

На правах рукописи

Гильмутдинов Айдар Рашитович

**САНАТОРНОЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ
ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ**

14.00.51. – восстановительная медицина, лечебная физкультура и спортивная
медицина, курортология и физиотерапия

14.00.27 – хирургия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Москва-2007

Работа выполнена в Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Башкирский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

Научные консультанты:

Академик РАМН,
Доктор медицинских наук, профессор А.Н. Разумов

Доктор медицинских наук, профессор А.Г. Хасанов

Официальные оппоненты:

Доктор медицинских наук, профессор С.А. Радзиевский
Доктор медицинских наук, профессор Н.Б. Корчажкина
Доктор медицинских наук М.А. Нуртдинов

Ведущая организация: Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Самарский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию».

Защита диссертации состоится “ _____ ” _____ 2007 г. в _____ часов на заседании диссертационного совета Д 208.060.01 при ФГУ «Российский научный центр восстановительной медицины и курортологии Росздрава» (121069, Москва, ул. Пер. Борисоглебского, 9).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГУ «Российский научный центр восстановительной медицины и курортологии Росздрава» (121069, Москва, ул. Пер. Борисоглебского, 9).

Автореферат разослан: “ _____ ” _____ 2007 г.

Ученый секретарь диссертационного совета
Доктор биологических наук, профессор

В.К. Фролков

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования. Разработка новых методов восстановительного лечения пациентов, перенесших оперативные вмешательства на органах брюшной полости, остается одной из самых актуальных проблем современной медицины (Разумов А.Н., 2002, 2003). В полной мере это относится и к язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБЖДК), желчнокаменной болезни (ЖКБ) – наиболее распространенных заболеваний, по поводу которых проводятся оперативные вмешательства.

Язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки страдают 2-10% взрослого населения РФ (Лазебник Л.Б. и соавт, 2003). Несмотря на успехи консервативного лечения, связанных в первую очередь с внедрением в практику антисекреторных средств, ингибиторов протонной помпы и насоса, антихеликобактерной терапии, у 20-95% больных развиваются рецидивы язвенной болезни в течение от 1 года до 5 лет, и каждый десятый больной переносит оперативные вмешательства (Ивашкин В.Т., Шептулин А.А., 2002, Лазебник Л.Б., 2003). Желчнокаменной болезнью страдают до 10-20% всего взрослого населения, а число оперативных вмешательств по этому поводу доходит до 100 тысяч в год (Лазебник Л.Б., 2004, Нечай А.И., 1999; Савельев В.С., 1995; Ильченко А.А., 1999, 2001).

Результаты хирургического лечения заболеваний органов брюшной полости в дальнейшем во многом определяются уровнем организации послеоперационной реабилитации оперированных. Соблюдение этапности реабилитации с включением современного арсенала медикаментозных и немедикаментозных средств, дифференцированный подход в выборе программ восстановительного лечения способствуют скорейшему восстановлению нарушенных функции организма, уменьшению дней нетрудоспособности и частоты инвалидизации. Санаторно-курортный этап реабилитации непосредственно в постстационарный период с применением природных лечебных факторов и методов физиотерапии в настоящее время является

необходимым звеном в системе восстановительного лечения данной категории лиц, особенно трудоспособного возраста и имеет высокую медико-социальную значимость.

Известно благоприятное воздействие важнейших компонентов санаторно-курортной терапии - минеральных вод на механизмы регуляции секреторной и моторной функции желудка и двенадцатиперстной кишки, желчеобразования и желчевыделения, метаболических процессов и иммунный гомеостаз (Бобров Л.Л., 1998; Бокша В.Т., 1993; Полушина Н.Д. и соавт., 1998; Фролков В.К., 1985, 1994, 2005). В ряде исследований продемонстрирована эффективность применения натурального кумыса при заболеваниях пищеварительной системы, как лечебного фактора санаторной терапии, способного оказывать противовоспалительный, антибактериальный, иммуномодулирующий, и др. эффекты (Шамаев А.Г. 1999, 2000; Назифуллин В.Л. 2003; Валиев А.Г. 2004). В то же время практически не изученной остается возможность лечения пациентов, оперированных на органах брюшной полости с сочетанным применением минеральных вод, натурального кумыса и физиотерапевтических процедур.

Оценка течения заболевания в послеоперационный период с акцентом только на клинические симптомы не позволяет выработать соответствующую стратегию адекватного восстановительного лечения и, следовательно, требует учета морфологических, функциональных и структурных изменений слизистой оболочки желудка и гепатобилиарной системы оперированных (Stolte M., 1999; Кононов А.В., 2006). Однако существующие подходы в реабилитации таких больных не учитывают клинико-морфологические, структурно-функциональные и биохимические изменения в послеоперационном периоде, их реакцию на лечебные процедуры.

В связи с этим, изучение, разработка и научное обоснование новых эффективных комплексов восстановительного лечения больных, оперированных по поводу ЯБЖДК и ЖКБ с учетом морфо-функциональных, клинико- биохимических, иммунологических особенностей, на современном этапе остаются одной из самых актуальных проблем.

Цель исследования

Разработка эффективной, научно обоснованной системы санаторного восстановительного лечения больных, оперированных по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, желчнокаменной болезни с учетом морфо-функциональных и клинико-биохимических особенностей течения послеоперационного периода на основе минеральных вод, кумыса и физических методов.

Задачи исследования

1. Оценить особенности клинико-биохимических, морфо-функциональных изменений у больных, оперированных по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, желчнокаменной болезни в послеоперационном периоде.
2. Исследовать состояние иммунного статуса у больных, оперированных по поводу желчнокаменной болезни, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки при поступлении на санаторный этап восстановительного лечения.
3. Разработать комплексы санаторного восстановительного лечения больных после операции на органах брюшной полости в зависимости от клинико-биохимических, морфофункциональных особенностей течения послеоперационного периода на основе минеральных вод, кумыса и физиотерапевтических методов.
4. Изучить влияние комплексного с включением кумыса санаторного лечения на клиническое течение, степень бактериальной обсемененности *Helikobacter pylori*, иммунологический статус, состояние желудочной секреции и моторно-эвакуаторной функции у больных, оперированных по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.
5. Исследовать воздействие на клинико-биохимические параметры и морфо-функциональные, иммунологические показатели разработанных комплексов санаторной реабилитации на основе минеральных вод, кумыса и физиотерапевтических процедур у больных, оперированных по поводу желчнокаменной болезни.

6. Проанализировать влияние разработанных комплексов на клиническую эффективность санаторной терапии и качество жизни пациентов, оперированных по поводу желчнокаменной болезни, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки с оценкой отдаленных результатов.

7. Разработать дифференцированные показания к санаторной реабилитации больных, оперированных по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, желчнокаменной болезни с включением кумысолечения, минеральных вод и физиотерапии в зависимости от биохимических, иммунологических, морфо-функциональных и клинических особенностей течения послеоперационного периода.

8. Разработать практические рекомендации по оптимизации санаторного восстановительного лечения больных после операции на органах брюшной полости с применением природных и преформированных лечебных факторов с учетом клинико-функциональных, морфологических и биохимических особенностей.

Научная новизна

Впервые проведена комплексная оценка морфо-функциональных, клинико - биохимических, иммунологических изменений у больных после операции на органах брюшной полости. Установлено наличие признаков воспаления слизистой, нарушения кислотопродуцирующей и моторно-эвакуаторной функции, хеликобактериоза и иммунологических изменений в зависимости от объема оперативного вмешательства при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, изменения клинико-биохимических и иммунологических параметров в виде холестатического, мезенхимального воспаления, цитолитических патохимических синдромов при желчнокаменной болезни. На основании полученных данных сформулировано положение о роли сопряженных изменений указанных параметров в формировании течения послеоперационного периода.

Впервые обоснована и показана высокая терапевтическая эффективность санаторного восстановительного лечения больных, оперированных на органах брюшной полости с применением разработанных лечебных комплексов на

основе кумыса, минеральных вод, физических методов. Показано, что санаторное лечение с использованием кумыса и минеральной воды санатория Юматово способствует значимому снижению степени бактериальной обсемененности *Helicobacter pylori*, улучшению морфологической картины слизистой, двигательной и секреторной функции желудка и 12-перстной кишки у больных, оперированных по поводу язвенной болезни, позитивно отражаясь на клиническом состоянии и качестве жизни.

Выявлено, что применение разработанных комплексов на основе минеральной воды, кумыса в сочетании с физиотерапевтическими процедурами, приводит к стабилизации нарушенных биохимических параметров крови и желчи, функциональных изменений, улучшению состояния гуморального и клеточного иммунитета, оказывает положительное воздействие на клиническое состояние и качество жизни больных после операции по поводу желчнокаменной болезни.

Продемонстрирована возможность использования показателей изученных биохимических, иммунологических, морфо-функциональных параметров для дифференцированного отбора, рационального восстановительного лечения и оценки эффективности санаторной терапии оперированных на органах брюшной полости больных.

Разработаны и внедрены в практику работы санаторно-курортных учреждений методики санаторного восстановительного лечения пациентов, оперированных на органах брюшной полости с применением кумыса, минеральных вод и физиотерапии.

Практическая значимость

Результаты проведенных исследований показали целесообразность комплексного исследования клинико - биохимических, морфо-функциональных, иммунологических параметров у больных, оперированных по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, желчнокаменной болезни для дифференцированной санаторной реабилитации и оценки ее эффективности.

Обоснована высокая эффективность применения кумыса, минеральных вод и физиотерапии в комплексной реабилитации оперированных на органах

брюшной полости больных в отношении модифицирующего их влияния на клинико-биохимические и морфо-функциональные показатели. Установлено иммуномодулирующее влияние кумысолечения, показаны возможности сочетания с бальнеологическими и физиотерапевтическими факторами.

Обоснована эффективность и необходимость раннего санаторного восстановительного лечения больных, оперированных по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, желчнокаменной болезни в условиях бальнеокумысолечебного санатория, позволяющей значительно улучшить их клинико-функциональное состояние и качество жизни.

Разработанные комплексы восстановительного лечения больных, оперированных по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, желчнокаменной болезни с применением санаторно-курортных и физиотерапевтических факторов в условиях бальнеокумысолечебного санатория способствует регрессии патологических послеоперационных состояний, сохраняя отдаленные позитивные эффекты.

Для внедрения в практику разработаны и рекомендованы показания и противопоказания, а также информативные клинико-биохимические, морфо-функциональные показатели, которые необходимо учитывать при направлении на санаторный этап реабилитации больных, оперированных по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, желчнокаменной болезни.

Внедрение результатов исследования в практику

Результаты работы внедрены в работу хирургических отделений клиник БГМУ, ММУ ГКБ №8 г. Уфы, ГУП санаторий «Юматово», санаторно-курортных учреждений РБ, что подтверждается актами внедрения. Изданы 3 методические рекомендации, 2 пособия для врачей.

Основные положения диссертации используются при обучении студентов, врачей интернов и ординаторов, врачей-курсантов кафедр терапевтического и хирургического профилей, восстановительной медицины и курортологии ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава».

Публикации: По теме диссертации опубликовано 54 печатных работ, из них – 8 в журналах по перечню ВАК Министерства образования и науки РФ.

Апробация работы

Основные положения работы представлены в докладах и сообщениях на республиканских, межрегиональных научно-практических конференциях (Уфа, 2001-2006, Екатеринбург, 2004); Российских и Международных конгрессах, конференциях по восстановительной медицине, курортологии и физиотерапии (Москва, 2004-2005; Пятигорск, 2005; Сочи, 2004-2005); Всероссийских Форумах «Здравница» (Санкт-Петербург, 2004; Москва, 2005; Сочи, 2006); на заседаниях Ассоциации врачей восстановительной медицины, физиотерапевтов РБ (2004-2006), на Первом съезде врачей восстановительной медицины РФ (2007). Апробация диссертации проведена на совместном заседании кафедр терапевтического и хирургического профиля БГМУ.

Объем и структура диссертации

Диссертация состоит из введения, обзора литературы, описания материалов и методов исследования, результатов собственных исследований и обсуждения полученных результатов, заключения, выводов, практических рекомендаций. Работа изложена на 265 страницах машинописного текста, иллюстрирована 51 таблицами, 39 рисунками. Список литературы содержит 317 источников, из них 215 отечественных и 102 зарубежных авторов.

Основные положения, выносимые на защиту

1. У больных, оперированных по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в постстационарный период отмечаются воспалительные явления слизистой, нарушения моторно-эвакуаторной, кислотопродуцирующей функции желудка и обсемененность хеликобактериозом в зависимости от проведенного объема оперативного вмешательства с дисбалансом цитокинового профиля.

2. Санаторная реабилитация с применением разработанного лечебного комплекса на основе кумысолечения и минеральной воды, способствует снижению эспрессии *Helicobacter pylori*, улучшению морфологической картины слизистой, секреторной и моторно-эвакуаторной функции желудка, при

позитивном клиническом эффекте с сохранением результатов в отдаленный период.

3. У больных, оперированных по поводу желчнокаменной болезни, при поступлении на санаторный этап реабилитации отмечаются клинико-биохимические изменения, проявляющиеся холестатическим, мезенхимально-воспалительным, цитолитическим синдромами, с нарушениями иммунного статуса с напряженностью параметров гуморального и клеточного звеньев.

