

ЛІТЕРАТУРА

1. Васильева Т.А. Содержание калия и натрия у больных коронарным атеросклерозом, которые принимали Березовскую и Моршинскую минеральные воды // Курортология и физиотерапия: Республиканский междуведомственный сборник. Вып. 12. - К.: "Здоров'я", 1979. - С.35-38.
2. Волошина Е.Б. Оценка эффективности санаторно-курортного лечения с включением минеральной воды Березовской у больных ишемической болезнью сердца // Курортология и физиотерапия. - К.: Здоров'я, 1983. - Вып.16. - С.78-81.
3. Минеральные воды Дальнего Востока / под ред. Е.М.Иванова, Э.А.Эдаковой, М.В.Антонок. - Владивосток, 1999. - Ч.1-2. - С.197-198, 203-204.
4. Мінеральні води Закарпаття. Питне лікувальне використання / За ред. М.В.Лободи, Л.П.Киртич. - Ужгород: ІВА, 1997. - 174 с.
5. Михно Л.Е., Волошина Е.Б. Влияние курсового приема минеральной воды Поляна Квасова на показатели электролитного обмена у больных коронарным атеросклерозом // Курортология и физиотерапия - К.: Здоров'я, 1980. - Вып.13. - С.57-59.
6. Пыриг Л.А. Состояние организма при заболеваниях почек. - Киев: "Здоров'я", 1988. - С.162-164.
7. Чебаненко О.І., Флонт І.С., Попович І.Л., Барановський В.П., Лахін П.В. Вода Нафтуся і водно-сольовий обмін. К.: Наукова думка, 1997. - С.25-29.

V.G.KUDYK, V.G.MALYNOVSKA, M.A.HAYSAK, N.A.YAKOVENKO, V.K.ZHURAVLYOV, E.T.YASENCHAK, V.P.LESHKO

MINERAL WATERS INTAKE AND METABOLISM OF THE MAIN ELECTROLYTES AT CARDIOLOGIC PATIENTS

Scientific-practical association "Rehabilitation" Health Ministry of Ukraine (Uzhgorod), spa "Karpathy" ("Zakarpaturort")

The excretion of the main electrolytes (Na, K, Cl) at patients with cardiovascular diseases was studied under the influence of two types of mineral waters: middle-mineralized bicarbonate sodium Polyana-Kupil and slightly mineralized siliceous Carpathian. It was revealed that drinking use of both mineral waters develops corrective effect on the urinary excretion of the main electrolytes without negative influence on the metabolism of electrolytes.

Науково-практичне об'єднання "Реабілітація" МОЗ України, санаторій "Карпати" об'єднання "Закарпаткурорт", м.Ужгород
Дата поступлення: 18.01. 2004 р.

Г.В. АТАМАНЮК., Б.І. КУЦИК., В.Й. ЛЮДВОВ., Й.М. СВІЖИНСЬКИЙ, А.М. МЕДВЕДЄВ, МЕДВЕДЄВА З.Ф., І.С. ПОДЕБРІЙ

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ ХОЛЕЦИСТИТУ І ЙОГО УСКЛАДНЕНЬ

В статтє отобразены причины осложнений холецистита, приведены примеры наблюдений за этой категорией больных. Высказываются соображения о путях недопущения запущенных состояний путем скрининга билиарной системы методом ультразвукографии, а в послеоперационном периоде - о пользе раннего реабилитационного лечения на бальнеологических курортах, в частности, на курорте Трускавец.

* * *

Сьогодні в світі загальноновизнаним є факт зростання кількості людей з надлишковою вагою, з захворюванням жовчевого міхура, в тому числі на жовчекам'яну хворобу, цукровий діабет тощо.

В своїй практиці ми часто зустрічаємося з цими недугами та їх ускладненнями, зокрема гострим та хронічним безкам'яним холециститом, холелітіазом, холангітом, панкреатитом, колітом і ін., які часто проявляються сукупно і виражені в різному ступені важкості, значно порушують працездатність, а для людей похилого віку – складають загрозу життю, оскільки компенсаторні можливості в них обмежені.

