
ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

© Орзиев З.М., Абдуллаева У.К., Нурханова Н.О., 2015
УДК 616.366-003.7-085.244

**ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХОЛЕЛИТОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ
У БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ С УЧЕТОМ ВИДА
НАРУШЕНИЯ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ СПОСОБНОСТИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ**

З.М. ОРЗИЕВ, У.К. АБДУЛЛАЕВА, Н.О. НУРХАНОВА

Бухарский государственный медицинский институт, г. Бухара, Узбекистан

**CHOLELITOLITIC STUDY THE EFFECTIVENESS OF THERAPY
IN PATIENTS WITH CHOLELITHIASIS
FOR THE TYPE BREACH CONTRACTILITY OF GALLBLADDER**

Z.M. ORZIEV, W.K. ABDULLAYEV, N.O. NURHANOVA

Bukhara State Medical Institute, Bukhara, Uzbekistan

Наши исследования показали, что в течении курса холелитолитической терапии у больных с гипермоторной дисфункцией желчного пузыря (ЖП) растворение камней дали лучшие результаты, чем нормомоторной дисфункцией ЖП: полное растворение 19 (73%), неполное растворение 5 (19%), нерастворившие 2 (8%); а у нормомоторной дисфункцией ЖП лучше чем гипомоторной дисфункцией ЖП полное растворение-8 (57%), неполное растворение 5 (36%), нерастворившие 1 (7%); у гипомоторной дисфункцией ЖП полное растворение-20 (54%), неполное растворение 11 (30%), нерастворившие 6 (16%).

Ключевые слова: холелитическая терапия, дисфункция желчного пузыря.

Our researches showed that during a course of holelitolytic therapy at patients with hyper motor dysfunction of the gall bladder (GB) dissolution of stones yielded the best results, than normomotor dysfunction of GB: full dissolution 19 (73%), incomplete dissolution 5 (19%), not dissolved 2 (8%); and at normomotorny dysfunction of GB it is better than hypomotor dysfunction of GB full dissolution-8 (57%), incomplete dissolution 5 (36%), nerastvorivshiy 1 (7%); at hypomotor dysfunction of GB full dissolution-20 (54%), incomplete dissolution 11 (30%), not dissolved 6 (16%).

Keywords: holelitolytic therapy, dysfunction of a gall bladder.

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 единственно 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 УДХК, поэтому метод часто называют урсотерапией.

Цель исследования

Изучить эффективность холелитолитической терапии больных ЖКБ с учетом вида нарушения сократительной способности ЖП.

Материалы и методы

В исследование вошло 77 пациентов ЖКБ: 54 (70,2%) – женщины и 23 (29,8%)

– мужчины. Возраст 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 данные 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 клинико-anamnestических, ультразвуковых, 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 контро-

лировались ежемесячными ультразвуковыми исследованиями. На проведение исследования были получены согласия самых участников и членов этического комитета по правам человека в биомедицине при Бухарском государственном медицинском институте.

ского комитета по правам человека в биомедицине при Бухарском государственном медицинском институте.

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
	$\frac{N}{\%}$	$\frac{N}{\%}$	$\frac{N}{\%}$	$\frac{N}{\%}$	$\frac{N}{\%}$	$\frac{N}{\%}$	$\frac{N}{\%}$	$\frac{N}{\%}$	$\frac{N}{\%}$
Гипомоторная дисфункция ЖП n=37 (48%)	$\frac{14}{38}$	$\frac{13}{35}$	$\frac{10}{27}$	$\frac{17}{46}$	$\frac{12}{32}$	$\frac{8}{22}$	$\frac{20}{54}$	$\frac{11}{30}$	$\frac{6}{16}$
Гипермоторная дисфункция ЖП n=26 (34%)	$\frac{13}{50}$	$\frac{9}{35}$	$\frac{4}{15}$	$\frac{16}{62}$	$\frac{7}{27}$	$\frac{3}{11}$	$\frac{19}{73}$	$\frac{5}{19}$	$\frac{2}{8}$
Нормальная моторика ЖП n=14 (18%)	$\frac{6}{43}$	$\frac{5}{36}$	$\frac{3}{21}$	$\frac{7}{50}$	$\frac{5}{36}$	$\frac{2}{14}$	$\frac{8}{57}$	$\frac{5}{36}$	$\frac{1}{7}$
Всего n=77 (100%)	$\frac{33}{43}$	$\frac{27}{35}$	$\frac{17}{22}$	$\frac{40}{52}$	$\frac{24}{31}$	$\frac{13}{17}$	$\frac{47}{61}$	$\frac{21}{27}$	$\frac{9}{12}$

Примечание: 1 – полное растворение, 2 – неполное растворение, 3 – нерастворившиеся

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. Мы исследовали больных в течение 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.

