

ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕБСІНУ РЕТАРД ПРИ ЛІКУВАННІ ПАТОЛОГІЇ ЖОВЧЕВИВІДНОЇ СИСТЕМИ

Є.М. Стародуб, С.Є. Шостак, О.В. Бачинський

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

За прогнозами провідних вчених світу захворюваність органів травлення в найближчі 15-20 років зросте на 30-50 % за рахунок збільшення кількості хвороб, в основі яких лежать дискінетичні, стресові та/або метаболічні механізми. Це стосується і дисфункціональних розладів біліарного тракту (ДРБТ), які не складають суттєвої загрози для життя хворих, проте значно погіршують його якість. На сьогоднішній день і діагностика, і лікування ДРБТ є досить складними, враховуючи часте поєднання останніх з іншою патологією органів травлення, яка може маскувати, або і просто відволікати від даної проблеми. Разом з тим, при ігноруванні ДРБТ завжди є ймовірність трансформації функціональних порушень в органічну патологію - холангіт, холецистит, жовчнокам'яну хворобу (ЖКХ), можливість залучення в патологічний процес суміжних органів - печінки, підшлункової залози, шлунка, дванадцятипалої кишки або погіршення якості їх лікування [1].

Тому в останні роки провідні науковці світу приділяють велику увагу покращенню діагностики та вчасній і ефективній корекції дисфункціональних розладів біліарного тракту.

Функціональним розладам органів травлення присвячено ряд Римських консенсусів (1987, 1999, 2006рр.). При цьому слід зазначити, що останні положення Римського консенсусу III (2006р) спрямовані не тільки на уточнення, але і на обмеження ряду діагностичних і лікувальних заходів, які б дозволяли зменшити кількість витратних коштів на їх проведення, але без втрат у їх якості і ефективності, що є дуже актуальним в умовах сучасної

економічної кризи [2]. Слід також зауважити, що часто рекомендації міжнародних консенсусів (в склад рад яких входять експерти багатих країн світу) не є повністю доступними для бідніших регіонів, що обумовлює необхідність диференційованого підходу до їх виконання. Крім того, кожна країна, як правило, має свої національні протоколи, затверджені МОЗ чи іншими органами влади з відповідними функціями. Тому нам вдалось доцільним представити подальший матеріал у вигляді поєднання рекомендацій Римського консенсусу III, протоколів, затверджених МОЗ України і розробок наших провідних вітчизняних спеціалістів-гастроентерологів, які займаються вивченням проблем дисфункціональних розладів біліарного тракту.

За визначенням дисфункціональні розлади біліарного тракту – це комплекс клінічних симптомів, які розвиваються у результаті моторно-тонічної дисфункції жовчного міхура (ЖМ), жовчних проток і/або їх сфінктерів. Фактично, в основі ДРБТ лежить дисфункція жовчного міхура і/або жовчовивідних протоків, яка базується на непогодженому, несвоєчасному, недостатньому або надмірному скороченні жовчного міхура (ЖМ) і/або сфінктерів Одді, Люткенса, Міріці.

Згідно Римського консенсусу III ДРБТ винесені у рубрику E.

Класифікація функціональних розладів жовчного міхура і сфінктера Одді (CO)

- E1. Функціональні розлади жовчного міхура (ФР ЖМ)
- E2. Функціональний біліарний розлад CO
- E3. Функціональний панкреатичний розлад CO

Діагностичні критерії функціональних розладів жовчного міхура і сфінктера Одді [3]

Біль в епігастрії і правому верхньому квадранті живота + ВСІ перераховані нижче ознаки:

- Тривалість епізоду болю 40 хв. або довше
- Повторне виникнення симптомів через різні інтервали (не щодня)

- Біль посилюється, досягаючи постійного рівня
- Біль помірний або досить сильний, щоб порушити щоденну діяльність хворого і змусити його звернутися до лікаря
- Біль не полегшується при кишковій моториці
- Біль не полегшується при зміні пози
- Біль не полегшується при прийомі антацидів
- Виключені інші органічні захворювання, що дають схожу симптоматику

Додаткові діагностичні критерії функціональних розладів жовчного міхура і сфінктера Oddi :

- Біль поєднується з нудотою і / чи блювотою
- Біль іррадіює в спину чи під лопатку
- Біль будить хворого серед ночі

E1. Функціональні розлади ЖМ – це моторний розлад ЖМ, який клінічно маніфестує біліарним болем, може бути наслідком любого з початкових метаболічних порушень або первинного порушення моторики ЖМ, або ж при відсутності, принаймні спочатку, любого відхилення у складі жовчі. Результатом є затримка жовчі, що приводить до порушення складу і рециркуляції жовчі в жовчному міхурі. У свою чергу ці стани можуть з часом приводити до органічної патології: холестерозу ЖМ, холециститу або до ЖКХ [5,6,7,8].