Холецистит і його ускладнення, за даними Цхакая З.А., Виноградова В.В., Мамамтавришвілі Д.Г. [22], стали хворобою віку. За даними Шалімова О.О. [24] холецистит виявляють у 1,4 випадках на 1000 населення [24], в 0,5 % знаходять камені в жовчних шляхах; разом з тим, у 20 % з них – скарг не подають. На початку минулого століття камені знаходили у 4-6 % померлих, а всередині - у 13,9 –16 %. На ріст частоти холециститу і його ускладнень вказують також Ситенко В.М. і Нечай А.І. [20]. Частість ускладнень гострого холециститу і ускладнень

після холецистектомії наростає паралельно із “стажем” основного захворювання, з частотою приступів колики [5].

В недалекому минулому лікарська тактика щодо холециститу була вичікувальною, а лікування консервативним. До оперативного втручання вдавалися після “...повторных и мучительных приступов желчной колики, особенно, если возникает острый холецистит» [2]. Тепер переважає тактика (концепція) раннього оперативного втручання, в часі 48–72 год. від початку захворювання, чим запобігаються ускладнення, пов’язані з пізнім оперативним втручанням [24].

Операцією вибору при холециститі слід вважати холецистектомію з ревізією жовчних шляхів на операційному столі [16]. Перед операцією хворим обов’язково проводиться ультразвукове сканування жовчних шляхів, а при показах – виконуються холецистографія (рис. 1,2), внутрішньовенна холецисто-холангіографія (рис. 3), інтраопераційна холангіографія (рис. 4).

Понад 50 % хворих з каменями в жовчних шляхах мають ознаки стенозуючого папіліту, який сприяє затримці конкрементів, що мігрували з жовчного міхура в загальну протоку, є причиною порушеної функції печінки у вигляді продукції патологічно зміненої жовчі. Остання при певних умовах дає початок формування каменів в загальній жовчній протоці. Тому основний принцип лікування жовчекам’яної хвороби полягає не тільки в холецистектомії, але і в повній корекції патології жовчних протоків, направленої на попередження застою, запалення, а, значить, і нормалізації функції печінки [24]. Таким прикладом є хв. Д., 66 р., оперований в нашій лікарні в цьому році з приводу калькульозного холециститу. На операційній холангіограмі бачимо заповнене печінкове дерево, розширену загальну жовчну протоку, вивпнену численними конкрементами (рис. 5).

Такі дослідження значно підвищують відсоток ефективності операції. Однак, запізнілі оперативні втручання в часі приводять до деструктивних змін в жовчевому міхурі, жовчевих ходах, застою жовчі з порушенням функції печінки [24], що змушує виконувати розширені, реконструктивні операції на жовчних шляхах. У таких хворих мали місце больові приступи в епігастрію і ділянці пупка, рефлюкс вмісту дванадцятипалої кишки в жовчні ходи, протоку підшлункової залози, що проявлялося загостренням хронічного холангіту, панкреатиту, дискінезією кишечника. Таким прикладом є хв. Б. 68 р., якій в 1986 р. в м. Миколаєві виконана холецистектомія. В хірургічний відділ нашої лікарні поступила з курорту, куди приїхала через 6 місяців після оперативного втручання на реабілітаційне лікування, під час якого наступило загострення хронічного панкреатиту. При обстеженні шлунково-кишкового тракту (на той час в лікарні апарату УЗД в лікарні ще не було) виявлено масивний рефлюкс суспензії сірчано-кислого барію в печінкові ходи, розширення загальної жовчевої протоки, в якій візуалізується два конкременти (стрілка) розміром 1×1,5 см, дивертикул дванадцятипалої кишки (стрілка, рис.6).

А хв. Х., 72 р., поступила в хірургічний відділ в лютому цього року із скаргами на зтяжну, протягом місяця, підвищену температуру тіла, загальну слабкість, втрату апетиту, які все більше наростали. Після холецистектомії минуло два роки. Об’єктивно: стан хворої важкий, загальне виснаження організму, блідо-восковий колір шкіри, апатія до оточення, виражена болочість в ділянці правого підребер’я. При ультразвуковому скануванні органів черевної порожнини виявлено підпечінковий абсцес розміром 7×9 см. Хвора скерована у Львівську обласну клінічну лікарню, де під контролем екрана сонографа вдалося санувати його без оперативного втручання. Хвора виписана додому.