4. Комплексное санаторное лечение с приемом кумыса, минеральной воды и физиотерапии оказывает существенное позитивное воздействие на показатели ведущих патохимических печеночных синдромов при выраженном иммунокорригирующем эффекте, с улучшением клинического состояния и качества жизни.

5. Оценка клинико-биохимических и морфо-функциональных особенностей больных, оперированных на органах брюшной полости позволяет использовать эффективные комплексы санаторного восстановительного лечения с включением природных факторов и методов аппаратной физиотерапии.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования. Результаты оперативного лечения больных с ЯБЖДК и эффективность их санаторной реабилитации прослежен у 169 больных из 352 пациентов, перенесших операции по поводу язвенной болезни, выписанных из стационаров - клинических баз БГМУ и поступивших на долечивание в кумысолечебный санаторий «Юматово» Республики Башкортостан (директор М.М. Хабибрахманов). Среди обследованных - 141 мужчин и 28 женщин со средним возрастом $44,7 \pm 5,7$ лет. По виду оперативного вмешательства - 109 больных перенесли резекцию желудка в различных модификациях, 60 больных перенесли органосберегающие операции (ушивание язвы - 22, ваготомия стволовая и селективная - 38 человек). После резекции 2/3 желудка по Бильрот-1 наблюдались 72 больных, по Бильрот-2 - 37 пациентов.

Также наблюдения проведены у 215 больных, после оперативного лечения по поводу желчнокаменной болезни, находившихся на стационарном лечении в клинических базах Башкирского государственного медицинского университета, лечебных учреждений Республики Башкортостан и поступивших на санаторное долечивание в кумысолечебный санаторий «Юматово» РБ. Средний возраст больных составил $43,2 \pm 5,06$ лет. Среди обследованных преобладали женщины - 165 человек (76,8 %), мужчин - 50 человек (23,2 %). По экстренным показаниям оперированы - 85 (39,4 %), в плановом порядке оказана хирургическая помощь 130 (60,6 %) больным. ЖКБ с механической желтухой диагностирована у 32 больных. Наибольший процент пособий выполнен минилапаротомным способом – у 184 (85,5%) больных, широкая лапаротомия выполнена у 31 (14,5%) пациента.

В санаторий больные направлялись непосредственно из хирургических стационаров на 12-14 день после проведения операции при удовлетворительном общем состоянии, зажившем операционном рубце и отсутствии хирургических осложнений.

Методы исследования. Всем больным проводилось комплексное обследование с анализом клинических, лабораторных и инструментальных данных при поступлении в стационар, непосредственно перед выпиской из стационара и направлением на санаторную реабилитацию, перед выпиской из санатория и через 6 -12 месяцев после санаторного лечения.

Исследование кислотопродуцирующей функции желудка производили путем внутрижелудочной рН- метрии с помощью прибора «АГМ-03».

Фиброэзофагогастродуоденоскопию (ФЭГДС) проводили по общепринятой методике гибким волоконным фиброэндоскопом «OLYMPUS GIF» типа «Q-10» (Япония) с прицельной биопсией и последующим цитологическим или морфологическим исследованием.

Ультразвуковое исследование печени, желчевыводящих путей, поджелудочной железы проводили на эхосканерах «Aloka» SSD-260.

В соответствии с рекомендациями Российской группы по изучению НР, экспрессию *Helicobacter pylori* (НР) оценивали гистобактериоскопическим, с

окраской по методу Гимзе, уреазными методами (HELPII–тест, «Синтана СМ», Россия), определяли наличие ДНК фрагментов *H. pylori* в желудочной слизи методом полимеразной цепной реакции с использованием стандартного набора «АмпиСенс-200 *Helicobacter pylori*». Инфицирование НР считалось достоверным при выявлении бактерий в гистологических срезах в сочетании с положительным уреазным тестом и ПЦР.

Гистобактериоскопия проводилась в световом микроскопе при увеличении 630. При обнаружении возбудителя в гистологических препаратах выделяли 3 степени колонизации: слабую (+) - до 20 микробных тел в поле зрения; умеренную (++) - до 50 микробных тел в поле зрения и выраженную (+++)- свыше 50 микроорганизмов в поле зрения.

Оценку уреазной активности биоптата из слизистой оболочки желудка проводили с помощью диска, в зависимости от интенсивности и времени появления синего окрашивания различали 3 степени инфицирования: выраженную (+++) – яркое окрашивание в первые секунды исследования; умеренную (++) – окрашивание средней интенсивности в течение 1 минуты и слабую (+) – слабое окрашивание в течение 3 минут.

Морфологические изменения слизистой оболочки желудка оценивались по выраженности воспаления, обсемененности НР.

Определение содержания сывороточных иммуноглобулинов А, М, G- проводили турбидиметрическим методом с использованием автоматического анализатора и тест систем. Уровень ЦИК- стандартным методом преципитации 5% -ным раствором ПЭГ.

Определение содержания провоспалительных цитокинов-интерлейкина 1b (ИЛ-1b), интерлейкина –6 (ИЛ-6), фактора некроза опухолей альфа (ФНО-а), противовоспалительных цитокинов –интерлейкина-10 (ИЛ-10) и интерлейкина –4 (ИЛ-4) проводили методом твердофазового иммуноферментного анализа с применением тест-систем ООО «Протеиновый контур» (Санкт-Петербург).

Больным, оперированным по поводу ЖКБ определение уровня билирубина в сыворотке крови проводили по методу Иендрашика, холестерина - по методу Илька, β-липопротеидов и триглицеридов -унифицированным методом.

Содержание щелочной фосфатазы определялось методом Бобанского с бетта-глицерофосфатом, тимоловая проба – методом Маклагана в модификации Хуэрго-Поппер.

Концентрация альбумина, α I-, α II-, β -глобулинов оценивалась методом электрофореза на бумаге, сывороточной холинэстеразы – калориметрическим методом по В.Г. Колбу и В.С. Камышникову, содержание АЛТ и АСТ – по Ройтману и Френкелю.

Исследование литогенных свойств желчи проводили по суммарному содержанию желчных кислот, общего холестерина, билирубина, высчитывали холато-холестериновый коэффициент. Содержание холевой кислоты определялась по методу Рейнгольда и Вильсона, уровень холестерина желчи определяли прямым методом, основанным на реакции Либермана-Бурхарда (метод Аутенрич-Функа), определение суммарных желчных кислот в желчи проводили колориметрическим методом с использованием реакции Петтенкофера (метод Кульберга-Маляревской).

С целью исследования морфологических изменений в печени, у 35 больных из краевой зоны печени взяты кусочки размером 2 x 3 мм, из которых после соответствующей гистологической проводки изготовлены срезы толщиной 7 мкм и окрашены гематоксилин-эозином. Исследование показателей регионарного кровотока печени проводили методом реогепатографии по А.С. Логинову и Ю.Т. Пушкарю аппаратом РГ-4-01. Для оценки результатов реабилитации и качества жизни использовался Опросник здоровья -36 (SF-36).

Методы санаторного лечения. В зависимости от проводимой терапии больные, оперированные по поводу ЯБЖ и ДК разделены на две группы: основную из 89 пациентов, в разработанную программу санаторного лечения которых был включен прием кумыса, среди которых 38-оперированы по Бильрот -1, 20-по Бильрот -2, 31 -перенесли органосохраняющие операции. Группа сравнения состояла из 80 больных (34-по Бильрот-1, 17-по Бильрот-2, 29-после органосохраняющих операции), которые в восстановительном лечении получали базовую терапию. Базовый реабилитационный комплекс включал лечебное питание, прием минеральной воды «Юматовская», лечебную

гимнастику и физкультуру, терренкур, медикаментозную терапию по показаниям.

Методика кумысолечения предусматривала применение кумыса дробными дозами, начиная с 50 мл. на прием, доводя до 250-500-750 мл /сутки. При повышенной и нормальной секреторной функции кумыс применялся слабой крепости (60-80⁰ по Тернеру) за 40-60 мин. до еды, при пониженной секреторной функции применялся кумыс средней крепости (81-100⁰ по Тернеру) за 20-30 мин. до приема пищи.

Больные, оперированные по поводу желчнокаменной болезни, разделены на 2 группы в зависимости от проводимого лечения. Больные первой группы (113 человек) получали разработанные комплексы восстановительного лечения с применением кумыса и физиотерапевтических процедур. Больные группы сравнения (102 человека) получали базовое комплексное санаторное лечение без применения кумыса и физиотерапевтических процедур.

Базовая санаторная терапия включала лечебное питание, лечебную гимнастику и физкультуру, прием питьевой минеральной воды «Юматовская»-сульфатно-магниевый кальциевый состава (М 2,4-2,6 г/дм³).

С целью определения сравнительной эффективности воздействия разработанных лечебных комплексов в ходе санаторной реабилитации внутри 1 и 2 групп больных после холецистэктомии, выделены следующие подгруппы по лечению:

1-я подгруппа включала 38 больных основной группы, получавших к базисной терапии кумысолечение по разработанной методике, а также процедуры ПеМП на область правого подреберья (комплекс №1).Сравниваемая подгруппа состояла из 32 пациентов группы сравнения, получавших базисную терапию.

2-я подгруппа из 42 больных основной группы получали базисную терапию, кумыс и процедуры ДМВ -терапии на область правого подреберья и эпигастральную область (комплекс №2). В качестве сравниваемой группы исследовались 40 человек из группы сравнения, получавших только базисную терапию.

3-я подгруппа из 33 больных к базисной терапии принимали кумыс и гальваногрязь на область правого подреберья (комплекс №3). 30 пациентов из группы сравнения составили сравнимую когорту к данной подгруппе и получали базисную терапию.

Структура выбранной группы сравнения по половому, возрастному составу и видам выполненных оперативных вмешательств была сопоставима с основным контингентом больных.

Методика кумысолечения больных, оперированных по поводу холелитиаза, состояла из приема кумыса слабого вида с созревaniem через 5-8 часов, 60-81° по Тернеру, с учетом секреторной функции желудка, начиная с 50 мл на прием. При хорошей переносимости, отсутствии диспепсических проявлений, болей в эпигастрии, доза кумыса доводилась до 750 мл в сутки.

Минеральная вода «Юматовская» принималась внутрь в теплом виде при температуре 40-42°С начиная с 100мл на прием и до 250 мл. 3 раза в день за 40-60 минут до еды.

ПеМП терапия проводилась на аппарате «Магнитер» в непрерывном режиме интенсивностью 40 мТл. Курс лечения состоял из 12-15 ежедневных процедур при продолжительности сеанса 10-15 минут.

ДМВ терапия осуществлялась с использованием аппарата «Волна-2» по дистанционной методике при слаботепловой дозировке с мощностью 30-40 Вт. На курс 10-15 сеансов при продолжительности процедур 8-10 мин. Для гальваногрязевых процедур использовалась привозная иловая грязь санатория Карагай. Контрольная группа состояла из 32 практически здоровых пациентов, находившихся на отдыхе в санатории, не имеющих патологии органов пищеварения.

Статистическая обработка полученных результатов выполнялась на персональном компьютере «Pentium IV» с использованием стандартной программы «Microsoft office-2000» и пакета стандартных статистических программ «Statistika for Windows». Достоверность различий определяли с помощью t-критерия Стьюдента и Фишера. Для определения наличия

взаимосвязи между признаками применялся коэффициент корреляции - r. Для построения графиков и таблиц использовался «Excel for Windows-2000».

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Применение разработанных комплексов восстановительного лечения на санаторном этапе с использованием кумысолечения, минеральных вод и физических методов, позволили провести адекватную реабилитацию оперированных больных.

При выписке из стационара и поступлении в санатории, результаты эндоскопического исследования пациентов, перенесших резекцию желудка показали, что патологические изменения слизистой оболочки у них выявляются чаще, чем у лиц после органосберегающих операций. У данной группы гастрит оперированного желудка обнаружен у 89(81,6%), признаки рефлюкс-эзофагита – у 74(67,8%), анастомозита – у 72(66%), нарушения моторно-эвакуаторной функции – у 93(85,3%) больных. У 73(66,9%) отмечен заброс дуоденального содержимого в культю желудка. У больных, перенесших резекцию по методу Бильрот-2, патологические изменения со стороны слизистой оболочки желудка, выявленные при эндоскопическом исследовании, более выражены, чем у оперированных методом Бильрот-1. Поверхностный гастрит культи желудка определялся у 56(77,7%) больного, оперированного методом Бильрот-1, и у 33 (89,18%) пациентов, перенесших резекцию по Бильрот-2. При этом у 28(75,6%) оперированных по Бильрот-2 выявлена картина рефлюкс-эзофагита. Эндоскопическая картина анастомозита после резекции методом Бильрот-1 выявлена у 44(61,1%) пациентов, по Бильрот-2 – у 28(75,7%, $p<0,05$). Эрозивно-язвенная форма анастомозита обнаружена у 2 больных в каждой группе: у 2,7% и 5,4% ($p<0,05$) пациентов, оперированных по Бильрот-1 и Бильрот-2 соответственно.

