

Сибирский государственный медицинский университет
Томский НИИ курортологии и физиотерапии МЗ РФ

**О.А. Поддубная, Э.И. Белобородова,
Е.Ф. Левицкий**

ТЕРМОВИБРАЦИОННЫЙ МАССАЖ НА ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОПИСТОРХОЗОМ



Томск - 2003

УДК 616.995.122.21-002.2-089.857

П 44

Поддубная О.А., Белобородова Э.И., Левицкий Е.Ф. Тер-
П 44 мовибрационный массаж на этапе реабилитации больных хро-
ническим описторхозом. – Томск: Изд-во НТЛ, 2003. – 100 с.

ISBN 5-89503-172-2

В книге на современном уровне освещена клинико-функциональная диагностика поражения гепатобилиарной системы при хроническом описторхозе. Представлено лечение хронического описторхоза, включающее современную антигельминтную терапию, а также подробно освещены физиобальнеотерапевтические методы в лечении заболеваний желчевыделительной системы. Особое внимание уделено влиянию термовибрационного массажа на показатели функциональной активности гепатобилиарной системы.

Для врачей-терапевтов, гастроэнтерологов, инфекционистов, физиотерапевтов, врачей-курсантов ФУВов и ГИДУВов.

УДК 616.995.122.21-002.2-089.857

Р е ц е н з е н т : профессор, доктор мед. наук **Л.И. Тюкалова**

ISBN 5-89503-172-2

© О.А. Поддубная, 2003

ПРЕДИСЛОВИЕ

Проблема функциональных нарушений в гепатобилиарной системе у больных хроническим некалькулезным холециститом, хроническим описторхозом, несмотря на достигнутые успехи по ее разрешению, до настоящего времени остается одной из важных. В регионах Западной Сибири, которые издавна являются гиперэндемичными по описторхозу (инвазивность взрослого населения составляет от 76 до 100% (Павлов Б.А., 1990 г.; Лепехин А.В., Бужак Н.С. и др., 1991 г.)), эта проблема особенно актуальна. При хроническом описторхозе в первую очередь поражается желчевыводящая система, что приводит к развитию хронического холецистита с различными функциональными нарушениями. Хроническая описторхозная инвазия, будучи первопричиной хронического холецистита или как сопутствующая этому заболеванию, оказывает неблагоприятное влияние на клинико-функциональное состояние гепатобилиарной системы и на течение хронического процесса в целом. Описторхоз в настоящее время рассматривается как общее заболевание организма, обусловленное поражением многих органов и систем. Комплекс патогенетических факторов – токсических, механических, нейрогенных, вторичных инфекционных – приводит к системному поражению органов пищеварения, выраженному разнообразной клинической картиной. Но доминирующим является симптомокомплекс поражения органов гепатобилиарной системы – основного места обитания описторхисов (Белобородова Э.И., Калюжина М.И., Тиличенко Ю.А. и др., 1996 г.).

Глава 1

КРАТКАЯ КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОРАЖЕНИЯ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ОПИСТОРХОЗЕ

Наиболее часто доминирующими в клинике хронического описторхоза являются симптомы, свидетельствующие о поражении желчевыводящих путей и печени, что обусловлено преобладающей локализацией паразитов в этой системе. Во внутривенечных желчных ходах описторхисы выявляются у всех инвазированных людей, в желчном пузыре – у 60%. В то же время, комплекс патогенетических факторов – механических, токсических, нейрогенных, иммунологических, вторично-инфекционных – при описторхозе приводит к многообразию и изменчивости клинической картины. Нарушение проходимости и застой желчи в желчевыводящей системе обусловлены скоплением паразитов, продуктов их метаболизма, слизи, клеток слущенного эпителия. Эти изменения, а также токсическое воздействие на гепатобилиарную систему приводят к дискинетическим расстройствам желчного пузыря и желчных путей, что способствует развитию хронического воспалительного процесса. По данным Кузнецовой В.Г. (1987 г.), среди больных хроническим описторхозом ведущим синдромом является холангиохолецистит у 83,9% больных и холангиогепатит у 16,1%. Клиника хронического описторхозного холецистита с дистонией желчного пузыря проявляется болевым и диспептическим синдромами. Боли чаще локализуются в области правого подреберья, в подложечной области, а реже

– в области левого подреберья. Клинические наблюдения, данные лабораторного и рентгенологического исследований говорят о существенном значении гипокинетического типа дискинезии в формировании картины хронического описторхоза. Закупорка желчных ходов гельминтами, продуктами их обмена и яйцами, рефлекторное и токсико-аллергическое действие описторхисов на билиарную систему, нередкое присоединение вторичной инфекции обуславливают гипокинетическую дискинезию, благоприятствующую повышению гидростатического давления. Поэтому одним из довольно частых проявлений описторхоза является внутripеченочный холеста́з, который, как полагают, способствует камнеобразованию. При описторхозе часто наблюдаются диспептические явления: тошнота, чувство давления в эпигастральной области, изжога, отрыжка, слюнотечение, понижение аппетита, реже – рвота. В ряде случаев имеет место нарушение функции кишечника, проявляющееся запорами или поносами. Больные жалуются на головную боль, головокружения, бессонницу, повышенную утомляемость, раздражительность, субфебрильную температуру – это проявления вегетативных нарушений. При внешнем осмотре больных, в ряде случаев, отмечается субиктеричность склер и кожных покровов. Клинически на поражение желчного пузыря указывает наличие следующих симптомов: Кера, Ортнера, Мюсси, Шофара, Стражеско, Менделя, хотя при хроническом описторхозе эти симптомы не всегда выражены и даже могут отсутствовать. Остановившись на вопросе о вовлечении печени в патологический процесс при хроническом описторхозе, следует отметить, что это признается не всеми авторами. Анализ клинической картины показывает, что субъективные симптомы у больных хроническим описторхозом не носят специфического характера и не указывают со всей определенностью на поражение печени. Объективные симптомы в большей степени свидетельствуют о вовлечении печени в патологиче-

ский процесс при данном гельминтозе (Глумов В.Я., 1981 г.; Татаркина Н.Ф., Пономаренко Ю.В., 1993 г.; Тун М.А., Белобородова Э.И., Юшкова Г.И., 1991 г.). Наиболее известные и часто используемые методы исследования гепатобилиарной системы доказывают наличие изменений и нарушений в ней при хроническом описторхозе. Так, фракционное минутированное дуоденальное зондирование применяется с целью диагностики заболеваний гепатобилиарной системы, оценки моторно-эвакуаторной функции и определении типа дискинетических нарушений в ней. При хроническом холангиохолецистите гипомоторный тип дискинезии выявлен у 69,5% больных, гипертонический – у 2,1% и у 28,4% сохранена нормальная сократительная и желчевыделительная функции желчного пузыря. Таким образом, гипомоторные нарушения при хроническом описторхозном холецистите определяются чаще других типов дискинезий. Ультразвуковая семиотика хронических заболеваний желчевыводящих путей к настоящему времени достаточно разработана и изучена в Центральном НИИ гастроэнтерологии и описана во многих статьях и монографиях (Бурков С., 1995 г.). Изучением кинетики желчного пузыря в сочетании с состоянием тонуса его сфинктерного аппарата у детей занимался Е.Ф. Клименко (1995), наблюдая в динамике ответную реакцию желчевыводящих путей на прием желчегонного завтрака. По результатам этих исследований оценивался показатель двигательной функции и объемные характеристики желчного пузыря. Огромную роль в патогенезе хронического описторхоза и морфогенезе структурных нарушений органов локализации паразитов играют сосудистые поражения. Чем длительнее заболевание, тем больше вероятность патологического изменения печеночной гемодинамики. Это подтверждается при реогепаатографии, изучающей показатели печеночного кровотока, которые меняются очень рано – уже на стадии функцио-

нальных нарушений в системе желчевыделения (Логинов А.С., Крель П.Е., 1974 г.; Лоскутникова Т.А., 1989 г.).

Одним из ценнейших по информативности методов диагностики ранних стадий билиарной патологии, когда ее уровень еще только достигает этапа коллоидальной дестабилизации, является биохимическое исследование желчи с определением главных билиарных липидов: желчных кислот, холестерина, фосфолипидов (Рубенс Ю.П., 1983 г.). Литогенные свойства желчи у больных хроническим описторхозом изучались Тиличенко Ю.А.(1990–91 гг.). При этом определялось содержание отдельных ее компонентов и их соотношение (индексы литогенности). В результате были выявлены отклонения всех изучаемых показателей пузырной желчи у больных хроническим описторхозом в сравнении с таковыми у здоровых лиц. Наиболее значимым оказалось снижение концентрации желчных кислот и фосфолипидов, что оказывает значительное влияние на ее литогенные свойства.

Глава 2

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ОПИСТОРХОЗА

2.1. Антигельминтная терапия

Поиски препарата для лечения описторхоза начались с 1929 года после сообщения Р.К. Окуловой о большой группе больных, прошедших за 6 месяцев через Тобольскую больницу. Этапным моментом следует считать предложение одного из основоположников учения об описторхозе Н.Н. Плотникова, применившего для лечения в 1964 году хлорсил.

Отсутствие положительного эффекта у части больных после лечения хлорсилом, а также наличие у препарата значительной частоты побочных реакций (до 40–50%), особенно у пациентов с сопутствующей патологией и аллергической настроенностью, явились причиной негативного отношения населения и врачей к лечению хлорсилом.

В настоящее время большинство клиницистов считают более эффективным для лечения описторхоза бильтрицид (празиквантел), относящийся к группе пиразиноизохинолинов. Впервые в 1978 году Н. Rim показал высокую эффективность празиквантеля в дозе 40–50 мг на килограмм массы тела больного в сутки. Эффективность лечения бильтрицидом колеблется от 21,7 до 100%. Лучшие результаты получены при однодневном курсе лечения в дозе 40–75 мг на кг массы тела больного в сутки. Побочные реакции: слабость, тошнота, головная боль – исчезают через 1–2 суток и выявляется у 10–12% больных. Результаты экспериментальных и клинических исследований по фармакокинетике, метабо-

лизму и распределению препарата в организме при гельминтозах представлены в работах отечественных и зарубежных авторов.

Томскими фармакологами предложен и прошел клинические испытания новый лекарственный препарат растительного происхождения – экстракт коры осины (Лукашова Л.В., Лепехин А.В., Краснов Е.А., 1994 г.). Экстракт коры осины назначают взрослым двумя курсовыми дозами длительностью 3, 5 или 7 дней. При 5-дневном курсе – доза назначается из расчета 40 мг на килограмм массы тела больного, через 30–40 минут после еды, 3 раза в день, с интервалами в 6 часов. Клинические наблюдения (Лукашова Л.В., 1978 г.; Задорожная Н.А., 1995 г. и др.) показывают, что побочные действия на этот препарат практически не возникают. Противопоказаниями при лечении экстрактом коры осины являются: обострение хронического гепатита, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, заболевания центральной нервной системы (ц.н.с.).

2.2. Физиобальнеотерапевтические методы при лечении заболеваний гепатобилиарной системы

Широко известно использование физиобальнеотерапевтических методов лечения при патологии гепатобилиарной системы. Многие физические факторы (гальванизация, индуктотермия, синусоидальные модулированные токи, дециметровые волны, ультразвук, переменное магнитное поле), применяющиеся при заболеваниях гепатобилиарной системы, улучшают функциональное состояние желчного пузыря, оказывают спазмолитическое, анальгезирующее, противовоспалительное, десенсибилизирующее действие. Большинство процедур назначается в период затухающего обострения и период ремиссии.

Физиопроцедуры на область правого подреберья, такие, как электрофорез, СМТ-форез, ДДТ-форез, УВЧ-терапии, ультразвуковое воздействие, микроволновая терапия, индуктотермия, оказывают на желче-

выделительную систему противовоспалительное и спазмолитическое действие и назначаются больным с хроническим холециститом, сопровождающимся дискинетическими нарушениями, в большинстве случаев по гипермоторному типу (Белобородова Э.И., Калюжина М.И., Тиличенко Ю.А., 1996 г.; Бучко А.А., Новожилова Л.И., Толмачев Г.Н., 1995 г.; Ганич О.Н., 1984 г. и др.).

Так, гальванический ток чаще используется для проведения электрофореза лекарственных препаратов: при гипермоторных нарушениях – сернокислой магнезии, но-шпы, платифиллина и др., а при гипомоторных – хлористого кальция, прозерина. Такие процедуры, как электросон и гальванический воротник по Щербаку, назначают при гипермоторных дискинезиях.

Импульсные токи (диадинамические и синусоидальные модулированные) назначают для достижения анальгезирующего и спазмолитического эффекта на проекцию правого подреберья по поперечной методике. Для повышения эффекта часто проводят форез лекарственных препаратов (анальгетиков, спазмолитиков) импульсными токами. Данный вид терапии используется и при гипомоторных нарушениях, когда назначаются стимулирующие физические параметры токов.

Ультразвуковую терапию применяют дифференцированно, с учетом типа дискинетических нарушений в желчевыводящей системе: с интенсивностью 0,2–0,6 Вт/см² при гипомоторных, а с интенсивностью 0,8–1,0 Вт/см² – при гипермоторных нарушениях. При этом экспозиция ультразвукового воздействия на область правого подреберья по контактно-лабильной методике равна 10 минутам, назначается через день, до 10–12 процедур на курс лечения. Кроме нормализующего действия ультразвука на моторную функцию желчевыводящей системы отмечается положительное влияние на объемный кровоток в печени.

Тепловое и спазмолитическое действие оказывает индуктотермия, которая благоприятно влияет и на метаболизм печени. Индукторы устанавливают над областью правого подреберья с зазором 1 см, используют слаботепловые дозы продолжительностью до 15–20 мин, на курс до 10–12 процедур, проводимых через день.

Противовоспалительным и бактерицидным действием обладает электрическое поле УВЧ. Воздействие проводят на область печени и желчного пузыря и (или) на сегментарную зону (Th8-Th12) с воздушным зазором 2–3 см, слаботепловой дозой, длительностью от 5 до 15 мин к концу курса, ежедневно или через день, до 10–12 процедур на курс.

На моторно-эвакуаторную функцию желчного пузыря оказывает нормализующее влияние прием внутрь минеральных вод, которые обычно применяют в комплексе с другими лечебными факторами.

Имеются единичные работы, отражающие влияние физических факторов (переменное магнитное поле, гелий-неоновый лазер, ДДТ-форез, минеральные воды) на биохимический состав желчи и ее литогенные свойства (Тиличенко Ю.А., Рябченко Н.И., 1988 г.; Тиличенко Ю.А., 1991 г. и др.).

К заболеваниям гепатобилиарной системы, наряду с другими заболеваниями, относится хронический описторхоз, протекающий с различными дискинетическими нарушениями, основным типом которых являются гипотония и гипокinez желчного пузыря. Методы стимуляции мышечной активности желчного пузыря немногочисленны и малоразработаны. С этой целью используются: грязевые аппликации, диадинамические токи, синусоидальные модулированные токи и т.д. Но известно, например, что применение некоторых факторов ведет к ухудшению показателей литогенных свойств желчи (Шварц В.Я., 1991 г.).

По данным Ю.А. Тиличенко, включение в комплексное лечение больных хроническим описторхозом диадинамофореза 5% раствора «сухой рапы» на область правого подреберья оказывает положительное влияние на функциональное состояние желчевыделительной системы, на биохимическую структуру желчи и ее литогенные свойства. Но при изучении отдаленных результатов отмечается, что эти показатели не всегда достигают нормальных значений.

Разработка оптимальных методов воздействия на желчевыделительную систему с изучением биохимических показателей желчи и ее литогенности, параметров кровоснабжения печени, данных моторно-эвакуаторной функции желчного пузыря и т.д. остается одной из актуальных в практическом здравоохранении.

2.2.1. Влияние вибрации на функциональное состояние гепатобилиарной системы

Использование вибрации в медицине имеет более чем 200-летнюю историю. В настоящее время не вызывает сомнений, что правильно локализованная, дозированная по частоте, амплитуде и времени воздействия вибрация оказывает существенный терапевтический эффект, тогда как изменение допустимых уровней, доз и частот воздействия может привести к весьма нежелательным последствиям.

В настоящее время вибрация применяется для ускоренного снятия усталости, снижения уровня болевых ощущений, при ряде нервных заболеваний, при заболеваниях суставов, органов дыхания и желудочно-кишечного тракта, некоторых воспалительных процессах, а также в гинекологии. Для современного периода характерно значительное повышение интереса к лечебному действию вибрации, выражающееся в непрерывном росте числа исследований и публикаций.

Человеческий организм, сложнейшая из живых систем, обладает своими внутренними режимами, обеспечивающими биологическую ак-

тивность организма. При совпадении частот внешнего воздействия с частотами биологических ритмов происходит стимуляция разнообразных жизненных процессов в организме. Многие положительные эффекты вибростимуляции основаны на явлении биомеханического резонанса (Фролов К.В., 1984 г.). Практически во всех публикациях по вибрации и ее применению в медицине сделан акцент на принципе биологического резонанса, обеспечивающего максимальную эффективность применения этого фактора (Кузнецов В.С., 1977 г.; Романов С.Н., 1983 г.; Креймер А.Я., 1985–88 гг.; Ли Е.С., Машанский В.Ф., Миркин А.С., 1989 г. и др.).

Говоря о биологическом резонансе, необходимо упомянуть о том, что максимальная амплитуда колебаний электромагнитного поля в атмосферном волноводном эндовибраторе зафиксирована на частоте 8 и 16 Гц, а функционирование ионных каналов биологических мембран имеет ритмический характер в диапазоне частот от долей до 30 Гц. Таким образом, в биологических структурах присутствуют колебания (биомеханические, биоэлектрические), частотный характер которых соответствует диапазону частот электромагнитного поля в атмосфере. Этим и объясняется повышенная чувствительность организма к внешним периодическим колебаниям с частотой 8 и 16 Гц. Механические колебания (вибрации) распространяются не только на тонкодифференцированные кожные экстерорецепторы, но и на более глуболежащие рецепторные аппараты – проприорецепторы, рецепторы сухожилий, интерорецепторы сосудов и т.д.

Учитывая вышесказанное, можно сказать, что вибрация несомненно является перспективным методом физиолечения, которому принадлежит большое будущее.

Влиянию вибрации на желчевыделительную систему посвящено достаточно экспериментальных и клинических работ (Алехин Ю.Д.,

1970–71 гг.; Бернацкий Э.О., 1975, 1984 гг.; Гарустович Т.И., 1984 г.; Креймер Б.А., 1990 г. и др.). В клинической гастроэнтерологии вибрация применялась с частотой колебаний 50 и 100 Гц в виде вибрационных ванн и непосредственно на область правого подреберья при хронических холециститах. По результатам этих работ отмечен положительный клинический эффект на функциональное состояние гепатобилиарной системы.

Влияние вертикальной вибрации на морфологию печени (в эксперименте) изучалось Рахимовым А.Я. (1979 г.). При этом обнаружено полнокровие, преимущественно в центральном участке печеночной доли. Имеются единичные данные об эффективном применении вибростимуляции для улучшения кровообращения и снятия болевых ощущений.

В 1985 году Б.А. Креймер установил, что частотный диапазон механических колебаний, вызывающих стимуляцию желчевыделения, находится в пределах 10–15 Гц. Исследование проводилось с целью разработки метода стимуляции холекинеза и повышения точности и результативности дуоденального исследования для выявления паразитозности. Оптимальной локализацией воздействия вибраций является пилородуоденальная зона, область печени и желчного пузыря. Частотный диапазон 10–15 Гц является наиболее эффективным по отношению к желчевыделительной системе, что совпадает с данными Gnignard J. (1965 г.). Установлено, что термовибрационный массаж меняет структуру холекинеза желчного пузыря в сторону нормотонии. Оценка эффективности производилась по данным фракционного дуоденального зондирования. Учитывая высокую эффективность вибрационного воздействия на холекинез, предложено данный физический фактор включать в комплекс реабилитационных мероприятий больных хроническим описторхозным холециститом, сопровождающимся различными диски-

нетическими нарушениями, которые остаются после проведения антигельминтного лечения.

Термовибрационный массаж предполагает воздействие наряду с механическими колебаниями и теплового фактора. Действие тепла на кровоснабжение и тонус гладкой мускулатуры общеизвестен – происходит усиление кровообращения в участке воздействия, проявляется спазмолитический эффект. А как упоминалось выше, необходимым условием осуществления желчеобразования является снабжение печени кровью (Саратиков А.С., Скакун Н.П., 1977 г.).

Глава 3

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСЛЕДОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

В настоящей работе использованы данные, полученные при обследовании 90 больных хроническим описторхозом. Все больные были разделены на три группы в зависимости от получаемого лечебного комплекса и были достаточно однородны. Первую группу составляли больные с подтвержденным хроническим описторхозом, из которых 93,3% указывали на длительность инвазии от 5 до 10 лет и более, а 6,7% – на срок менее 5 лет. Во второй и третьей группах на длительность инвазии от 5 до 10 лет и более указали все пациенты.

Опрос и клиническое обследование больных, находящихся под наблюдением, позволили выявить, при всем многообразии клинических проявлений хронического описторхоза, преобладающую симптоматику поражения гепатобилиарной системы. Наиболее частой жалобой всех обследованных больных хроническим некалькулезным холециститом, хроническим описторхозом является боль в области правого подреберья. Диспептические явления, такие, как тошнота, горечь во рту, наблюдались практически у половины обследованных больных. У многих выявлены жалобы астеновегетативного характера: головные боли, слабость и повышенная утомляемость. У большинства, при объективном обследовании, боль локализовалась в точке желчного пузыря. Положительные «пузырные» симптомы, чаще Кера, определялись у 86,7%

больных 1-й группы, у 86,7% – 2-й группы, у 80,0% – 3-й. Размеры печени по Курлову у всех больных не были изменены.