Вищенаведені приклади хворих мали довгий анамнез розвитку патології жовчевого міхура. В них встигли розвинутися незворотні зміни в жовчних шляхах, які послужили причиною довготривалого, труднолікованого процесу, а в останньому випадку – загрози життю хворої.

Велика роль в реабілітації оперованих хворих відводиться санаторно-курортному лікуванню на бальнеологічних курортах: Трускавець, Моршин, Шкло – в Україні, Железноводськ, Єссентуки – в Росії, Карлові Вари – в Чехії, Криниця - в Польщі, Баден-Баден – в Німеччині. Про добрі наслідки такого лікування відображено в працях багатьох авторів, зокрема: Соболя О.І., Стеценка Г.І., Орлова О.Б., Флонта І.С., Аксентійчука Б.І., Медведєва А.М., Медведєвої З.Ф., Яцевої М.Д. та ін.

Раніше в практичній медицині було прийнято скеровувати на таке лікування через 6 – 12 місяців після холецистектомії. Тепер, завдяки впровадженню в практику лапароскопічної холецистектомії – через 2–3 тижні. Ми рекомендуємо реабілітаційне лікування біоактивною водою Нафтуса починати в ранньому післяопераційному періоді. В нашій лікарні вода Нафтуса

призначається після операції на жовчних шляхах після відновлення перистальтики кишечника, як правило, на 3-4 день, так як багатолітня практика показала значно швидше відновлення функції печінки, підшлункової залози, кишечника в порівнянні з пізнішим реабілітаційним лікуванням. Ефективність прийнятої води оцінювали за кількістю виділеної через дренаж жовчі, а вона збільшувалася вдвоє [21]; за клініко-лабораторними показниками, картиною крові, загальним станом. Ці показники майже нормалізувалися ще в період перебування хворого у відділі, до виписки з стаціонару, тоді як у іногородніх хворих, що приїжджали на курорт, такі показники були з відхиленням від норми, що і змусило їх їхати на реабілітаційне лікування. В основу ранньої курортної реабілітації покладено відновлення функціонального стану печінки, підшлункової залози, кишечника, чим досягається скорочення на всіх етапах періоду холестазу та зменшення літогенності жовчі, а також мобілізація енергетичних ресурсів гепатоцитів на продукцію нелітогенної жовчі, своєчасне поступлення її в кишечник [6].

Про ефективність реабілітаційного лікування на курорті Трускавець можна зробити висновок на підставі показників лікування хворих в санаторії “Кристал” ЗАТ “Трускавецькурорт” у 2003 році (таблиця). Всього проліковано в санаторії 15141 особа, з них 4768 – хворі на хронічний безкам’яний холецистит і 1451 – після операції на жовчевих шляхах з приводу холелітіазу.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

№ п/п	Результати лікування	Жовчекам’яна хвороба	Хронічний холецистит
1.	Закінчили лікування із значним покращенням	10 – 0,7 %	235 – 4,9 %
2.	З покращенням	1401 – 96,8 %	4440 – 93,1 %
3.	Без покращення	37 – 2,5 %	328 – 3,2 %

Отже, бачимо високу ефективність лікувальних факторів питного курорту. Протипоказаними для лікування на курорті є хворі з рецидивними каменями жовчних протоків, з склерозом і склеротичними явищами в великому дуоденальному сосочку, а також загострення всіх супутніх захворювань.