Нарушения моторно-эвакуаторной функции отмечены у 59(81,9%) больных, перенесших резекцию по Бильрот-1, и у 34(91,8%) – по Бильрот-2. Заброс дуоденального содержимого в культю желудка отмечалась у 40 (55,5%)

после выполненной резекции по Бильрот-1, и у 33 больных (89,1%) - оперированных методом Бильрот-2.

У больных, перенесших органосберегающие операции, поверхностный гастрит определялся у 45(75%), картина рефлюкс-эзофагита – у 34(56,6%), нарушение моторно-эвакуаторной функции – у 33(55%), а дуодено-гастральный рефлюкс желчи – у 19(31,6%) больных.

У большинства – 97(88,99%) больных, перенесших резекцию желудка по данным интрагастральной рН-метрии, наблюдалось гипо– или анацидное состояние. В то же время, среди пациентов, перенесших органосберегающие операции, отмечались больные с гиперацидным состоянием - у 25(41,6%), преимущественно за счет лиц, перенесших ушивание язвы-22, вероятно в связи с тем, что во время оперативного вмешательства им не проводилось удаление кислотопродуцирующей зоны желудка. У остальных больных данной группы выявлены нормо-и гипоацидные состояния.

При выписке из стационара и поступлении в санаторий у 56 (51,3%) больных, перенесших резекцию желудка выявлен *Helicobacter pylori* (НР), у перенесших органосберегающие операции, доля хеликобактериоза составила 85% ($p < 0,05$) случаев – у 51 больного. Более низкие показатели обсемененности НР после резекции желудка, возможно связаны с приемом антихеликобактерной терапии до оперативного вмешательства. Кроме того, у 51,3% пациентов после резекции отмечено высокое содержание ДНК фрагментов *Helicobacter pylori*, при частоте 85% у перенесших органосберегающие операции.

При поступлении в санаторий у обследуемых больных имеется дисбаланс цитокинового профиля в виде достоверного превышения уровней провоспалительных цитокинов (ИЛ-6, ИЛ 1 β , ФНО- α) и снижения противовоспалительных цитокинов (ИЛ-10 и ИЛ-4) в сравнении с группой контроля (табл. 1). У пациентов, перенесших резекцию желудка содержание ИЛ-6, ИЛ 1 β и ФНО- α оказалось выше, чем у группы контроля на 50,75% ($p < 0,05$), 35,35% ($p < 0,05$) и 34,41% ($p < 0,05$) соответственно. Уровни противовоспалительных цитокинов у данной группы значимо ниже значений контроля – ИЛ-10 на 24,75% ($p < 0,05$) и ИЛ-4 на 47,04% ($p < 0,05$). Изменения

цитокинового статуса менее выражены у больных, перенесших органосохраняющие операции, но значимо отличаются от группы здоровых.

Таблица 1 - Цитокиновый профиль крови у больных, оперированных по поводу ЯБЖДК ($M \pm m$)

Показатели	Контроль n=32	После органосохраняющ их операции n =60	После резекции желудка n=109
ИЛ-1 β , пг/мл	426,78 \pm 22,63	501,17 \pm 16,13*	577,65 \pm 18,74*
ИЛ-6, пг/мл	198,91 \pm 12,76	234,20 \pm 9,78*	299,87 \pm 16,09*
ФНО- α , пг/мл	295,42 \pm 14,64	342,23 \pm 17,85*	397,08 \pm 20,61*
ИЛ-4, пг/мл	191,74 \pm 13,42	133,56 \pm 10,03*	101,55 \pm 6,41*
ИЛ-10, пг/мл	101,58 \pm 7,43	87,17 \pm 5,51*	76,43 \pm 5,48*

* - значимость различий показателей в сравнении с контролем;

° - между группами, $p < 0,05$

Корреляционный анализ, проведенный у больных с ЯБЖДК между изучаемыми показателями, определил наличие взаимосвязей. Выявлена прямая взаимосвязь между степенью колонизации НР и уровнем провоспалительных цитокинов: с ИЛ-6 ($r=0,51$, $p < 0,05$), ИЛ 1 β ($r=0,49$, $p < 0,05$), и ФНО- α ($r=0,53$, $p < 0,05$). Обратная взаимосвязь отмечается между противовоспалительными цитокинами и степенью обсемененности НР: с ИЛ-10 ($r=-0,40$, $p < 0,05$), ИЛ-4 ($r=-0,42$, $p < 0,05$). У больных после органосохраняющих операции взаимосвязи более существенны, что вероятно связано с выраженной экспрессией НР у данной группы. Кроме того, проведенное хирургическое вмешательство само по себе является предиктором развития дисбаланса цитокинового профиля, свидетельством которого является выявленные нами значимые сдвиги цитокинов у больных, перенесших более объемные операции - резекцию желудка и имеющие более выраженные послеоперационные воспалительные изменения слизистой желудка при меньшей экспрессии НР. Выявлена прямая взаимосвязь между степенью обсемененности слизистой НР с показателями активности и степени воспаления слизистой желудка ($r=0,49$,

$p < 0.05$; $r = 0,51$, $p < 0.05$) соответственно, выраженностью воспалительной инфильтрации мононуклеарного характера ($r = 0,40$, $p < 0,05$), наиболее выраженные у больных с послеоперационным анастомозитом. Уровень провоспалительного цитокина – ИЛ-1 β прямо коррелировал с морфологическими признаками послеоперационного гастрита и анастомозита ($r = 0,39$, $p < 0,05$), при выявлении обратной корреляции между уровнем ИЛ-10 и выраженностью воспаления. Обратная взаимосвязь выявлена между степенью инфицированности слизистой НР и объемом проведенного оперативного вмешательства: у больных после резекции желудка обсемененность НР значительно отличается от группы с органосохраняющими вмешательствами в сторону убыли их частоты и степени ($p < 0,05$). Аналогичная взаимосвязь обнаружена между секреторной функцией желудка и объемом проведенной операции: при резекции желудка частота гипоацидных состояний достоверно выше ($p < 0,05$).

При поступлении в санаторий у больных, оперированных по поводу ЯБЖ и ДК, независимо от вида оперативного вмешательства, клиническая картина была без существенных различий. У больных, перенесших резекцию желудка, боли в эпигастральной области и в правом подреберье отмечались значительно чаще, чем у больных, перенесших органосохраняющие операции. Диспепсические нарушения также не зависели от вида оперативного вмешательства и были выражены в равной степени у больных, перенесших резекцию желудка и органосохраняющие операции. После резекции 27(24,7%) больных предъявляли жалобу на изжогу, 35(32,1%)- отрыжку, 32(29,3%)- горечь во рту. Проявления демпинг-синдрома средней тяжести наблюдались у 2(5,4%) пациентов, перенесших резекцию по методу Бильрот-2. У больных, перенесших органосохраняющие операции, изжога наблюдалась у 22(36,6%), отрыжка кислым – у 17(28,3%), горечь во рту – у 14(23,3%) пациентов.

Санаторная реабилитация больных данной категории в условиях кумысолечебного санатория способствовала улучшению морфофункциональных параметров и клинического состояния. При поступлении в санаторий больные основной и группы сравнения по основным клиническим показателям, эндоскопической и гистологической картине были

сопоставимы. На фоне применения разработанного лечебного комплекса на основе кумыса у больных основной группы отмечена существенная положительная динамика патологических изменений, выявленных при эндоскопическом исследовании. У лиц, оперированных по Бильрот-1, на фоне кумысолечения отмечается значимое снижение частоты выявления рефлюкс-эзофагитов на 61,53% ($p < 0,05$), поверхностного гастрита культи желудка на 63,3% ($p < 0,05$), анастомозитов на 52,17% ($p < 0,05$), нарушений моторно-эвакуаторной функции на 51,61% ($p < 0,05$), в сравнении с исходными данными, при наличии достоверной разницы с больными, не принимавших кумыс. У оперированных по Бильрот-2 кумысолечение способствовало также значимому уменьшению частоты случаев поверхностного гастрита культи желудка, рефлюкс-эзофагита, дуодено-гастрального рефлюкса желчи, по сравнению с днем поступления в санаторий. В группе сравнения при этом отмечается аналогичная динамика, но частота регресса показателей значимо ниже.

У больных, перенесших органосохраняющие операции на фоне разработанного комплекса лечения частота выявления поверхностного гастрита, рефлюкс-эзофагита, нарушений моторно-эвакуаторной функции также достоверно ниже ($p < 0,05$) исходных и группы сравнения. На фоне кумысолечения отмечено значимое снижение степени активности гастрита и анастомозита, степени мононуклеарной воспалительной инфильтрации. Такая динамика эндоскопической картины свидетельствует, что комплексная санаторная реабилитация больных, перенесших оперативные вмешательства по поводу ЯБЖДК с применением натурального кумыса и минеральной воды сульфатного кальциевого состава, оказывает противовоспалительное действие, способствует уменьшению воспалительных изменений со стороны слизистой оболочки желудка и приводит к нормализации функционального состояния желудка.

На фоне санаторного лечения отмечена позитивная динамика экспрессии НР на слизистой оболочке желудка (рис.1). У больных, перенесших резекцию желудка и принимающих кумыс, произошло изменение структуры

обсемененности слизистой оболочки желудка в сторону существенного уменьшения. Отмечено увеличение количества больных с «нулевой» степенью обсемененности в 1,32 раза ($p < 0,05$), уменьшение числа больных с выраженной степенью колонизации в 1,85 раза ($p < 0,05$). У больных, перенесших органосохраняющие операции, после кумысолечения отмечено уменьшение в 2,25 раза ($p < 0,05$) количества больных с выраженной степенью обсемененности НР. В группе сравнения при этом также выявляется уменьшение частоты больных с выраженной степенью колонизации НР, однако, при менее значимой частоте.

Параллельно отмечено уменьшение количества больных с положительным уреазным тестом, что дополнительно свидетельствует об уменьшении инфицированности больных основной группы хеликобактериозом. У больных после органосохраняющих вмешательств убыль частоты данного показателя составляет 1,85 раза ($p < 0,05$) в сравнении с исходом.

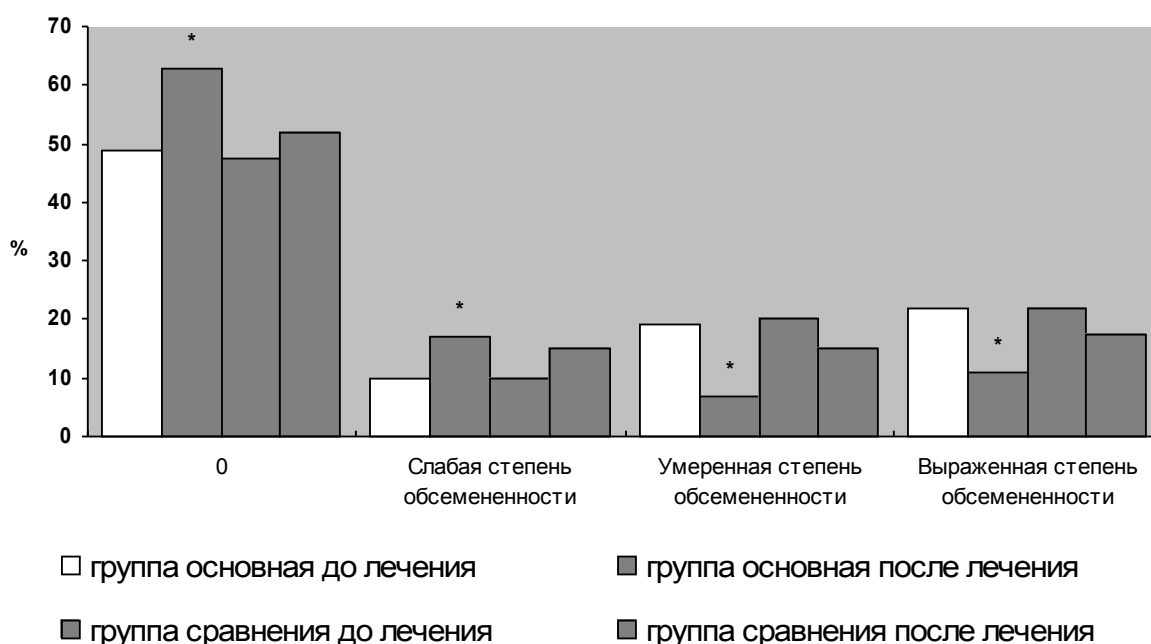


Рис.1. Динамика показателей обсемененности *Helicobacter pylori* (в %), у больных, оперированных по поводу ЯБЖДК

* – значимость различий показателей до и после лечения, $p < 0,05$

У больных, перенесших резекцию желудка, на фоне кумысолечения в исследованиях желудочной слизи методом ПЦР фрагментов ДНК *Helicobacter pylori* наблюдалось уменьшение частоты их обнаружения в 2,1 раза ($p < 0,05$).