При инструментальных исследованиях у больных хроническим описторхозом также наиболее часто выявлялись признаки поражения гепатобилиарной системы. По данным ультразвукового сканирования, у всех больных выявлены признаки некалькулезного холецистита в виде неравномерного уплотнения и утолщения стенок желчного пузыря.

Для оценки моторно-эвакуаторной функции желчного пузыря были проанализированы результаты фракционного минутированного дуоденального зондирования, что позволило выявить функциональные нарушения у большинства обследованных больных хроническим некалькулезным холециститом, хроническим описторхозом. Количество пузырной желчи нормальным (30,0–60,0 мл) было менее чем у 50% больных. У остальных больных выявлены отклонения от нормальных показателей в сторону увеличения или уменьшения количества пузырной желчи. Показатель объема желчи порции "В" используется для оценки состояния тонуса желчного пузыря. Объем желчи, превышающий максимально допустимую границу (60,0 мл), свидетельствует о дискинетических нарушениях желчного пузыря по гипотоническому типу, а количество пузырной желчи менее 30,0 мл – о гипертоническом типе. Очевидно, что среди обследованных количество больных с дискинетическими нарушениями по гипотоническому типу превалировало над таковым с гипертоническим типом нарушений желчного пузыря.

Что касается напряжения секреции пузырной порции желчи, которое зависит от состояния моторно-эвакуаторной функции желчного пузыря, то на четвертом этапе желчеотделения (этап «желчного пузыря») этот показатель у многих обследованных больных отклонялся от нормы, равной 2,0 мл/мин (Галкин В.А., Максимов В.А., 1980). У большин-

ства обследованных больных выявлено снижение изучаемого показателя, что свидетельствует о гипомоторных нарушениях желчного пузыря, в то время как повышение скорости секреции более 2,0 мл/мин (гипермоторные нарушения) выявлялось в 2,5–3 раза реже.

Таким образом, при изучении моторно-эвакуаторной функции желчного пузыря выявлено, что более чем у 1/2 обследованных больных она нарушена, с преобладанием гипотонии и гипокинетики. Пузырная порция желчи, полученная при дуоденальном зондировании, исследовалась не только микроскопически, но изучался и биохимический состав и ее литогенные свойства.

Определялось содержание таких компонентов желчи, как желчные кислоты, холестерин, общие липиды, фосфолипиды, билирубин. Учитывая недостаточную информативность абсолютных концентраций главных билиарных липидов, для оценки коллоидальной стабильности желчи, использовались дополнительно расчеты ряда индексов литогенности. По результатам этих исследований наиболее значимым оказалось снижение желчных кислот и фосфолипидов. Так, в 1-й группе снижение желчных кислот выявлено у 54,2% обследованных больных и в среднем этот показатель был от 16,2+1,06 г/л до 14,3+1,88 г/л, при норме 21,45+1,00 г/л (Мирошниченко В.П., 1978). Во 2-й группе у 60,0% обследованных уровень желчных кислот был ниже нормы ($M+m = 16,4+0,88$ г/л). В 3-й группе снижение концентрации желчных кислот определялось у 63,6% больных, при $M+m$ от 17,7+0,43 г/л до 15,5+1,90 г/л. Снижение уровня желчных кислот чаще всего обусловлено нарушением (снижением) концентрационной функции желчного пузыря, т.к. измененной слизистой оболочкой они усиленно всасываются. Кроме того, при хронических воспалительных процессах в гепатобилиарной системе происходит угнетение синтетической функции гепатоци-

тов (Худякова Н.В., 1981). При исследовании уровня фосфолипидов, являющихся, наряду с желчными кислотами, стабилизаторами коллоидного состояния желчи, у большинства пациентов, во всех группах, выявлено достоверное снижение этого показателя по сравнению со средними нормативными: $17,7 \pm 0,88$ ммоль/л (Гарник Т.П., Федишин П.С., 1980). Так, в 1-й группе больных, со сниженным уровнем фосфолипидов, выявлено 54,2% (от $10,0 \pm 0,34$ до $10,6 \pm 1,45$ ммоль/л), во 2-й группе – 55,0% ($9,80 \pm 1,86$ ммоль/л), в 3-й – 59,1% (от $12,2 \pm 1,12$ до $12,9 \pm 1,17$ ммоль/л). У 25,0% обследованных больных во всех группах показатель концентрации фосфолипидов определялся в пределах нормы. Повышение уровня фосфолипидов отмечено у меньшего числа больных, и оно не превышало предельно допустимой нормы: до $32,2$ ммоль/л (Тиличенко Ю.А., 1991).

Таким образом, у большинства обследованных больных уровень фосфолипидов, так же как и уровень желчных кислот, определялся ниже нормы. Известно, что при хронической гепатобилиарной патологии уровень фосфолипидов зависит от типа дискинетических нарушений. Причем при гиперкинезии их уровень практически не отличается от нормы, а при гипокинетических нарушениях желчного пузыря – снижается (Гарник Т.П., Федишин П.С., 1980).

Концентрация холестерина при биохимическом исследовании пузырной желчи выше нормы определялась у большинства больных. Норма уровня холестерина в желчи порции "В" составляет $5,7 \pm 0,2$ ммоль/л (Антипенко П.В., Понамаренко Г.Н., 1997). У обследованных больных с хроническим описторхозом в 1-й группе у 66,6% уровень холестерина был выше нормы (от $9,7 \pm 0,80$ до $10,1 \pm 1,10$ ммоль/л), во 2-й группе – у 80,0% ($9,8 \pm 0,45$ ммоль/л), а в 3-й – у 72,2% (от $10,2 \pm 1,57$ ммоль/л). Как видно из приведенных данных, у

большинства больных во всех группах обследованных показатель концентрации холестерина превышал нормативный уровень. Повышение уровня холестерина в пузырной желчи объясняется снижением его реабсорбции слизистой оболочкой желчного пузыря и тенденцией холестерина склеиваться с эпителиальными клетками, а главное – изменение окислительных процессов в печени при хронической патологии в гепатобилиарной системе нарушает метаболизм холестерина и ведет к накоплению его в желчи из-за снижения уровня желчных кислот, источником образования которых он является (Худякова Н.В., 1981).

Содержание билирубина в пузырной желчи у большинства обследованных больных находилось в пределах нормы от 0,8 до 4,1 (в среднем – $2,45 \pm 1,95$) ммоль/л (Колб В.Г., Камышников В.С., 1982). Повышение этого показателя определялось в среднем у 19,8% обследованных и повышение это было не достоверным.

Уровень общих липидов превышал норму $7,63 \pm 0,56$ г/л (Антипенко П.В., Понаморенко Г.Н., 1997) не более чем у 1/3 больных, но повышение это было также не достоверным. Более достоверным оказалось снижение изучаемого показателя, которое определялось у 36,4–43,7% обследованных больных.

Таким образом, у обследованных больных хроническим описторхозом, имеются изменения в биохимическом составе желчи. Это проявляется, в первую очередь, снижением концентрации желчных кислот и фосфолипидов, способствующих в норме поддержанию холестерина во взвешенном состоянии. Уровень холестерина достоверно повышен ($p < 0,001$), что оказывает влияние на соотношение в желчи главных билиарных липидов и нарушает ее коллоидальную стабильность.

Информативность абсолютных концентраций изучаемых компонентов желчи признается не всеми специалистами. Интерпретация данных биохимического состава дуоденального содержимого затруднена в свя-

зи с его высокой вариабельностью как у здоровых, так и у больных с различной патологией гепатобилиарной системы. В работе мы применили ряд показателей, рассчитанных на основе биохимического анализа желчи, отражающих соотношение билиарных липидов, позволяющих судить о литогенных свойствах желчи. Так, холатохолестериновый коэффициент у большинства обследованных больных (50,0–60,0%) во всех группах был ниже минимально допустимой нормы (7–12, Рубенс Ю.П., 1992). Литогенный индекс Томаса – Хофмана, включающий в расчет еще большее количество билиарных липидов и отражающий отношение фактического насыщения желчи холестерином к максимально возможному, также оказался измененным, при норме 1,0 (Рубенс Ю.П., 1992). При значении изучаемого показателя $>1,0$ желчь считается литогенной. Так, коллоидная дестабилизация пузырьной желчи с помощью этого показателя выявлена: в 1-й группе у 45,8%, во 2-й – у 40,0%, в 3-й – у 44,5% обследованных больных. Что касается индекса Рубенса, который в норме равен 0,5 (Рубенс Ю.П., 1992), то и этот показатель у многих обследованных больных превышал допустимую границу.

Таким образом, полученные данные, свидетельствуют о имеющихся изменениях в коллоидном состоянии пузырьной желчи обследованных больных хроническим некалькулезным холециститом, хроническим описторхозом.

О кровенаполнении печени судили по результатам реогепатографического исследования. У многих обследованных выявлены нарушения при количественном анализе полученных данных. Преобладали умеренно выраженные изменения при значении реографического индекса (РИ) 0,5–0,8 (норма = 0,9–1,8). Более глубокие нарушения внутрипеченочной гемодинамики (РИ = 0,2–0,4) выявлены у незначительного числа обследованных больных. Во всех трех группах диагностировано

примерно одинаковое число случаев с нарушениями гемодинамики печени. Полученные данные позволили выявить нарушения внутривнутрипеченочной гемодинамики у больных хроническим некалькулезным холециститом, хроническим описторхозом, не проявляющиеся клинически. Причем, умеренные изменения определялись почти у половины обследованных пациентов (42,1–46,2%). Известно, что от качества кровоснабжения печени зависит функция холереза (выработка желчи), поэтому ранняя диагностика имеющихся нарушений позволяет улучшить или нормализовать эти функции.

Кроме этого, всем обследованным больным проведено УЗИ печени для исключения желчекаменной болезни и других патологических состояний, противопоказанных к проведению запланированного комплексного лечения. По полученным количественным данным (длинник и поперечник) по формуле Е.З. Поляк рассчитывался объем желчного пузыря (см^3). При сравнении с показателями количества пузырной желчи выявлено, что изучаемые параметры совпадают и таким образом подтверждается наличие дистонических нарушений с преобладанием гипотонии, когда объем пузыря превышает $60,0 \text{ см}^3$.

Лабораторные показатели, отражающие функциональное состояние печени (содержание в сыворотке крови билирубина, холестерина, общего белка и его фракций, активность аминотрансфераз, тимоловая проба), были в пределах нормативных границ у 100% обследованных больных. Всем больным проводилось исследование общих анализов крови и мочи, показатели которых также не превышали нормы. При проведении гастродуоденоскопии выраженных органических изменений со стороны желудка и двенадцатиперстной кишки обнаружено не было, хотя у многих больных определяются умеренные признаки хронического гастрита и дуоденита. Лишь у двух больных выявлены рубцовые изменения в

луковице двенадцатиперстной кишки без клинических проявлений болезни.

Таким образом, результаты проведенных исследований подтверждают наличие симптомов поражения гепатобилиарной системы с преобладанием гипокинетических нарушений в желчном пузыре, умеренным нарушением внутрипеченочной гемодинамики и признаками дестабилизации желчи, которые достоверно не отличаются от литературных данных.

Глава 4

ТЕРМОВИБРАЦИОННЫЙ МАССАЖ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОПИСТОРХОЗОМ

Все обследованные больные были разделены на три группы. Больные всех групп получали: диету № 5, утреннюю гигиеническую гимнастику (ежедневно), общую хвойную ванну (с температурой воды 37 градусов, по 15 минут, ежедневно, на курс 10 процедур). Кроме этого, больные 1-й группы получали антигельминтную терапию (дегельминтизация проводилась бильтрицидом и сухим экстрактом коры осины) с последующим назначением термовибрационного массажа на проекцию желчного пузыря. Больные 2-й группы, кроме общих процедур, получали термовибрационный массаж на проекцию желчного пузыря без предварительной дегельминтизации. В 3-й группе все больные получали комплекс общих процедур и антигельминтную терапию без последующего назначения термовибрационного массажа.

4.1. Динамика жалоб и клинических симптомов у пролеченных больных

Наиболее показательными оказались результаты опроса и осмотра пациентов через 3 и 6 месяцев. Анализ жалоб и клинических проявлений представлен в табл. 1. Динамика клинических проявлений, в зависимости от получаемого антигельминтного препарата, достоверно не отличалась, хотя полученный эффект сохранялся более длительно у пациентов, пролеченных бильтрицидом. Анализируя жалобы астено-

вегетативного характера (головные боли, слабость, недомогание), выявлено, что в 1-й группе жалобы на головную боль, например, с 76,6 уменьшились до 23,0% через 3 месяца, во 2-й группе – с 70,0 до 50,0%, а в 3-й группе – с 63,3 до 31,0%. Через 6 месяцев во 2-й и 3-й группах этот показатель практически достиг исходных данных, а в 1-й группе составил 33,3%, что на 43,3% меньше исходных. Такое же соотношение выявлено и при анализе жалоб на слабость и недомогание. Что касается клинических проявлений заболевания (боль в правом подреберье, тошнота, изжога, горечь во рту, вздутие и урчание в кишечнике, запоры), отражающих функциональное состояние пищеварительной системы

Т а б л и ц а 1

Динамика жалоб и клинических симптомов у пролеченных больных

Наименование выявленных жалоб и клинических симптомов	Число больных, %								
	до лечения			через 3 мес.			через 6 мес.		
	1 гр.	2 гр.	3 гр.	1 гр.	2 гр.	3 гр.	1 гр.	2 гр.	3 гр.
Болевой синдром	83,4	86,6	76,6	15,3	50,0	50,0	50,0	81,6	66,6
Тошнота	50,0	46,7	53,4	7,7	27,7	19,2	16,6	43,7	33,3
Изжога	60,0	60,0	63,4	3,8	33,3	26,9	38,8	50,0	55,5
Горечь во рту	66,6	53,3	50,0	7,7	27,7	19,2	38,8	43,7	50,0
Вздутие и урчание кишечника	76,6	76,6	86,6	34,6	33,3	42,3	50,0	56,3	61,1
Запоры	50,0	33,3	53,4	7,7	11,1	46,1	33,3	31,3	50,0
Головные боли	76,6	70,0	63,3	23,0	50,0	31,0	33,3	62,5	50,0
Слабость и недомогание	76,6	73,3	66,6	26,9	50,0	34,6	38,8	62,5	44,4
«Пузырные» симптомы	86,7	86,7	86,7	11,5	50,0	42,3	16,6	62,5	55,5

(в том числе и гепатобилиарной), то и здесь отмечалась положительная динамика. Так, наиболее частая жалоба больных с хроническим описторхозным холециститом – боль в правом подреберье – через 3 месяца

после лечения выявлялась только у 15,3% пациентов от всех обследованных в 1-й группе, во 2-й группе – у 50,0%, в 3-й – у 50,0%.

Такие жалобы, как тошнота, изжога и горечь во рту, наиболее значительно уменьшились в 1-й группе, во 2-й и 3-й группах число подобных жалоб практически вернулось к исходным данным, а в 1-й группе – у большинства обследованных больных эти жалобы отсутствовали. При объективном осмотре «пузырные» симптомы определялись у 86,7% больных во всех группах. Изучение динамики этого показателя после проведенного лечения показало, что наилучшие результаты получены в 1-й группе, где через 3 месяца эти симптомы определялись лишь у 11,5% больных от всех обследованных, а через 6 месяцев частота выявления «пузырных» симптомов незначительно возросла до 16,6%, хотя оставалась достаточно низкой по сравнению с исходной. Уменьшение процента выявляемости «пузырных» симптомов во 2-й и 3-й группах была менее значимой (отмечались у большинства обследованных больных), в то время как в 1-й группе они отмечались лишь у 16,6%.

Таким образом, анализ всех жалоб и симптомов у пролеченных больных выявил наиболее выраженную положительную динамику в 1-й группе больных, получивших антигельминтную терапию, с последующим назначением на правое подреберье термовибромассажа, что значительно снизило проявления воспалительного процесса и функциональных нарушений в желчевыводящей системе. Это способствовало нормализации моторно-эвакуаторной функции желчного пузыря и оказывало благотворное влияние на клиническую симптоматику заболевания в целом. Во 2-й группе пациенты получали термовибромассаж на правое подреберье без предварительной дегельминтизации. В результате отмечалась незначительная кратковременная динамика жалоб и симптомов, что свидетельствует о благоприятном влиянии термовибромассажа на изучаемые показатели, так же как при симптоматическом лече-

нии. Так как основная причина всех нарушений (описторхоз) не ликвидирована, то полученный незначительный эффект оказался кратковременным. Больные 3-й группы получили дегельминтизацию на фоне общеукрепляющих процедур. Оценка динамики жалоб и симптомов показала, что в этой группе она лишь незначительно лучше, чем во 2-й, но достоверно отличается от показателей в 1-й группе. Это связано с тем, что пациенты 3-й группы не получали после дегельминтизации термовибромассаж на правое подреберье, поэтому имеющиеся дискинетические нарушения ликвидировались незначительно, что снижало клиническую эффективность.

4.2. Антигельминтная эффективность комплексной терапии пролеченных больных

Больные 1-й и 3-й групп получали комплексное лечение, включающее дегельминтизацию бильтрицидом или сухим экстрактом коры осины по общепринятой методике. Кроме этого, всем больным 1-й группы после завершения дегельминтизации назначался термовибрационный массаж на область проекции желчного пузыря, с частотой 10 Гц, по 10 минут, ежедневно, на курс лечения 10 процедур.

Независимо от применяемого антигельминтного препарата все больные получали комплекс, включающий диету № 5 по Певзнеру, утреннюю гигиеническую гимнастику, общие хвойные ванны.

Побочных проявлений антигельминтной терапии не было выявлено. Всем больным в возрасте старше 40 лет после завершения антигельминтной терапии проведена инфузия 400,0 раствора Гемодеза, внутривенно, капельно, однократно – для профилактики побочных проявлений.

Эффективность дегельминтизации оценивалась по данным микроскопического исследования дуоденального содержимого через 3, 6, 12 месяцев, что и рекомендуется рядом авторов (Бронштейн А.М., Озерец-

ковская Н.Н., 1984–86 гг.). Причем до лечения у всех обследованных больных были обнаружены яйца описторхисов при исследовании пузырной желчи и при копроовоскопии. Как видно из табл. 2, антигельминтная эффективность, по данным исследования дуоденального содержимого в динамике, оказалась выше у больных, получавших комплексное лечение, включающее, наряду с антигельминтиком, и термовибрационный массаж на область правого подреберья.

Т а б л и ц а № 2

Эффективность дегельминтизации по данным микроскопии дуоденальной желчи (%)

Группы	Число больных (в %), у которых не выявлены яйца описторхисов		
	через 3 мес.	через 6 мес.	через 12 мес.
1 «А»	75,0	90,0	90,9
1 «В»	50,0	66,0	55,6
2	28,0	41,2	25,0
3 «А»	66,6	80,0	80,0
3 «В»	40,0	55,6	44,4

П р и м е ч а н и е . «А» – больные, пролеченные бильтрицидом; «В» – больные, пролеченные экстрактом коры осины; % больных – от числа всех обследованных.

Независимо от получаемого комплекса, эффективность дегельминтизации выше у больных, получавших в качестве противопаразитарного средства бильтрицид. В то же время показатели дегельминтизации в 1-й группе выше, чем в 3-й.

Так, эффективность дегельминтизации бильтрицидом в 1-й «А» группе достигла через 6 месяцев 90,0%, через 12 месяцев – 90,9% и была выше, чем в 3-й «В» группе, где она достигала лишь 80,0% через 6 месяцев. При сравнении отдаленных результатов антигельминтной эф-

фективности комплексного лечения в этих группах видно, что эффект этот выше в 1-й «А» группе на 8,4% – через 3 месяца, на 10,0% – через 6 месяцев и на 10,9% – через 12 месяцев, чем в 3-й «А» группе.

Эффективность дегельминтизации сухим экстрактом коры осины также выше в 1-й «В» группе, где через 3 месяца она была выше на 10,0%, через 6 месяцев – на 11,0%, через 12 месяцев – на 11,2%, чем в 3-й «В» группе.

Что касается соотношения антигельминтной эффективности в зависимости от применяемого препарата, то отмечалось, что дегельминтизация бильтрицидом более эффективна и превосходит таковую сухим экстрактом коры осины в 1,5–2 раза. Эти данные согласуются со средними показателями эффективности применяемых антигельминтных препаратов (Задорожная Н.А., Лукашова Л.В., 1995).

Антигельминтный эффект во 2-й группе больных, пролеченных, на фоне общих процедур, термовибрационным массажем на проекцию желчного пузыря, не ожидался, однако при анализе микроскопического исследования пузырной желчи выявлена положительная динамика.

Оценивая результаты антигельминтной эффективности во 2-й группе больных, получавших комплексное лечение без назначения специфического антигельминтного препарата, а только термовибрационный массаж на правое подреберье, оказалось, что количество больных с обнаруженными яйцами паразитов уменьшилось на 1/3 по сравнению с исходными данными. Тот факт, что без предварительной дегельминтизации уменьшилось количество больных, у которых определялись яйца описторхисов в дуоденальном содержимом, не говорит о гельминтоцидном влиянии этой процедуры, а скорее о несомненном воздействии на моторно-эвакуаторную функцию желчевыводящей системы (это рассматривается в следующей главе) – повышая и нормализуя ее. Это способствует своевременному выделению желчи, препятствуя ее застою, а

отсюда вероятен saniрующий эффект за счет значительного уменьшения яиц описторхисов и различных включений («песок», кристаллические структуры) в дуоденальном содержимом. Полученные результаты подтверждают данные Б.А. Креймера (1985) и объясняют более высокую эффективность дегельминтизации в 1-й группе, где больные наряду с антигельминтным препаратом получали термовибромассаж на область проекции желчного пузыря, что способствовало нормализации моторно-эвакуаторной функции желчевыводящей системы и значительно улучшало дренаж желчи, препятствуя явлениям застоя. В 3-й группе, где больные не получали на этапе реабилитации термовибромассаж на правое подреберье, получен достаточный антигельминтный эффект, но за счет имеющихся дискинетических изменений дренажная функция оставалась нарушенной, что способствовало застою желчи, а вместе с ней своевременно не выводились продукты распада гельминтов, их яйца.