Враховуючи вищесказане, можна стверджувати, що:

1. Запобігти такому поширеному захворюванню як холецистит і його ускладненням можна своєчасним скринінгом ультрасонографії жовчевидільної системи, не чекаючи больових приступів, повторення їх. Дискомфорт в травному тракті, відрижка, печія, здуття живота, розлади стільця, обкладений білим налетом язик - це симптоми захворювання шлунково-кишкового тракту і підстава для обстеження його.
2. При виявленні безкам’яного холециститу, каменів в жовчних шляхах доцільна холецистектомія. Тепер можлива малотравматична операція – лапароскопічна холецистектомія, після якої хворий виписується з стаціонару на 3-4 день, а не через два тижні, як після класичної холецистектомії, чим значно здешевлюється оздоровлення і зменшується число днів непрацездатності, часто запобігаються небезпечні післяопераційні ускладнення.
3. Для закріплення оперативного лікування в ранній післяопераційний період показане реабілітаційне лікування на відповідних бальнеологічних курортах, зокрема Трускавець, з його найдосконаліше вивченими мінеральними водами.
4. В практиці мережі охорони здоров’я і санаторно-курортних закладів повернутися до забутої санітарно-освітньої роботи щодо раціонального харчування, відпочинку, заняття спортом в побуті.

Всі ці заходи будуть сприяти тому завітному трудовому довголіттю і щасливій старості, якими живуть народи багатьох країн світу, зокрема Канади, Швеції, Японії і ін.

\

Рис. 1. Холецистограма хв. С., 50 р. Збережена концентраційна функція жовчевого міхура.
Дивертикул жовчевого міхура.

Рис.2. Холецистограма хв. Ф., 28 р. Пігментні камені жовчевого міхура. Атонія жовчевого міхура.

Рис. 3. Внутрішньовенна холецисто-холангіографія після “від’ємної” холецистографії. Контрастування білінгностом. Конкрементів не виявлено, жовчеві протоки не розширені.
Висновок: хронічний холецистит з втраченою концентраційною здатністю міхура.

Рис. 4. Хв. Ч., 58 р.. Внутріопераційна холангіографія. Розширення загальної протоки, звуження сфінктера Одді, рефлюкс в “печінкове дерево”. Прокідність в дванадцятипалу кишку збережена. Конкрементів не виявлено.

Рис. 5. Хв. Д., 66 р. Внутріопераційна холангіографія. Звуження сфінктера Одді, дилатація загальної жовчевої протоки, множинні камені загальної протоки, рефлюкс контрасту в “печінкове дерево”.

Рис. 6. Хв. Б., 68 р. Рентгеноскопія шлунково-кишкового тракту. Масивний рефлюкс суспензії сірчаноокислого барію в “печінкове дерево”, загальну жовчну протоку.
Два конкременти в загальній протоці. Дивертикул дванадцятипалої кишки.