Морфологические изменения в слизистой желудка на фоне санаторного лечения отражали регресс воспалительных изменений. Анализ результатов гистологического исследования гастробиоптатов после санаторного лечения показал полную редукцию воспалительных изменений слизистой оболочки желудка и восстановление ее структуры у 56% больных, принимающих кумыс. Частичный регресс воспалительных изменений на гастробиоптатах отмечен у остальных больных основной группы. В группе сравнения при этом гистологическая картина гастробиоптатов свидетельствовала также об уменьшении признаков воспаления, однако в данной группе оставались больные с сохранением выраженных воспалительных изменений слизистой желудка.

Санаторное лечение с применением кумыса способствовало снижению провоспалительных цитокинов - ИЛ-1 β , ИЛ-6, ФНО- α соответственно на 12,02%, 28,24%, 17,25% от первоначальных значений при статистически значимых сдвигах параметров. Смещения противовоспалительных цитокинов носят противоположный характер с возрастанием ИЛ-4 на 54,03%, ИЛ-10 – на 22,13% ($p < 0,05$). В сравниваемой группе динамика изучаемых параметров оказались незначимы и достоверно отличались от значений больных основной группы, при однонаправленных изменениях.

Корреляционные взаимосвязи между степенью колонизации НР и активностью воспаления слизистой желудка на фоне лечения сохраняются ($r=0,41$, $p < 0,05$) у больных после резекции желудка, и ($r=0,44$, $p < 0,05$) при органосохраняющих операциях. Также сохраняются обратные взаимосвязи между обсемененностью НР и противовоспалительными цитокинами – ИЛ-4 и ИЛ-10 ($r=-0,42$, $p < 0,05$).

Такая динамика показателей инфицированности хеликобактериозом, подтвержденные уреазными тестами и ПЦР на ДНК фрагменты НР на фоне санаторного лечения с применением кумыса свидетельствует, что кумыс

обладает антихеликобактерными, противомикробными свойствами, вероятно за счет его антибактериальных, иммуномодулирующих качеств (А.Г.Шамаев 2000, В.Л. Назифуллин 2002). Об этом свидетельствует также купирование проявлений синдрома диспепсии, угнетение активности воспалительного процесса в слизистой оболочке желудка на фоне кумысолечения.

Санаторное долечивание с применением кумыса у больных, перенесших резекцию желудка, привело к достоверным изменениям показателей секреторной функции (табл. 2). У больных с исходно анацидным и гипоацидным состоянием секреторной функции, на фоне приема кумыса наблюдалось возрастание значения кислотности, а у лиц с гиперацидным состоянием выявлено снижение значений параметра. У перенесших органосберегающие операции, наблюдались аналогичные сдвиги показателей. В группах сравнения значимых сдвигов параметров не отмечалось, при тенденции к нормализации показателей секреторной функции.

Таблица 2- Влияние санаторной реабилитации с применением кумыса на показатели рН – метрии у больных, перенесших резекцию желудка ($M \pm m$)

Показатель рН	Гр.основная (кумыс) n=58		Гр.сравнения n=51	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
>6,0	6,2±0,03 n=20	5,3±0,02* ^a	6,13±0,03 n=17	6,09±0,12 ^a
4-6,0	5,14±0,01 n=32	4,2±0,02* ^a	4,95±0,12 n=28	5,05±0,08 ^a
2-4,0	3,08±0,04 n=3	3,62±0,08* ^a	3,04±0,05 n=3	3,38±0,07 ^a
<2,0	1,58±0,04 n=3	2,68±0,13* ^a	1,56±0,12 n=3	1,8±0,05 ^a

*—значимость различий показателей до и после лечения,

a— между группами после лечения, $p < 0,05$

Под влиянием санаторного лечения, частота ведущих клинических синдромов, характеризующих состояние гастродуоденальной системы и других органов пищеварения, во всех случаях уменьшилась с высокой степенью достоверности. Эффективность санаторного лечения была наиболее высокой в

купировании болевого синдрома, что проявилась в виде уменьшения жалоб больных на боли в эпигастральной области, в правом подреберье, ретростернальные боли, которые у большинства (81%) исчезли, у остальных уменьшились.

Важным непосредственным эффектом санаторной терапии с применением кумыса и минеральной воды «Юматовская» стало исчезновение диспепсических явлений, или значительное их уменьшение у 72% пациентов, в 51% случаях прекратились чувство тяжести в эпигастрии, распирающие, давления после еды. Отмечено исчезновение изжоги, горечи во рту, отрыжки. Выявлено значительное уменьшение (более 10 раз, $p < 0,05$) числа больных, у которых в той или иной степени был выражен астенический синдром. Кроме того, у пациентов прием кумыса способствовал улучшению аппетита и прибавке веса, нормализации стула. У 82% больных увеличилась масса тела, средний ее прирост составил $1,14 \pm 0,11$ кг ($p < 0,05$).

Оценка эффективности санаторного лечения показала, что положительные результаты с достоверностью отмечены в группах, получавших кумысолечение. Из них 22,8% больных выписаны со значительным улучшением, 77,2% - с улучшением. Прием кумыса всеми больными переносился хорошо и не вызывал побочных эффектов. Санаторная терапия с применением кумыса способствовала повышению качества жизни больных при статистически значимом возрастании показателей по шкалам физического функционирования и боли.

При изучении отдаленных результатов санаторно-курортного лечения у больных, оперированных по поводу ЯБЖДК, через 6 месяцев отмечено, что при применении кумыса при первичной курортной реабилитации, достоверно больше количество больных со «значительным улучшением» и «улучшением», при отсутствии случаев ухудшения состояния. Исследование гастробиоптатов у 52 больных через 6 месяцев показало восстановление структуры слизистой оболочки желудка у 46 (80%) больных, принимавших кумыс и значительный регресс признаков воспаления у остальных. У больных сравнимой группы в 30% случаях отмечено сохранение признаков гастрита с умеренными и

выраженными воспалительными изменениями. В группе пациентов, принимающих кумысолечение, показатель ролевого эмоционального и физического функционирования при анкетировании опросником SF-36 был достоверно выше исходных показателей и выше чем в группе сравнения.

Следовательно, разработанный комплекс восстановительного лечения больных, оперированных по поводу ЯБЖДК на этапе санаторной реабилитации с включением кумысолечения и сульфатной кальциевой минеральной воды, является достаточно эффективным и может использоваться в практике работы санаторно-курортных учреждений, реабилитационных гастроэнтерологических отделений.

У больных, оперированных по поводу ЖКБ, при поступлении в санаторий у большинства отмечалась избыточная масса тела и ожирение различной степени, как один из факторов риска развития ЖКБ. Основным видом сопутствующей патологии были заболевания ЖКТ. Более чем в половине случаев у больных сохранились литогенные свойства желчи и эхографические воспалительные изменения со стороны печени.

У большинства в послеоперационный период клиническая симптоматика протекала с нарушением моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта, проявляющийся синдромом желудочной и кишечной диспепсии. Жалобы на боли в правом подреберье, эпигастриальной области предъявляли 72 (33,4 %), тяжесть в правом подреберье отметили 111 (51,4 %) пациентов. Признаки желудочной диспепсии в виде тошноты, отрыжки воздухом или пищей отмечали 125 (58,1 %) больных. Жалобы на снижение аппетита, изжогу, горечь во рту предъявляли соответственно 32 (14,9 %), 56 (26 %), 89 (41,4 %) больных. Синдром кишечной диспепсии в виде метеоризма, наблюдались у 58 (27 %), запоров - у 48 (22,3 %) и диареи - у 12 (5,6 %) пациентов. Причем данные синдромы встречались равномерно во всех группах больных. Астеноневротический синдром, характеризующийся слабостью, головной болью, повышенной утомляемостью, наблюдался практически у всех больных.

Эхографические изменения со стороны печени отличались полиморфизмом эхо - картины. Размеры печени у 53 (24,6 %) больных незначительно

увеличены: до $149,6 \pm 0,31$ мм. и до $99,3 \pm 0,42$ мм толщина правой и левой доли соответственно. При этом выявлялось обеднение сосудистого рисунка, снижение зернистости при средней сохранности эхогенности (фаза инфильтрации), свидетельствующие о воспалительных изменениях со стороны печени. У 46,5 % больных отмечены изменения в поджелудочной железе диффузно-склеротического характера. Средняя величина диаметра общего желчного протока в исследуемых группах составила $2,04 \pm 0,3$ мм., при этом в 53,2 % случаях отмечалась выраженность эхосигналов от стенок. У 153 (71,1 %) больных отмечался гиперфон области ложа желчного пузыря и подпеченочного пространства.

При поступлении в санаторий у оперированных по поводу ЖКБ больных выявлены проявления клинико-биохимических синдромов преимущественно холестатического, цитолитического и мезенхимально-воспалительного.

У 32,6 % больных после холецистэктомии при сравнительном исследовании биохимических показателей выявлен холестатический синдром. При этом наблюдалось статистически значимое увеличение содержания общего холестерина на 34,6% ($p < 0,05$), β -липопротеидов - на 52,2% ($p < 0,05$), триглицеридов - на 64,1% ($p < 0,05$), общего билирубина - на 21,9% ($p < 0,05$), прямого билирубина - на 30,6 % ($p < 0,05$), ЩФ - на 68,0 % ($p < 0,001$) от уровня здоровых лиц. У остальных больных изменения аналогичных показателей носили менее выраженный характер (табл. 3).

У 38,1 % больных результаты исследования биохимических показателей показали наличие преимущественно мезенхимально-воспалительного синдрома. При этом установлено статистически значимое увеличение α_1 -глобулинов на 36,42 % ($p < 0,05$), α_2 -глобулинов - на 21,26 % ($p < 0,05$), β -глобулинов - на 25,74 % ($p < 0,01$), γ -глобулинов - на 41,89 % ($p < 0,001$), тимоловой пробы - на 97,72 % ($p < 0,001$) в сравнении с нормой при менее значимых показателях у остальных пациентов.

Таблица 3 - Состояние биохимических показателей крови у больных, оперированных по поводу ЖКБ, при поступлении в санаторий ($M \pm m$)

Показатели	Контроль (n=32)	Группы больных		
		Холестат. синдром (n=70)	Мезенхим- воспалит. синдром (n=82)	Цитолитич. синдром (n=63)
Общ.холестерин, мМ/л	4,45±0,14	5,99±0,11*	4,92±0,14*	5,02±0,19*
β-липопротеиды, г/л	4,02±0,21	6,12±0,23*	4,45±0,27	4,30±0,34
Триглицериды, мМ/л	1,17±0,11	1,92±0,13*	1,36±0,17	1,32±0,16
Билирубин общий, мкМ/л	11,61±0,17	14,16±0,57*	12,52±0,35*	12,35±0,18*
Билирубин прямой, мкМ/л	2,81±0,06	3,67±0,13*	2,90±0,05	2,91±0,11
Щелочная фосфатаза, МЕ/л	184,10±7,31	309,30±8,21*	216,10±8,10*	209,20±8,60*
α ₁ -глобулины, %	4,20±0,38	4,78±0,42	5,73±0,52*	4,98±0,36
α ₂ -глобулины, %	6,30±0,44	6,67±0,24	7,64±0,28*	6,53±0,32
β-глобулины, %	10,10±0,48	12,0±0,76*	12,70±0,64*	11,7±0,44*
γ-глобулины, %	17,40±1,27	19,2±1,06	24,69±1,03*	18,9±1,01
тимоловая проба, ед.	1,32±0,09	1,41±0,07	2,61±0,24*	1,58±0,18*
АСТ, Е/Л	4,60±0,07	4,72±0,05	4,88±0,09*	5,83±0,19*
АЛТ, Е/Л	4,53±0,08	4,68±0,07	4,93±0,11*	6,11±0,17*
Билирубин непрямой, мкМ/л	8,76±0,17	8,86±0,27	8,63±0,03	11,81±0,22*
Альбумины, г/л	42,13±0,62	43,26±0,54	42,76±0,43	38,59±0,42*
Холинэстераза, мМ/(ч*л)	272,0±16,30	266,0±15,20	274,1±12,40	167,2±13,70*

*- значимость различий показателей в сравнении с контролем, $p < 0,05$;

У 29,3 % больных изменения биохимических показателей соответствовали преимущественно цитолитическому синдрому. При этом отмечалось статистически значимое повышение содержания АСТ на 26,73 %, АЛТ - на 34,87 % ($p < 0,05$), непрямого билирубина - на 34,81 % ($p < 0,05$), на фоне снижения уровня альбумина на 8,41 %, активности холинэстеразы - на 61,47 % в сравнении с контролем ($p < 0,001$). Аналогичные показатели в других группах больных носили менее выраженный характер.

Результаты обследования иммунологических показателей больных, оперированных по поводу ЖКБ, показали, что практически у всех пациентов в ранний восстановительный период имеются фоновые расстройства иммунной системы. Сравнительный их анализ позволил выявить вариабельность показателей между здоровыми и больными, оперированными по поводу ЖКБ, в зависимости от преобладания ведущего патохимического синдрома (табл.4).

У больных, преимущественно с холестатическим синдромом установлено статистически значимое увеличение уровня IgA на 57 % ($p < 0,01$), IgM - на 82,4

% ($p < 0,001$) в сравнении с контролем. Наблюдалось незначимое повышение концентраций IgG, уровня ЦИК - на 19,28 %, при отсутствии статистически значимой разницы с контролем. При этом отмечено снижение фагоцитарного показателя на 17,8 % ($p < 0,001$), ФЧ - на 18,3 ($p < 0,01$) %, активности комплемента - на 22,2 % ($p > 0,05$) от уровня аналогичных показателей группы контроля.

