

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХОЛЕЛИТОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ С УЧЕТОМ ВИДА НАРУШЕНИЯ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ СПОСОБНОСТИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ¹

З. М. Орзиев, У. К. Абдуллаева. Бухарский государственный медицинский институт. Узбекистан, e-mail: Gavhar72@inbox.ru

Резюме. Исследования показали, что в течение курса холелитолитической терапии у больных с гипермоторной дисфункцией желчного пузыря растворение камней дали лучшие результаты, чем нормомоторной дисфункцией желчного пузыря.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, урсотерапия, клиника внутренних болезней.

В развитых странах желчнокаменная болезнь (ЖКБ) относится к числу распространенных заболеваний. Желчные камни (ЖК) выявляют у 10-15% населения. На северо-западе России камни в желчном пузыре (ЖП) выявляются в среднем у каждой пятой женщины и у каждого десятого мужчины [1,2,3,4,8]. Из европейских стран наибольшая распространенность ЖКБ отмечена в Швейцарии: 18% - среди мужчин и 39,5% - среди женщин, а наименьшая - в Португалии: 3,1% и 7,8% соответственно. Исключительно редко ЖКБ встречается у коренных жителей Таиланда и Сингапура. Наиболее высокая частота ЖК установлена у американских индейцев - более чем у 90% женского населения племени пима старше 60 лет имеются ЖК [5]. В США распространенность ЖКБ составляет 7,9% среди мужчин и 16,6% - среди женщин. Отмечено, что у жителей Европы и Северной Америки преобладают холестериновые камни, в то время как у жителей Азии и Африки - пигментные [5]. В нашей стране частота этого заболевания колеблется от 5% до 20%.

На сегодняшний день пероральная литолитическая терапия действительно является единственным неинвазивным методом лечения больных с ЖКБ. К преимуществам такой терапии относятся: отсутствие выраженных побочных эффектов, отсутствие летальности, возможность амбулаторного лечения [6]. В настоящее время с этой целью используют препараты урсодезоксихолевой кислоты (УДХК), поэтому метод часто называют урсотерапией.

Цель исследования. Изучить эффективности холелитолитической терапии больных ЖКБ с учетом вида нарушения сократительной способности ЖП.

Материалы и методы исследования. В исследование вошли 77 пациентов с ЖКБ: 54 (70,2%) – женщины и 23 (29,8%) – мужчины. Возраст

¹ Статья представлена Л.Ф. Чупровым, Dr. h. c. mult., к. псих. н., электронный научный журнал «PEM: Psychology. Educology. Medicine».

пациентов с дисфункциями ЖП колебался от 18 до 57 года (средний возраст $34 \pm 4,2$). В зависимости от состояния сократительной способности ЖП все больные были разделены на следующие группы, репрезентативные по возрасту, гендерным показателям, индексу массы тела, количеству и размеру конкрементов и т.д. В первую группу вошли 37 пациентов с гипомоторикой, во вторую 26 больных с гипермоторикой, а в третью 14 лиц с нормальной моторикой ЖП (контрольная группа). Диагноз ЖКБ верифицировался на основании результатов клиничко-anamnestических, ультрасонографических, а в отдельных случаях – рентгенологических способов исследований. Критериями включения больных в исследовательскую группу служили: наличие ЖКБ в ранней стадии развития без приступов желчной колики в анамнезе, отсутствия хронических заболеваний печени, сахарного диабета. Как показали наши исследования и данные других авторов [5], рассчитывать на успешное растворение камней можно только при строгом отборе больных: размер камней не должен превышать 15 мм; камни должны быть чисто холестериновыми, то есть не дающими тень на рентгенограмме (рентгенонегативными), а на УЗИ не дающими «акустическую дорожку»; желчный пузырь должен полностью сохранять свою функцию, а пузырный проток должен быть проходимым; желчный пузырь должен быть наполнен камнями меньше чем наполовину; желчный проток должен быть свободен от камней. Все больные в качестве литолитического средства принимали препарат урсосан (урсодеоксихолиевая кислота) в капсулах по 250 мг в дозе 8-10 мг/кг/сут. Результаты холелитолитической терапии контролировались ежемесячными ультрасоно-графическими исследованиями. На проведение исследования были получены согласия самых участников и членов этического комитета по правам человека в биомедицине при Бухарском медицинском институте.

