

УДК 616.366-003.7-02-036.22-084

Латинова Нилуфар Кенжаевна

Усманова Ферузахон Тахиржановна

Қосимов Зафарбек Одилжон ўгли

*Кафедра фармакологии, клинической
фармакологии и медицинской биотехнологии*

Андижанский государственный медицинский институт

**ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ
ХОЛЕФИТОСАНА В ПРОФИЛАКТИКЕ ЖЕЛЬЧОКАМЕННОЙ
БОЛЕЗНИ**

Резюме: Желчнокаменная болезнь – нарушение обмена холестерина и/или билирубина, характеризующееся образованием желчных камней в желчном пузыре или желчных протоках.

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) и хронический калькулёзный холецистит выявляются у взрослых старше 30-40 лет и при этом у женщин в 5 раз чаще, чем у мужчин. Осложнения желчнокаменной болезни, как правило, проявляют себя в более позднем возрасте, и чем старше пациент, тем они для него опаснее. Вообще, эта проблема была и остаётся на сегодняшний день весьма актуальной.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, профилактика, холефитосан, эффективность.

Latipova Nilufar Kenzhaevna

Usmanova Feruzakhon Takhirzhanovna

Kosimov Zafarbek Odiljon Uli

*Department of Pharmacology, Clinical
pharmacology and medical biotechnology*

Andijan State Medical Institute

**STUDY OF CLINICAL EFFICIENCY OF CHOLEPHITOSAN IN
PREVENTION OF GALL STONE DISEASE**

Resume: Gallstone disease is a disorder of cholesterol and / or bilirubin metabolism, characterized by the formation of gallstones in the gallbladder or bile ducts.

Cholelithiasis (GSD) and chronic calculous cholecystitis are detected in adults over 30-40 years of age and at the same time in women 5 times more often than in men. Complications of gallstone disease, as a rule, manifest themselves at a later age, and the older the patient, the more dangerous they are for him. In general, this problem was and remains very urgent today.

Key words: cholelithiasis, prevention, cholefitosan, effectiveness.

Актуальность. В настоящее время желчнокаменная болезнь встречается у 10% взрослого населения. Женщины страдают ею в три раза чаще, чем мужчины[6]. Это может быть связано с различием гормональной регуляции, поэтому особую группу риска составляют беременные[2]. Значительный рост заболеваемости с увеличением возраста обусловлен также происходящими в желчном пузыре морфологическими изменениями: удлинение и увеличение его в объеме за счет снижения тонуса мускулатуры и эластичности стенок, снижение концентрационной и моторной функций, которые приводят к застою желчи[5]. Кроме того, большое значение имеет наследственность – в семьях с предрасположенностью к желчнокаменной болезни по линии матери эта патология встречается гораздо чаще, чем по линии отца[4]. Нарушения обмена билирубина (например, при циррозе печени), застой желчи, воспаление желчного пузыря также способствуют образованию камней[3].

Серьезной проблемой могут стать осложнения желчнокаменной болезни: вторичное воспаление желчного пузыря, нарушение оттока желчи (с развитием расстройства пищеварения), повреждение и разрыв стенки желчного пузыря, истечение желчи в брюшную полость с развитием перитонита, нарушение оттока сока поджелудочной железы (при

анатомической общности выводных протоков в просвет двенадцатиперстной кишки) с развитием панкреатита и многие другие[1]. Поэтому важным элементом сохранения своего здоровья должны быть следующие профилактические меры:

Ответственный подход к рациону и режиму питания. Важно выработать привычку питаться регулярно и сбалансированно. Важнейшим компонентом в данном случае становится обязательный полноценный завтрак. Регулярные приемы пищи (каждые 3-4 часа в течение дня) способствуют постоянному оттоку желчи, предотвращая ее застой.

Регулярное прохождение медицинских осмотров. При обнаружении камней или признаков воспаления желчного пузыря назначают терапию, включающую прием лекарственных средств, которые способствуют регуляции желчеобразования и ее эффективному оттоку.