Исследование цитокинового профиля у больных данной группы показало статистически значимое увеличение ИЛ-1 β на 40,9 % ($p < 0,001$), ИЛ-6 - на 43,9 % ($p < 0,001$), ФНО- α - на 36,45 % ($p < 0,01$), на фоне снижения ИЛ-4 на 60,11 % ($p < 0,001$), ИЛ-10 – на 22,07 % ($p < 0,05$) в сравнении со здоровыми.

Анализ иммунологического обследования больных, преимущественно с мезенхимально-воспалительным синдромом выявил значимые сдвиги иммуноглобулинов в сторону превышения: IgA - на 74,8 % ($p < 0,001$), IgG на - 19,4 % ($p < 0,001$), IgM - на 23,6 % от уровня контроля при превышении ЦИК на 59,7 % ($p < 0,001$). В данной группе значения фагоцитарного показателя на 25,6 % ($p < 0,001$), фагоцитарного числа - на 32,4 % ($p < 0,001$), активности комплемента на 17,9 % ($p < 0,01$) ниже контроля. Цитокиновый статус крови характеризуется наибольшими изменениями провоспалительных цитокинов: возрастанием ИЛ-1 β на 69,08 %, ИЛ-6 - на 52,4 %, ФНО- α - на 60,2 %, при снижении противовоспалительных- ИЛ-4 на 48,2 %, ИЛ-10 – на 42,6 % от уровня контроля ($p < 0,001$).

Анализ иммунного статуса больных, преимущественно с цитолитическим синдромом показал статистически значимое увеличение IgA ($p < 0,05$) и ЦИК. Показатели неспецифической резистентности при этом существенно отличались от больных предыдущей группы. Сдвиги параметров цитокинового профиля также носили менее выраженный характер по сравнению с предыдущей группой, но значимо отличались от больных с холестатическим синдромом.

Таблица 4 - Показатели иммунологического статуса у больных, оперированных по поводу ЖКБ ($M \pm m$)

Показатели	Контроль (n=32)	Группы больных		
		Холестат. синдром (n=70)	Мезенхим- воспалит. синдром (n=82)	Цитолинич. синдром (n=63)
Ig A, г/л	2,07±0,15	3,25±0,38*	3,62±0,16*	2,96±0,35*
Ig M, г/л	1,31±0,09	2,39±0,27*	1,62±0,19	1,26±0,11
Ig G, г/л	12,64±0,31	13,12±0,30	15,10±0,22*	13,79±0,30*
ЦИК, у.ед.	16,18±3,84	19,30±2,42	25,84±2,63	20,42±3,79
ФП, %	52,63±1,52	43,25±1,58*	39,16±1,38*	40,72±1,43*
ФЧ	5,12±0,22	4,18±0,19*	3,46±0,14*	3,93±0,18*
Активность комплемента, ед.	63,40±2,53	58,75±2,45	52,02±2,17*	49,32±2,11*
ИЛ-1β, пг/мл	426,78±22,63	601,42±28,44*	721,64±31,17*	654,32±27,45*
ИЛ-6, пг/мл	198,91±12,76	286,24±10,72*	303,22±11,28*	294,61±12,38*
ФНО-α, пг/мл	295,42±14,64	403,12±26,18*	473,39±21,77*	392,18±23,86*
ИЛ-4, пг/мл	191,74±13,42	76,47±8,52*	99,18±7,26*	71,38±4,64*
ИЛ-10, пг/мл	101,58±7,43	79,16±4,45*	58,22±6,31*	72,74±5,37*

*- значимость различий показателей в сравнении с контролем, $p < 0,05$;

Следовательно, изменения иммунологических показателей зависят от преобладания одного из ведущих патохимических синдромов. Для гуморального звена иммунитета отмечалось повышение уровня всех показателей на фоне угнетения фагоцитарной активности лейкоцитов. При этом глубина выявленных отклонений оказалась выше в группе больных, преимущественно с мезенхимально-воспалительным синдромом. Изменения цитокинового профиля крови в виде снижения уровня противовоспалительных и увеличения содержания провоспалительных цитокинов отмечались во всех группах исследуемых больных. Однако данные изменения наиболее выражены в группе больных, преимущественно с мезенхимально-воспалительным синдромом. Нарушения иммунного статуса у больных, оперированных по поводу ЖКБ, в ранний восстановительный период, вероятно, свидетельствуют о выраженной реакции организма на воспалительный процесс, оперативное вмешательство и стресс.

Что касается показателей литогенности желчи в послеоперационном периоде, то следует отметить, что оперативное пособие, проведенное по поводу различных форм ЖКБ, не избавляет больных от обменных нарушений,

приводящих к камнеобразованию. В связи с этим изучение компонентов желчи имеет определенную ценность для диагностики и подбора реабилитационных программ.

Как известно, одним из факторов стабилизации желчи в коллоидном состоянии является РН-среда. В наших исследованиях изменение РН-среды были незначительны ($p > 0,05$). Концентрация холестерина, как одного из основных факторов камнеобразования, оказалась достоверно высокой ($p < 0,05$), при повышенных значениях билирубина ($p > 0,05$). Выявлено статистически значимое снижение уровня желчных кислот в сравнении с контролем ($p < 0,01$). Индекс литогенности (холатохолестериновый коэффициент) значимо ниже показателей контрольной группы ($p < 0,05$). Такие данные свидетельствуют, что в раннем послеоперационном периоде, у больных, оперированных по поводу ЖКБ, желчь сохраняет литогенные свойства. Нарушения холесекреции свидетельствуют о снижении функциональной активности гепатоцитов и о наличии у пациентов билиарной недостаточности различной степени выраженности.

По нашим данным, у обследованных больных к периоду выписки из стационара наблюдается повышенная активность пероксидазы нейтрофильных лейкоцитов и щелочной фосфатазы нейтрофилов по сравнению с контрольной группой. Отмечается тенденция повышения активности кислой фосфатазы лимфоцитов, значения гликогена лимфоцитов при этом недостоверно увеличены. Такие данные подтверждают факт сохранения функционального напряжения внутриклеточных структур у оперированных.

При изучении гистологических материалов печени, подготовленных непосредственно во время проведения операции у 35 больных, выявлены большие скопления лимфоидной ткани во всех структурных образованиях печени, сопровождаемые умеренным разрастанием междольковой соединительной ткани, а также застойными явлениями сосудистой системы и желчевыводящих путей печени. Такие изменения оказались наиболее характерными для больных с проявлениями холестаза, а также имеющие признаки воспалительных явлений слизистой оболочки желчного пузыря, что

показывает морфофункциональную связь воспалительного процесса как стромы, так и паренхимы печени.

Корреляционный анализ, проведенный у больных с ЖКБ между изучаемыми показателями, определил наличие прямых и обратных взаимосвязей.

Анализ полученных результатов исследования свидетельствуют о высокой эффективности реабилитации в условиях бальнеокумысолечебного санатория «Юматово» больных, оперированных по поводу ЖКБ. Установлено, что частота ведущих клинических синдромов, характеризующих состояние органов пищеварения и патохимических синдромов, во всех случаях уменьшились с высокой степенью достоверности.

При анализе применения разработанных комплексов реабилитации, установлено регулирующее влияние комплекса восстановительного лечения с приемом кумыса в сочетании с ПеМП на правое подреберье на показатели холестатического синдрома. У больных 1-й подгруппы, с преимущественно холестатическим синдромом, к концу санаторного лечения наблюдалось статистически значимое снижение уровня ОХС на 23,04 % ($p < 0,01$), β -липопротеидов - на 18,63 % ($p < 0,01$), ТГ - на 25,53 % ($p < 0,01$), общего билирубина - на 15,82 % ($p < 0,01$), прямого билирубина - на 23,98 % ($p < 0,01$), ЩФ - на 29,04 % ($p < 0,01$) в сравнений с исходными данными. В группе сравнения динамика биохимических показателей менее значима: снижение ОХС составило 12,91 % ($p < 0,05$), β -липопротеидов – 11,65 % ($p < 0,05$), общего билирубина - 13,93 % ($p < 0,05$), прямого билирубина - 20,71 % ($p < 0,01$), ЩФ - 13,55 % ($p < 0,01$) от исходных величин, при незначительном снижении уровня ТГ ($p > 0,05$) (рис. 2). Установлено незначимое влияние данного комплекса на параметры цитолитического синдрома со снижением активности АЛТ и АСТ, холинэстеразы ($p > 0,05$).

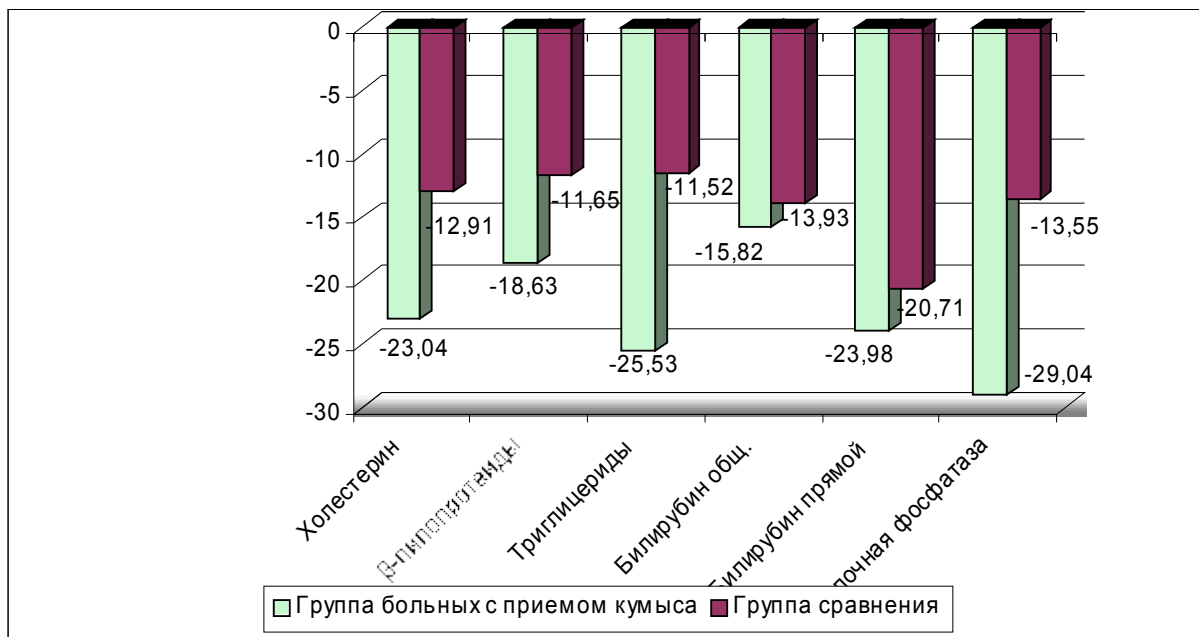


Рис. 2 - Динамика показателей холестатического синдрома у больных, оперированных по поводу ЖКБ, при воздействии лечебного комплекса №1 (Δ % от исходных данных)

При этом выявлены некоторые позитивные сдвиги показателей мезенхимально-воспалительного синдрома в виде незначимого снижения γ -глобулинов и тимоловой пробы, более выраженного снижения α_1 - и α_2 -глобулинов ($p < 0,05$). У лиц, оперированных по поводу холелитиаза, осложненного механической желтухой, несмотря на стабилизацию биохимических параметров, характерных преимущественно для холестатического синдрома, к концу санаторного лечения нормализации параметров не происходит.

Применение комплекса с приемом кумыса и ДМВ терапии способствовало эффективным сдвигам параметров у больных 2-ой подгруппы преимущественно с мезенхимально - воспалительным синдромом. При этом отмечено статистически значимое снижение α_1 -глобулина на 21,82 % ($p < 0,05$), α_2 -глобулина - на 15,97 % ($p < 0,01$), β -глобулинов - на 14,34 % ($p < 0,05$), γ -глобулинов - на 22,32 % ($p < 0,001$), тимоловой пробы - на 34,49 % ($p < 0,01$) от исходных значений. В группе сравнения на протяжении всего исследования наблюдалась аналогичная динамика показателей в виде снижения уровней α_2 -глобулинов на 9 %, γ -глобулинов - на 13,63 %, тимоловой пробы - на 28,79 %

($p < 0,05$) от исходных данных, на фоне незначительного снижения уровня α_1 -глобулина, β -глобулинов ($p > 0,05$).