Полученные результаты обрабатывались статистически с использованием программы STATISTICA 5.0. (Statsoft, США), статистически значимой считалась величина $p < 0,05$. Результаты выражали в виде среднего \pm стандартного отклонения (SD). Параметрические данные с нормальным типом распределения сравнивали с помощью t-критерия Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. Мы исследовали больных в течении 1 года. У всех больных были холестериновые камни, которые имели, как правило, округлую или овальную форму и были идентифицированы на основании соответствующих критериев [5]. Количество конкрементов в желчном пузыре составляло от 2 до 5. У 37 больных микролиты имели размер до 5 мм, у 30 - до 6-8 мм и у 10-10 мм. Как видно из таблицы 1, на 3-м месяце лечения в 1-й группе больных наблюдалось полное растворение- 14 (38%), неполное растворение 13 (35%), нерастворение 10 (27%).

Таблица 1

Показатели эффективности холелитолитической терапии

Группы больных	Через 3 месяца			Через 6 месяцев			Через 9 месяцев и более		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3
	<u>N</u> %	<u>N</u> %	<u>N</u> %	<u>N</u> %	<u>N</u> %	<u>N</u> %	<u>N</u> %	<u>N</u> %	<u>N</u> %
1. Гипомоторная дисфункция ЖП n=37 (48%)	<u>14</u> 38	<u>13</u> 35	<u>10</u> 27	<u>17</u> 46	<u>12</u> 32	<u>8</u> 22	<u>20</u> 54	<u>11</u> 30	<u>6</u> 16
2. Гипермоторная дисфункция ЖП n=26 (34%)	<u>13</u> 50	<u>9</u> 35	<u>4</u> 15	<u>16</u> 62	<u>7</u> 27	<u>3</u> 11	<u>19</u> 73	<u>5</u> 19	<u>2</u> 8
3. Нормальная моторика ЖП n=14 (18%)	<u>6</u> 43	<u>5</u> 36	<u>3</u> 21	<u>7</u> 50	<u>5</u> 36	<u>2</u> 14	<u>8</u> 57	<u>5</u> 36	<u>1</u> 7
Всего n=77 (100%)	<u>33</u> 43	<u>27</u> 35	<u>17</u> 22	<u>40</u> 52	<u>24</u> 31	<u>13</u> 17	<u>47</u> 61	<u>21</u> 27	<u>9</u> 12

Примечание: 1-полное растворение, 2-неполное растворение, 3-нерастворившиеся.

Во 2-й группе, полное растворение-13 (50%), неполное растворение 9 (35%), нерастворившиеся - 4 (15%). В 3-й группе, полное растворение-6 (43%), неполное растворение 5 (36%), нерастворившиеся 3 (21%). На 6-м месяце лечения в 1-й группе больных, полное растворение - 17 (46%), неполное растворение - 12 (32%), нерастворившиеся - 8 (22%). Во 2-й группе, полное растворение-16 (62%), неполное растворение - 7 (27%), нерастворившиеся 3 (11%). В 3-й группе, полное растворение - 7 (50%), неполное растворение - 5 (36%), нерастворившиеся - 2 (14%). На 9-м и более месяце лечения в 1-й группе больных, полное растворение - 20 (54%), неполное растворение - 11 (30%), нерастворившиеся - 6 (16%). Во 2-й группе, полное растворение - 19 (73%), неполное растворение - 5 (19%), нерастворившиеся - 2 (8%). В 3-й группе, полное растворение - 8 (57%), неполное растворение - 5 (36%), нерастворившиеся - 1 (7%).

На 9 и более месячных курсах урсотерапии выявлены следующие результаты: на 3-м месяце полное растворение - 33 (43%), неполное растворение - 27 (45%), нерастворившиеся - 17 (22%); на 6-м месяце полное растворение - 40 (52%), неполное растворение - 24 (31%), нерастворившиеся - 13 (17%); на 9-м и более месяцах полное растворение 47 (61%), неполное растворение - 21 (27%), нерастворившиеся - 9 (12%).

Наши исследования показали, что в течении курса холелитолитической терапии у больных с гипермоторной дисфункцией ЖП растворение камней дали лучшие результаты, чем нормомоторной дисфункцией ЖП: полное растворение - 19 (73%), неполное растворение 5

(19%), не растворившиеся - 2 (8%); а у нормомоторной дисфункцией ЖП лучше чем гипомоторной дисфункцией ЖП полное растворение - 8 (57%), неполное растворение - 5 (36%), не растворившиеся - 1 (7%); у гипомоторной дисфункцией ЖП полное растворение - 20 (54%), неполное растворение - 11 (30%), не растворившиеся - 6 (16%).

Выводы:

1. Проведение 9 и более месячного курса терапии препаратом Урсосан в виде капсулы больным с ЖКБ и разными видами дисфункциями ЖП достоверно растворяет желчные камни.

2. В течении курса урсотерапии у больных с гипермоторной дисфункцией ЖП растворение камней преобладало чем у нормомоторной и гипомоторной дисфункции ЖП.

3. Установлена хорошая переносимость 90дневного курса терапии препаратом Урсосан у больных ЖКБ. Побочные реакции в виде легкой тошноты, рвоты наблюдались у одного пациента, принимавшего препарат.

4. Препарат Урсосан может быть успешно использован как в монотерапии, так и в комплексной терапии больных ЖКБ, в том числе и как гепатопротектор.

Литература:

1. Болезни желчного пузыря и желчевыводящих путей: учеб. пособие / Д.И. Трухин, И.В. Викторова, Е.А. Лялюкова. – СПб.: СпецЛит, 2011.

2. Болезни печени и желчевыводящих путей: Руководство для врачей / Под ред. В.Т. Ивашкина. М.: ООО «Издательский дом М-Вести», 2002. 416 с.

3. Бурков С.Г. О последствиях холецистэктомии или постхолецистэктомическом синдроме // Consilium medicum, гастроэнтерология. 2004. Т.6, №2, С.24-27.

4. Григорьев П.Я., Солуянова И.П., Яковенко А.В. Желчнокаменная болезнь и последствия холецистэктомии: диагностика, лечение и профилактика // Лечащий Врач. 2002, № 6, с. 26–32.

5. Калинин А.В. Желчнокаменная болезнь // Гастроэнтерология и гепатология. Диагностика и лечение: руководство для врачей.- М.: Миклош, 2007.- С.515-534.

6. Колесников Е.В. Урсодезоксихолевая кислота - «урсолизин»: применение в настоящем и будущем // Укр. тер. журн.- 2008.- № 4.- С. 96-101.

7. Щербина М.Б., Фатеева Т.В. «Урсолизин» в арсенале украинских врачей // Сучасна гастроентерол.- 2008.- № 4.- С. 52-56.

8. Шерлок Ш., Дули Дж. Заболевания печени и желчных путей: М.: ГЭОТАР Медицина, 1999. - 864 с.



Orziev Z. M., Abdullaeva U. K. Izuchenie jeffektivnosti holelitoticheskoj terapii bol'nyh s zhelchnokamennoj bolezni'ju s uchetom vida narushenija sokratitel'noj sposobnosti zhelchnogo puzyrja / Z. M. Orziev, U. K. Abdullaeva// Nauka. Mysl'. - № 3. - 2015.

© З. М. Орзиев, У. К. Абдуллаева, 2015.

© «Наука. Мысль», 2015.

— ● —

Abstract. Despite the former studying of various aspects of pathogenesis, diagnostics and therapy of delay of prenatal fetal development, now there is a particular interest in studying of etiopatogenetic aspects of delay. The importance of this pathology is defined by its big specific gravity in neonatal incidence and mortality. Studying of the most significant risk factors and features of diagnostics are actual and they created the possibility of carrying out the prevention of delay of prenatal fetal development.

Keywords: delay of prenatal fetal development, obstetrical pathology, medicine.

— ● —

Сведения об авторах

Завкиддин Мансурович Орзиев, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней БухГМИ (Бухара, Узбекистан).

Умида Курбановна Абдуллаева, магистр 3-курса кафедры пропедевтики внутренних болезней БухГМИ (Бухара, Узбекистан).

— ● —

Подписано в печать 10.10.2015.

© Наука. Мысль, 2015.