Таким образом, при комплексном лечении больных хроническим некалькулезным холециститом, хроническим описторхозом, включающим дегельминтизацию, с последующим назначением термовибромассажа на правое подреберье, за счет коррекции моторно-эвакуаторных нарушений в желчевыводящей системе значительно повышается антигельминтная эффективность проводимой терапии.

4.3. Влияние термовибрационного массажа на моторно-эвакуаторную функцию желчевыводящих путей у пролеченных больных

В динамике проанализированы результаты исследований гепатобилиарной системы, отражающие ее функциональное состояние. С этой целью применялись данные фракционного минутированного дуоденального зондирования и ультразвукового исследования гепатобилиарной системы.

4.3.1. Влияние комплексного лечения на моторно-эвакуаторную функцию желчевыводящей системы по данным фракционного минутированного дуоденального зондирования

Оценка моторно-эвакуаторной функции желчного пузыря проводилась по данным фракционного минутированного дуоденального зондирования (ФМДЗ), по результатам которого проанализированы количественные параметры пузырной порции желчи и скорость ее выделения (напряжение секреции). У большинства обследованных больных выявлены нарушения моторно-эвакуаторной функции желчного пузыря с преобладанием гипомоторной дискинезии.

При анализе полученных при динамическом наблюдении данных выявлено, что практически у всех больных, получавших комплексное лечение, отмечалась положительная динамика изучаемого показателя. Но достоверное улучшение количественных параметров пузырной желчи получено у больных с нарушениями в желчном пузыре по гипотоническому типу (объем пузырной желчи более 60,0 мл). У пациентов с дистонией желчного пузыря по гипертоническому типу (менее 30,0 мл) проведенное лечение оказало незначительное влияние на количество пузырной желчи, а нормотонические состояния оставались практически не измененными. Как видно из табл. 3 и рис. 1, наиболее выраженная и достоверная динамика изучаемого показателя наблюдается у пациентов 1-й группы, где выявлена тенденция к нормализации количества пузырной желчи, независимо от типа дистонии. Так, у пациентов 1-й группы, с объемом желчи более 60,0 мл, через 3 и 6 месяцев после проведенного лечения обследовано 88,8 и 66,6% соответственно, и у всех этот показатель достоверно оставался в пределах нормы. Причем результаты оказались выше в 1 гр. «А», где больные в качестве антигельминтика получали бильтрицид. Как видно из этих данных, количество пузырной желчи, превышающее максимально допустимую границу, после комплекс-

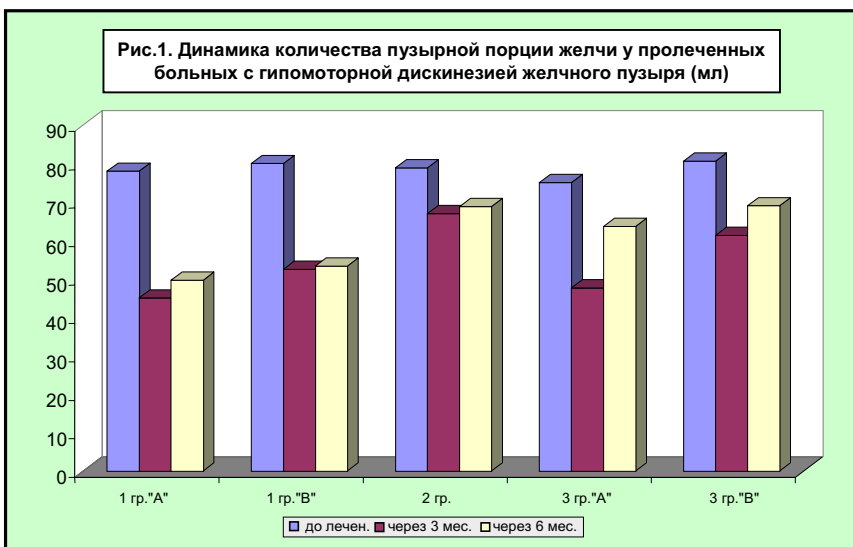
ного лечения у всех больных 1-й группы («А» и «В») нормализовался и оставался на этом уровне в отдаленные сроки.

Таблица 3

Динамика количественного показателя пузырной желчи по данным ФМДЗ у больных с гипомоторным типом дискинезии (М+т)

Группа наблюдения	Количество пузырной желчи, мл		
	до лечения	через 3 мес.	через 6 мес.
1 «А»	78,0±5,7	45,0±8,7***	49,6±4,7***
1 «В»	80,5±7,3	52,5±6,6***	53,3±6,8***
2	78,9±4,5	66,9±2,9***	68,8±4,8
3 «А»	75,0±8,4	47,6±1,7***	63,6±4,4
3 «В»	80,6±6,7	61,3±3,6***	69,0±7,3

Примечание. *** – при $p < 0,05$; при отсутствии p результат не достоверен.



Динамика изучаемого показателя у пациентов с признаками гипертонических, гипермоторных нарушений желчного пузыря (количество

желчи <30,0 мл) наиболее показательна в 1 гр. «А», где этот показатель достоверно повышался в динамике и достигал нормы в более отдаленные сроки ($p < 0,02$). В 1 гр. «В» явной положительной динамики не отмечалось. Объем пузырной желчи у пациентов с нормальными показателями (30,0–60,0 мл) достоверно не изменялся, оставаясь в пределах нормы.

В 3-й группе, где больные получали комплексное лечение, включающее дегельминтизацию, без назначения термовибромассажа на этапе реабилитации, также отмечена положительная динамика объемных характеристик пузырной желчи, но полученные результаты, как видно из таблицы, менее значимы, чем в 1-й группе.

Так, из всех пролеченных больных с гипотонией желчного пузыря (по данным ФМДЗ) у 77,7% через 3 месяца отмечалось достоверное снижение показателя, а через 6 месяцев у 66,6% обследованных выявлена тенденция к повышению, хотя количество желчи оставалось ниже исходных данных. Динамика гипертонических нарушений, по данным ФМДЗ, у больных 3-й группы была менее значительна и недостоверна. Стоит отметить, что ухудшение этого показателя при данном комплексном лечении не выявлено. Нормальное количество желчи пузырной порции у пациентов 3-й группы в процессе динамического наблюдения достоверно не изменялось, хотя выявлялась тенденция к увеличению ее объема. У больных этой группы, с нормальным количеством желчи, этот показатель не менялся. Однако стоит отметить, что у 1/2 больных, получавших бильтрицид, количество желчи в динамике увеличилось и превышало 60,0 мл, т.е. показатель ухудшался в отдаленные сроки по сравнению с результатами, полученными в 1-й группе.

Анализируя влияние комплексного лечения на динамику объема пузырной желчи во 2-й группе, где пациенты получали термовибромассаж на область правого подреберья без предварительной дегельминтизации,

выявлено следующее. Отмечалась достоверная положительная динамика у пациентов с гипотоническим типом нарушений функции желчного пузыря. У пациентов с количеством желчи менее 30,0 мл (гипертонус желчного пузыря) выявлены незначительные улучшения, а нормальные показатели оставались практически без изменений. У 40,0% больных 2-й группы с объемом пузырной желчи более 60,0 мл в динамике этот показатель достоверно снизился через 3 месяца (но оставался выше нормы), а через 6 месяцев отмечалась тенденция к увеличению этого показателя. У 66,6% больных этой группы с количеством пузырной желчи менее 30,0 мл через 3 и 6 месяцев определялось незначительная положительная динамика изучаемого показателя. Анализ показателей у больных с нормальным количеством пузырной желчи во 2-й группе под влиянием термовибромассажа в комплексном лечении хронического некалькулезного холецистита, хронического описторхоза, не выявил выраженной динамики.

Таким образом, при анализе полученных данных выявлена положительная динамика количественного показателя объема пузырной желчи, свидетельствующая о несомненном влиянии термовибрационного массажа на тонус желчного пузыря. Причем достоверные позитивные изменения отмечались в 1-й группе пациентов, где показатели в динамике улучшались и оставались в пределах нормы в более отдаленные сроки. Во 2-й и 3-й группах, в отличие от 1-й, отмечалась незначительная положительная динамика изучаемого показателя и в более поздние сроки — возврат к исходным данным.

При анализе моторно-эвакуаторной функции желчного пузыря, по данным ФМДЗ, оценивались не только количественные параметры объема пузырной желчи, которые отражают состояние тонуса стенки желчного пузыря (тонические нарушения), но и скорость выделения пузырной желчи, что характеризует кинетическую (моторную) функцию пу-

зыря. Скорость выделения вычисляется путем деления объема выделившейся желчи на время, в течение которого эта порция выделилась (мл/мин).

При анализе полученных данных выявлено, что у большинства обследованных больных с хроническим некалькулезным холециститом, хроническим описторхозом определялся гипомоторный тип дискинетических нарушений желчного пузыря. При проведении комплексного лечения отмечается положительная динамика, особенно у пациентов с гипомоторной дискинезией. Динамика показателя скорости выделения пузырной порции желчи представлена в табл. 4 и на рис. 2, и ее анализ

Т а б л и ц а 4

Скорость выделения пузырной желчи у больных с гипомоторной дискинезией желчного пузыря в динамике

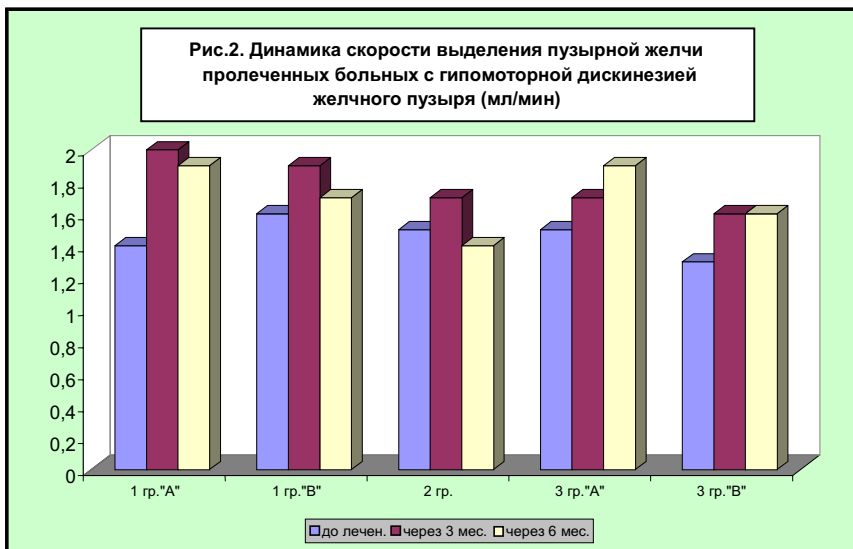
Группа	Скорость выделения пузырной желчи (мл/мин)		
	до лечения	через 3 мес.	через 6 мес.
1 «А»	1,4+0,09	2,0+0,08***	1,9+0,03***
1 «В»	1,6+0,03	1,9+0,02***	1,7+0,41
2	1,5+0,08	1,7+0,12	1,4+0,09
3 «А»	1,5+0,08	1,7+0,09	1,9+0,03***
3 «В»	1,3+0,09	1,6+0,24	1,6+0,21

Примечание. *** – при $p < 0,05$, при отсутствии p результат не достоверен.

показал, что в 1-й группе достоверно улучшились изучаемые показатели, причем более достоверно у больных с признаками гипомоторной дискинезии (скорость выделения желчи менее 2,0 мл/мин).

Так, в 1-й группе у 84,6% больных с гипомоторной дискинезией желчного пузыря (скорость выделения желчи $< 2,0$ мл/мин) этот показатель достоверно повышался через 3 месяца до 1,9 мл/мин (1 гр. «В») и до 2,0 мл/мин (1 гр. «А»), а через 6 месяцев – 61,5% обследованных –

показатель снижался, оставаясь достоверно выше исходных данных у пациентов, пролеченных бильтрицидом (1 гр. «А»).



В 3-й группе обследованных и пролеченных больных показатель скорости выделения пузырной желчи менялся не достоверно, практически не отличаясь от исходных данных. Как видно из таблицы, у больных этой группы, независимо от получаемого антигельминтного препарата, через 3 месяца у 69,2% обследованных отмечалась незначительная динамика, через 6 месяцев у 50,0% от числа обследованных, получавших в качестве антигельминтного препарата бильтрицид, отмечено достоверное повышение до 1,9 мл/мин ($p < 0,001$), а у остальных показатель не изменялся, оставаясь достоверно ниже нормы.

Скорость выделения пузырной желчи во 2-й группе больных практически не изменялась в динамике. Отмечается незначительное повы-

шение показателя у больных с гипомоторным типом дискинезии, но недостоверно.

Больных с гипермоторной дискинезией (скорость выделения пузырной желчи $>2,0$ мл/мин) во всех группах обследованных больных выявлено не более 15–18% и при анализе у них динамики изучаемого показателя достоверной разницы по сравнению с исходными данными не определялось, независимо от получаемого лечебного комплекса.

Однако стоит отметить, что у всех пациентов 1 гр. «А», со скоростью выделения желчи $>2,0$ мл/мин, отмечалось снижение изучаемого показателя фактически до нормы через 3 месяца, хотя в более поздние сроки он возвращается к исходным данным. Во 2-й и 3-й группах показатель скорости выделения пузырной порции желчи, исходно превышающий норму, практически не изменялся, а в более отдаленные сроки отмечалось даже увеличение его в 3-й группе больных, пролеченных бильтрицидом.

Что касается больных с нормальными показателями скорости выделения желчи, то они достоверно не менялись.

Полученные данные свидетельствуют о несомненном влиянии термовибрационного массажа на скорость выделения пузырной желчи, что особенно наглядно видно в 1-й группе. Это может служить показателем улучшения функциональной активности печени, в том числе функции холереза и холекинеза.

4.3.2. Влияние термовибрационного массажа на объемные характеристики желчного пузыря (по данным ультразвукового исследования)

Всем больным до лечения было проведено ультразвуковое исследование желчного пузыря с последующим расчетом его объема по формуле Е.З. Поляк. Этот показатель использовался для оценки состояния тонуса стенки желчного пузыря с последующим определением типа дис-

тении. Результаты этого исследования рассмотрены во 2-й главе. Анализ объемных характеристик желчного пузыря в динамике после комплексного лечения проведен во всех группах больных и результаты его совпадают с динамикой показателя количества пузырной желчи, оцениваемой по результатам ФМДЗ.

Так, у 80,0% больных с исходно увеличенным объемом желчного пузыря через 3 месяца отмечалось уменьшение его от 90,4 см³ до 45,7 см³ в 1 гр. «А» и с 88,3 до 56,7 см³ в 1 гр. «В». Достигнутый эффект сохранялся и в отдаленные сроки у всех пациентов 1-й группы независимо от получаемого антигельминтного препарата. Полученные результаты были достоверными ($p < 0,05-0,01$) и оставались нормальными в течение 6 месяцев. В отдаленные сроки отмечалось увеличение объема желчного пузыря более 60,0 см³, хотя показатель оставался значительно ниже исходных данных.

Во 2-й группе достоверная динамика изучаемого показателя также отмечалась у больных с объемом пузыря больше нормы. Так, через 3 месяца у 55,5% этот показатель снизился до 64,8 см³ ($p < 0,05$), а через 6 месяцев отмечен возврат к исходным данным – 79,3 см³.

В 3-й группе пролеченных больных объем желчного пузыря менялся менее значительно, чем в 1-й группе. Так, у 72,7% пациентов с объемом желчного пузыря больше 60,0 см³, обследованных через 3 месяца, этот показатель снизился лишь до 78,3 см³ (1 гр «А») и до 61,8 см³ (1 гр «В»), что остается выше нормы, а через 6 месяцев эти показатели увеличились, хотя и не вернулись к исходным данным.

При анализе результатов обследования с исходно нормальными показателями объема желчного пузыря выявлено, что они практически не изменялись под влиянием проводимой терапии независимо от получаемого комплекса лечебных мероприятий. Полученные результаты совпадают с данными исследования моторно-эвакуаторной функции желчно-

го пузыря при анализе показателей ФМДЗ (количество пузырной желчи и скорость ее выделения).

Таким образом, анализ полученных данных свидетельствует о безусловном влиянии хронического воспалительного процесса в желчевыводящей системе, обусловленного или поддерживаемого хронической паразитарной инвазией, на моторно-эвакуаторную функцию желчного пузыря, способствуя развитию дискинетических нарушений. В большинстве случаев у данной категории больных преобладает гипотония и гипомоторные нарушения желчного пузыря, что ведет к явлениям застоя, увеличению объема пузырной желчи. Улучшение этих показателей при проведении комплексного лечения с назначением термовибромассажа, без предварительной дегельминтизации, равно как и комплексное лечение с применением дегельминтизации без последующего назначения термовибромассажа на правое подреберье, менее значимо и недостоверно.

Положительное влияние термовибромассажа на моторно-эвакуаторную функцию желчного пузыря несомненно, особенно при гипотонически-гипокинетических нарушениях.

4.4. Влияние термовибрационного массажа на показатели коллоидной стабильности пузырной желчи

У всех обследованных и пролеченных больных изучены показатели концентрации билиарных липидов и их соотношение с расчетом индексов литогенности, отражающих стабильность коллоидной структуры пузырной порции желчи.

4.4.1. Влияние термовибрационного массажа на биохимический состав пузырной желчи

У большинства обследованных больных определялось повышение уровня холестерина и снижение концентрации фосфолипидов и желч-

ных кислот. Такое соотношение билиарных липидов способствует дестабилизации желчи. Поэтому основное внимание уделено анализу динамики исходно повышенного уровня холестерина и исходно сниженной концентрации фосфолипидов (ФЛ) и желчных кислот (ЖК), что нашло отражение в таблицах. Что касается билирубина и общих липидов, уровень которых достоверно отклонялся от нормы у небольшого числа больных, то после проведенного лечения явной динамики не выявлено ни в одной из групп. Независимо от исходных данных эти показатели оставались практически неизменными при динамическом наблюдении. Наилучшие результаты получены в 1-й группе больных. Причем достоверное изменение показателей отмечается в более отдаленные сроки после лечения. Вероятно, это связано с тем, что хронический воспалительный процесс в желчевыводящей системе нарушает концентрационную и секреторную функции желчного пузыря, влияя на уровень биохимических компонентов желчи, что может приводить к коллоидной дестабилизации. Поэтому нормализация показателей биохимической структуры пузырной желчи выявляется в более отдаленные сроки, когда ликвидированы признаки воспаления, моторных нарушений и улучшена гемодинамика печени. Динамика уровня холестерина в пузырной желчи представлен в табл. 5 и на рис. 3.

Так, у пациентов 1-й группы выявлено повышение уровня холестерина (норма $5,7 \pm 0,20$ ммоль/л). Через 3 месяца у 81,3% обследованных этот показатель достоверно снизился до 7,3 ммоль/л (1 гр. «А») и до 7,2 ммоль/л (1 гр. «В»), оставаясь незначительно выше нормы. А через 6 месяцев у 62,5% обследованных отмечалось повышение этих показателей. Причем у больных, пролеченных бильтрицидом, он повысился до 8,2 ммоль/л, а у пролеченных экстрактом коры осины, – до 9,4 ммоль/л, оставаясь ниже исходных данных. Нормальные показатели уровня холестерина достоверно не изменялись.

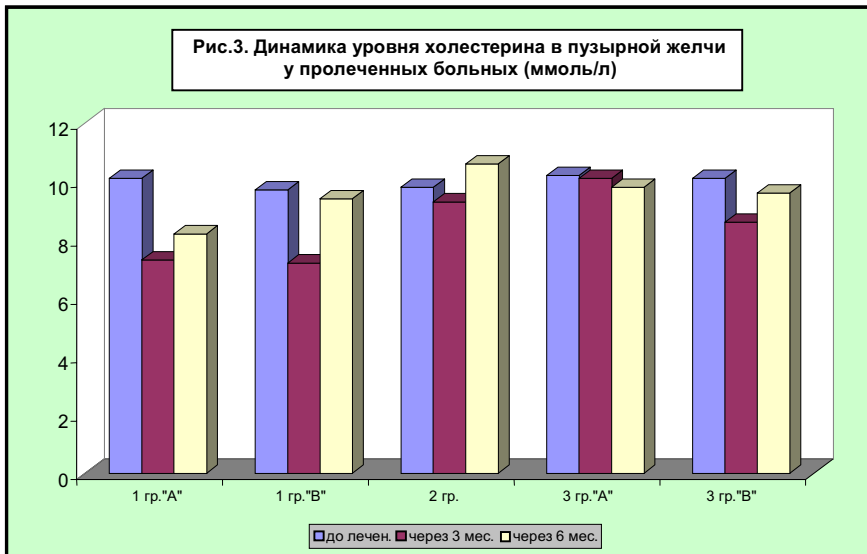
Таблица 5

**Динамика концентрации холестерина у больных
с исходно повышенным уровнем (M+m)**

Группа	Концентрация холестерина, ммоль/л		
	до лечения	через 3 мес.	через 6 мес.
1 «А»	10,1+0,86	7,3+0,78***	8,2+1,0
1 «В»	9,7+0,80	7,2+0,61***	9,4+1,0
2	9,8+0,45	9,3+1,01	10,6+2,5
3 «А»	10,2+1,57	10,1+1,37	9,8+1,12
3 «В»	10,1+1,62	8,6+1,39	9,6+1,1

Примечание. *** – при $p < 0,05$; при отсутствии p результат не достоверен.