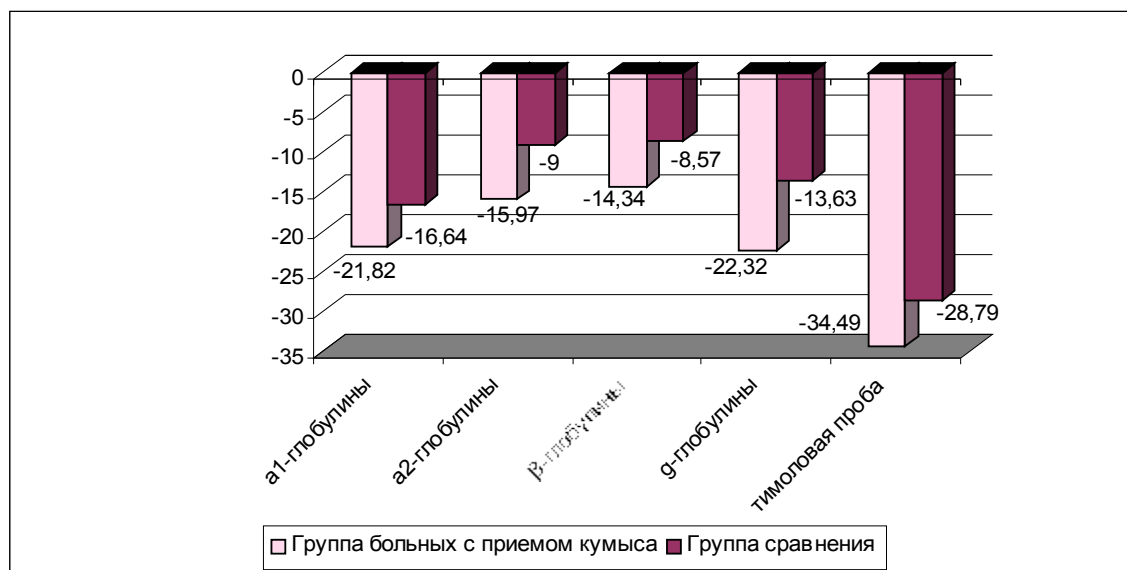


Рис. 3 - Динамика показателей мезенхимально-воспалительного синдрома у больных, оперированных по поводу ЖКБ на фоне санаторного лечения (Δ % от исходных данных)

Показатели больных с цитолитическим синдромом на фоне данного комплекса претерпевают позитивные изменения в виде снижения АЛТ и АСТ, возрастания альбумина и холинэстеразы, имеющих характер тенденции. У больных с воспалительным синдромом воздействие кумысолечения с ДМВ терапией отразилось в снижении тимоловой пробы, уровней глобулинов, носящих незначимый характер.

Следовательно, на фоне комплексного санаторного лечения с применением кумыса и ДМВ терапии у больных, оперированных по поводу ЖКБ, стабилизация биохимических показателей происходит у пациентов преимущественно с мезенхимально-воспалительным синдромом.

У 3-ей подгруппы больных, преимущественно с цитолитическим синдромом, значимые изменения биохимических параметров отмечены при использовании кумысолечения и гальваногрязи на правое подреберье. Выявлено достоверное снижение концентрации ферментов АСТ, АЛТ, непрямого билирубина при росте уровней альбумина и холинэстеразы в сравнении с исходными данными. При этом АСТ убывает на 19,22 % ($p < 0,01$),

АЛТ - на 18,34 % ($p < 0,01$), непрямой билирубин - на 25,32 % ($p < 0,01$), при возрастании содержания альбуминов на 10,7 % ($p < 0,01$), холинэстеразы - на 57,35 % ($p < 0,001$) в сравнении с исходными значениями. Динамика изучаемых параметров в группе сравнения носит однонаправленный характер, при незначимой их выраженности.

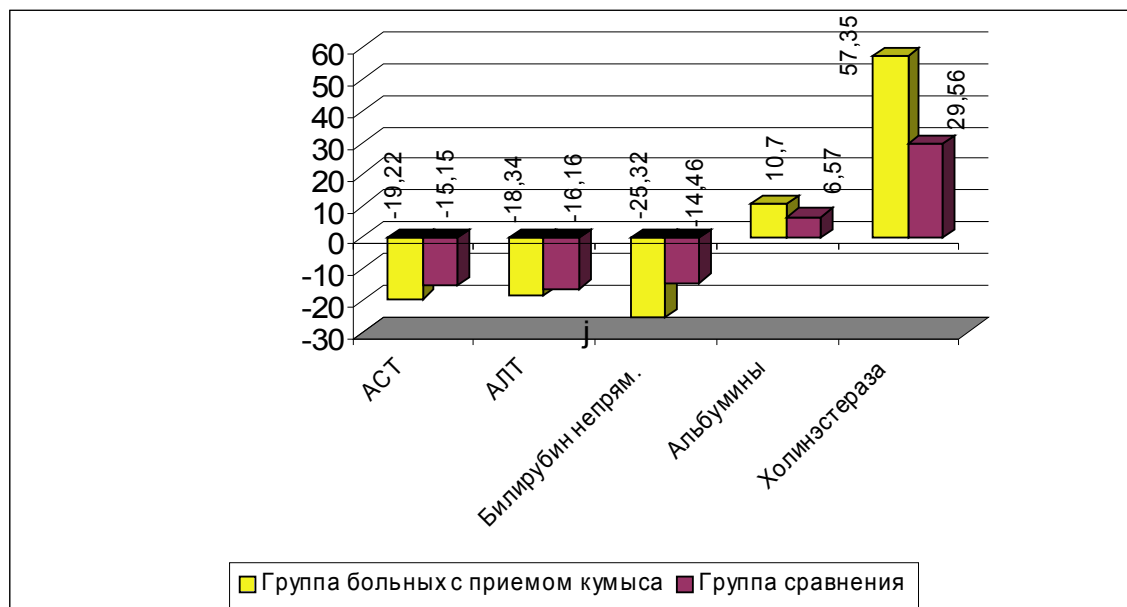


Рис. 4 - Динамика показателей цитолитического синдрома у больных, оперированных по поводу ЖКБ, на фоне санаторного лечения (Δ % от исходных данных)

Применение грязевых процедур в сочетании с кумысолечением также позитивно отражается на биохимических параметрах больных с воспалительным синдромом в виде снижения γ -глобулинов и тимоловой пробы. Динамика показателей холестатического синдрома при этом проявилась снижением величин билирубина до нормальных значений, холестерина и ТГ.

Таким образом, анализ динамики показателей ведущих патохимических синдромов на этапе санаторной реабилитации больных, оперированных по поводу ЖКБ, показал эффективность применения разработанных лечебных комплексов: кумыса в сочетании с ПеМП у больных преимущественно с холестатическим синдромом, кумыса с ДМВ терапией - у больных с мезенхимально-воспалительным синдромом, кумыса с грязевыми процедурами

- при наличии цитолитического синдрома. Последняя методика оказалась более универсальной, воздействующей позитивно на признаки всех патохимических синдромов.

Санаторное лечение способствовало нормализации иммунологических показателей оперированных. При этом наиболее значимые сдвиги параметров отмечены у больных 2-ой подгруппы с мезенхимально-воспалительным синдромом, принимающих кумыс и ДМВ терапию, гальваногрязевые процедуры. Эффективность данного комплекса проявилась в статистически значимом снижении уровней IgM на 36,41 %, IgA - на 29,85 % ($p < 0,05$) от исходных значений, при менее выраженных, аналогичных сдвигах уровней IgG и ЦИК ($p < 0,05$). Изменения показателей в группе сравнения носили однонаправленный характер с группой вмешательства, но смещения параметров достоверно отличались от больных основной группы в меньшую сторону.

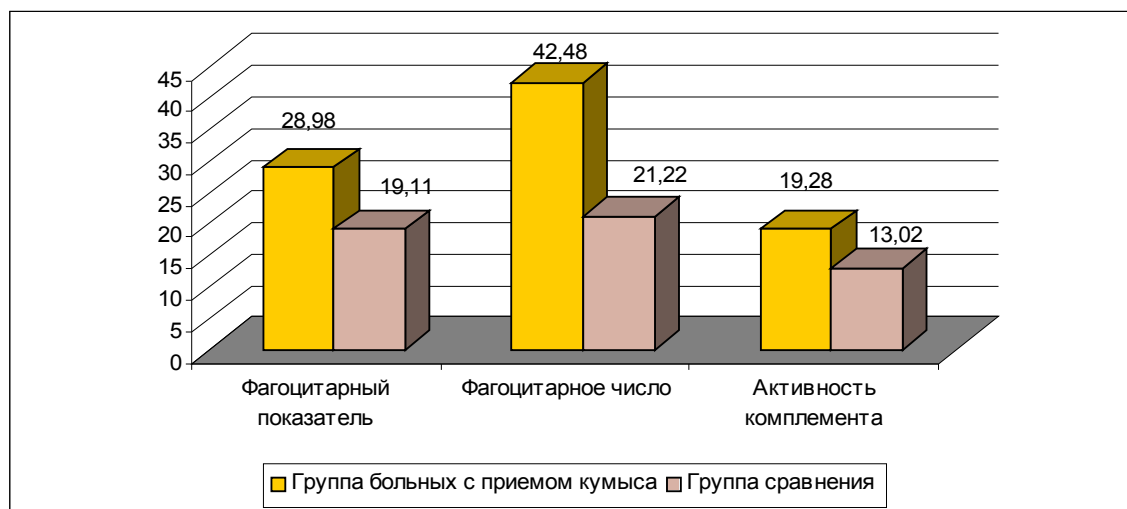


Рис. 5. - Динамика показателей неспецифической резистентности у больных, оперированных по поводу ЖКБ, преимущественно с мезенхимально-воспалительным синдромом (Δ % от исходных)

Показатели неспецифической резистентности имеют тенденцию к нормализации преимущественно у больных 2-ой подгруппы с активацией системы фагоцитоза. Выявлено статистически значимое возрастание ФП на 28,98 % ($p < 0,01$), ФЧ на - на 42,48 % ($p < 0,01$) и активности комплемента - на 19,28 % ($p < 0,01$) от исходных значений. Сравнительный анализ с больными

группы сравнения показал статистическую значимость различий содержания активности комплемента и ФЧ ($p < 0,05$).

Применение разработанных лечебных комплексов способствовало стабилизации параметров цитокинового профиля, наиболее значимые у больных 2-ой и 3-ей подгрупп. Проведенный анализ динамики уровня цитокинов крови у больных с мезенхимально-воспалительным синдромом показал статистически значимое снижение ИЛ-1 β на 40,05 % ($p < 0,001$), ИЛ-6 - на 26,22 % ($p < 0,001$), ФНО- α - на 32,93 % ($p < 0,05$) от исходных данных, при возрастания ИЛ-4 на 82,82 % ($p < 0,001$), ИЛ-10 – на 42,18 % ($p < 0,01$) от первоначальных значений при приеме кумыса и ДМВ терапии.

Таблица 5 - Динамика показателей цитокинового профиля крови у больных, оперированных по поводу ЖКБ, преимущественно с мезенхимально-воспалительным синдромом ($M \pm m$)

Показатели	Контроль n=32	Больные	
		До лечения n=64	После лечения n=64
ИЛ-1 β , пг/мл	426,78 \pm 22,63	а	721,64 \pm 31,17**
		в	718,72 \pm 32,38*
ИЛ-6, пг/мл	198,9 \pm 12,76	а	303,22 \pm 11,28**
		в	305,19 \pm 10,36*
ФНО- α , пг/ мл	295,42 \pm 14,64	а	473,39 \pm 21,77**
		в	470,76 \pm 22,18*
ИЛ-4, пг/мл	191,74 \pm 13,42	а	99,18 \pm 7,26**
		в	96,42 \pm 7,01*
ИЛ-10, пг/мл	101,58 \pm 7,43	а	58,22 \pm 6,31*
		в	58,01 \pm 6,35*

*- значимость различий показателей с контролем, $p < 0,05$; **- $p < 0,01$;

°- значимость различий показателей с группой сравнения, $p < 0,05$;

а- основная группа; в- группа сравнения

К концу санаторного курса лечения у больных 3-ей подгруппы преимущественно с цитолитическим синдромом, получавших кумыс и грязевые процедуры, снижение уровней провоспалительных ЦК- ИЛ-1 β составило 27,47 % ($p < 0,001$), ИЛ-6 - 26,14 % ($p < 0,001$), ФНО- α - 22,07 % ($p < 0,05$) от исходных величин. При этом отмечалось возрастание содержания

противовоспалительных ЦК- ИЛ-4 на 132,15 % ($p < 0,001$), ИЛ-10 на 25,49 % ($p < 0,01$) при наличии достоверной разницы с больными сравняваемой группы ($p < 0,05$).

Следовательно, позитивные изменения цитокинового профиля крови отмечаются при дифференцированно подобранных лечебных комплексах, на что указывает динамика компонентов у обследуемых подгруппах больных.

У больных с холестатическим синдромом в этом отношении эффективным является комплекс с применением кумыса и процедур ПеМП на фоне базисной терапии, при мезенхимально-воспалительном синдроме актуальным себя показал комплекс с приемом кумыса в сочетании с ДМВ терапией или гальваногрязью, при синдроме печеночно-клеточной недостаточности – комплекс с кумысолечением в сочетании с гальваногрязью на правое подреберье на фоне базисной терапии.