Епідеміологія функціональних розладів жовчного міхура

За даними сонографічного дослідження органів травлення на ФР ЖМ страждають близько 8 % чоловіків та 21% жінок.

Діагностичні критерії функціональних розладів ЖМ

- Є ознаки, які відповідають діагностичним критеріям функціональних розладів жовчного міхура і СО
- Є жовчний міхур
- Нормальні печінкові ферменти, кон'югований білірубін і амілаза/ліпаза
- Відсутні камені, біліарний сладж або мікролітіаз (камені < 3 мм)

- При безперервній інфузії холецистокініну октапептиду протягом 30 хвилин фракція викиду жовчного міхура < 40 % при холесцинтиграфії з Tc⁹⁹
- Зникнення болю після холецистектомії протягом 12 місяців і більше

Діагностичні пошук при ФР ЖМ [2,3,4]

- Біохімічний аналіз крові (БАК) – в нормі
- УЗД не виявляє змін структури ЖМ, жовчовивідних шляхів та підшлункової залози (ПЗ)
- ЕГДС – в нормі
- Мікроскопічне дослідження жовчі – в нормі.

Для даного дослідження використовують жовч, отриману під час дуоденального зондування. Міхурову порцію центрифугують. Мікрокристали холестерину виявляють за допомогою поляризуючого мікроскопа, гранули білірубінату – за допомогою світлової мікроскопії.

- Оцінка випорожнення ЖМ за допомогою холесцинтиграфії з Tc⁹⁹.

При фракції викиду < 40 % хворим показана холецистектомія

- Динамічне УЗД - рекомендується
- Провокативні больові тести – не рекомендуються

Функціональні розлади сфінктера Oddi (ФРСО)

Дисфункція СО — це розлади моторики СО, які викликають біль, підвищення рівня печінкових або панкреатичних ферментів, дилатацію загальної жовчної протоки або епізоди панкреатиту. При цьому ФРСО поділяються на функціональні біліарні розлади СО (Е 2.) і на функціональні панкреатичні розлади СО (Е 3.), і можуть виявлятися як окремо, так і в поєднанні.

Епідеміологія функціонального біліарного розладу СО

- Ознаки, що вказують на дисфункцію СО, були виявлені у 1,5 % пацієнтів після холецистектомії
- Дисфункція СО виявляється у жінок частіше, ніж у чоловіків і спричиняє невихід на роботу, непрацездатність, звернення за медичною допомогою [9,10].

Е 2. Діагностичні критерії функціонального біліарного розладу СО

повинні включити обидва з наступних [3]:

1. Критерії для функціональних розладів жовчного міхура і СО
2. Нормальний рівень амілази/ліпази

Підтверджуючі критерії:

1. Підйом трансаміназ сироватки, лужної фосфатази або кон'югированного білірубіну, за часом зв'язаних, принаймні, з 2 епізодами болю

Біліарна дисфункція сфінктера Одді 1 типу (ймовірність 65-95 %) [4]

Напад болю біліарного типу в поєднанні з 3 наступними ознаками:

- Підвищення АСТ і/або ЛФ в 2 і більше разів при дворазових дослідженнях
- Затримка відтоку жовчі більше 45 хвилин
- Розширення загальної жовчної протоки більше 12 мм

Біліарна дисфункція сфінктера Одді 2 типу (ймовірність (50-63%)

Напад болю біліарного типу в поєднанні з 2 наступними ознаками:

- Підвищення АСТ і/або ЛФ в 2 і більше разів при дворазових дослідженнях.
- Затримка відтоку жовчі більше 45 хвилин
- Розширення загальної жовчної протоки більше 12 мм.

Біліарна дисфункція сфінктера Одді 3 типу (ймовірність 12-28%)

- Тільки напад болю біліарного типу.

При цьому слід наголосити (!), що лабораторні дослідження можуть мати значення тільки у випадку, якщо вони проводяться під час або одразу після больового нападу.

У світі на сьогоднішній день єдиним стовідсотково достовірним методом діагностики дисфункції сфінктера Одді (ДСО) вважається **манометрія** [3].