В 3-й группе пролеченных больных с повышенным уровнем холестерина концентрация его в динамике снижалась не достоверно ($p < 0,2$), а в отдаленные сроки возвращалась к исходным показателям.



У пациентов 2-й группы, получавших комплексное лечение, включающее термовибромассаж на правое подреберье, динамика уровня холестерина, как видно из таблицы, изменялась не достоверно.

Таким образом, повышенный уровень холестерина в пузырной желчи достоверно снижается у пациентов, получавших комплексную терапию, включающую дегельминтизацию и термовибромассаж, где на фоне улучшения моторной улучшается и концентрационная функция желчного пузыря, в определенной мере регулируя уровень холестерина.

Основными стабилизаторами коллоидного состояния желчи являются желчные кислоты и фосфолипиды, уровень которых был снижен у большинства обследованных больных.

При анализе влияния комплексного лечения на изучаемые показатели выявлено, что достоверное повышение уровня фосфолипидов и желчных кислот определялось в 1-й группе, менее достоверное – в 3-й группе, а во 2-й группе отмечена только тенденция к нормализации. Динамика уровня фосфолипидов и желчных кислот у обследованных и пролеченных больных, с исходно сниженным их уровнем, представлена в табл. 6, 7 и на рис 4, 5. Уровень желчных кислот в 1-й группе повы-

Т а б л и ц а 6

**Динамика концентрации желчных кислот у больных
с исходно сниженным уровнем (M+m)**

Группа	Концентрация желчных кислот, г/л		
	до лечения	через 3 мес.	через 6 мес.
1 «А»	16,2+1,06	18,9+2,26	27,2+2,56***
1 «В»	14,3+1,88	19,6+2,34	28,5+2,74***
2	16,4+0,88	18,7+1,78	20,0+2,40
3 «А»	17,7+0,43	20,8+1,38	21,0+0,96***
3 «В»	15,5+1,90	18,6+1,68	20,3+1,73***

П р и м е ч а н и е . *** – при $p < 0,05$; при отсутствии p результат не достоверен.

шался в динамике и особенно достоверно через 6 месяцев. Так, через 3 месяца у 76,9% обследованных, у которых концентрация желчных кислот повысилась до 18,9+2,26 ммоль/л (1 гр. «А») и до 19,6+2,34 ммоль/л (1 гр. «В»), а через 6 месяцев у 53,8% обследованных определялось достоверное повышение до 27,2+2,56 ммоль/л в 1 гр. «А» ($p<0,01$) и до 28,5+2,73 ммоль/л в 1 гр. «В» ($p<0,01$). Что касается динамики исходно повышенных показателей концентрации желчных кислот в 1-й группе, то таковой не выявлено, и через 3 месяца этот показатель оставался выше нормы. Нормальные показатели уровня желчных ки-

Т а б л и ц а 7

**Динамика концентрации фосфолипидов у больных
с исходно сниженным уровнем (M+m)**

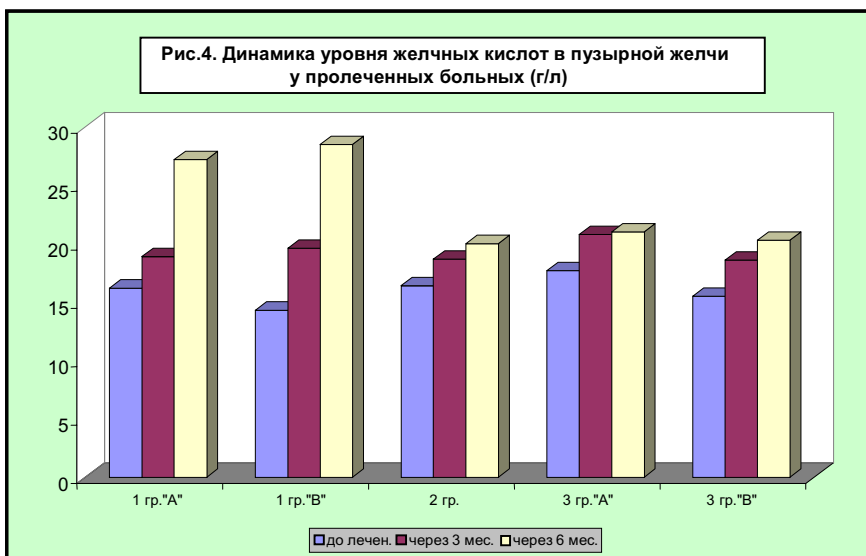
Группы	Концентрация фосфолипидов (ммоль/л)		
	до лечения	через 3 мес.	через 6 мес.
1 «А»	10,0+1,50	17,9+4,88	30,5+6,70***
1 «В»	10,6+1,45	18,5+3,84	23,6+4,10***
2	9,8+1,86	12,3+1,90	12,8+2,01
3 «А»	12,2+1,12	14,3+2,16	18,1+1,39***
3 «В»	12,9+1,17	16,3+2,01	18,7+1,91***

Пр и м е ч а н и е . *** – при $p=0,05$; при отсутствии p результат не достоверен.

слот в желчи у пациентов 1-й группы в динамике достоверно повышались и через 6 месяцев составляли 25,8+1,06 г/л в 1 гр. «А» и до 30,2+2,12 г/л в 1 гр. «В» ($p<0,05$). Концентрация желчных кислот в пузырной порции желчи у больных 3-й группы, с исходно низким уровнем, повышалась в динамике, но менее достоверно, чем в 1-й группе.

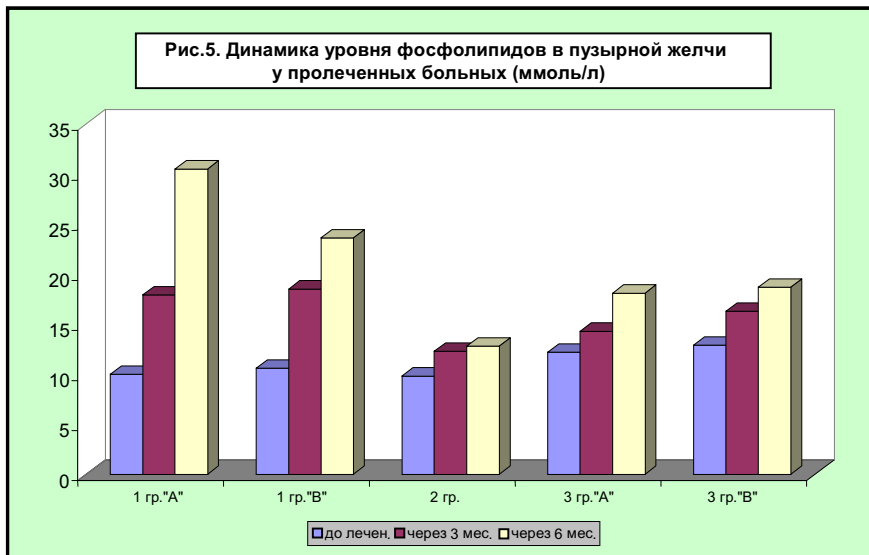
Так, только у 71% обследованных через 3 месяца уровень желчных кислот был 20,8+1,38 г/л (3 гр. «А») и 18,6+1,68 г/л (3 гр. «В»), а через 6 месяцев этот показатель достоверно повысился у 50,0% обследованных

больных до $21,0 \pm 0,96$ г/л и до $20,3 \pm 1,73$ г/л соответственно. У больных 3-й группы, с нормальным уровнем желчных кислот в желчи, в отличие от 1-й группы, практически не произошло изменений. Что касается исходно повышенного уровня желчных кислот в этой группе, то отмечалась незначительная динамика через 3 месяца, а через 6 – возврат к первоначальным показателям. Анализ уровня желчных кислот в желчи пациентов 2-й группы не выявил достоверной динамики, независимо от исходных данных.



Тенденция к нормализации отмечалась у больных с исходно низкими показателями. Так, у 58,3% больных, обследованных через 3 месяца, уровень желчных кислот с $16,4 \pm 0,88$ г/л повысился до $18,7 \pm 1,78$ г/л, а через 6 месяцев у 33,3% обследованных – до $20,0 \pm 2,40$ г/л ($p > 0,2$). Нормальные и повышенные показатели концентрации желчных кислот в желчи у пациентов этой группы практически не изменялись в динамике.

Изучение динамики уровня фосфолипидов в желчи, которые также являются стабилизаторами коллоидного состояния желчи, выявило достоверную динамику в 1-й и 3-й группах, во 2-й – практически без изменений. Как видно из таблиц, достоверное повышение уровня фосфолипидов отмечалось в 1-й группе больных ($p<0,02$). С исходно низким



уровнем фосфолипидов через 3 месяца у 69,2% обследованных этот уровень был $17,9+4,80$ ммоль/л (1 гр. «А») и $18,5+3,84$ ммоль/л (1 гр. «В»), а через 6 месяцев отмечалось достоверное повышение у 61,5% обследованных больных до $30,5+6,70$ ммоль/л в 1 гр. «А» и до $23,6+4,10$ ммоль/л в 1 гр. «В» ($p<0,02$). У пациентов этой группы с нормальным уровнем фосфолипидов в пузырной желчи отмечалось повышение их концентрации в динамике, и через 6 месяцев оно достигло

38,5±8,62 ммоль/л в 1 гр. «А», а в 1 гр. «В» – 34,0±2,75 ммоль/л, хотя эти данные не достоверны.

У пациентов с повышенным уровнем фосфолипидов динамики не отмечалось, независимо от получаемого лечебного комплекса. Больных с таким уровнем фосфолипидов при обследовании выявлено мало, поэтому достоверность не оценивалась. Концентрация фосфолипидов у пациентов 3-й группы изменялась достоверно, особенно с исходно низким уровнем. Так, у 69,2% из обследованных через 3 месяца выявлено незначительное повышение уровня фосфолипидов, а через 6 месяцев у 38,5% больных определялось уже достоверное повышение до 18,1±1,39 ммоль/л в 3 гр. «А» ($p<0,01$) и до 18,7±1,91 ммоль/л в 3 гр. «В» ($p<0,05$). При нормальном уровне фосфолипидов в 3-й группе, как и в 1-й, отмечалась тенденция к незначительному повышению через 3 месяца и нормализация показателя в более отдаленные сроки.

Таким образом, изучив влияние комплексного лечения на биохимический состав пузырной желчи больных хроническим некалькулезным холециститом, хроническим описторхозом, определялось достоверное изменение концентрации некоторых его компонентов. Это свидетельствует о несомненном влиянии проводимых мероприятий на биохимическую структуру желчи. Более значимое, достоверное улучшение и нормализация исходно измененных компонентов желчи выявлено в 1-й группе пациентов, получавших комплексное лечение, включающее общеукрепляющие процедуры, дегельминтизацию и термовибромассаж. Достоверно снизился уровень холестерина (на 2,80±0,22) у пациентов, получавших в качестве антигельминтика бильтрицид в 1 гр. «А». В 1 гр. «В» этого не отмечалось, что вероятно объясняется более низким антигельминтным эффектом сухого экстракта коры осины (оставалась глистная инвазия, которая поддерживает хроническое воспаление).

В 1-й группе отмечалось достоверное повышение уровня фосфолипидов и желчных кислот, независимо от получаемого антигельминтного препарата. Причем повышение выявлено как у больных с исходно низкими, так и с нормальными показателями.

В 3-й группе больных, получавших комплексное лечение, включающее дегельминтизацию (без последующего назначения термовибромассажа), уровень холестерина достоверно не изменился в динамике, а концентрация фосфолипидов и желчных кислот достоверно повысилась до нормы. Менее выраженная динамика в этой группе больных вероятно связана с тем, что имеющиеся нарушения дренажной функции желчного пузыря уменьшались незначительно, что способствовало более длительной задержке погибших гельминтов и продуктов их жизнедеятельности в желчевыводящей системе. Этого не отмечалось у пациентов 1-й группы, где проявления моторно-эвакуаторных нарушений значительно уменьшались после курса термовибромассажа на проекцию желчного пузыря.

Во 2-й группе, где больные получали комплексное лечение, включающее термовибромассаж на правое подреберье (без предварительной дегельминтизации), биохимические показатели желчи остались практически без изменений.

4.4.2. Влияние термовибрационного массажа на литогенные свойства пузырной порции желчи

По результатам биохимического исследования пузырной желчи всем обследованным больным рассчитаны индексы литогенности, отражающие уровень коллоидной дестабилизации. Анализ полученных данных представлен в таблицах. Индексы литогенности имеют нормативные уровни, отклонение от которых означает дестабилизацию коллоидного состояния желчи. Так, холато-холестериновый коэффициент (ХХК) ниже 7,0 означает, что исследуемая желчь литогенна, т.е. не ис-

ключена возможность образования камней у больного с такими показателями.

Индекс Томаса – Хофмана, превышающий 1,0, свидетельствует о литогенности желчи. Индекс литогенности Рубенса выше 0,5 также говорит о коллоидной дестабилизации желчи. При расчете индексов литогенности, по данным биохимического исследования желчи, у большинства обследованных больных определялись признаки дестабилизации. При расчете ХХК у многих обследованных больных этот показатель был ниже минимальной нормативной границы (7–12). Превышение максимально допустимой границы изучаемого показателя не определялось ни в одном случае. Как видно из табл. 8 и рис. 6, наиболее достоверная положительная динамика выявлена у пациентов 1-й группы, где

Т а б л и ц а 8

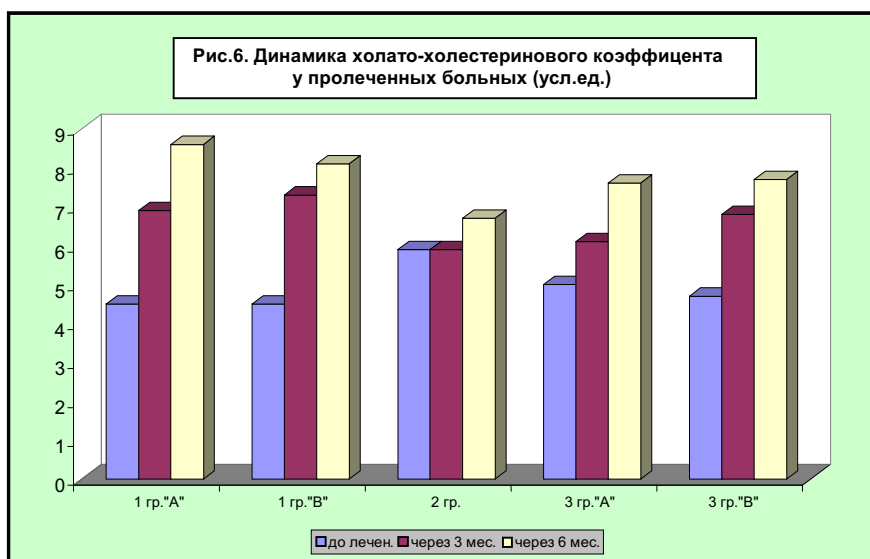
Динамика исходно сниженного ХХК (M+m)

Группы	Показатель ХХК в усл. ед.		
	до лечения	через 3 мес.	через 6 мес.
1 «А»	4,5+0,67	6,9+0,63***	8,6+0,29***
1 «В»	4,5+0,70	7,3+0,66***	8,1+1,03***
2	5,9+0,28	5,9+0,46	6,7+0,73
3 «А»	5,0+0,61	6,1+0,98	7,6+0,24***
3 «В»	4,7+0,93	6,8+0,88	7,7+1,02***

Примечание. *** – при $p < 0,05$; при отсутствии p результат не достоверен.

повышались не только исходно сниженные, но и нормальные показатели. Это расценивалось как положительная динамика, т.к. нормальные показатели у большинства больных были на минимально допустимом уровне и не превышали 9,5–9,8, при максимальной границе – 12. Так, в 1-й группе больных с низким показателем ХХК у 78,5% обследованных

через 3 месяца он повысился до 6,9 (1 гр. «А») и до 7,3 (1 гр. «В»), а через 6 месяцев у 57,1% обследованных – до нормы 8,6 и до 8,1 соответственно ($p < 0,02$). У пациентов этой группы с нормальными показателями ХХК отмечалось его повышение в динамике, особенно в 1 гр. «А», где больные в комплексном лечении в качестве антигельминтного препарата получали бильтрицид.



У пациентов 3-й группы с нормальными показателями ХХК динамики не отмечено. Так, у 77,7% из обследованных через 3 месяца ХХК был равен $9,1 \pm 0,61$ (1 гр. «А») и $9,3 \pm 0,31$ (1 гр. «В») и оставался на этом уровне через 6 месяцев у всех обследованных больных. Таким образом, в 3-й группе пролеченных больных исходно низкие показатели ХХК повышались лишь до минимально допустимой нормы, хотя менее достоверно, чем в 1-й группе, а нормальные – оставались практически без изменений. Динамики ХХК во 2-й группе, где больные получали в ком-

плексном лечении термовибромассаж на правое подреберье, также практически не отмечалось. В этой группе из пациентов со сниженным ХХК (5,9+0,28) через 3 месяца обследовано 70,0% и данный показатель у них оставался на исходном уровне (5,9+0,46), а через 6 месяцев отмечено незначительное повышение у 50,0% обследованных до 6,7+0,73, что ниже нормы. Что касается динамики нормальных показателей ХХК в этой группе, то таковой не отмечалось.

Анализ динамики индексов Томаса – Хофмана и Рубенса выявил достоверное улучшение этих показателей. Как видно из табл. 9, где отражена динамика исходно повышенного индекса Томаса – Хофмана, наилучшие результаты получены в 1-й группе, где пациентам проводилась комплексная терапия, включающая дегельминтизацию и после-

Т а б л и ц а 9

**Динамика исходно повышенного индекса Томаса – Хофмана
у пролеченных больных (M+m)**

Группы	Значение индекса		
	до лечения	через 3 мес.	через 6 мес.
1 «А»	1,3+0,09	0,8+0,08***	1,0+0,70***
1 «В»	1,4+0,18	0,9+0,06***	1,1+0,07
2	1,4+0,25	1,0+0,19	1,0+0,20
3 «А»	1,4+0,17	1,0+0,19	1,0+0,16
3 «В»	1,6+0,21	1,2+0,39	1,1+0,23

Примечание. *** – при $p < 0,05$; при отсутствии p результат не достоверен.

дующее назначение термовибромассажа на правое подреберье. Так, исходно повышенный индекс Томаса – Хофмана у 90,9% обследованных через 3 месяца достоверно снизился до 0,81+0,08 (1 гр. «А») и до

0,9+0,06 (1 гр. «В»), а через 6 месяцев у 72,7% обследованных он незначительно повысился, оставаясь достоверно ниже исходного ($p<0,05$) в 1 гр. «А». Анализ динамики нормальных показателей индекса Томаса – Хофмана в 1-й группе выявил тенденцию к снижению, что также расценивалось как позитивное изменение.

В 3-й группе больных динамика индекса Томаса – Хофмана была менее достоверной, чем в 1-й группе, и только в 3 гр. «А» (где в качестве антигельминтного препарата назначался бильтрицид) и в 3 гр. «В» (сухой экстракт коры осины) отмечена тенденция к нормализации изучаемого показателя, как видно из табл. 9. Анализ динамики исходно нормального индекса Томаса – Хофмана в 3-й группе выявил только тенденцию к повышению. Во 2-й группе исходно повышенный индекс Томаса – Хофмана через 3 месяца у 75,0% обследованных снизился до 1,0+0,17, а через 6 месяцев у 62,5% – 1,0+0,20. Нормальные показатели этого индекса оставались без изменений: до лечения – 0,8+0,07, через 3 месяца – 0,8+0,05, через 6 месяцев – 0,7+0,21.

Как видно из табл. 10, где представлена динамика исходно повышенного индекса литогенности Рубенса, достоверная положительная

Таблица 10

**Динамика исходно повышенного индекса Рубенса
у больных через 3 и 6 месяцев после лечения (M+m)**

Группы	Значение индекса		
	до лечения	через 3 мес.	через 6 мес.
1 «А»	0,8+0,08	0,4+0,04***	0,5+0,04***
1 «В»	0,8+0,09	0,5+0,06***	0,5+0,04***
2	0,8+0,03	0,7+0,08	0,6+0,07
3 «А»	0,7+0,05	0,6+0,07	0,5+0,09
3 «В»	0,8+0,07	0,6+0,12	0,6+0,09

Примечание. *** – при $p<0,05$; при отсутствии p результат не достоверен.

динамика выявлена в 1-й группе больных, в 3-й группе прослеживается тенденция к нормализации, а во 2-й – тенденция только к снижению.

В 1-й группе индекс Рубенса достоверно снижался через 3 месяца и оставался нормальным в отдаленные сроки. Так, из всех больных с индексом Рубенса больше 0,5 у 76,9% обследованных через 3 месяца индекс снизился до 0,4+0,04 (1 гр. «А») и до 0,5+0,06 (1 гр. «В»), а через 6 месяцев у 61,5% обследованных индекс оставался достоверно ниже исходного – 0,5+0,04. Нормальные показатели менялись в 1-й группе незначительно.