При изучении влияния разработанных лечебных комплексов на показатели литогенности желчи установлено, что применение питьевой минеральной воды, кумыса и ПеМП терапии привело к незначительному увеличению концентрации желчных кислот у 48% больных, росту холатохолестеринового коэффициента у 49% больных, снижению концентрации холестерина у 39, 5% больных. Лечебный комплекс №2 способствовал увеличению до нормальных значения ХХК, снижению концентрации холестерина у большинства больных, и незначительному увеличению уровня желчных кислот. Значимое возрастание желчных кислот при снижении холестерина желчи и достоверный рост холатохолестеринового коэффициента отмечается при применении комплекса на основе приема кумыса и грязевых процедур. В сравниваемых группах сдвиги биохимических параметров желчи оказались незначимыми.

При изучении динамики цитохимических параметров выявлено, что санаторная реабилитация с применением разработанного комплекса на основе кумыса и ПеМП терапии способствует нормализации повышенной активности пероксидазы нейтрофильных лейкоцитов, щелочной фосфатазы нейтрофилов. Отмечается уменьшение активности кислой фосфатазы лимфоцитов и значений гликогена лимфоцитов.

Санаторная реабилитация больных, оперированных по поводу ЖКБ, способствовала улучшению клинического состояния больных, регрессии основных симптомов заболевания, повышению работоспособности. К концу санаторного лечения практически у всех больных основной группы прекратился болевой синдром, при сохранении у 12,8 % пациентов сравняемой группы. Отмечено существенное уменьшение симптомов желудочной и кишечной диспепсии, более значимое в основной группе. Практически у всех больных отмечалось улучшение аппетита. В результате санаторно-курортного лечения отмечена значительная регрессия проявлений астеновегетативного синдрома у всех обследованных. Оценка эффективности санаторного лечения больных после холецистэктомии показала, что положительные результаты с достоверностью отмечены в группах, получавших кумысолечение и физиотерапевтические процедуры. Из них 22,1% больных выписаны со значительным улучшением, 77,9% - с улучшением. Показатели качества жизни обследованных данной группы выявили достоверное возрастание параметров по шкалам боли и физического функционирования.

При изучении отдаленных результатов санаторно-курортного лечения у больных, оперированных по поводу ЖКБ через 6 и 12 месяцев отмечено, что у больных принимавших кумыс и физиотерапевтические процедуры, достоверно больше отмечена частота больных со «значительным улучшением» и «улучшением», отсутствие случаев ухудшения состояния.

Таким образом, реабилитационные комплексы для восстановительного лечения больных, перенесших холецистэктомию, должны быть дифференцированными с учетом клинико-биохимических и морфо-функциональных нарушений и направлены на коррекцию воспалительных и иммунологических нарушений, улучшать желчеобразование и желчевыделение, корригировать нарушения метаболических процессов в гепатоцитах, предупреждая их дальнейшее перерождение.

Всем этим требованиям соответствуют разработанные комплексы восстановительного лечения, позволяющие безмедикаментозно как в санаторных, так и в амбулаторно-клинических условиях осуществлять

эффективную коррекцию нарушенных функций.

Следовательно, предложенные и реализованные на практике комплексы реабилитации больных, оперированных по поводу ЖКБ, являются патогенетически обоснованными, позволяющими предупредить развитие необратимых морфо-функциональных нарушений в печени и тем самым качественно улучшить состояние больных.

ВЫВОДЫ

1. У больных, оперированных по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки при поступлении в санаторий отмечаются изменения слизистой воспалительного характера в зависимости от объема оперативного вмешательства с наибольшей частотой при резекциях желудка. Преобладание гипоацидных состояний отмечено преимущественно после резекции желудка - у 88,9%, нормо-и гипоацидных - после органосохраняющих операций - у 77,7% больных. Для оперированных по поводу ЯБЖДК характерен хеликобактериоз, частота и степень выраженности которого сопряжена с выраженностью воспалительных изменений слизистой желудка и цитокинового статуса, наиболее высока после органосохраняющих операции и составляет 85%.

2. У больных, оперированных по поводу желчнокаменной болезни в послеоперационном периоде основные клиничко-биохимические нарушения проявляются мезенхимально-воспалительным - у 38,1%, холестатическим - у 32,6% и цитолитическим - у 29,3% больных патохимическими синдромами.

3. Иммунологический статус больных, оперированных по поводу желчнокаменной болезни, при поступлении на санаторный этап реабилитации характеризуется дисбалансом иммунной системы в виде напряженности гуморального звена иммунитета с увеличением IgA, M, G и ЦИК, снижением активности неспецифической резистентности, гиперэкспрессией провоспалительных и депрессией противовоспалительных цитокинов. Глубина иммунологических изменений сопряжена с выраженностью преимущественно мезенхимально-воспалительного синдрома.

4. Структурные и функциональные изменения в печени после холецистэктомии характеризуются умеренным разрастанием междольковой соединительной ткани, застойными явлениями в сосудистой и желчевыводящей системе, высоким уровнем цитохимических показателей лейкоцитов, что являются фактами сохранения функционального напряжения внутриклеточных структур.

5. У больных, оперированных по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, установлено преимущество применения лечебного комплекса на основе кумыса как патогенетически обоснованное, поскольку способствует достоверному снижению степени обсемененности НР слизистой оболочки, оказывает нормализующее влияние на секреторную и моторную функции желудка, оказывает противовоспалительное и иммуномодулирующее действие.

6. Разработанный комплекс восстановительного лечения больных, оперированных по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, на основе кумыса и минеральной воды Юматовская, является высокоэффективным, способствующим существенному регрессу патологических послеоперационных симптомов, улучшению клинического состояния и качества жизни больных. Дифференцированный и индивидуализированный подход в методике их применения, с учетом секреторной функции желудка и инфицированности НР, существенно повышает эффективность санаторного лечения.

7. Комплексная санаторная реабилитация больных, оперированных по поводу желчнокаменной болезни с применением кумысолечения и физиотерапевтических методов высокоэффективна, способствует коррекции признаков патологических клинико-биохимических синдромов. Применение кумыса с ПеМП на область правого подреберья оказывает достаточно выраженный лечебный эффект у больных после холецистэктомии с холестатическим синдромом со значимым снижением уровня холестерина на 23,04%, щелочной фосфатазы на 29,04%, цитохимических показателей. Сочетание ДМВ терапии и кумысолечения оказывает благоприятное воздействие на проявления мезенхимально-воспалительного синдрома.

Включение в комплекс гальваногрязи на область правого подреберья повышает эффективность лечения больных с цитолитическим синдромом.

8. Разработанное комплексное санаторное лечение больных, оперированных по поводу желчнокаменной болезни, способствует восстановлению иммунологических параметров, что выражается в существенной динамике уровня провоспалительных цитокинов, циркулирующих иммунных комплексов, иммуноглобулинов А, М, G преимущественно у больных с мезенхимально-воспалительным синдромом в сторону их убывания на фоне возрастания концентрации противовоспалительных цитокинов, показателей неспецифической резистентности.

9. Санаторный этап реабилитации с применением кумыса, минеральных вод и физиотерапии приводит к изменению концентрации и соотношения компонентов желчи, снижая ее литогенность, улучшая коллоидные свойства желчи у больных, оперированных по поводу холелитиаза, с улучшением регионарного кровотока печени.

10. Разработанные лечебно-реабилитационные комплексы и принципы реабилитации с применением кумысолечения, в том числе в сочетании с минеральной водой, физиотерапией в санаторных условиях являются достаточно эффективными и доступными в послеоперационном восстановительном лечении больных, оперированных по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, желчнокаменной болезни и не вызывают побочных эффектов и осложнений, имеют отдаленный позитивный результат и существенно повышают качество жизни пациентов.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Результаты исследования являются основой для разработки дополнительных информативных тестов, позволяющих оценить особенности течения послеоперационного периода у оперированных на органах брюшной полости больных.
2. Для оптимизации санаторного восстановительного лечения больных, оперированных по поводу желчнокаменной болезни, язвенной болезни желудка

и двенадцатиперстной кишки, рекомендуется дифференцированное применение лечебных комплексов с учетом клинико-биохимических, морфо-функциональных изменений, характеризующих особенности течения послеоперационного периода.

3. Результаты проведенного исследования позволяют рекомендовать включение в программы санаторной реабилитации больных, оперированных по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки разработанный лечебный комплекс на основе кумысолечения, способствующего нормализовать секреторную, моторно-эвакуаторную функцию желудка, значимо уменьшить степень хеликобактериоза, регулировать иммунологические нарушения.

4. В комплекс санаторного восстановительного лечения больных, оперированных по поводу желчнокаменной болезни преимущественно с холестатическим, диспепсическим синдромами следует включать ПеМП на область правого подреберья в сочетании с кумысолечением. В комплексной терапии больных с мезенхимально-воспалительным, астеноневротическим синдромами целесообразно назначение ДМВ терапии в сочетании с приемом кумыса. У больных с цитолитическим, болевым, диспепсическим синдромами рекомендуются грязевые процедуры в виде гальваногрязи на правое подреберье в сочетании с кумысолечением, по предлагаемому методу.

5. Для закрепления достигнутого положительного эффекта рекомендуется применение разработанных комплексов восстановительного лечения через 6-12 месяцев.

6. Окончательные результаты исследований оформлены в виде методических пособий для врачей, в котором определены показания и противопоказания к применению кумысолечения в санаторной практике, разработаны методики использования.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. Нартайлаков М.А., Шаймухаметов А.Р. Современные аспекты резекций печени // Анналы хирургической гепатологии.- 1998.- том 3, №3.-С.23-25

2. Нартайлаков М.А., Мустафин А.Х., Шаймухаметов А.Р. Профилактика гнойно-септических осложнений после резекции печени //Анналы хирургической гепатологии.- 1999, том 4, №2.-С.120.
3. Нартайлаков М.А., Мурзабаев Х.Х., Мустафин А.Х., Шаймухаметов А.Р. и др., Совершенствование резекции печени при гемангиомах //Актуальные проблемы хирургической гепатологии».- Кемерово, 1999.-С.33-34.
4. Нартайлаков М.А., Мустафин А.Х., Шаймухаметов А.Р. Диагностика и лечение гемангиом печени // Здоровоохранение Башкортостана.- 2000, №1-2.- С.44-45.
5. Мустафин А.Х., Павлов В.Н., Шаймухаметов А.Р. Разработка и применение «аппаратно-пластической» резекции печени //Здоровоохранение Башкортостана.- 2000, №1-2.-С.107-109.
6. Мазитов Ф.Х., Урманцева Ф.А., Суюндукова Г.Т., Шаймухаметов А.Р., Лечебные грязи санатория «Красноусольск» в комплексной реабилитации больных хроническим холециститом//Актуальные вопросы восстановительной медицины и курортологии, физиотерапии: Материалы Международного конгресса «Здравница-2002». - Москва.- 2002.- С. 133.
7. Мазитов Ф.Х., Урманцева Ф.А., Суюндукова Г.Т., Шаймухаметов А.Р., Лечебные грязи санатория «Красноусольск» в комплексной реабилитации больных хроническим холециститом//Актуальные вопросы восстановительной медицины и курортологии, физиотерапии: Материалы Международного конгресса «Здравница-2002». - Москва.- 2002.- С. 133.
8. Султанов Ю.Ю., Гильмутдинова Л.Т., Хунафин С.Н., Шаймухаметов А.Р. и др., Влияние санаторно-курортного лечения больных со спаечной болезнью брюшины на функциональное состояние кишечника//Физические факторы и здоровье человека: Труды V Всероссийского съезда физиотерапевтов и курортологов и Российского научного форума. - Москва. - 2002. - С. 204.
9. Мазитов Ф.Х., Нартайлаков М.А., Шаймухаметов А.Р. и др., Роль питьевых минеральных вод в медицинской реабилитации больных с заболеваниями желчного пузыря и печени//Актуальные вопросы восстановительной медицины и курортологии.-Уфа-Янган-Тау.-2002.-С.91-94.
- 10.Мурзанов А.М., Вагапов В.М., Гильмутдинов А.Р. Современные принципы медицинской реабилитации пациентов после перенесенной операции на органах пищеварения на санаторном этапе//Вопросы восстановительной медицины и курортологии: сборник научных трудов. -Уфа-2003. -С. 76-80.
- 11.Гильмутдинова Л.Т., Кузыева Л.Р., Хабибрахманов М.М., Вагапов В.М., Минеева Л.С., Гизатуллина Н.С., Гильмутдинов А.Р., Галикеева А.А., Ахмадуллин Р.Р., Галимулина Е.Н. Методика комплексного санаторного лечения больных после холецистэктомии в санатории «Юматово»//Методическое пособие. - Уфа-Юматово. - 2004. - 5с.
- 12.Мурзанов А.М., Вагапов В.М., Гильмутдинов А.Р. Аспекты медицинской реабилитации больных после операции на органах пищеварения на санаторном этапе//Современные проблемы профилактической медицины, среды обитания и здоровья населения промышленных регионов России: сборник научных трудов. – Екатеринбург, 2004. – С. 588-592.

13. Кузыева Л.Р., Вагапов Р.М., Гильмутдинов А.Р., Минеева Л.С. Методики комплексного санаторного лечения больных с хроническим холециститом и дискинезией желчевыводящих путей в санатории «Юматово» //Методическое пособие.-Уфа-Юматово, 2004.-5с.
14. Хасанов А.Г., Нартайлаков М.А, Гильмутдинов А.Р. Повреждения печени. //Новые технологии в хирургии: Здоровоохранение Башкортостана.-Уфа, 2004.-С. 78-80.
15. Гильмутдинов А.Р., Хасанов А.Г., Нартайлаков М.А., Бакиров С.Х., Шамсиев Р.Э Санаторно-курортная реабилитация больных с заболеваниями желчевыводящих путей и печени //Новые технологии в хирургии: Здоровоохранение Башкортостана.-Уфа, 2004.-С.
16. Мурзанов А.М., Вагапов В.М., Гильмутдинов А.Р., Хасанов А.Г. Принципы медицинской реабилитации пациентов после перенесенной операции на органах пищеварения на санаторном этапе//Современные технологии восстановительной медицины и курортологии: Материалы Межрегионального форума "Здравницы Урала и Поволжья". – Уфа, 2004.-С. 126-128.
17. Мурзанов А.М., Вагапов В.М., Гильмутдинов А.Р. Аспекты медицинской реабилитации пациентов после перенесенной операции на органах пищеварения в санаторий Юматово//У11 Международная конференция «Современные технологии восстановительной медицины»Асвомед-2004, Сочи, 2004.-С.465-468.
18. Хабибрахманов М.М., Гильмутдинов А.Р., Хасанов А.Г., Зарипова Э.У., Минеева Л.С. Клинико-биохимические аспекты санаторной реабилитации больных, оперированных по поводу желчнокаменной болезни//Современные технологии восстановительной медицины и курортологии: Материалы Межрегионального форума "Здравницы Урала и Поволжья". – Уфа, 2004. С. 184-185.
19. Хабибрахманов М.М., Гильмутдинов А.Р., Хасанов А.Г., Минеева Л.С. Клинико-биохимические аспекты санаторной реабилитации больных, оперированных по поводу желчнокаменной болезни//Актуальные проблемы восстановительной медицины, курортологии и физиотерапии: Материалы Международного конгресса "Здравница-2004". – Санкт-Петербург, 2004. С. 263-264.
20. Гильмутдинов А.Р., Хасанов А.Г., Мавзютов А.Р. Влияние питьевых минеральных вод на клинико-морфологические параметры больных, оперированных по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки//Актуальные проблемы восстановительной медицины, курортологии и физиотерапии: Материалы Международного конгресса "Здравница-2005". – Москва, 2005. - С. 72-73.
21. Гильмутдинов А.Р., Хасанов А.Г., Зарипова Э.У., Вагапов В.М. Некоторые клинико-биохимические аспекты в тактике этапной реабилитации больных, оперированных по поводу желчнокаменной болезни//Материалы Российского научного форума "РеаСпоМед 2005" "Современные технологии в реабилитации и спортивной медицине". – Москва, 2005. – С. 128-130.

22. Гильмутдинов А.Р., Хабибрахманов М.М., Хасанов А.Г., Минеева Л.С., Ахметова Н.М. Реабилитация больных, оперированных по поводу желчнокаменной болезни в санатории "Юматово" // Новые технологии восстановительной медицины и курортологии (физиотерапия, реабилитация, спортивная медицина): материалы X Международного симпозиума. - Анталия, Турция, 2005. – С. 55-56.
23. Хасанов А.Г., Гильмутдинов А.Р., Минеева Л.С., Вагапов В.М. Дифференцированные программы восстановительного лечения больных, оперированных по поводу желчнокаменной болезни // Новые технологии восстановительной медицины и курортологии (физиотерапия, реабилитация, спортивная медицина): материалы X Международного симпозиума. - Анталия, Турция, 2005. – С. 133-136.
24. Хасанов А.Г., Гильмутдинов А.Р., Мавзютов А.Р. К оценке эффективности санаторной реабилитации больных, оперированных на органах пищеварения // VIII Международная конференция «Современные технологии восстановительной медицины». Асвомед-2005. Труды конференции. - Сочи, 2005. - С. 710-712.
25. Гильмутдинов А.Р., Хасанов А.Г., Зарипова Э.У. Влияние санаторной реабилитации больных, оперированных по поводу желчнокаменной болезни на некоторые клинико-биохимические параметры // Актуальные вопросы современной курортологии, восстановительной медицины и реабилитации: сборник материалов юбилейной научно-практической конференции, посвященной 85-летию Пятигорского НИИ курортологии. – Пятигорск, 2005. – С. 148-149.
26. Хасанов А.Г., Гильмутдинов А.Р., Мавзютов А.Р. Оптимизация санаторной реабилитации больных, оперированных по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Актуальные вопросы современной курортологии, восстановительной медицины и реабилитации: сборник материалов юбилейной научно-практической конференции, посвященной 85-летию Пятигорского НИИ курортологии. – Пятигорск, 2005. – С. 177-178.
27. Гильмутдинов А.Р., Хасанов А.Г., Минеева Л.С. Санаторная реабилитация больных, оперированных по поводу желчнокаменной болезни // Актуальные вопросы клинической медицины: сборник научных трудов. – Уфа, 2005. – С. 70-72.
28. Хасанов А.Г., Гильмутдинов А.Р., Минеева Л.С. Дифференцированные программы санаторной реабилитации больных, оперированных по поводу желчнокаменной болезни // Актуальные вопросы восстановительной медицины. – № 4, 2005. – С. 41-42
29. Гильмутдинов А.Р., Хасанов А.Г., Ахмадуллин Р.Р. Применение кумыса в ранней реабилитации больных, перенесших операции по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Актуальные вопросы восстановительной медицины. – № 4, 2005. – С. 25-26
30. Гильмутдинов А.Р., Хасанов А.Г., Ахмадуллин Р.Р. Воздействие питьевых минеральных вод на персистенцию *Helicobacter pylori* у оперированных по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки //

Современные технологии восстановительной и курортной медицины: спелеоклиматотерапия, бальнеотерапия, магнитотерапия.- Пермь, 2005. – С. 123-125.

31. Низамова Э.И., Гильмутдинов А.Р., Мазитов Ф.Х. Клиническая и психологическая эффективность бальнеотерапии в комплексном лечении больных язвенной болезнью желудка, перенесших факторы боевого стресса на этапах реабилитации// Материалы X Международной научной конференции "Здоровье семьи – XXI век". Бангкок-Паттайя, Таиланд.- 2006.- С. 244-245.
32. Гильмутдинова Л.Т., Низамова Э.И., Хасанов А.Г., Гильмутдинов А.Р. Фитотерапия в комплексной реабилитации больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, перенесших факторы боевого стресса// Материалы X Международной научной конференции "Здоровье семьи – XXI век". Бангкок-Паттайя, Таиланд.- 2006. – С. 94-95.
33. Низамова Э.И., Гильмутдинов А.Р., Хасанов А.Г. Показатели хемилюминесценции сыворотки крови в оценке эффективности реабилитации больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки// Материалы X Международной научной конференции "Здоровье семьи – XXI век". Бангкок-Паттайя, Таиланд.- 2006. – С. 246-247.
34. Низамова Э.И., Гильмутдинов А.Р., Хасанов А.Г. Показатели липопероксидации сыворотки крови в оценке эффективности реабилитации больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки // Материалы Международной конференции "Современные технологии восстановительной медицины, реабилитации и курортологии" - Баден-Баден, Германия.- 2006. – С.37-38.
35. Хасанов А.Г., Гильмутдинов А.Р., Вагапов В.М., и др. Программы восстановительного лечения больных, оперированных по поводу желчнокаменной болезни в санатории "Юматово"// Материалы Всероссийского форума "Здравница-2006". – Сочи, 2006. - С. 237-238.
36. Кунафин А.Ф., Гильмутдинов А.Р., Э.И. Низамова, Ямалетдинов К.С. Воздействие питьевых минеральных вод на персистенцию НР у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки // Материалы Всероссийского форума "Здравница-2006". – Сочи, 2006. - С.130.
37. Минеева Л.С., Гильмутдинов А.Р., Хабибрахманов М.М., Вагапов В.М. Эффективность санаторной реабилитации больных, оперированных по поводу желчнокаменной болезни // Материалы Всероссийского форума "Здравница-2006". – Сочи, 2006. - С. 152-153.
38. Низамова Э.И., Гильмутдинов А.Р., Хасанов А.Г., Гильмутдинова Л.Т. Показатели свободнорадикального окисления в оценке эффективности реабилитации больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки // Материалы Всероссийского форума "Здравница-2006". – Сочи, 2006. - С. 164-165.
39. Гильмутдинов А.Р., Хасанов А.Г., Гильмутдинова Л.Т., Низамова Э.И. Эндоскопические и морфологические изменения у больных, перенесших операции по поводу язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной

кишки на фоне кумысолечения // Морфологические ведомости. – 2006. - №1-2. – С. 64-68.

40. Низамова Э.И., Гильмутдинов А.Р., Хасанов А.Г. Гильмутдинова Л.Т. Показатель инфицированности слизистой оболочки желудка геликобактериозом и некоторые эндоскопические, гистологические особенности у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, перенесших факторы боевого стресса // Морфологические ведомости. – 2006. - №1-2. – С. 217-220.
41. Низамова Э.И., Гильмутдинов А.Р., Хасанов А.Г., Ахмадуллин Р.Р. Перекисное окисление липидов, гормональный профиль крови у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, перенесших факторы боевого стресса, в процессе медицинской реабилитации // Башкир. Хим. журнал. – Уфа. 2006. – Т.13, № 2. - С. 101-104.
42. Гильмутдинова Л.Т., Низамова Э.И., Гильмутдинов А.Р. Влияние фитотерапии на психологический статус больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки // Медицинский вестник Башкортостана.- Уфа.-2006.-С.39-40.
43. Хасанов А.Г., Низамова Э.И., Гильмутдинов А.Р., Быковский С.В. Специализированные образовательные программы в комплексе восстановительной терапии больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, перенесших факторы боевого стресса // Методические рекомендации-Уфа.-2006.-12с.
44. Гильмутдинова Л.Т., Низамова Э.И., Хасанов А.Г., Гильмутдинов А.Р // Минеральная вода «Юматовская» в комплексе восстановительной терапии больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, перенесших факторы боевого стресса // Методические рекомендации-Уфа.-2006.-11с.
45. Гильмутдинов А.Р, Шамигулов Б.Ф., Хасанов А.Г., Ахмадуллин Р.Р. Оптимизация восстановительного лечения больных, перенесших операции по поводу язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки // Восстановительная медицина, курортология и физиотерапия. Сборник научных трудов.-Самара.-2006.-С.37-40
46. Шамигулов Б.Ф., Гильмутдинова Л.Т., Низамова Э.И., Гильмутдинов А.Р. Липопероксидация крови у больных, язвенной болезнью желудка, перенесших факторы боевого стресса в процессе медицинской реабилитации // Восстановительная медицина, курортология и физиотерапия. Сборник научных трудов.-Самара.-2006.-С.101-103
47. Гильмутдинова Л.Т., Низамова Э.И., Хасанов А.Г., Гильмутдинов А.Р // Кумысолечение в комплексе восстановительной терапии больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, перенесших факторы боевого стресса // Методические рекомендации-Уфа.-2006.-13с.
48. Гильмутдинов А.Р., Минеева Л.С. Санаторная реабилитация больных, оперированных по поводу язвенной болезни с применением кумыса и минеральных вод // Методические рекомендации.-Уфа,2006.-16с.

49. Гильмутдинов А.Р., Разумов А.Н., Хасанов А.Г., Минеева Л.С. Биохимические аспекты реабилитации больных, оперированных по поводу желчнокаменной болезни //История науки и техники.-Уфа, №1.-2006.-С. 106-109.
50. Гильмутдинов А.Р., Применение кумыса в санаторной реабилитации больных, оперированных по поводу язвенной болезни //Вестник восстановительной медицины.-Москва.-2007.-№1.-С. 45-47.
51. Гильмутдинов А.Р., Иммуномодулирующая и клиническая эффективность применения кумыса в комплексной санаторной реабилитации больных, оперированных по поводу желчнокаменной болезни//Вестник восстановительной медицины.-Москва.-2007. -№2.-С. 26-28.
52. Минеева Л.С., Гильмутдинов А.Р., Вагапов В.М. Кумысолечение в комплексной санаторной реабилитации больных, оперированных по поводу желчнокаменной болезни//Материалы первого всероссийского съезда врачей восстановительной медицины.-Москва.-2007.-С.187-188.
53. Низамова Э.И., Гильмутдинов А.Р. Влияние данс – и ароматерапии на динамику ряда психологических параметров у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в процессе медицинской реабилитации//Материалы первого всероссийского съезда врачей восстановительной медицины.-Москва.-2007.-С.204.
54. Гильмутдинов А.Р., Кумысолечение в санаторной реабилитации больных, оперированных по поводу язвенной болезни //Материалы первого всероссийского съезда врачей восстановительной медицины.-Москва.-2007.-С.64-65.

Библиотека литературы по функциональной гастроэнтерологии:
www.gastroscan.ru/literature/