Діагностичний пошук при ДСО

- Біохімічний аналіз крові

- Магніто-резонансна холангіопанкреатографія
- Динамічна УЗД діаметра проток після введення холецистокініну
- Холедохосцинтиграфія з міченим технецієм
- Ретроградна панкреатохолангіографія
- Манометрія – підвищення базального тиску > 40 мм рт. ст.
- Багатофракційне дуоденальне зондування
- Доцільні терапевтичні проби з інгібіторами протонової помпи, ніфедіпіном та психотропними засобами

ЕЗ. Функціональний панкреатичний розлад сфінктера Oddi (ФПРСО)

Проявляється класичною картиною панкреатиту з гострим болем, який може супроводжуватись підвищенням рівня ліпази та амілази сироватки крові. Часто таким хворим виставляють діагноз – ідіопатичний рецидивуючий панкреатит. При мінімальних проявах — подібно Зму типу біліарної ДСО — біль є єдиним проявом ФПРСО, при цьому немає підйому панкреатичних ферментів. У багатьох пацієнтів дані прояви можуть трактуватися як синдром функціонального абдомінального болю [2].

Епідеміологія функціонального панкреатичного розладу сфінктера Oddi

- Більшість пацієнтів з функціональними панкреатичними розладами СО - жінки. Середній вік пацієнтів з ідіопатичним рецидивуючим панкреатитом - 40 років.

- Манометричне підтвердження панкреатичної дисфункції СО можна знайти у 15 - 72 % хворих

Діагностичні критерії функціонального панкреатичного розладу сфінктера Oddi [3]

Повинні включати ОБИДВІ наступні ознаки:

1. Критерії для функціональних розладів жовчного міхура та СО
2. Підвищена амілаза і/або ліпаза крові

Лікування функціональних розладів жовчного міхура і сфінктера Одді [3]

Тактика лікування функціональних х розладів СО

- Тип I – ендоскопічна сфінктеротомія без манометрії

При вищезазначеному типі ФРСО вважається недоцільним витратити кошти на консервативне лікування, оскільки єдиний шлях корекції в такому випадку – хірургічне втручання

- Тип II – консервативна терапія.

При неефективності – сфінктеротомія

- Тип III – те ж

Дієтичні рекомендації при функціональних розладах ЖМ і СО [1]:

- При гіпермоторній дисфункції - застосування продуктів, що містять магній (гречана крупа, пшеничні висівки, пшоно, різні види капусти). Не рекомендується вживання тваринних жирів (окрім вершкового масла), яєчних жовтків, здоби, горіхів.

- При гіпотонії жовчного міхура рекомендують вживання немісних м'ясних бульйонів, вершків, сметани, рослинного масла і яєць, що зварені рідко. Рослинну олію приймають не більш чайної ложки 2-3 рази на день за 30 хвилин до їжі протягом 2-3 тижнів. Для запобігання закрепів рекомендують страви, що сприяють кращому спорожненню кишечника (морква, гарбуз, кабачки, зелень, кавуни, дині, чорнослив, курага, мед).

Призначення мінеральних вод

- При гіпотонічно-гіпокінетичній формі показані мінеральні води середньої мінералізації (Єсентуки №17, Баталінська) кімнатної температури по 150-200 мл 2-3 рази на день за 30-90 хвилин до їжі (залежно від кислотоутворюючої функції шлунка).

- При гіпертонічно-гіперкінетичній формі показані води малої мінералізації (2-5 г/л), негазовані або слабогазовані (Моршинська №6, Миргородська, Маковська, Слав'янівська, Смірновська, Трускавецька,

Єсентуки №4 і 20, Нафтуса, Березівська) в теплому вигляді по 100-150 мл 3-4 рази на день за 1 годину до їжі [11,12].

Медикаментозне лікування функціональних розладів жовчного міхура і сфінктера Одді [2,4]

Тривалість лікування – 1-2 місяці

Гіпотонічно-гіперкінетичної форми ДРБТ

▪ Селективні антагоністи Ca^{2+} , антихолінергічні засоби, нітрати – присутні у протоколах, затверджених МОЗ України.

Слід зауважити, що останніми роками ці засоби мають дуже обмежене застосування і, мабуть, потребують вилучення із протоколів, як застарілі рекомендації.

▪ Міотропні смазмолітики (селективні): отилонія бромід, пінаверію бромід, мебеверіну гідрохлорид

▪ Холеретики: препарати артишоку

▪ Прокінетики: церукал, мотиліум

Гіпотонічно-гіпокінетичної форми ДРБТ

а) холеретики (2-3 тижні):

▪ препарати, що містять жовч або жовчні кислоти (аллохол, дегідрохолева кислота, холензим, ліолів);

▪ синтетичні препарати (оксафенамін, нікодин);

▪ препарати рослинного походження (фламін, холагогум, гепабене, гепатофальк-планта та ін.);

б) холекінетики (3-4 тижні):

▪ домперідон, холецистокінін, сульфат магнію, оливкова олія, сорбіт, ксиліт, холосас, рафахолін.