Анализ динамики индексов литогенности, отражающих коллоидное состояние пузырной порции желчи у больных хроническим некалькулезным холециститом, хроническим описторхозом, показал зависимость полученных результатов от проведенного комплексного лечения. Ни в одной из обследованных групп больных не отмечено ухудшения показателей коллоидной стабильности и биохимической структуры пузырной желчи. Достоверно отмечается, что наиболее значимые положительные результаты были получены в группе, где больные получали комплексное лечение, включающее общеукрепляющие процедуры (гимнастику и хвойные ванны) и дегельминтизацию, с последующим назначением термовибромассажа на область правого подреберья. Данный лечебный комплекс предусматривает воздействие на глистную инвазию (дегельминтизацию), что значительно уменьшает или ликвидирует одну из причин имеющихся нарушений. В то же время проведение только дегельминтизации не купирует всех изменений в гепатобилиарной системе (3-я гр.), в том числе и явления дестабилизации пузырной желчи, что требует дополнительных мероприятий. Назначение в комплексном лечении, на фоне общих процедур, термовибромассажа (без предварительной дегельминтизации), как во 2-й группе, также менее эффективно, чем комплекс с дегельминтизацией.

4.5. Влияние термовибрационного массажа на внутрипеченочную гемодинамику

Внутрипеченочная гемодинамика оценивалась по данным реогепа-тографического исследования больных, при котором наиболее показате-льными оказались результаты, полученные в сроки до 3 месяцев, и от 3 до 6 месяцев после проведенного лечения. При анализе полученных данных у больных с показателями реографического индекса (РИ) менее 0,5 (около 16,0% из всех обследованных) выявлено, что печеночная ге-модинамика у этих больных не улучшилась или улучшилась незначи-тельно. Это связано с тем, что выраженные нарушения внутрипеченоч-ной гемодинамики (РИ = 0,2–0,4) трудно поддаются обратному разви-тию, т.к. формировались они на протяжении многих лет (все больные со сроком инвазии более 15 лет) и обусловлены, вероятно, органическими изменениями в сосудистой стенке.

Что касается незначительных нарушений кровоснабжения печени (вероятнее всего – функционального характера), когда реографический индекс находится в пределах 0,5–0,8, то у этих больных, которых было большинство из обследованных, отмечалась достоверная положитель-ная динамика изучаемого показателя. Как видно из табл. 11 и рис. 7, где отражена динамика имеющихся нарушений внутрипеченочной гемоди-намики у больных с исходно сниженными показателями РИ (0,5–0,8), достоверные положительные сдвиги отмечались в 1-й группе пролечен-ных больных. Так, в 1-й группе больных с РИ от 0,5 до 0,8 у 75,0% из обследованных через 3 месяца отмечалось достоверное повышение РИ до $0,9 \pm 0,04$ (1 гр. «А») и до $1,1 \pm 0,09$ (1 гр. «В»), который оставался вы-ше исходного уровня у 50,0% из всех обследованных больных через 6 месяцев – $0,9 \pm 0,06$ (1 гр. «А») и $0,8 \pm 0,13$ (1 гр. «В»). Причем в 1 гр. «А», где проводилась дегельминтизация бильтрицидом, достигнутый эффект был более достоверен и продолжителен.

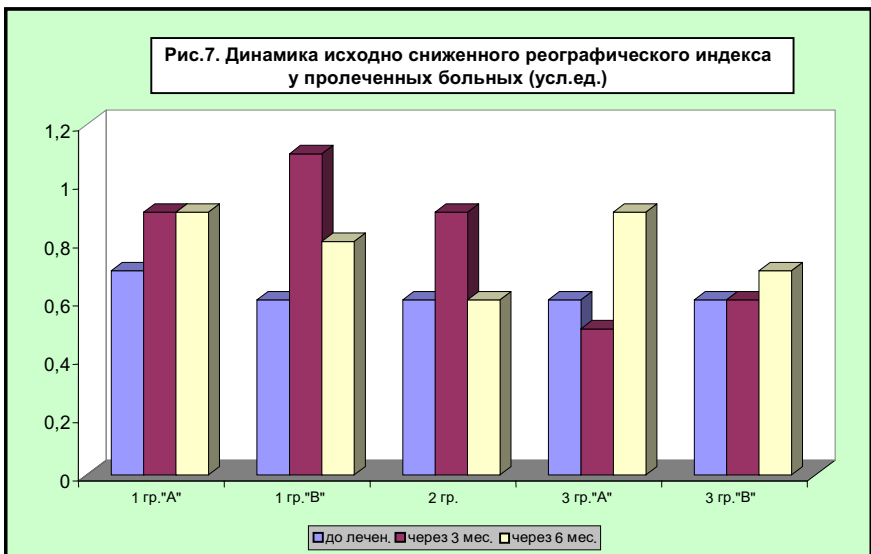
Таблица 11

Динамика внутрипеченочной гемодинамики пролеченных больных с исходно сниженным реографическим индексом (M+m)

Группы	Показатель РИ		
	до лечения	через 3 мес.	через 6 мес.
1 «А»	0,7+0,04	0,9+0,04***	0,9+0,06***
1 «В»	0,6+0,04	1,1+0,09***	0,8+0,13
2	0,6+0,02	0,9+0,03***	0,6+0,08
3 «А»	0,6+0,03	0,5+0,02**	0,9+0,09
3 «В»	0,6+0,04	0,6+0,03	0,7+0,05

Примечание. *** – при $p < 0,05$; ** – при достоверно отрицательной динамике; при отсутствии p результат не достоверен.

В 1-й группе достоверно повысились и нормальные показатели гемодинамики печени. Так, у 70,0% обследованных через 3 месяца РИ



повысился с $1,1+0,06$ до $1,6+0,09$ (1 гр. «А») и с $1,1+0,14$ до $1,5+0,03$ (1 гр. «В»), а через 6 месяцев отмечалось некоторое снижение. Как видно из полученных данных, проводимая комплексная терапия в 1-й группе благоприятно влияет на внутрипеченочную гемодинамику, улучшая и нормализуя нарушенный кровоток. Во 2-й группе пролеченных и обследованных больных отмечается положительная динамика показателей гемодинамики. Так, у 75,0% обследованных через 3 месяца отмечено достоверное повышение РИ до $0,9+0,03$ ($p<0,01$), но через 6 месяцев РИ снизился до исходного ($0,6+0,08$) у 62,5% обследованных больных. Что касается динамики нормального РИ, то она была не достоверной.

Анализируя внутрипеченочную гемодинамику в 3-й группе пациентов, которые получали комплексное лечение, включающее дегельминтизацию (без последующего назначения термовибромассажа), выявлена положительная динамика только в 3 гр. «А». Так, у 81,8% обследованных через 3 месяца достоверных изменений не отмечалось, более того у больных, пролеченных бильтрицидом, выявлялось даже достоверное снижение РИ до $0,5+0,04$, а через 6 месяцев у 54,5% обследованных больных отмечалась незначительная положительная динамика.

Что касается динамики нормального РИ в 3-й группе пролеченных бильтрицидом больных, то отмечено некоторое снижение этого показателя через 3 месяца и повышение до исходного уровня в более отдаленные сроки. В подгруппе больных (3 гр. «В»), пролеченных экстрактом коры осины, достоверных изменений не отмечалось.

Таким образом, у пациентов, получавших бильтрицид, отмечено достоверное ухудшение показателя гемодинамики печени в ближайшие 3 месяца после лечения (3 гр. «А»), хотя в более поздние сроки эти показатели возвращаются к исходным. Вероятно, отсутствие положительной динамики в 3-й группе на ранних этапах связано с тем, что больные

получали комплексное лечение, включающее активную дегельминтизацию, без последующего этапа восстановительной терапии (термовибромассажа). Большое количество погибших паразитов и продуктов их жизнедеятельности, не исключая и реакцию на сам антигельминтный препарат (особенно бильтрицид), вызывает ответную реакцию со стороны эндотелия сосудистой стенки, которая проявляется, чаще всего, отеком и ведет к нарушению региональной гемодинамики. Существующие дискинетические нарушения способствуют явлениям застоя, а значит удлиняется время нахождения токсических компонентов в желчи, что безусловно не улучшает внутрипеченочную гемодинамику.

При анализе данных реогепаатографического исследования выявлено, что проведение комплексных лечебных мероприятий, с последующим этапом восстановительной терапии, ведет к уменьшению патологических проявлений или полному восстановлению внутрипеченочного кровотока, особенно у больных с незначительными нарушениями. Как видно из вышеприведенных данных, улучшение внутрипеченочной гемодинамики у больных хроническим некалькулезным холециститом, хроническим описторхозом зависит не только от эффективности дегельминтизации, но и от того, насколько уменьшились моторно-эвакуаторные нарушения в желчевыводящей системе. Так, в 1-й группе пациентов, получавших комплексное лечение (включающее дегельминтизацию и последующее назначение термовибромассажа на правое подреберье), где получено более достоверное уменьшение моторных нарушений и более высокий антигельминтный эффект, значительно улучшились и показатели внутрипеченочной гемодинамики по сравнению с 3-й и 2-й группами.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проблема функциональных нарушений в гепатобилиарной системе при описторхозном холецистите остается по-прежнему актуальной, несмотря на значительные успехи, достигнутые в их диагностике и лечении. Обь-Иртышский бассейн по-прежнему остается крупнейшим очагом описторхоза, в связи с чем создается немало социально-экономических проблем, связанных с трудоспособностью населения. Локализация гельминтов преимущественно в желчевыводящей системе приводит к частому ее вовлечению в патологический процесс с развитием хронического некалькулезного холецистита, хотя причины развития его могут быть самые различные. Наличие описторхозной инвазии, даже если таковая не является первопричиной всех нарушений в желчевыводящей системе (ЖВС) при этой патологии, поддерживает хронический воспалительный процесс, усугубляет его течение и ухудшает имеющиеся моторные нарушения. Поэтому лечение хронического описторхозного холецистита с нарушением функционального состояния гепатобилиарной системы часто не дает желаемого результата, если не проведена специфическая антигельминтная терапия при наличии у пациента хронического описторхоза (Озерецковская Н.Н. и др., 1990).

Изменения клинко-функционального состояния гепатобилиарной системы при хроническом некалькулезном холецистите, хроническом описторхозе известны, но в литературе эти сведения зачастую противоречивы. Нет обобщающих данных по отдаленным результатам при проведении комплексных лечебно-восстановительных мероприятий, преследующих цель улучшения клинко-функциональных показателей гепатобилиарной системы, после предварительной дегельминтизации.

Говоря о патогенетических аспектах поражения печени при описторхозном холецистите, исследователи указывают на роль сенсibilизации организма продуктами распада и жизнедеятельности описторхисов, а также рефлекторного воздействия вследствие поражения желчевыводящей системы. В патогенезе поражения печени определенную роль играют различные типы нарушений моторной функции желчевыводящей системы, которые являются причиной стаза желчи, что приводит к нарушению региональной гемодинамики.

При проведении симптоматической терапии хронического некалькулезного холецистита, паразитарного генеза (или сочетающегося с описторхозом) медикаментозными средствами или с помощью физиотерапевтической коррекции, даже если получают положительный эффект, то он кратковременный. Описторхозная инвазия как агрессивный фактор вызывает и поддерживает воспалительный процесс и различные типы функциональных нарушений в гепатобилиарной системе, а если не проводится эффективной дегельминтизации, то они и остаются.

Для решения этих вопросов было изучено клинико-функциональное состояние гепатобилиарной системы у 90 больных хроническим некалькулезным холециститом, хроническим описторхозом (разделенных на 3 группы) в динамике после проведения комплексного лечения. Для суждения о нормальных параметрах изучаемых показателей использованы литературные данные, полученные авторами при изучении их у здоровых лиц в нашем регионе, эндемичном по описторхозу.

Клиническая картина заболевания, у подавляющего большинства обследованных больных, укладывалась в симптомокомплекс поражения желчевыводящей системы. О типах нарушения моторно-эвакуаторной функции желчевыводящей системы судили по данным фракционного минутированного дуоденального зондирования, ультразвукового исследования печени и желчного пузыря.

Более чем у 50,0% обследованных больных выявлены изменения моторно-эвакуаторной функции желчного пузыря. Причем у 2/3 из них отмечались гипомоторные, а у остальных – гипермоторные и смешанные типы нарушений.

Обобщая данные, полученные при биохимическом исследовании пузырной желчи, выявлено нарушение не только их абсолютных концентраций, но и их соотношений, что подтверждено индексами литогенности, которые достоверно отклоняются от нормы.

Состояние внутрипеченочной гемодинамики оценивалось по данным реографического исследования печени, по результатам которого у большинства обследованных больных хроническим некалькулезным холециститом, хроническим описторхозом выявлено снижение реографического индекса, что свидетельствует о несомненном нарушении кровенаполнения печени, хотя большинство нарушений были незначительно выражены.

В литературе имеются сведения о влиянии разных методов терапии на клинико-функциональное состояние гепатобилиарной системы больных хроническим описторхозным холециститом, с оценкой биохимического состава желчи, внутрипеченочной гемодинамики, показателей моторно-эвакуаторной функции желчевыводящей системы, но сведения эти разрознены. Отсутствуют сведения о влиянии термовибрационного массажа, в комплексном лечении больных с данной патологией на динамику имеющихся функциональных нарушений в гепатобилиарной системе. Это явилось основанием к изучению клинико-функциональных изменений гепатобилиарной системы и их обратимости при проведении комплексного лечения, включающего термовибромассаж на область правого подреберья. Тем более, что термовибромассаж – это физиотерапевтическая процедура, которая оказывает нормализующее влияние на моторно-эвакуаторную функцию желчевыводящей системы,

препятствуя явлениям застоя. А своевременное опорожнение пузыря является стимулом холереза, что также оказывает санирующее действие (с током желчи выводятся остатки антигельминтного препарата, продукты распада и метаболизма описторхисов, их яйца). Кроме того, термовибромассаж оказывает действие и на тонус сосудистой стенки, улучшая региональную гемодинамику, от качества которой зависит холерез.

Результаты исследований позволили сделать вывод об отсутствии отрицательного влияния применяемого лечебного комплекса на клинико-функциональное состояние гепатобилиарной системы и организма в целом. Наоборот, на фоне проводимой дегельминтизации, выявлена тенденция к улучшению биохимической структуры желчи, ее литогенных свойств. Известно, что дегельминтизация больных хроническим описторхозным холециститом, прекращая прогрессирование процесса, тем не менее, в ряде случаев, не приводит к полному выздоровлению, особенно у пациентов с длительностью инвазии свыше 10, у которых имеются признаки нарушения функционального состояния гепатобилиарной системы. Полученные результаты свидетельствуют о том, что термовибромассаж оказывает положительное влияние на этапе восстановительного лечения больных хроническим описторхозным холециститом.

В группе больных, которые получали в комплексном лечении термовибромассаж без предварительной дегельминтизации (2-я группа), выявлено наиболее низкое гельминтологическое излечение (это не специфический фактор), но отмечался положительный эффект на моторно-эвакуаторную функцию желчевыводящих путей (уменьшалось количество пузырной порции желчи и объемные показатели пузыря), что совпадает с данными Креймера Б.А. (1985, 1990). Улучшались и показатели внутрипеченочной гемодинамики (повышение реографического ин-

декса). Отмечено позитивное влияние термовибромассажа на биохимическую структуру желчи (тенденция к повышению уровня фосфолипидов и желчных кислот) и ее литогенные свойства (тенденция к нормализации индексов Томаса – Хофмана и Рубенса), хотя ряд показателей фактически не изменился (билирубин, общие липиды, холатолестериновый коэффициент), и в сроки, превышающие 6 месяцев после лечения, эти показатели возвращались к исходным данным.

При оценке группы больных, получавших комплексное лечение, включающее дегельминтизацию, без последующего назначения термовибромассажа (3-я группа), выявлен более высокий гельминтоцидный эффект, особенно у больных, пролеченных бильтрицидом, по сравнению с пролеченными экстрактом коры осины. Показатели моторно-эвакуаторной функции желчевыводящей системы (количество желчи порции "В" и объем пузыря) улучшились незначительно или практически не изменились у большинства больных, что совпадает с данными, полученными Тиличенко Ю.А. (1990, 1991). Показатели гемодинамики печени (реографический индекс) также практически не изменились у больных, пролеченных экстрактом коры осины. У пролеченных бильтрицидом отмечалось незначительное ухудшение, по сравнению с исходными, что связано, вероятно, с токсическим влиянием как самого препарата, так и продуктов распада и жизнедеятельности погибших описторхисов, которые своевременно не выводились из-за имеющихся моторно-эвакуаторных нарушений. Эти результаты не противоречат данным Лоскутниковой Т.А. (1989), когда при изучении кровенаполнения печени у больных, пролеченных бильтрицидом, отмечалось снижение реографических показателей. Хотя необходимо отметить, что в более отдаленные сроки показатели внутривисцеральной гемодинамики у этих пациентов улучшались по сравнению с исходными данными. Что касается биохимического состава желчи, то в этой группе больных так-

же отмечалось повышение уровня фосфолипидов и желчных кислот, но не настолько, чтобы заметно изменить ее литогенную структуру, т.к. индексы литогенности улучшались незначительно и в более отдаленные сроки вернулись к исходным. Полученные данные полностью совпадают с результатами Тиличенко Ю.А. (1990, 1991), которая занималась изучением биохимического состава и литогенных свойств желчи у больных хроническим описторхозом в динамике после проводимой дегельминтизации.

При анализе данных, полученных при обследовании больных, становится ясно, что имеющиеся нарушения функционального состояния гепатобилиарной системы у больных хроническим холециститом описторхозной этиологии уменьшаются при комплексном лечении, включающем термовибрационный массаж (2-я гр.), но так как не наступает гельминтологического излечения (не устраняется основной фактор, который вызывает формирование этих нарушений), то достигнутый эффект кратковременный и в отдаленные сроки после лечения наблюдается возврат практически всех показателей до исходных данных. У больных, получавших только антигельминтные препараты, без термовибромассажа (3-я гр.) достигнуто гельминтологическое излечение, что совпадает с данными эффективности применяемых препаратов (Бычкова Н.К., Балашова И.И., 1994; Бронштейн А.М., 1993; Лепехин А.В., Бужак Н.С., 1986 и др.), которое не устраняет всех имеющихся клинико-функциональных нарушений гепатобилиарной системы. Остаются моторно-эвакуаторные нарушения, которые усугубляют показатели внутрипеченочной гемодинамики, как в 3-й группе. Это подтверждает мнение о том, что дегельминтизация, прекращая прогрессирование процесса, не приводит к полному выздоровлению (Озерецковская Н.Н., Залькова Н.С., Тумольская Н.И., 1985).

Лечебный комплекс, включающий дегельминтизацию с последующим назначением термовибрационного массажа на область правого подреберья, получили 30 больных 1-й группы. В этой группе получена наиболее достоверная положительная динамика по всем исследуемым параметрам. Антигельминтный эффект превышал таковой в 3-й группе, вероятно, за счет нормализации своевременного выведения желчи. Причем эффект этот почти в 2 раза выше у больных, получавших бильтрицид по сравнению с получившими экстракт коры осины, что не расходится с данными, полученными Лукашовой Л.В. и Задорожной Н.А. (1995), проводившими сравнительный анализ антигельминтной эффективности этих препаратов. Показатели моторно-эвакуаторной функции достоверно улучшились, и эффект этот был более стойким по сравнению с результатами, полученными Тиличенко Ю.А. (1990, 1991) при комплексном лечении, включающем наряду с дегельминтизацией и диадинамиотерапию на проекцию правого подреберья (на этапе восстановительного лечения), когда через 6 месяцев показатели вернулись к исходным. При получении термовибромассажа, после предварительной дегельминтизации, достигнутый эффект незначительно снижался через 6 месяцев, но показатели оставались в пределах нормы. Внутривенная гемодинамика улучшалась у большинства больных.

Следует отметить, что более выраженный эффект выявлялся у пациентов, получавших в качестве антигельминтного препарата бильтрицид, который способствует более полному гельминтологическому излечению, устраняя тем самым источник токсического воздействия на сосуды печени, хотя сам препарат оказывает негативное влияние на показатели гемодинамики (Лоскутникова Т.А., 1989), видимо связанное с более медленным выведением его из печени из-за нарушения дренажной функции. После назначения термовибромассажа на правое подреберье сразу после дегельминтизации устранялись имеющиеся наруше-

ния моторной функции, что способствовало улучшению показателей гемодинамики у данной категории больных (1-я группа). Незначительные нарушения внутрипеченочной гемодинамики нормализовались при проведении дегельминтизации, с последующим назначением термовибромассажа, практически у всех обследованных в динамике. Улучшение биохимического состава желчи в первой группе больных отмечено за счет повышения уровня фосфолипидов и желчных кислот, причем эти результаты были более достоверными и сохранялись в пределах нормы до 6 месяцев, незначительно снижаясь в более отдаленные сроки. Что касается уровня холестерина, то отмечалось незначительное его снижение, которое сохраняется в более отдаленные сроки, но не достоверно. Литогенные свойства желчи улучшились по всем показателям (холато-холестериновый коэффициент, индексы Томаса – Хофмана и Рубенса), причем холато-холестериновый коэффициент более выражено повысился у больных, получавших бильтрицид, что обусловлено более стойким снижением уровня холестерина. Полученные положительные результаты при исследовании биохимии пузырной желчи и ее литогенных индексов были более достоверными и сохранялись в сроки, превышающие 6 месяцев, при сравнении с таковыми при комплексном лечении этой категории больных, полученными Тиличенко Ю.А. (1990, 1991).

Проведенные исследования показали, что проведение активной дегельминтизации несколько улучшает изучаемые показатели, но недостаточно, а в сроки более 3 месяцев у всех обследованных больных они возвращались к исходным данным, т.к. не ликвидировались функциональные нарушения в желчевыводящей системе. Проведение этим больным термовибромассажа (без дегельминтизации) способствует улучшению функционального состояния гепатобилиарной системы, но

незначительно, т.к. основная причина имеющихся нарушений (описторхоз) оставалась.

Таким образом, проведенные исследования показали, что комплексное лечение, включающее дегельминтизацию с последующим назначением термовибромассажа на область правого подреберья, ликвидирует основную причину функциональных нарушений и оказывает положительное влияние на моторно-эвакуаторную функцию желчевыводящей системы, на внутripеченочную гемодинамику, на биохимическую структуру желчи и ее литогенные свойства. Однако в более отдаленные сроки после лечения, превышающие 6 месяцев, отмечалось снижение достигнутого эффекта по ряду показателей (дискинетические нарушения, показатели кровонаполнения печени, литогенные свойства желчи), хотя эти показатели оставались у большинства обследованных в пределах нормы и были лучше исходных. Снижение достигнутого эффекта в отдаленные сроки более выражено у пациентов, получавших в качестве антигельминтного препарата сухой экстракт коры осины, при лечении которым гельминтологическое излечение почти в 2 раза ниже, чем при лечении бильтрицидом. А также ухудшение полученных результатов отмечалось у пациентов с реинвазией, которую нельзя было исключить в ряде случаев. Снижение полученного эффекта, вероятно, требует повторных курсов реабилитационных мероприятий, направленных на закрепление достигнутого эффекта. Учитывая положительное влияние термовибромассажа практически на все изучаемые показатели, оправдано назначение повторного курса этих процедур по прежней методике на фоне общеукрепляющих мероприятий и диетического питания. Больным, получавшим в качестве антигельминтного препарата экстракт коры осины (невысокая антигельминтная эффективность), рекомендуется повторение комплексного лечения в полном объеме. Повторные курсы реабилитационных мероприятий рекомендуется проводить через

6 месяцев (как рекомендуется по правилам физиотерапии и как видно из полученных данных, когда эффективность начинает снижаться) для закрепления полученного эффекта, а также для профилактики застойных явлений и коллоидной дестабилизации желчи.

На комплексное лечение хронического описторхоза с использованием термовибрационного массажа авторами получен патент на изобретение № 2135148 от 15.07.97 «Способ лечения больных хроническим описторхозом».

ЛИТЕРАТУРА

1. Абуладзе Л.А. Влияние ультразвука различной интенсивности на моторную деятельность желчного пузыря // Курортология и физиотерапия: Труды. – Тбилиси, 1972. – С. 283–285.
2. Адейшвили В.И. Изучение желчеобразования и желчевыделения с помощью радиоактивных изотопов / Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Тбилиси, 1971. – 23 с.
3. Алехин Ю.Д. Комплексное лечение больных хроническим инфекционным холециститом с применением вибрационных минеральных ванн на курорте оз. Шира / Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Томск, 1971. – 27 с.
4. Алехин Ю.Д. Лечение больных хроническим холециститом вибрационными ваннами в комплексе с применением минеральных вод курорта «Озеро Шира» // Вопр. курортологии. – Томск, 1970. – № 5. – С. 103–108.
5. Альперович В.И. Лечение хирургических осложнений описторхоза // Матер. межобластн. научно-практич. конф. по проблеме «Описторхоз человека». – Томск, 1979. – С. 5–8.
6. Афанасьева А.С., Дроздов В.Н. Сочетанность поражения органов пищеварения при хроническом описторхозе // Матер. научно-практич. конф. по проблеме «Описторхоз человека». – Томск, 1979. – С. 8–10.
7. Ахрем-Ахремович Р.М. Описторхоз человека. – М., 1963.
8. Бабина Л.М., Чередниченко Л.А. и др. Эффективность различных методов грязелечения детей с дискинезией желчных путей // Курортология и бальнеофизиотерапия. – 1993. – С. 93–94.
9. Баженов Е.Е., Тимофеева И.С., Поташков Д.А. и др. Лечение хронического описторхоза интрадуоденальным электрофорезом электролизного серебра и делагила // Актуальн. вопр.

- гастроэнтерологии: Матер. 1-й научно-практич. конф. – Томск, 1993. – С. 14.
10. Балашева И.И., Миронова З.Т. Лечение описторхоза в зависимости от состояния сфинктерного аппарата и желчевыводящей системы у детей // Физиология и патология сфинктерных аппаратов пищеварительной системы: Тез. докл. Всесоюзн. симпози. – Томск, 1984. – С. 36.
 11. Белобородова Э.И., Калюжина М.И., Тиличенко Ю.А. и др. Хронический описторхоз и пищеварительная система. – Томск, 1996. – 116 с.
 12. Белобородова Э.И., Михайлова Е.В., Кучерова Т.Я., Поддубная О.А. Новые методы физиобальнеолечения и реабилитации больных с заболеваниями органов пищеварения // Новое в гастроэнтерологии: Тез. докл. научно-практич. конф. – Москва (31 мая – 1 июня 1996). – С. 34.
 13. Белобородова Э.И., Левицкий Е.Ф., Михайлова Е.В. Вибромассаж и магнитное поле в лечении больных с заболеваниями гепатобилиарной системы // Интернациональный журн. по иммунореабилитации: Тез. 2-го междунар. конгр. «Иммунореабилитация и реабилитация в медицине». – М., 1996 (май). – С. 118.
 14. Белозеров Е.С., Шувалова Е.П. Описторхоз. – Л.: Медицина, 1981. – 127 с.
 15. Белозеров Е.С. Клинико-биохимические и гистологические показатели у больных вирусным гепатитом и описторхозом // Автореф. дис. ... док. мед. наук. – Л., 1974.
 16. Березанцев Ю.А., Межазакис Ф.И. Совершенствование копрологической диагностики описторхоза и других трематодозов человека // Новые направления в области патогенеза и разработка методов диагностики, лечения и профилактики кишечных и вирусных инфекций: Тез. докл. 5-й объедин. Республиканской конф. – Рига, 1979. – С. 147–148.

17. Бернацкий Э.О. Влияние вибрации на моторную функцию желчевыводящего аппарата печени / Автореф. дис. ... канд. мед. наук, Томск, 1975. – 25 с.
18. Бернацкий Э.О. Реакция сф. Одди на низкочастотную вибрацию // Физиология и патология сфинктерного аппарата пищеварительной системы: Тез. докл. Всесоюзн. симпоз. – Томск, 1984. – С. 100–102.
19. Билич И.Л., Пивикова М.И., Шигабутдинова Ф.Г. Влияние комплексного лечения в санатории «Казанский» на биохимический состав желчи больных холециститом, осложненным вторичным колитом // Вопр. физиотер. курорт. и леч. физкульт. – 1977. – № 2. – С. 69–71.
20. Бисярина В.П., Миняйло Е.К. Клинические проявления хронической фазы описторхоза у детей // Матер. межобл. научно-практич. конф. по пробл. «Описторхоз человека». – Томск, 1979. – С. 26–28.
21. Блехман И.И. Что может вибрация? – М.: Наука, 1988. – С. 181–192.
22. Брейтман М.Я. Вибрационный массаж – сеймотерапия. – М.: Наука, 1984. – С. 139–143.
23. Бронштейн А.М., Озерецковская Н.Н., Карнаухов В.Н. и др. Факторы, влияющие на эффективность химиотерапии описторхоза // Мед. паразитология и паразитарн. б-ни. – 1981. – № 2. – С. 30–35.
24. Бронштейн А.М., Озерецковская Н.Н., Бычков В.Г. Анализ причин неэффективности лечения описторхоза в очаге этой инвазии // Мед. паразитология и паразитарн. б-ни. – 1987. – № 2. – С. 22–25.
25. Бронштейн А.М., Озерецковская Н.Н., Пантелеева Е.Я. и др. Анализ четырех схем лечения празиквантелем лиц, инвазированных *opisthorchis felinus*, в условиях, исключаящих реинвазии // Мед. паразитология. – 1988. – № 5. – С. 19–24.

26. Бронштейн А.М., Мерзлова Н.В., Веретенникова Н.А. и др. Лечение празиквантелом в амбулаторных условиях больных в очаге описторхоза Коми-Пермяцкого автономного округа // Мед. паразитология. – 1989. – № 2. – С. 30–33.
27. Бронштейн А.М., Мельникова М.И., Фирсова Р.А. и др. Анализ результатов клинических испытаний аналогов празиквантела при кишечных цистодозах и трематодозах. Сообщение 2. Лечение трематодозов печени (описторхоз, фасциолез) и шистосомозов // Мед. паразитология и паразитарн. б-ни. – 1993. – № 2. – С. 16–17.
28. Бронштейн А.М., Миронов С.Р., Силаев А.В. и др. Радионуклидная и эхографическая диагностика заболеваний гепатобилиарной системы при описторхозе // Мед. паразитология – 1989.– № 5.– С. 13–17.
29. Бронштейн А.М. Соотношение клинической и паразитологической эффективности при лечении хлосилом // Мед. паразитология и паразитарн. б-ни. – 1982. – № 5. – С. 12–15.
30. Бронштейн А.М. Оценка применения хлосила, мебендозола и празиквантела для лечения больных описторхозом // Актуальные проблемы описторхоза. – Томск, 1989. – С. 113–114.
31. Бронштейн А.М., Озерецковская Н.Н. Первый опыт применения празиквантела для лечения лиц, инвазированных *opisthorchis felineus*, в острой и хронической стадиях болезни // Мед. паразитология и паразитарн. б-ни. – 1985. – № 5. – С. 31–34.
32. Бронштейн А.М. Празиквантель и другие современные препараты и методы химиотерапии трематодозов печени человека (описторхоза, клонорхоза). Обзор литературы // Мед. паразитология и паразитарн. б-ни. – 1984. – № 6. – С. 51–56.
33. Бронштейн А.М., Мельникова М.И., Фирсова Р.А. Лечение трематодозов печени (описторхоза, фасциолеза) и шистосомозов // Мед. паразитология и паразитарн. б-ни. – 1993. – № 2. – С. 17.

34. Бужак Н.С. Клинико-лабораторные параллели у больных хроническим описторхозом и некоторые аспекты тактики лечения / Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Новосибирск, 1989. – 22с.
35. Буйкин В.Ф., Кузнецова В.Г., Пальцев А.И. Клиника последствий хронического описторхоза и вопросы их классификации // Паразитарные болезни человека Зап. Сибири: Сб. научн. трудов. – Омск, 1987. – С. 95–97.
36. Бурков С. Ультразвуковая диагностика органов пищеварения. Часть 1. Печень // Врач. – 1995. – № 4. – С. 7–9.
37. Бучко А.А., Новожилова Л.И., Толмачев Г.Н. и др. Применение СМТ-фореза даларгина в комплексном лечении больных хроническим бескаменным холециститом // Росс. журнал гастроэнтерологии и гепатологии. – 1995. – Т. V. – № 1. – С. 16.
38. Бунтин С.Е. Дискинезии билиарного тракта (Клинико-инструм.-лаб. диагностика и вопр. лечения). – 1992. – С. 224.
39. Бычкова Н.К., Балашева И.И. Характеристика нового противоописторхозного растительного препарата – попутрила // Актуальн. вопр. гастроэнтерологии. Матер. 2-й научно-практич. конф. – Томск, 1994. – С. 23–24.
40. Бышевский А.Ш., Терсенов О.А. Биохимия для врача. – Екатеринбург, 1994. – С. 321–324.
41. Бээр С.А., Стругова А.С., Герман С.И. Оценка элиминационных потенциалов водных биоценозов по отношению к свободно живущим жизненным формам *opisthorchis felinus* // Паразитология. – 1994. – Т. 6. – Вып. 6. – С. 458–464.
42. Валенкевич Л.Н. Биохимические показатели желчи у больных холециститом // Вр. дело. – 1987. – № 7. – С. 60–61.
43. Виленчик С.В., Креймер А.Я., Сердюкова А.К. Применение вибрационных ванн и лечебной гимнастики при хронических воспалительных заболеваниях желчного пузыря и желчных путей // Вопр. курортологии. – Томск, 1963. – № 2. – С. 107–110.

44. Винников М. Э. Клиника и лечение описторхоза // Труды Омского мед. института. – 1959. – Вып. 25. – С. 97–105.
45. Винников М. Э. Актуальные вопросы описторхоза // Сб. тезисов и авторефератов научн. конф. Омского мед. института. – Омск, 1948. – С. 31–34.
46. Галкин В. А. Современные методы своевременной диагностики, предупреждения развития и лечения хронического некалькулезного холецистита // Тер. архив. – 1992. – Т. 64. – № 1. – С. 131–135.
47. Галкин В. А. Принципы диагностики, лечения и профилактики хронического некалькулезного холецистита // Тер. архив. – 1987. – № 5. – С. 130–135.
48. Галкин В. А., Максимов В. А. Клинико-лабораторные методы диагностики хронического некалькулезного холецистита. (Методич. реком.). – М., 1980. – 23 с.
49. Ганиткевич Я. В., Карбач Я. И. Исследование желчи. Биохимические и биофизические методы. – Киев: Выш. шк. – 1985. – 168 с.
50. Ганиткевич Я. В. Определение резервной способности желчи и мицелярной солюбилизации холестерина // Лаб. дело. – 1980. – № 5. – С. 299–302.
51. Гальперин Ю. М., Лазарев П. И. Пищеварение и гомеостаз. – М.: Наука, 1986. – 17 с.
52. Ганич О. Н., Лысенко А. Я., Бородина О. Н. и др. Сфинктерный аппарат желчевыделительной системы под влиянием санаторно-курортного лечения // Физиология и патология сфинктерных аппаратов пищеварительной системы: Тез. докл. Всесоюзн. симпоз. – Томск, 1984. – С. 111–113.
53. Гарник Т. П., Федашин П. С., Анохин Г. А. и др. Изменение уровня фосфолипидов и простагландинов при хронических заболеваниях желчевыводящих путей // Вр. дело. – 1987. – № 12. – С. 66–67.
54. Гарустович Т. И. Периодическая деятельность сфинктеров гастродуоденальной области при низкочастотной вибрации и дейст-

- вии физиологически активных пептидов // Физиология и патология сфинктерного аппарата пищев. системы: Тез. докл. всесоюзн. симпоз. – Томск, 1984. – С. 56.
55. Гарустович Т.И., Низкодубова С.В., Суходоло В.Д. Действие вибрации на гастродуоденальный отдел пищеварительного тракта в условиях нарушения баланса пищеварительных секретов и введения калликреина // Механизмы адаптации и компенсации физиологических функций в экстремальных условиях: Труды Зап.-Сиб. объедин. физиологов, биохимиков и фармакологов. – Томск, 1977. – С. 56–57.
56. Гиновкер А.Г., Лысенко А.Я., Бородина О.Н. и др. Изучение переносимости празиквантела на органно-тканевом и клеточно-субклеточном уровнях при его использовании для химиопрофилактики и превентивного лечения экспериментального описторхоза // Мед. паразитология и паразитарн. б-ни. – 1987. – № 1. – С. 74–78.
57. Гицу Г.А., Баллад Н.Е., Завойкин В.Д. Эффективность иммунно-ферментного метода в диагностике описторхоза // Мед. паразитология и паразитарн. б-ни. – 1987. – № 6. – С. 17.
58. Глумов В.Я. Описторхоз (вопросы эпидемиологии, патогенеза, патоморфологии, клиники и лечения): Методические рекомендации. – Ижевск, 1981. – 24 с.
59. Головской Б.В. Применение синусоидальных модулированных токов при хроническом холецистите // Вопр. курорт. физиотер. и леч. физ. – 1976. – № 6. – С. 61–64.
60. Голубкова Ф.Г. К вопросу об изменениях желчных путей и желчи при описторхозе // Тр. Омского мед. института. – 1959. – Вып. 26. – С. 75–82.
61. Горбунов Л.А. и др. Комплексное изучение очага описторхоза в зоне канала Иртыш – Караганда // Мед. паразитология и паразитарн. б-ни. – 1993. – С. 50–52.
62. Григорян Э.Т., Асотрян А.Б., Мартиросян Е.С. и др. Сравнительная оценка эффективности переменного магнит-

- ного поля низкой частоты при хроническом холецистите // Сов. мед. – 1990. – № 7. – С. 72–74.
63. Груздев М.П. Клинический анализ изменений фазовой структуры желчи и некоторых иммунологических показателей у больных хроническим холециститом // Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Куйбышев, 1986. – 23 с.
64. Денисов М.Ю., Авдошина С.П. Практическая гастроэнтерология для педиатра. – Новосибирск, 1994. – С. 63–82.
65. Джеймс Дж. Плорд. Трематодозы // Внутр. болезни / Под ред. Т.Р. Харрисона: Пер. с англ. – М.: Медицина, 1994. – С. 385–386.
66. Дроздов В.Н. Клиника, особенности течения, лечения описторхоза у детей, эпидемиология и профилактика этого заболевания в Западной Сибири // Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Свердловск, 1973. – 25 с.
67. Дунаев П.В. Описторхоз как системное заболевание // Клиника, диагностика и лечение описторхоза в сочетании с другими заболеваниями. – Свердловск, 1977. – С. 4–7.
68. Дунаев П.В., Дунаева П.В. Поражение желудочно-кишечного тракта при описторхозе // Вопросы патогенеза, клиники и диагностики описторхоза: Сб. научн. тр. – Л., 1982. – С. 16–21.
69. Ермолин Г.А., Понамарева А.М., Забозлаев А.Г. Способ диагностики описторхоза / Авт. свид-во № 663, 383 // Бюллетень «Открытия, изобретения, промышленные образцы и товарные знаки». – 1979. – № 25. – С. 25.
70. Задорожная Н.А. Функционально-морфологическое состояние двенадцатиперстной кишки у больных хроническим описторхозом и эффективность дегельминтизации / Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Томск, 1995. – 28 с.
71. Задорожная Н.А. Функционально-морфологическое состояние двенадцатиперстной кишки у больных хроническим описторхозом и эффективность дегельминтизации. / Дис. ... канд. мед. наук. – Томск, 1995. – 161 с.

72. Землякова З.М., Худякова Н.В. Билирубин, холестерин, кислоты и лизоцим желчи у детей, больных описторхозом и другими холецистопатиями // Матер. межобл. научно-практич. конф. по проблеме «Описторхоз человека». – Томск, 1979. – С. 62–64.
73. Землякова З.М., Худякова Н.В., Суходоло В.Д. Биохимические показатели желчи в диагностике воспалительных и функциональных заболеваний желчевыделительной системы у детей // Педиатрия. – 1980. – №3. – С. 10–12.
74. Золотовицкая А.Е., Зенкова Г.В., Козлова Л.А. Синусоидальные модулированные токи в терапии больных хроническим холециститом со спазмом сф. Одди // Физиология и патология сфинктерного аппарата пищеварительной системы: Тез. докл. Всесоюз. симпоз. – Томск, 1984. – С. 119–121.
75. Зубов Н.А. Патологическая анатомия описторхоза и его осложнений / Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – Свердловск, 1973. – 25 с.
76. Зубовский Э.А. Санаторно-курортное лечение детей с билиарной патологией // Педиатрия. – 1991. – № 9. – С. 62–66.
77. Зубовский Г.А., Хмелевская Н.М. Ультразвуковое сканирование желчных путей при профилактических осмотрах // Мед. радиология. – 1986. – № 5. – С. 20–25.
78. Иванов А.И. Возможности лабораторной диагностики хронических заболеваний желчевыводящих путей // Лаб. дело. – 1980. – № 5. – С. 259–262.
79. Иванченкова Р.А. Диагностические возможности математического анализа при оценке литогенности желчи // Клинич. мед. – 1990. – № 4. – С. 86–88.
80. Иванченкова Р.А., Ветшев П.С., Вайнштейн Т.Я. К вопросу о литогенности желчи при холелитиазе // Клинич. мед. – 1989. – Т. 67. – № 10. – С. 92–94.
81. Изаак А.П. Клинико-рентгенологическая диагностика описторхоза // Мед. паразитология и паразитарн. б-ни. – 1978. – № 5. – С. 37–41.

