со здоровыми повышен в группе 2, а в 1-й — не изменен. Это указывает на снижение сосудистого сопротивления у больных со стеатозом печени.

Тонус венозного оттока был достоверно ($p < 0,001$) повышен у больных обеих групп, т.е. венозный отток из печени у них был затруднен.

Тонус как пре-, так и посткапиллярного русла во всех группах был достоверно ($p < 0,01$) уменьшен. Снижение этих параметров указывает на снижение тонуса как пре-, так и посткапиллярного сосудистого русла печени у больных обеих групп.

В группе 1 по отношению к здоровым лицам время распространения пульсовой волны было снижено, что говорит о понижении эластичности сосудов у больных этой группы, что указывает на тяжесть процесса в этой группе.

Был снижен показатель эластичности сосудов у больных группы 2, что свидетельствует о снижении базального тонуса сосудов.

Кровенаполнение артерий всех калибров было повышено у больных группы 1, а у больных группы 2 было повышено только ССМКН (мелких и средних артерий). Отсюда можно предположить о задеятельности при хронических гепатитах артерий всех калибров, а при стеатозе — только мелких и средних.

После 40 мин после приема МВ «Аршан» в группе 1 достоверно ($p < 0,01$) относительно первоначальных показателей снизился тонус пре- и посткапиллярного русла сосудов печени, которые были пониженными у больных по сравнению со здоровыми, что указывает на выраженное спазмолитическое действие

МВ «Аршан». Повышенные показатели МСБКН и ССМКН, отражающие скорость кровенаполнения артерий всех калибров у больных хроническими гепатитами до приема МВ «Аршан» достоверно ($p < 0,001$) понизились, а кровенаполнение крупных артериальных стволов достигло уровня здоровых лиц.

В группе 2 после приема МВ «Аршан» через 40 мин прослежено влияние только на систолический приток, который достоверно ($p < 0,01$) повысился, достигнув такого уровня у здоровых лиц, и также достоверно ($p < 0,01$) повысилась скорость кровенаполнения мелких и средних артериальных стволов.

После лечения на курорте «Аршан» во всех анализируемых группах произошли положительные изменения в гемодинамике печени. Систолический приток нормализовался и не имел различий со таковым у здоровых лиц при выписке, как и показатель периферического сосудистого сопротивления.

Индекс венозного русла печени значительно ($p < 0,001$) уменьшился, что указывает на улучшение оттока крови из печени по венозной системе.

Показатель времени распространения пульсовой волны, характеризующий отток крови по коллатеральным путям печени в группе 1, достоверно ($p < 0,001$) повысился, но уровня здоровых не достиг, а во 2-й — еще более снизился.

Пониженный относительно здоровых пре- и посткапиллярный тонус сосудов достоверно ($p < 0,01$) снизился после короткого курса лечения на курорте «Аршан».

Нормализовался ($p < 0,001$) показатель эластичности сосудов и кровенаполнение крупных сосудов во всех группах. Скорость кровенаполнения мелких и средних артерий достоверно ($p < 0,001$) снизилась в группе 1, а во 2-й не изменилась.

Итак, пульсовое кровенаполнение — величина систолического притока — после лечения нормализовалось. Кровоснабжение печени стало интенсивнее, что привело к нормализации процессов оксигенации и, возможно, к улучшению репаративных процессов. Прослежено уменьшение венозного стаза, нормализация артериального притока и кровенаполнения в той или иной степени во всех группах больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гугушвили Л.Л. Ретроградное кровоснабжение печени и портальная гипертензия / Л.Л. Гугушвили. — М.: Медицина, 1972. — 196 с.
2. Осколкова М.Н. Реография в педиатрии / М.Н. Осколкова, Г.А. Красина. — М., 1980. — 214 с.
3. Полищук В.И. Техника и методика реографии и реоплетизмографии / В.И. Полищук, Л.Г. Терехова. — М., 1983. — 174 с.

Е.В. Бардымова, Л.Н. Тармаева, А.Ч. Цыремпилова

РЕСПУБЛИКАНСКОЙ БОЛЬНИЦЕ ИМ. Н.А. СЕМАШКО 85 ЛЕТ: ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ

Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)

Гастроэнтерологическое отделение организовано в мае 1972 года, первой заведующей отделением назначена С.Л. Хингеева, которая во время учебы в ординатуре защитила диссертацию на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, старшей медицинской сестрой — З.Ф. Копиевкер, процедурной медицинской сестрой — М.С. Савчикова. В 1973 году внедрен эндоскопический метод исследования. Пионерами-эндоскопистами стали врач-хирург В.М. Кузнецов и врач-гастроэнтеролог С.Б. Михайлов. В 1974 г. заведующей отделением назначена врач высшей категории, Заслуженный врач РБ К.Д. Дугарова, старшей медицинской сестрой — Т.Г. Кравцова. Клара Дугаровна руководила отделением до 1997 года. Клару Дугаровну отличает высокая требовательность, дисциплина, профессионализм. Под ее руководством отделение беспрерывно занимало призовые места в соцсоревнованиях.

Началось исследование секреторной и кислотообразующей функции желудка методом фракционно-вакуумного забора (гистамин и пентагастриновыми тестами). Прогрессивным моментом в диагностике заболевания ЖКТ является внедрение эзонографии в 1987 г. Сегодня для диагностики заболеваний гепатобилиарной системы проводится дуплексное сканирование сосудов брюшной полости, исследование портального кровотока, пункция кист. Внедрение компьютерной томографии (1995) еще более расширило диагностические и лечебные возможности в гастроэнтерологии. Широко используется в диагностике и лечении гастродуоденальной зоны дуоденография с двойным контрастированием в условиях искусственной гипотонии. Важное значение имеет определение маркеров вирусных гепатитов А, В, С, D, что позволяет применять противовирусные препараты интерферонового ряда в лечении больных ХЗП. История проведения эрадикационной, хеликобактерной терапии в РБ составляет 15 лет. За этот период удалось эффективно снизить количество оперативных вмешательств по экстренным показаниям (гастродуоденальной зоны) на 50 %. Проводятся диагностические тесты на определение НР-инфекции: