

«Современные проблемы клинической медицины»,
Ямайка (Кингстон), 16–26 апреля 2015 г.

Медицинские науки

УРСОДЕЗОКСИХОЛЕВАЯ КИСЛОТА
И ИТОПРИДА ГИДРОХЛОРИД
В ЛЕЧЕНИИ БИЛИАРНОГО СЛАДЖА

¹Багишева Н.В., ¹Трухан Д.И.,

¹Гришечкина И.А., ²Бусс Н.Н.

¹ОмГМУ, Омск, e-mail: dmitry_trukhan@mail.ru;

²Городская клиническая больница № 1, Омск

Одно из ведущих мест среди заболеваний органов пищеварения занимают болезни желчного пузыря и желчевыводящих путей [1, 2]. Патология билиарного тракта выявляется у лиц любого возраста, причем у женщин при различных нозологических формах в 3–10 раз чаще, чем у мужчин [3].

Термином «билиарный сладж» (БС) обозначается любая неоднородность желчи, выявляемая при эхографическом исследовании. Среди лиц, предъявляющих жалобы, характерные для диспепсии билиарного типа, частота выявления БС достигает 50–55%. Наряду с возможным формированием желчных камней, к частым осложнениям БС относятся дисфункция и стеноз сфинктера Одди, билиарный панкреатит.

Показанием к проведению курсов консервативной терапии при БС, даже не сопровождающегося клинической симптоматикой, является стойкое его выявление по данным УЗИ на протяжении 3 месяцев [1, 2]. При неэффективности немедикаментозных мероприятий проводится урсотерапия с использованием препаратов урсодезоксихолевой кислоты (УДХК). Клинический эффект урсотерапии при БС обусловлен снижением литогенности желчи и увеличением времени нуклеации, что в предупреждает образование микролитов и способствует растворению холестериновых камней [3].

Цель исследования. Оценить эффективность терапии БС препаратом УДХК-Урдокса® (компания ЗАО Фармпроект) в дозе 10 мг/кг в сутки в течение 3-х месяцев.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 58 женщин в возрасте 30–54 лет (средний возраст составил $43 \pm 3,4$ лет) с БС.

Результаты исследования и их обсуждение. Выделяются три основных типа БС [1, 2], имеющих четко очерченную эхографическую картину:

1) микролитиаз – взвесь гиперэхогенных частиц в виде точечных единичных или множественных смещаемых гиперэхогенных образований, не дающих акустической тени, выявляемых после изменения положения тела пациента – был выявлен у 11 пациенток;

2) сгустки замазкообразной желчи – эхогенно-однородная желчь с наличием различной плот-

ности сгустков желчи, смещаемых и не дающих акустической тени или, в редких случаях с эффектом ослабления за сгустком – отмечен у 38 пациенток;

3) сочетание замазкообразной желчи с микролитами (при этом микролиты могут быть одновременно как в составе сгустка замазкообразной желчи, так и в полости желчного пузыря) – выявлен у 9 пациенток.

Спустя 3 месяца урсотерапии в дозе 10 мг/кг в сутки однократно вечером по данным УЗИ отмечено исчезновение БС у 50 пациенток (86,2%). У оставшихся 8 пациенток, из которых у 4-х с был БС с сочетанием замазкообразной желчи с микролитами, исчезновение БС было отмечено спустя 2 месяца дополнительной терапии препаратом Урдокса® в дозе 15 мг/кг. У 19 пациенток в клинической картине присутствовали симптомы постпрандиального дистресс-синдрома, в этой связи в составе комплексной терапии был назначен прокинетики итотрида гидрохлорида (Ганатон® компании Abbott) 50 мг 3 раза в день в течение 3-х недель. Итотрида гидрохлорид выгодно отличается от других прокинетиков по трем основным параметрам: наличию двойного механизма действия, отсутствию серьезных побочных эффектов (прежде всего влияния на интервал Q-T на ЭКГ в отличие от домперидона) и лекарственных взаимодействий [4, 5]. У этих пациенток исчезновение БС было отмечено по данным УЗИ спустя 6 недель с начала приема УДХК, что позволяет предполагать положительное влияние итотрида гидрохлорида на моторику билиарного тракта.

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют об эффективности препарата УДХК – Урдокса® в терапии БС и сравнимы с результатами, полученными нами ранее при использовании для лечения пациенток с БС препарата Урсосан® [1–3], что позволяет предполагать терапевтическую эквивалентность препаратов этих 2-х препаратов УДХК. Применение итотрида гидрохлорид (Ганатон®) можно рассматривать в качестве перспективного препарата в терапии БС и гипомоторной дисфункции желчного пузыря.

Список литературы

1. Трухан Д.И., Викторова И.А., Лялюкова Е.А. Болезни желчного пузыря и желчевыводящих путей. – СПб: СпецЛит, 2011. – 176 с.

2. Трухан Д.И. Болезни желчного пузыря и желчевыводящих путей: пассивное ожидание или активное наблюдение? Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. – 2012. – № 3. – С. 26–30.

3. Трухан Д.И., Тарасова Л.В. Патология желчевыводящей системы у женщин: особенности патогенеза, течения,

коррекции и профилактики. Consilium Medicum. – 2013. – № 6. – С. 51–54.

4. Трухан Д.И., Тарасова Л.В., Гришечкина И.А. Прокитетики: в фокусе внимания итипрада гидрохлорид. Российские медицинские вести. – 2013. – № 3. – 29–40.

5. Трухан Д.И., Тарасова Л.В. Лекарственная безопасность и рациональная фармакотерапия в гастроэнтерологической практике. Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. – 2013. – № 5. – 9–16.

ПРОБЛЕМЫ ОПТИМИЗАЦИИ СЕМЕЙНОЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЬЮ ПЕРТЕСА

¹Синюк И.В., ²Дударев В.А.

¹ФГБУЗ «Сибирский клинический центр
Федерального медико-биологического агентства»,
Красноярск;

²ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф.
В.Ф. Войно – Ясенецкого Минздрава России,
Красноярск, e-mail: dudarev-va@yandex.ru

Известно, что здоровье взрослого человека формируется в детском возрасте. Одну из основных ролей в его формировании оказывают социально-гигиенические факторы, которые характеризуют образ жизни семьи и его влияние на здоровье ребенка. Определенное значение имеет поведение родителей по охране здоровья ребенка, которое во многом зависит от своевременной обращаемости за медицинской помощью при заболевании ребенка, а также с профилактической целью. Следует указать на ведущую роль взрослых в обеспечении физического и психического развития ребенка, а также в поддержании его здоровья, в связи с генетически запрограммированной беспомощностью ребенка и отсутствия целенаправленных форм врожденного поведения направленных на выработку адекватного поведенческого ответа на раздражающие факторы внешней среды [3, 5, 6, 8].

В последние годы наметилась необходимость комплексной реабилитации детей с болезнью Пертеса (БП) [1, 2, 5]. Индивидуальная программа реабилитации должна быть направлена не только на ребенка, но и на его семью, на ее информирование, обучение и коррекцию семейных взаимоотношений [5, 8, 9].

Кроме социально-гигиенических факторов, на течение БП у детей оказывают влияние различные клинические факторы. Многие авторы отмечают, что нарушение функции внешнего дыхания ведет к нарушениям функции и структурным изменениям органов и тканей. А.Г. Чуралин указал на прямую зависимость БП и дыхательной недостаточности у детей [7].

Учет всех вышеизложенных факторов показал, что своевременная и правильная реабилитация детей с БП ведет к улучшению результатов лечения, а следовательно к формированию у них устойчивого положительного отношения к жизни, труду, обучению, семье, обществу [2].

Цель исследования. Изучение социально-гигиенической и клинической характеристики детей с БП и их семей, анализ медико-социальных и психологических аспектов реабилитационного процесса, а также изучение функции внешнего дыхания с целью оптимизации реабилитации данных детей.

Материалы и методы исследования. Исследование выполнялось на базе детского хирургического стационара МУЗ ГКБ № 20 им. И.С. Берзона г. Красноярска, в которой осуществлялось лечение детей с БП. Для социально-гигиенической и психологической характеристики проводилось интервьюирование родителей детей с БП. Всего было обследовано 65 семей. Для сбора сведений были разработаны специальные карты-анкеты, обобщающие сведения, необходимые по изучаемой программе на каждого обследованного.

Дети страдающие БП в возрасте от 5 до 16 лет были распределены по клинко-рентгенологическим признакам на 3 группы: с легкой, средней и тяжелой степенью заболевания. Для распределения детей по группам использовался коэффициент, отраженный в диссертации О.М. Моторина [4].

Оценка функции внешнего дыхания производилась на спирографе Microspiro HI-501. Всего было обследовано 45 детей в возрасте от 5 до 16 лет.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ семей с детьми, страдающими БП, по их типу позволил установить, что основная доля семей на момент обследования являлась полной (67,6%). Неполных семей в результате развода или вдовствующих, было 27,3%. Остальные семьи были смешанными – 5,1% (один из родителей являлся сожителем).

При исследовании типов семей с учетом клинической степени БП было выявлено, что в неполных семьях чаще на 10,8% встречались дети со второй и третьей степенями БП ($p < 0,05$).

При изучении количества детей в семье и степени БП видно, что в семьях с большим количеством детей чаще отмечаются тяжело протекающие степени БП (табл. 1). Демографическая характеристика семей с детьми, страдающими различными степенями БП, показала преобладание неполных семей и большую детность в семьях с тяжелой степенью болезни.

При анализе медико-демографического статуса семей по возрасту супругов, каких-либо особенностей не было установлено.

Известно, что уровень образования родителей в определенной мере оказывает влияние на материальное обеспечение и социальный статус семьи, что в конечном итоге сказывается на здоровье детей, в ней проживающих. Исследование уровня образования родителей детей с БП позволило установить, что в 19,4% случаев родители имели высшее образование, 51,9% – среднее-специальное и 28,7% – среднее.