ЛІТЕРАТУРА

1. Боднарук І.І., Кахно С.А., Левицький А.Б., Медведєв А.М. Лапароскопічна холецистектомія та рання післяопераційна курортна реабілітація в лікуванні жовчекам'яної хвороби. Технічні рішення для попередження ускладнень та пропозиції по техніці лікування // Матер. наук.-практ. конф. з міжнародною участю "Актуальні проблеми застосування мінеральних вод у медичній практиці". Трускавець – Моршин, 2001.-Т.ІІ.-С.7-12.
2. Василенко В.Х.- М.-1966.-ММЭМ.-Т.3.-С. 751-755; Т.11,-1969.-С.69-73.
3. Гальперин Э.И., Кузовлев М.Ф., Карагюлян С.Р. Рубцовые стриктуры желчных протоков.- М.: Медицина, 1982.- С.15-16, 52-53.
4. Гончар М.Г., Нейко В.Є., Боцюрко В.І. та ін. Санаторно-курортне реабілітаційне лікування хворих після холецистектомії // Матер. наук.-практ. конф. з міжнародною участю "Актуальні проблеми застосування мінеральних вод у медичній практиці". Трускавець – Моршин, 2001.-Т.ІІ.-С.13-15.
5. Дейнека М.Я., Ищенко И.И., Караванов Г.Г. и др. Хирургия желчного пузыря и желчных путей. К.: Здоров'я, 1966.- С.5,8,9,12,29,33,37, 162-164.
6. Івасівка С.В.. Біологічно-активні речовини води Нафтуса, їх генез та механізми фізіологічної дії. К., "Наукова думка", 1997.- С.7-89.
7. Івасівка С.В., Попович І.Л., Аксентійчук Б.І., Флюнт І.С. Фізіологічна активність сечової кислоти та її роль в механізмі дії води Нафтуса.- К.: Комп'ютерпрес, 2004 р.- С.8-143.
8. Лебедева Э.С., Иванцов М.М., Луцевич И.В. и др. Функция печени и поджелудочной железы у больных желчекаменной болезнью после холецистэктомии // Проблемы і перспективи подальшого розвитку санаторно-курортної справи: Тези доп. наук.-практ. конф.- Трускавець, 1991.- С. 149-150.
9. Людвов В.Й., Людвова В.О. Евакуаторна функція шлунку і жовчевого міхура у хворих хронічним безкам'яним холециститом при вживанні Нафтусі // Тези доп. наук.-практ. конф.- Трускавець, 1991.-С.130-131.
10. Мамакеев М.М., Сулайманов Г.С. Обходные анастомозы при осложненной желчекаменной болезни.- Фрунзе: Киргизстан, 1974.-С. 8 –10.
11. Напалков П.Н., Учваткин В.Г., Артемьева Н.Н. Свищи желчных путей.- Л.: Медицина, 1976.-С.-60.
12. Орлов О.Б. Дифференцированное применение комплексного лечения боных хроническим гепатитом на курорте Трускавец // Тези доп. наук.-практ. конф.- Трускавець, 1991.-С.119-122.
13. Петров Б.А., Гальперин Э.И. Хирургия внепеченочных желчных ходов. М.: Медицина, 1971.-С. 6-12, 18-19, 114-116, 141.
14. Петровский Б.В., Милонов Б.Б., Смирнов В.А., Мовчун А.А. Реконструктивная хирургия при поражениях желчных протоков. М.: Медицина, 1980.-С. 16.
15. Попович І.Л., Івасівка С.В., Унковська Д.М. та ін. Новые данные в пользу ксенобиотико-адаптогенной гипотезы механизма действия минеральных вод // Проблемы і перспективи подальшого розвитку санаторно-курортної справи: Тези доп. наук.-практ. конф.- Одеса-Київ, 1991.- С.79-80.
16. Серга В.И., Могильный В.А. Хирургическое лечение заболеваний печени и желчевыводящих путей // Тез. докл. республ. н.-пр. конф.- Харьков, 1971.-С.112.
17. Стеценко Г.І., Марків Й.М., Брохняк С.М. та ін. Про зміни літогенності жовчі при використанні в лікувальному комплексі слабомінералізованої води Нафтуса // Тези доп. наук.-практ. конф.- Трускавець, 1991.- С. 105.
18. Стеценко Г.І., Стременик Є.Ф., Кись Л.О. та ін. Оцінка складу жовчі у хворих жовчекам'яною хворобою після холецистектомії в процесі курортної реабілітації // Тези доп. наук.-практ. конф.- Трускавець, 1991.-С.147-148.
19. Стеценко Г.І., Чайківська В.І., Кахновець Н.В., Воронова В.І. Вплив Нафтусі різних родовищ на функціональну активність біліарної системи. Тези доп. наук.-практ. конф.- Трускавець, 1991.-С.101-102.
20. Ситенко В.М., Нечай А.И. Постхолецистэктомический синдром и повторные операции на желчных путях.- Л.: Медицина, 1972.- С.3,5,6-17, 32.
21. Соболев О.І. Лікування хворих після холецистектомії на курорті Трускавець. К.: Здоров'я, 1976.-С.3 -58.
22. Цхакая З.А., Виноградов В.В., Мамагтавишвили Д.Г. Хирургия холедохолитиаза.- Тбилиси: Сабчотас Сакартвело, 1976.-С. 3,9,11, 15,21, 26 – 30.
23. Шалимов А.А. Хирургия печени и желчных протоков.- К.: Здоров'я, 1993.-С. 236 –275.
24. Шалимов А.А., Шалимов С.А., Нечитайло М.С., Доманский Б.В. Хирургия печени и желчевыводящих путей.- К.: Здоров'я, 1993.- с.236-275.

Трускавецька міська лікарня, санаторій “Кристал”, ЗАТ “Трускавецькурорт”, медичний
діагностично-реабілітаційний центр, ГСК “Дніпро-Бескид”
Дата поступлення: 15 03. 2004 р.