82. Ишмухаметов А.И. Радиоизотопная диагностика заболеваний органов пищеварения. – М.: Медицина, 1979. – С. 223–240.
83. Кузьмина Н.П. Экскреторные ферменты печени при описторхозе. Вопросы патогенеза, клиники и диагностики описторхоза // Сб. научн. тр. НИИ Л. Пастернака Ленинграда и НИИ краевой инф. патологии Тюмени. – Л., 1982. – С. 59–62.
84. Калюжина М.И., Колосовская Т.А., Тиличенко Ю.А. Функционально-морфологическое состояние желудка у больных хроническим описторхозом // 4-й Всесоюзн. съезд гастроэнтерологов: Матер. съезда. – М. – Л., 1990. – Т. 2. – С. 655–656.
85. Карнаухов В.К. Современные антигельминтики и методы лечения гельминтозов: Обзор литературы // Мед. паразитология и паразитарн. б-ни. – 1973. – № 6. – С. 90–99.
86. Клименко Е.Ф. Некоторые вопросы эхографической оценки кинетической способности стенок желчного пузыря и его сфинктерного аппарата // Вр. дело. – 1995. – № 5–6. – С. 154–157.
87. Козловский И.В. Болезни органов пищеварения (диагностика, дифференциальная диагностика и лечение). – Минск, 1989. – С. 18–37, 213–220.
88. Колб В.Г., Камышников В.С. Справочник по клинической биохимии. – М., 1982. – С. 251–254.
89. Кононенко С.В. Мезоморфизм желчи // Применение физических методов диагностики и лечения в медицине. – Свердловск, 1986. – С. 64–65.
90. Конуева О.В., Радбиль О.С., Якубова Э.С. Значение некоторых биохимических показателей желчи для тактики лечения хронического холецистита // Сов. мед. – 1988. – № 7. – С. 15–17.
91. Корепанов А.М., Чернов С.И. Комплексная оценка эффективности СМТ-электрфореза сульфата магния при хроническом бескаменном холецистите // Вопр. курорт. физиотер. и леч. физкульт. – 1988. – Т. 2. – С. 17–19.
92. Косогоров Б.Е., Миркин А.С., Сопин А.П. и др. Некоторые подходы к разработке методик, режимов и технических

- средств локальной вибростимуляции // Вибрационная биомеханика – М.: Наука, 1989. – С. 79–84.
93. Котельников Г.А. Комбинированный метод лабораторной диагностики описторхоза // Мед. паразитол. и паразитарн. б-ни. – 1991. – № 9. – С. 27–29.
94. Краснов Е.А., Балашева И.И., Лепехин А.В. и др. П. № 1695542 от 04.01.94.
95. Креймер А.Я., Виленчик С.В. Лечение больных хроническим холециститом вибрационными ваннами // Вопр. курорт. – Томск, 1961. – С. 59–63.
96. Креймер А.Я. Механизмы физиологического и лечебного действия механических вибраций // Вопр. курорт. физиотер. и леч. физкульт. – 1986. – № 6. – С. 5–11.
97. Креймер А.Я. Вибротерапия. – Томск, 1988. – С. 8–31.
98. Креймер Б.А. Холекинетическое действие вибрационного массажа инфразвуковой и низкой звуковой частот на желчевыделительную систему по данным дуоденального зондирования // Вибротерапия: Сб. науч. тр. – Томск, 1985. – С. 80–87.
99. Креймер Б.А. П. № 1445705 от 23.12.88.
100. Креймер Б.А. К вопросу о действии механических колебаний инфразвуковой частоты на желчевыделительную систему // Низкочастотная вибротерапия: Сб. научн. тр. – Томск, 1990. – С. 98–101.
101. Крылов А.А., Бухаловский И.Н., Козлов И.В. и др. Сопоставление показателей функции сфинктерного аппарата желчевыводящих путей по данным непрерывного фракционного дуоденального зондирования и холецистографии // Физиология и патология сфинктерного аппарата пищеварительной системы: Тез. докл. Всесоюзн. симпоз. – Томск, 1984. – С. 65–66.
102. Кузнецов В.С., Крылов Ю.В. Вибрация // Физиология человека и животных. – М., 1977. – Т. 19. – С. 65–109.
103. Кузнецова В.Г., Куимова И.В., Буйкин В.Ф. и др. Тонкослойный иммунологический анализ с аутосывороткой в

- диагностике хронического описторхоза // Мед. паразитол. и паразитарн. б-ни. – 1987. – № 5. – С. 29–31.
104. Куимова И.В. Оценка современных методов лабораторной диагностики и лечения хронического описторхоза / Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Новосибирск, 1989. – 27 с.
105. Кушковой Ю.И., Андросова Л.В. Гепатография в диагностике и оценке эффективности комплексного лечения больных с патологией печени и желчевыводящих путей // Вопр. диагностики и терапии забол. печени и ЖВП: Сб. научн. тр. – М. – Есентуки, 1977. – С. 68–70.
106. Лебедев В.А. Вихревой вибрационно-вакуумный гидромассажный аппарат для лечения органов пищеварения // Росс. журн. гастроэнтерологии и гепатологии. – 1995. – Т. V. – № 1. – С. 27.
107. Лебедев В.А. Тюбаж с помощью аппарата «Амплипульс» // Там же. – С. 27–28.
108. Лебедев В.П. Роль описторхоза в развитии гастроэнтерологической патологии у молодых людей. Профилактика и реабилитация // Тер. архив. – 1990. – Т. 62. – № 11. – С. 46–49.
109. Левашов М.М., Басырова Г.М., Сысоева В.Н. Гистологический метод исследования дуоденального содержимого и желчи // Лаб. дело. – 1958. – № 1. – С. 19–20.
110. Лепехин А.В., Бужак Н.С., Майер В.А. и др. Результаты лечения больных хроническим описторхозом бильтрицидом // Актуальн. пробл. описторхоза. – Томск, 1986. – С. 114–115.
111. Лепехин А.В., Бужак Н.С. и др. Клиника, патогенез, эпидемиология и профилактика кишечных инфекций в регионе новостроек, эндемичных по описторхозу. – Томск, 1991. – 161 с.
112. Лепехин А.В., Мефодьев В.В., Филатов В.Г. и др. Эпидемиология, клиника и профилактика описторхоза. – Томск, 1992. – 230 с.
113. Лечение хронического описторхоза хлорксолом в комплексе с индуктотермией и циркулярным душем: Метод. рекоменд. – Томск, 1977. – 9 с.

114. Ли Мун Гук, Лукашевич В.Д., Мараховский Ю.Х. Биохимический состав различных фракций пузырной желчи при холецистите // Здравоохр. Белорусии. – 1985. – № 3. – С. 50–52.
115. Ли Е.С., Машанский В.Ф., Миркин А.С. Низкочастотные волновые и вибрационные процессы в биосистемах // Вибрационная биомеханика. – М.: Наука, 1989. – С. 18–22.
116. Ливенцев Н.М. Курс физики для медиков. – М.: Медгиз, 1960. – С. 37–54.
117. Литвянов А.М. Влияние ультразвука на кровообращение печени у больных с хроническим холециститом // Вопр. курорт. физиотер. и леч. физкульт. – 1978. – № 5. – С. 53–55.
118. Логинов А.С., Крель П.Е. Значение реографии в дифференциальной диагностике хронических диффузных поражений печени // Сов. мед. – 1974. – № 12. – С. 29–31.
119. Логинов А.С., Чебанов С.М., Мараховский Ю.Х. Микроструктура везикулярных агломератов литогенной желчи // Бюлл. эксперим. биологии и медицины. – 1989. – Т. 108. – № 8. – С. 251–253.
120. Лоскутникова Т.А. Динамика показателей печеночного кровотока у больных описторхозом под влиянием физиобальнеотерапии // Комплексная физиобальнеотерапия детей с заболеваниями пищеварительной системы в Сибири: Сб. научн. тр. – Томск, 1989. – С. 38–43.
121. Лукашова Л.В., Лепехин А.В., Краснов Е.А. Изменение иммунного статуса у больных хроническим описторхозом на фоне дегельминтизации попутрилом // Актуальн. вопр. гастроэнтерологии: Матер. 2-й научно-прак. конф. – Томск, 1994. – С. 74–75.
122. Лукашова Л.В. Лечение хронического описторхоза препаратом из растительного сырья (попутрилом), оценка его эффективности / Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Томск, 1995. – 25 с.

123. Лычко Н.Д. Экспериментальное изучение влияния хлоснла на желчеотделение и химический состав желчи // Мед. паразитол. и паразитарн. б-ни. – 1974. – № 1. – С. 98–104.
124. Мансуров Х.Х. Современное представление о механизме образования холестериновых камней // Желчно-каменная болезнь: Матер. Всесоюзн. симпоз. – Душанбе, 1981. – С. 25–29.
125. Мансуров Х.Х. Узловые вопросы холестеринового холелитиаза // Успехи гепатологии. – Рига, 1982. – № 10. – С. 366–376.
126. Мансуров Х.Х., Гафарова М.А., Джураев Х.Ш. и др. О химизме желчи больных на разных стадиях развития холестеринового холелитиаза // 4-й Всесоюзн. съезд гастроэнтерологов: Матер. съезда. – М. – Л., 1990. – Т. 2. – С. 173–175.
127. Мансуров Х.Х., Джураев Х.Ш., Барахаев С.Б. и др. Влияние гелий-неонового лазера на физико-химические свойства желчи // Бюлл. эксперим. биологии и мед. – 1990. – Т. 110. – № 8. – С. 157–159.
128. Матвеева А.А., Кузьменко О.В., Кириллова Г.Н. Термовибромассаж при лечении детей с дискинезиями желчевыводящих путей // Вопр. курорт. физиотер. и леч. физкульт. – 1997. – № 1. – С. 12–14.
129. Матвейко Г.П., Пшоник С.С. Клиническая реография. – Минск, 1976. – С. 5–19.
130. Марри Р., Греннер Д., Мейс П. и др. Биохимия человека. – М.: Мир, 1993. – С. 287–289.
131. Мирошниченко Б.П., Громашевская Л.Л., Касаткина М.Г. и др. Определение содержания желчных кислот и холестерина в желчи // Лаб. дело. – 1978. – № 3. – С. 149–153.
132. Могильнер Б.А. Импульсные токи низкой частоты в комплексном санаторном лечении дискинезий желчевыводящих путей // 3-й съезд физиотерап. и курортол. Украины: Тез. докл. – 1979. – С. 57.

133. Музафаров А.И. Концентрационная и двигательная функция желчного пузыря при описторхозе / Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Алма-Ата, 1970. – 25 с.
134. Наззаренко Ю.А., Ревской Ю.А. Реография при описторхозе // Матер. межобл. научно-прак. конф. по проблеме «Описторхоз человека». – Томск, 1979. – С. 140–142.
135. Никифоров С.Б. Физико-химическая характеристика желчи в норме и при патологии гепатобилиарной системы / Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Томск, 1991. – 22 с.
136. Новиков Ю.Н., Мятиева С.Д., Мухамедова Н.А. и др. Разделение и количественное определение суммарных желчных кислот, холестерина и белка желчи // Клинич. лаб. диагност. – 1993. – С. 24–27.
137. Новицкий И.С. О поражении желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков при описторхозе у человека: Тез. докл. 3-го пленума правл. Всеросс. научн. медиц. общества хирургов. – Омск, 1964. – С. 147–150.
138. Нуцубидзе Т.Л. Экспериментальное и клиническое обоснование действия некоторых курортных факторов на желчеотделение и моторную функцию желчного пузыря / Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Тбилиси, 1972. – 23 с.
139. Озерецковская Н.Н., Хан Ден Хо. К патогенезу поражения печени и желчевыводящих путей при описторхозе: Тез. докл. научн. конф. Всесоюзн. общества гельминтологов. – М., 1957. – Т. 1. – С. 147–150.
140. Озерецковская Н.Н., Сочиева З.Р., Кияшко Н.Т. Варианты тяжелого течения описторхоза // Мед. паразитол. и паразитарн. б-ни. – 1958. – № 4. – С. 439–445.
141. Озерецковская Н.Н., Фирсова Р.А., Карнаухов В.Н. Эффективность и переносимость 3–дневной схемы лечения описторхоза хлорсилом // Мед. паразитол. и паразитарн. б-ни. – 1973. – Т. 42. – № 5. – С. 581.

142. Озерецковская Н.Н. Лечение паразитарных болезней, достижения, трудности, новые пути // Мед. паразитол. и паразитарн. б-ни. – 1982. – № 5. – С. 3–12.
143. Озерецковская Н.Н., Залькова Н.С., Тумольская Н.И. Клиника и лечение гельминтозов. – Л.: Медицина, 1985. – С. 96–111.
144. Озерецковская Н.Н. Клинические проблемы описторхоза. Результаты исследований в 11-й пятилетке и их направление в следующей пятилетке // Актуальные проблемы описторхоза. – Томск, 1986. – С. 52–54.
145. Озерецковская Н.Н., Бронштейн А.М. Клинические методы исследования при описторхозе // Методы исследования при описторхозе. – Омск, 1986. – С. 31–38.
146. Озерецковская Н.Н., Сергиев В.П. Массовое лечение описторхоза празиквантелом с позиций клинициста и эпидемиолога // Мед. паразитол. и паразитарн. б-ни. – 1993. – № 5. – С. 6.
147. Озерецковская Н.Н. Основные варианты осложнений химиотерапии паразитарных болезней // Тер. архив. – 1986. – Т. 48. – № 9. – С. 271–276.
148. Ошмарина О.В., Максимова Э.А. Клинические варианты лечения хронического описторхоза // Актуальные вопросы гастроэнтерологии. – Томск, 1993. – С. 143.
149. Пальцев А.И., Сердюков А.Е., Большаков В.М. Особенности гастродуоденальной патологии у больных хроническим описторхозом как критерий клинической диагностики инвазии // Мед. паразитол. и паразитарн. б-ни. – 1991. – № 5. – С. 25–26.
150. Пальцев А.И. Диагностика и патогенетическое значение дискинезии желчных путей при хроническом описторхозе // Актуальные вопросы гастроэнтерологии. – Томск, 1993. – С. 144.
151. Пальцев А.И., Сердюков А.Е., Кузнецова В.Г. Патоморфоз описторхоза // Мед. паразитология и паразитарн. б-ни. – 1994. – № 1. – С. 29–33.

152. Плотников Н.Н. Описторхоз (гельминтоз печени и поджелудочной железы). – М., 1953. – 128 с.
153. Плотников Н.Н., Карнаухов В.К. Озерецковская Н.Н. Современное состояние специфической терапии описторхоза // Современное состояние проблемы описторхоза. – Л., 1981. – С. 94–97.
154. Плотников Н.Н., Озерецковская Н.Н., Карнаухов В.К. К специфической терапии описторхоза у человека гексахлорпаракилолом (предварительное сообщение) // Мед. паразитол. и паразитарн. б-ни. – 1964. – № 6. – С. 676–681.
155. Поддубная О.А., Белобородова Э.И., Креймер А.Я. Термовибромассаж в комплексной терапии хронического описторхоза // Сибирск. журн. гастроэнтерологии и гепатологии. – 1995. – № 1. – С. 50.
156. Поддубная О.А. Термовибрационный массаж в комплексном лечении больных хроническим описторхозом // Сб. Молодые ученые теории и практике медицины. – 1995. – С. 82.
157. Поцепов В.Г., Хворосткина В.Н., Казарезенко П.М. и др. Физико-химические свойства желчи при заболеваниях желчного пузыря и печени // Вопр. эксперим. и иммунологич. гепатологии: Тез. республик. научн. конф. – Тернополь, 1976. – С. 281–282.
158. Прокопенко О.П., Кухта В.М., Заикин А.В. Ультразвуковая диагностика заболеваний гепатобилиарной системы // 4-й Всесоюзн. съезд гастроэнтерологов: Матер. съезда. – М.–Л., 1990. – Т. 2. – С. 215–216.
159. Разумов И.К. Основы теории энеогетического действия вибрации на человека. – М.: Медицина. – 1975. – С. 129–201.
160. Рассветова Г.И., Приваленко М.Н., Селютин Г.П. Иммуноглобулины сыворотки крови и их динамика в условиях курортного лечения больных с различными заболеваниями органов пищеварения // Вопр. диагност. и терапии заболеваний

- печени и желчевыводящих путей:Сб. науч. тр. – М. – Есентуки, 1977. – С. 39.
161. Рахимов А.Я., Сапин М.Р., Белкин В.Ш. и др. Морфология внутренних органов при действии вибрации. – Душанбе, 1979. – С. 44–57.
162. Романов С.Н. Биологическое действие механических колебаний. – Л., 1983. – 208 с.
163. Рубенс Ю.П. Клиническое значение исследования дуоденальной желчи // Современные аспекты практич. гастроэнтерологии. – Рига, 1983. – С. 113–132.
164. Рубенс Ю.П. Исследование литогенности дуоденальной желчи, полученной при гастродуоденальном зондировании / Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Рига, 1983. – 22 с.
165. Рубенс Ю.П., Юрика Э.В., Селезнев Ю.В. Индексы литогенности желчи: методы определения, клиническая доступность, информативность // Клинич. мед. – 1992. – Т. 70. – № 7–8. – С. 39–41.
166. Рубенс Ю.П., Юрика Э.В., Селезнев Ю.В. Концентрация дуоденальной желчи для определения в ней липидов // Клинич. лаб. диагност. – 1993. – В.2. – С. 50–53.
167. Рысс Е.С., Фишзон-Рысс Ю.И. Критическая оценка возможностей ультразвуковой диагностики заболеваний желчного пузыря и поджелудочной железы // Врачебн. ведомости. – 1994. – № 8. – С. 26–29.
168. Саваровская Н.А. Функциональное состояние печени при описторхозе // Дис. ... канд. мед. наук. – Омск, 1964. – 383 с.
169. Садкова Т.Н. Многомоментное дуоденальное зондирование в диагностике нарушений моторной функции желчевыводящих путей при описторхозе // Вопр. патогенеза, клиники и диагностики описторхоза. – Л., 1982. – С. 68–70.
170. Саратиков А.С., Скакун Н.П. Желчеобразование и желчегонные средства. – Томск, 1977. – С. 3–99.

171. Свистунова О.И., Титов В.Н. Желчные кислоты крови: патобиохимия и диагностическое значение (обзор литературы) // Клинич. и лабораторная диагностика. – 1994. – № 1. – С. 15–19.
172. Семендяева М.Е., Камаева Н.Г., Дубров Э.Я. и др. Диагностика и медикаментозная коррекция функциональных расстройств желчевыделения при хроническом бескаменном холецистите. // Сов. медицина. – 1985. – № 6. – С. 12–16.
173. Скарედнов Н.И. Некоторые аспекты современного состояния проблемы описторхоза // Клиника, диагност. и лечение описторхоза, в сочетан. с др. заболеваниями. – Свердловск, 1977. – С. 7–9.
174. Скуя Н.А., Рубенс Ю.П. Определение литогенности дуоденального содержимого, полученного в клинических условиях // Желчно-каменная болезнь: Матер. Всесоюзн. симпози. – Душанбе, 1981. – С. 96–97.
175. Сокина О.А. Состояние пораженности описторхозом на территории Томской области и проводимых профилактических мероприятиях за 1971–1977 гг. // Межобл. научно-практич. конф. по проблеме «Описторхоз». – Томск, 1979. – С. 172–174.
176. Сокова Л.И. К вопросу о морфологических изменениях в печени при описторхозе по данным аспирационной биопсии // Тр. Омского мед. института. – Омск, 1969. – № 27. – С. 283–286.
177. Соколов Л.И. Снижение уровня заболеваемости описторхозом как повышения эффективности общественного производства в условиях повышенного освоения Западно-Сибирского ТПК // 11-я Всесоюзн. конф. по природной очаговой болезни: Тез. докл. – Алма-Ата, 1984. – С. 110–111.
178. Соколова Н.В. Диагностическое значение некоторых биохимических исследований желчи при холециститах / Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Л., 1969.
179. Соколович А.П. Хирургическое лечение описторхозных холангитов / Дис. ... канд. мед. наук. – Томск, 1989. – С. 37–43.

180. Степанова Т.Ф., Помигалов А.Л., Шонин А.Л. и др. Первый опыт лечения описторхоза советским препаратом азинокс // Мед. паразитол. – М., 1991. – № 6. – С. 30–32.
181. Страженских А.Н., Молокова О.А., Чабанова М.И. и др. Сравнительное изучение эффективности празиквантела и его липосомальной формы при экспериментальном описторхозе // Мед. паразитол. и паразитарн. б-ни. – 1990. – № 4. – С. 39–41.
182. Сурова Н.И. Фракционное дуоденальное зондирование в оценке состояния желчных путей у детей, больных описторхозом. // Матер. межобл. научно-практ. конф. по проблеме «Описторхоз человека». – Томск, 1979. – С. 186–188.
183. Татаркина Н.Ф., Пономаренко Ю.В. Внутривисцеральная гемодинамика при хронических заболеваниях желчных путей // Актуальн. вопр. гастроэнтерологии: Матер. 1-й научно-практ. конф. – 1993. – С. 189.
184. Татаркина Н.Ф., Пономаренко Ю.В. Внутривисцеральная гемодинамика при хронических заболеваниях желчных путей // Сиб. журн. гастроэнтерологии и гепатологии. – Томск, 1995. – № 1. – С. 22–24.
185. Теплухин Ю.В., Каральник Б.В., Горбунова Л.А. и др. Определение сывороточных антител у больных хроническим описторхозом // Мед. паразитол. и паразитарн. б-ни.–1987. – № 6. – С. 21–24.
186. Теплухин Ю.В., Горбунова Л.А., Каральник Б.В. и др. Комплексная серологическая диагностика хронической стадии описторхоза: Методич. реком. – Алма-Ата, 1988. – 14 с.
187. Теплухин Ю.В., Горбунова Л.А., Сон И.Г. Использование эритроцитарных иммуноглобулинов для диагностики хронического описторхоза // Вопр. клинич. иммунологии и иммунологич. диагностики. – Алма-Ата, 1988. – С. 63–66.
188. Теплухин Ю.В., Каральник Б.В., Горбунова Л.А. и др. Динамика титров антигенов и антител у больных опистор-

- хозом после эффективного лечения // Мед. паразитол. и паразитарн. б-ни. – 1988. – № 5. – С. 34–37.
189. Тиличенко Ю.А., Рябченко Н.И. Изменение функции желчного пузыря и биохимии желчи при хроническом описторхозе // Матер. пленума правл. ВНОГ. – М. – Смоленск, 1988. – С. 549–550.
190. Тиличенко Ю.А. Клинико-функциональная характеристика изменений желчевыводящей системы у больных хроническим описторхозом и их этапно-восстановительное лечение / Дис. ... канд. мед. наук. – Томск, 1991.
191. Тиличенко Ю.А., Капилевич Н.А., Белобородова Э.И. и др. Способы определения концентрации общих липидов и фосфора в желчи // Лаб. дело. – 1990. – № 2. – С. 8–10.
192. Тиличенко Ю.А., Голосова Л.О., Бородулин В.Г. и др. Этапно-восстановительное лечение больных хроническим некалькулезным холециститом, хроническим описторхозом // Матер. 4-го Всесоюзн. съезда гастроэнтерологов. – М. – Л., 1990. – Т. П. – С. 259–260.
193. Тимофеева И.С., Баженов Е.Е., Поташов Д.А. Применение полостного электрофореза металлического серебра в комплексном лечении больных хроническим описторхозом // Клинико-иммунологические аспекты внутренней и инфекционной патологии в эндемичном очаге описторхоза: Сб. научн. тр. – Омск, 1987. – С. 91–92.
194. Ткемаладзе Л.М. Клинико-экспериментальное обоснование лечебного применения ультразвука при заболеваниях печени и желчевыводящих путей // Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Тбилиси, 1989. – 36 с.
195. Тун М.А., Белобородова Э.И., Юшкова Г.И. и др. Функционально-морфологическое состояние печени при хроническом описторхозе // Тер. архив. – 1991. – № 11. – С. 63–65.
196. Федоров В.Л. Вибрационный массаж. // Физкульт. и спорт. – М., 1971. – С. 10–30.