Результаты и их обсуждение

Как видно из таблицы, на 3-м месяце лечения в 1-й группе больных наблюда-

лось полное растворение - 14 (38%), неполное растворение 13 (35%), нерастворившиеся 10 (27%).

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%), нерастворившие 1 (7%). На 9 и более месячных курсах урсотерапии выявлены следующие результаты: на 3-м месяце полное растворение 33 (43%), неполное растворение 27 (45%), нерастворившие 17 (22%); на 6-м месяце полное растворение 40 (52%), неполное растворение 24 (31%), нерастворившие 13 (17%); на 9-м и более месяцев полное растворение 47 (61%), неполное растворение 21 (27%), нерастворившие 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%), нерастворившие 2 (8%); а у нормомоторной дисфункцией ЖП лучше чем гипомоторной дисфункцией ЖП полное растворение-8 (57%), неполное растворение 5 (36%), нерастворившие 1 (7%); у гипомоторной дисфункцией ЖП полное растворение-20 (54%), неполное растворение 11 (30%), нерастворившие 6 (16%).

Выводы

1. Проведение 9 и более месячного курса терапии препаратом Урсосан в виде капсулы больным 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 90 дневного курса терапии препаратом Урсосана 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.: Спец Лит, 2011.

2. Болезни печени и желчевыводящих путей: руководство для врачей / под ред. В. Т. Ивашкина. – М.: ООО Изд-й дом «М-Вести», 2002. – 416 с.

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

4. Григорьев П. Я. Желчнокаменная болезнь и последствия холецистэктомии: диагностика, лечение и профилактика / П. Я. Григорьев, И. П. Солуянова, А. В. Яковенко // 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. Климкина Е.И. Влияние нового производного оксипиридина на развитие токсического гепатита / Е.И. Климкина // Рос. медико-биол. вестн. им. акад. И.П. Павлова. – 2014. – № 4. – С. 54-60.

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

8. Натальский А.А. Проблема печеночной недостаточности в хирургии / А.А. Натальский, С.В. Тарасенко, О.Д. Песков

// Наука молодых (Eruditio Juvenium). – 2013. – № 1. – С. 59-71.

9. Тарасенко С.В. Опыт применения пункционно-дренирующих вмешательств с ультразвуковой навигацией в лечении пациентов с кистами поджелудочной железы при хроническом панкреатите / С.В. Тарасенко [и др.] // Рос. медико-биол. вестн. им. акад. И.П. Павлова. – 2013. – № 3. – С. 124-129.

10. Твердохлеб И.В. Нарушение печеночной микроциркуляции в развитии

патологических изменений печени при моделировании острого панкреатита у крыс/И.В. Твердохлеб, И.Н. Береговенко, Д.Ю. Зиненко // Наука молодых (Eruditio Juvenium). – 2013. – № 4. – С. 34-43.

11. Щербина М.Б. «Урсолизин» в арсенале украинских врачей / М.Б. Щербина, Т.В. Фатеева // Сучаснагастроентерол. – 2008. – № 4. – С. 52-56.

12. Шерлок Ш. Заболевания печени и желчных путей / Ш. Шерлок, Дж. Дули. – М.: Гэотар Медицина, 1999. – 864 с.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Орзиев Завкидин Мансурович – д.м.н., проф., зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней и высшего медсестринского дела Бухарского государственного медицинского института, г. Бухара.

Абдуллаева Умида Курбановна – магистр кафедры пропедевтики внутренних болезней и высшего медсестринского дела Бухарского государственного медицинского института, г. Бухара.

Нурханова Нилуфар Одилжоновна – студентка 4 курса лечебного факультета Бухарского государственного медицинского института, г. Бухара.

E-mail: Gavhar72@inbox.ru