Людам, страдающим желчнокаменной болезнью, следует неукоснительно выполнять назначения и рекомендации врача. В противном случае высока вероятность такого прогрессирования болезни, которое потребует оперативного вмешательства, полного удаления желчного пузыря.

Цель исследования. Сбор, обобщение и оценка эффективности холефитосана пациентов с желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом.

Материалы и методы исследования. Мы отобрали в общей сложности 70 пациентов с желчными камнями и профилактическим лечением холефитосаном для выполнения этой задачи.

Результаты исследования. Основной целью терапии является восстановление функций желчевыводящих путей (ЖП) и сфинктерного аппарата ЖП, проведение терапии с холефитосаном. Кроме того, целесообразно проведение иммуномодулирующей и витаминной терапии, фито- и физиотерапии.

При данном заболевании рекомендуется дробный режим питания с частыми приемами пищи в небольших количествах (5–6-разовое питание), что способствует регулярному опорожнению ЖП, нормализует давление в протоковой системе желчных путей и двенадцатиперстной кишке (ДПК).

В случае повышения тонуса сфинктеров билиарной системы применяют спазмолитические средства: неселективные (метацин, платифиллин, баралгин и др.) и селективные M1-холиноблокаторы (гастроцепин). Однако при приеме данной группы препаратов может наблюдаться целый ряд побочных эффектов: сухость во рту, задержка мочеиспускания, нарушение зрения, тахикардия, запор, сонливость.

Сочетание сравнительно низкой терапевтической эффективности препаратов этой группы с широким спектром побочных действий ограничивает их применение, особенно при терапии дисфункции сфинктера Одди (СО).

Из миотропных спазмолитиков чаще всего применяют мебеверин (дюспаталин), дротаверин, бенциклан, отилония цитрат, тримебутин, гимекромон. Мебеверин (дюспаталин) оказывает селективный спазмолитический эффект на СО и эффективно купирует боли при желчнокаменной болезни, постхолецистэктомическом синдроме, обусловленных дисфункцией сфинктера, а также прямо воздействует на гладкую мускулатуру желудочно-кишечного тракта, устраняет спазм, не влияет на нормальную перистальтику кишечника.

Оказывая селективное спазмолитическое действие на СО, препарат улучшает отток желчи в двенадцатиперстной кишке. Исследования показали, что сочетание урсодезоксихолевой кислоты с мебеверином повышает частоту элиминации билиарного сладжа из ЖП с 80 до 95%.

Вывод. Полученный эффект обусловлен купированием гипертонуса СО и восстановлением сниженной сократительной функции ЖП. Основные критерии оценки эффективности лечебных мероприятий: –

купирование клинических симптомов; – восстановление моторной функции ЖП; – восстановление тонуса сфинктерного аппарата ЖП; – восстановление давления в ДПК.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1.Аралова М.В., Глухов А.А. Характер оперативных вмешательств при холедохолитиазе и его осложнениях // Вестн. новых мед. технологий. 2010. Т. 17, № 2. С. 101– 1

2.Бурдюков М.С., Нечипай А.М., Юричев И.Н. Оценка тяжести состояния больных, обусловленной механической желтухой опухолевой природы, в прогнозе развития осложнений ЭРХПГ и эндоскопической ретроградной билиарной декомпрессии // Эксперим. и клинич. гастроэнтерология. 2010. № 4. С. 78–84.02.

3.Дадвани С.А., Ветшев П.С., Шулутко А.М. и др. Желчно-каменная болезнь. М.: Видар-М, 2000. 139 с.

4.Котовский А.Е., Глебов К.Г., Уржумцева Г.А., Петрова Н.А. Эндоскопические технологии в лечении заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной зоны // Анналы хирургической гепатологии. 2010. Т. 15, № 1. С. 9–18.

5.Hochberger J., Te S., Miass J. et al. Management of common bile duct stones // Gastrointest. Endosc. Clin. Am. 2003. V. 13. P. 623–634.

6.Sandler R.S., Everhart J.E., Donowitz M. et al. The burden of selected digestive diseases in the United States // Gastroenterology. 2002. May. V. 122 (5). P. 1500–1511.