197. Филипов Е.Г. К вопросу о поражении гепато-билиарной системы при хроническом описторхозе // Вопросы гепатологии/ Под общ. ред. Е.С. Белозерова. – Семипалатинск, 1979. – С. 117–123.
198. Фролов К.В. Вибрация – друг или враг? – М.: Наука, 1984. – С. 137–143.
199. Фролькис А.В. Хронические энтероколиты. – Л.: Медицина, 1975. – С. 24–67.
200. Хромцова Э.И., Креселидзе Л.Б., Гращенко М.К. и др. Влияние физических методов в сочетании с курортными факторами на физико-химические свойства желчи у больных хроническим холециститом // Вопр. диагностики и терапии заболеваний печени и желчевыводящ. путей: Сб. научн. тр. – М. – Есентуки, 1977. – С. 82–84.
201. Худякова Н.В. Клиническое значение биохимического исследования состава желчи при этапном лечении описторхоза, лямблиоза и дискинезии желчевыводящих путей у детей // Автореф. дис. канд. мед. наук. – Томск, 1981.
202. Чернов С.Н. Оценка эффективности СМТ–фореза сульфата магния в комплексном лечении больных хроническим бескаменным холециститом с гипомоторной дискинезией желчного пузыря / Автореф. дис. канд. мед. наук. – Саратов, 1990. – 24 с.
203. Чиркин А.А., Окороков А.И., Гончарик И.И. Диагностический справочник терапевта. Минск, 1993. – С. 346–351, 566–567.
204. Шварц В.Я., Балатчиева Л.Х., Макаева И.М. и др. Влияние грязелечения на функциональное состояние желчевыделительной системы. // Вопр. курорт. физиотер. и леч. физкульт. – 1991. – № 6. – С. 30–34.
205. Шманько В.И., Лазорик М.И., Ганич О.Н. Критерии оценки биохимического состава желчи // Лаб. дело. – 1991. – № 2. – С. 46–49.
206. Шукевич Т.М., Рубис И.Р., Федосова Л.И. К вопросу об иммунологической диагностике описторхоза и результа-

- тах лечения бильтрицидом // Актуальн. вопр. гастроэнтерологии: Матер. 2-й научно-практич. конф. – Томск, 1994. – С. 134–135.
207. Эйберман А.С., Трифионов В.Д., Тюрина А.Н. Лечение хронических холециститов и холангитов у детей // Там же. – С. 135–136.
208. Яблоков Д.Д. Описторхоз человека. – Томск, 1979. – 238 с.
209. Admirand W.H., Small D.M. The physico-chemical basis of cholesterol gallstone formation in man // Clin. Invest. – 1968. – V. 47. – P. 1043–1051.
210. Ambroise-Thomas P., Goullier A., Wegner D.G.H. Praziquantel in the treatment of for eastern liver flufe infections (clonorchis sinensis or Ohistorchis viverrini) // Bull. Soc. Pathol. Exot. Filiales. – 1981. – V. 74. – No.4. – P. 426–433.
211. A pilot project for controlling o. viverrini infection in Nong Wai, Northeast Thailand, by applying praziquantel and other measures / S. Sornmani, F.P. Schelp, P. Vivatanasessth, et al. // Drug. Res. – 1984. – V. 34. – No.98. – P. 1231–1234.
212. Blecka L.J. Intestinal immunoglobulin production in parasitized patients // J. Parasit. – 1978. – V. 247. – No.21. – P. 2957–2959.
213. Carey M.C. Critical tables for calculation the cholesterol saturation of native bile // J. Lipid Res. – 1978. – V. 18. – No.18. – P. 945–955.
214. Carey M.C., Small D.M. The physical chemistry of cholesterol solubility in bile. Relationship to gallstone formation and dissolution in man // J. Clin. Invest. – 1978. – V. 61. – No.4. – P. 998–1026.
215. Couland L.P. Actuales dens tritment des helminthiases // Prisse. Med. – 1984. – V. 13. – No.36. – P. 2201–2205.
216. Danz V.J., Callies R., Manthey J., Franke S. Thermometrische differenzi erung untterschiedlicher intensitans – und zeitufen einer apparativen vibrations-massage // Z. Physiotherapie. – 1986. – V. 1. – S. 33–36.
217. Ebeid F., Farghali H., Botros S., Metwally A. Praziquantel did not exhibit hepatotoxicity in a study with isolated

- hepatocytes // *Trans. Roy. Soc. Trop. Med. Yyg.* – 1990. – V. 84. – No.2. – P. 262–264.
218. Erpecum K.J.van., Portincasa P., Stolck M.F. Effects of bile salt and phospholipid hydrophobicity on lithogenicity of human gallbladder bile // *Eur. J. Clin. Invest.* – 1994. – V. 24. – No.11. – P. 744–750.
219. Feuerbach St. Computertomographie der Erkrankungen der parenchymotösen Organe des Oberbauchs – Leber, Pankreas, Milz // *Internist.* – 1993. – B.34. – No.3. – S. 229–241.
220. Juttjodate P.X., Prichanond S. Churnnratnakul opisthorchosis and its associated diseases // *J. Med. Assoc. – Thai.* – 1985. – Apr. – V. 68. – No.4. – P. 222–227.
221. Holzbach R.T., Marsh M., Olszewski M. Cholesterol solubility in bile. Evidence that supersaturated bile is fringing in healthy man // *J. Clin. Invest.* – 1973. – V. 52. – No.4. – P. 1467–1479.
222. Katiyor J., Gupta S. Praziquantel – a novel and potent anthelmintic // *J. Sci. Ind. Res.* – 1984. – V. 43. – No.4. – P. 219–228.
223. Lee S.P., Thomas J., Carey M.C. Role of gallbladder mucus hypersecretion in the evolution of cholesterol gallstones. Studies in the prairie dog // *J. Clin. Invest.* – 1981. – V. 67. – No.6. – P. 1712–1723.
224. Les P. Die Dyskinesie der Gallenwege // *Therapiewoche.* – 1990. – B. 40. – No.12. – S. 815–823.
225. Lundberg Th.C.M. Vibratory stimulation for the alleviation of chronic pain // *Acta Phys.* – 1983. – 523. – P. 5–51.
226. Metzger A.L., Heymsfield S., Grundy S.M. The lithogenic index – a numerical expression for the relative lithogenicity of bile // *Gastroent.* – 1972. – V. 62. – No.3. – P. 499–501.
227. Praziquantel in the treatment of opisthorchiasis in Southeast Asian refugees. Evaluation of 153 cases / P. Ambroise-Thomas., F. Peyron., A. Goullier // *Bull. Soc. Pathol. Exot. Filiales.* – 1985. – V. 78. – No.4. – P. 492–499.

228. Ross R.E. Litos y Lipidos // *Med. Clin.* – 1993. – V. 101. – No.2. – P. 55–57.
229. Rublack H. Von. Wirungen mechanischer schwingungen auf den organismus // *Zeitschzift fur die Gesamte Hygiene und Ihre.* – 1978. – No.9. – S. 649–666.
230. Sala Blancj J., Mironda Lucas J.V., Carbajal Cocina A. // *Ren Esp. Ennnferm. Apar. Digest.* – 1989. – V. 76. – No.4. – P. 357–366.
231. Sirisinhe S. Some immunological aspects of opisthorchiasis // *Arzneim, Forsh.* – 1984. – V. 39. – No.98. – P. 1170–1172.
232. Small D.M. Chjlesterol nucleation and growth in gallostone formation // *New Endl. J. Mtd.* – 1980. – V. 302. – No.23. – P. 1305–1307.
233. Small D.M. Nucleation and growth of cholesterol gallstones // *Med. Chir. Dig.* – 1980. – V. 9. – No.7. – P. 619–622.
234. Swell L., Gregory D.H., Vlahcevic Z.R. Current couceptsof the pathogtntsis of cholesterol gallstones // *Mtd. Clin. North. Amer.* – 1974. – V. 58. – No.6. – P. 1449–1471.
235. Tanaka M., Jomamoto T., Nara T. Image diagnosis and tretment of human opisthorchiasis // *Jap. J. Parasitol.* – 1988. – V. 37. – No.6. – P. 393–397.
236. Taubert K., Heydenzeich A. Sur Nomenklatur von stimulation severfahren // *L. Physiother.* – 1990. – B. 42. – No.4. – S. 207–213.
237. Thomas P.J., Hofmann A.F. Asimple calculation of the lithogenic index of bile: Expressing biliary lipid composition on rectangular coordinates // *Gastroent.* – 1973. – V. 65. – No.4. – P. 698–700.
238. Wongrata-Nacheewin S., Bunnag D., Vaeurarn N. Characterization of humoral immune response in the serum and bile of patients with opisthorchiasis and its application in immunodiagnosis // *Amer. J. Trop. Mtd. Hyg.* – 1988. – V. 38. – No.2. – P. 356–362.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ	3
Глава 1	
КРАТКАЯ КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОРАЖЕНИЯ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ОПИСТОРХОЗЕ	4
Глава 2	
ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ОПИСТОРХОЗА.....	8
2.1. Антигельминтная терапия.....	8
2.2. Физиобальнеотерапевтические методы при лечении заболеваний гепатобилиарной системы.....	9
2.2.1. Влияние вибрации на функциональное состояние гепатобилиарной системы	12
Глава 3	
КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСЛЕДОВАННЫХ БОЛЬНЫХ	16
Глава 4	
ТЕРМОВИБРАЦИОННЫЙ МАССАЖ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОПИСТОРХОЗОМ.....	24
4.1. Динамика жалоб и клинических симптомов у пролеченных больных	24
4.2. Антигельминтная эффективность комплексной терапии пролеченных больных	27
4.3. Влияние термовибрационного массажа на моторно- эвакуаторную функцию желчевыводящих путей у пролеченных больных	30
4.3.1. Влияние комплексного лечения на моторно-эвакуаторную функцию желчевыводящей системы по данным фракционного минутированного дуоденального зондирования	31
4.3.2. Влияние термовибрационного массажа на объемные характеристики желчного пузыря по данным ультразвукового исследования.....	37

4.4. Влияние термовибрационного массажа на показатели коллоидной стабильности пузырной желчи.....	39
4.4.1. Влияние термовибрационного массажа на биохимический состав пузырной желчи	39
4.4.2. Влияние термовибрационного массажа на литогенные свойства пузырной порции желчи	47
4.5. Влияние термовибрационного массажа на внутрипеченочную гемодинамику.....	53
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	57
ЛИТЕРАТУРА	67

т./ф. (3822) 25-89-21, (095) 145-20-44, т. (812) 376-96-69, (3832) 61-43-65
e-mail: biolit@ipc.tsc.ru, e-mail: biolit@mail.ru



БИОЛИТ

ООО «БИОЛИТ» - ПРОИЗВОДИТЕЛЬ БАД

Лохенин - защита Вашей печени!

ОКАЗЫВАЕТ ГЕПАТОЗАЩИТНОЕ ДЕЙСТВИЕ,
ВОССТАНАВЛИВАЕТ КЛЕТКИ ПЕЧЕНИ

ПОКАЗАНИЯ: Острые гепатиты,
хронические холециститы,
начальные стадии цирроза печени

Комплексная терапия описторхоза

Тяжелые пищевые отравления,
в том числе суррогатами
алкогольных напитков



НЕ ОБЛАДАЕТ ПОБОЧНЫМ ДЕЙСТВИЕМ!

Лохенин жидкий. Рег.уд. № 004095.Р.643.2002
Лохенин драже. Рег.уд. № 004029.Р.643.2002

ООО «Биолит» – научно-производственное предприятие, которое производит биологически активные добавки к пище и косметические средства на основе растений и минералов. Предприятие, созданное 15 лет назад, располагает собственными научно-исследовательскими лабораториями, высококвалифицированными кадрами (доктора и кандидаты наук, специалисты различного профиля – инженеры, химики-технологи, фармацевты, врачи). Каждый препарат, до назначения пациентам, подвергается химическим, микробиологическим и клиническим испытаниям и подлежит обязательной сертификации. Ассортимент выпускаемых средств ежегодно обновляется и пополняется новыми высокоэффективными препаратами и лечебно-косметическими средствами.

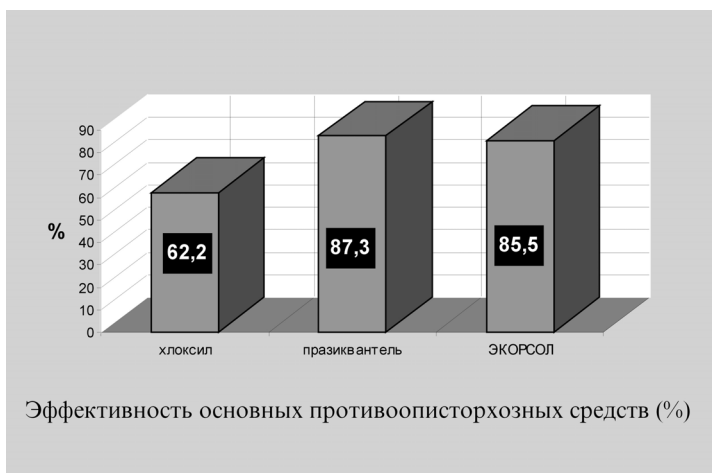
В настоящее время ООО «Биолит» развивает три основных направления:

- изучение и внедрение в производство валеологических (оздоровительных) средств природного происхождения. К их числу относятся: «Флорента» – экстракт пихты сибирской в натуральном и концентрированном виде, «Лохеин» – экстракт солянки холмовой, «Ахиллан» – экстракт тысячелистника, сок капусты белокочанной сухой, сок свекольный, соки сухие капусты кольраби, брокколи, цветной, пихтовое масло и др.;
- разработка лечебных и косметических препаратов на основе рапы и лечебных грязей некоторых озер Западной Сибири, широко известных своим благотворным влиянием на организм человека. Это препараты «Эплир» и «Эсобел», косметические маски и скрабы, соль минеральной воды озера Шира с различными биологически активными добавками;
- разработка и внедрение БАД, используемых в комплексной терапии различных гельминтов: «Экорсол» и «Популин» – на основе экстракта коры осины – противописторхозное средство; «Танаксол» – на основе лекарственных растений: пижмы, солянки холмовой и др. – противоямблиозное средство.

Вся продукция ООО «БИОЛИТ» изготовлена из натурального, экологически чистого сырья. Она сочетает в себе, с одной стороны, высокую эффективность при ряде заболеваний, с другой – безвредность и безопасность для человека.

Описторхоз – широко распространенная среди взрослого и детского населения нашей страны природноочаговая глистная инвазия. Гельминты поражают печень, желчный пузырь и поджелудочную железу, желудочно-кишечный тракт. Зараженность в ряде районов Сибирского региона превышает 80% проживающего в них населения, а в районе Обь-Иртышского бассейна заражено практически все население.

Основным источником заражения является сырая или недостаточно термически обработанная речная рыба, с которой в организм человека попадают личинки паразитов. Образующиеся из личинок паразиты длительно живут в организме, нанося ему вред продуктами жизнедеятельности.



При описторхозе нарушается работа всех органов и систем организма, включая сердечно-сосудистую, эндокринную, нервную и, что особенно важно, иммунную системы. Однако наиболее значительно поражаются печень, органы желчевыводящей системы и желудочно-кишечного тракта. Паразита обычно находят в желчных путях, желчном пузыре и протоках поджелудочной железы. Лечение описторхоза, несмотря на определенные успехи, остается сложной проблемой. До последнего времени специалисты использовали Хлоксил и Билтрицид (аналоги: Азинокс, Празиквантель). Но эти синтетические препараты оказывают побочное действие – боли в сердце, тошнота, рвота, головокружение, боли в правом подреберье.

БИОЛИТ Популин

Эффективное и безопасное средство при описторхозе

Состоит из экстракта осины, экстракта солянки холмовой, концентрата минеральной воды озера Шира

- Популин обладает противоописторхозным, желчегонным, противовоспалительным, гепатозащитным действием.
- Рекомендован в монотерапии острого и хронического описторхоза взрослым и детям, особенно при наличии противопоказаний к назначению хлорсила и билтрицида, для повторных курсов дегельминтизации.
- Не токсичен, лишен алергизирующих, эмбриотоксических и мутагенных свойств.
- Побочным действием не обладает, противопоказанием является индивидуальная непереносимость отдельных компонентов препарата.
- Популин в качестве БАД к пище зарегистрирован МЗ РФ. Регистрационное удостоверение № 003371.Р.643.10.2001.



ООО «БИОЛИТ» - ПРОИЗВОДИТЕЛЬ БАД

т./ф. (3822) 25-89-21, (095) 145-20-44, т. (812) 376-96-69, (3832) 61-43-65
e-mail: biolit@ipc.tsc.ru, e-mail: biolit@mail.ru

Народы Севера, проживающие на берегах рек Обь и Иртыш, издавна лечили описторхоз отваром коры осины. Исследования, проведенные в Сибирском государственном медицинском университете, доказали высокую противописторхозную активность спиртового экстракта коры осины, который, в отличие от отвара коры осины, имеет продолжительное время хранения.

ООО «Биолит» совместно с НИИ высоких напряжений при ТПУ разработали технологию низкотемпературной вакуумной концентрации водного экстракта коры осины. Полученный концентрат водного экстракта имеет длительный срок хранения, а по фармакологическому эффекту превышает спиртовой. На основе концентрата водного экстракта коры осины ООО «Биолит» разработал и запатентовал биологически активную добавку к пище *Популин*, в состав которой входят также экстракт солянки холмовой (Лохеин) и концентрат минеральной воды озера Шира.

Популин является эффективным малотоксичным препаратом, не вызывающим побочных реакций. Это дает возможность его многократного использования при повторных заражениях описторхозом. Входящий в состав *Популина* Лохеин устраняет токсическое действие продуктов распада паразитов при антигельминтной терапии, что является важным преимуществом *Популина* по сравнению с Хлоксилем и Билтрицидом.

Популин является оптимальным препаратом для проведения терапии описторхоза и особенно незаменим для больных, которым противопоказано применение Хлоксила и Билтрицида (при лихорадочных состояниях, активном туберкулезе легких, пороках сердца, заболеваниях печени и почек). *Популину* следует отдать предпочтение при выборе средств для проведения дегельминтизации детей, которым, как правило, не рекомендуется повторное назначение Хлоксила и Билтрицида.

**Коммерческая группа
БРАВО
Призер международной
выставки
«ФАРМАЦЕВТИКА-2000»**



АПЛИКАТОР «АССОЛЬ»

Оздоровительная лечебно-профилактическая салфетка, пропитанная комплексом минеральных солей и органических веществ. Салфетка «Ассоль» не имеет аналогов, изготовлена по оригинальной технологии, в состав входит уникальный комплекс природных минералов и биологически активных веществ. Апликатор «Ассоль» даст Вам возможность провести профилактику и лечение различных заболеваний дома, в стационаре, поликлинике, санатории-профилактории.

АПЛИКАТОР «ПЕЛОИД»

Грязевые салфетки «Пелоид» – живой комплекс уникальных природных биологически активных веществ и минералов, накопленных за тысячелетия в лечебных грязях. Даст Вам возможность провести оздоровление курортным фактором дома, не выезжая на курорт.

Показания к применению:

- *Необходимость омолаживания, оздоровления, очищения, улучшения питания кожи лица и тела.
- *Угревая сыпь, дерматиты, нейродермиты, псориаз.
- *Хронические воспалительные заболевания женской и мужской половой сферы (аднекситы, простатиты).
- *Хронические заболевания ЛОР-органов (тонзиллиты, гаймориты и т.д.).
- *Хронические заболевания органов дыхания (бронхиты, пневмонии).
- *Хронические заболевания желудочно-кишечного тракта (гастриты, холециститы, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии ремиссии).
- *Заболевания опорно-двигательного аппарата (остеоартроз различной этиологии, остеохондроз).

Противопоказания:

Общие для физиопелоидотерапии.

СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ:

1. Апликации на различные участки тела.
 2. Электрофорез, СМТ-, ДДТ-, ультрафоно- и магнитофорез по общепринятым методикам.
- Форма выпуска: Пакет содержит 10 салфеток размером 115х90 мм. Возможно изготовление салфеток различных размеров по желанию заказчика.
Продукция имеет российский патент и сертификат.

ООО «Коммерческая группа «БРАВО»
тел.(3822)504949, 504901

Тел/факс: (3822)266084

Ольга Александровна Поддубная
Эльвира Ивановна Белобородова
Евгений Федорович Левицкий

**Термовибрационный массаж
на этапе реабилитации больных
хроническим описторхозом**

Редактор *Т.С. Портнова*
Верстка *Л.В. Пермякова*

К-ОКП ОК-005-93, код продукции 953700

Изд. лиц. ИД № 04000 от 12.02.01. Подписано к печати 12.02.03.
Формат 60×84¹/₁₆. Печать офсетная. Гарнитура "Times". Бумага писчая.
Усл. печ. л. 4,65. Уч.-изд. л. 5,21. Тираж 1000 экз. Заказ .

ЗАО "Издательство научно-технической литературы"
634050, г.Томск, пр. Ленина, 34а, тел. (382-2) 53-33-35

ОГУП «Асиновская типография», г. Асино, ул. Проектная, 22