▪ Сліпий дуоденальний тюбаж (з сорбітом та інші жовчогінними речовинами) — 1 раз у 2-3 дні N 3-5

Гіпертонічно-гіперкінетичної форми ДРБТ

Проводиться протягом 1-2 міс

а) міотропні спазмолітики неселективні: платифіліну гідрохлорид, метацин, дротаверіну гідрохлорид, бускопан, вінборон по 20 мг тричі на добу – 21 день

б) холекінетики: домперідон, метоклопрамід

в) транквілізатори (сульпірид, адаптол)

Лікування функціональних біліарних розладів (додаткові засоби):

▪ Поліферментні препарати, що містять жовчні кислоти: фестал, дигестал;

▪ Засоби, зменшуючі дуоденальну гіпертензію і нормалізуючі процес травлення в ДПК: фуразолідон, метронідазол або орнідазол, інтетрикс;

▪ Пробіотики: біфіформ, ентерол, лактовіт

▪ Пребіотики: лактулоза, дуфалак, лактувіт

Лікування функціональних панкреатичних розладів СО

▪ Тип I – ендоскопічна сфінктеротомія без манометрії

▪ Тип II – консервативна терапія

1) селективні спазмолітики: дуспаталін, мебсін ретард

2) прокінетики: метоклопрамід, мотиліум, праймер

3) ферменти, що не містять жовчних кислот – креон, пангрол;

▪ При неефективності – сфінктеротомія

▪ Тип III – те ж

Додаткові засоби лікування ДРБТ

За даними сучасних досліджень при неефективності попередньої консервативної терапії до лікування слід додати:

До основної терапії додають:

1) антагоністи і агоністи 5HT₃ і 5HT₄-рецепторів: ондасетрон, алосетрон

[1,2]

2) транквілізатори: амітриптилін, сульпірид [13,14].

3) денні транквілізатори: ноофен – по 250 мг тричі на добу, адаптол – по 300 мг тричі на добу або по 500 мг двічі на добу [15].

Оперативне лікування функціональних розладів СО

- Оперативна трансдуоденальна сфінктеропластика
- Ендоскопічна папілосфінктеротомія – золотий стандарт лікування дисфункції СО
- Ендопротезування біліарних протоків і протоків підшлункової залози
- Ендоскопічне введення Botulinum toxin (Botox)

Санаторно-курортне лікування [4]

При стійкій ремісії:

- Моршин, Трускавець, Свалява, Кавказські Мінеральні Води, Березовські Мінеральні Води, Миргород, Куяльник.

Диспансерне спостереження - не передбачається

Підводячи підсумок вищенаведеному, можна відмітити, що при поєднанні рекомендацій Римського консенсусу III із протоколами, затвердженими МОЗ України і даними сучасних провідних науковців України на сьогоднішній день ми маємо чітке уявлення про діагностичний пошук і тактику лікування хворих із ДРБТ.

З іншого боку, в часи економічної кризи актуальним є пошук медикаментозних засобів, які були б достатньо ефективними і в той же час доступними для всіх прошарків населення України. Одним із таких препаратів, на нашу думку, може бути Мебсін ретард – генерик мебеверину гідрохлориду, який присутній практично у всіх схемах лікування будь-якої форми ДРБТ. Механізм дії мебеверину і його переваги на сьогоднішній день є добре вивченими [16, 17, 18], зокрема, доведено:

- мебеверин у 20-40 разів ефективніший за папаверин по здатності розслабляти сфінктер Одді

- селективно діє на кишечник і біліарний тракт, усуваючи спазм сфінктерного апарату гепато-біліарного тракту, але не викликає гіпотонії жовчевого міхура та кишечника
- не має системних ефектів
- мебеверін активно метаболізується при проходженні через печінку, і всі метаболіти швидко виводяться з сечею (протягом 24 годин після прийому однократної дози)
- діє безпосередньо на гладком'язову клітину, що дозволяє отримати передбачуваний клінічний результат
- не впливає на холіноергічну систему (не має атропіноподібних ефектів)
- поволі вивільняється з капсул при пасажі по кишці, забезпечуючи пролонгованість дії (протягом 16 годин).
- препарат не накопичується в організмі і навіть для немолодих пацієнтів не вимагається корекції доз, - особливо важливо для пацієнтів з дисфункцією сфінктера Одді після перенесеної холецистектомії

Крім того, за даними контрольованих досліджень, частота небажаних реакцій при лікуванні мебеверіном є в 3 рази нижчою, ніж при використанні антихолінергічних препаратів.

Враховуючи цінову політику компанії «Сінмедик», виробника Мебсіну ретард, яка забезпечила найдешевшу вартість препарату в порівнянні з аналогами, і актуальність цього моменту для нашого сьогодення, ми поставили собі за мету вивчити ефективність Мебсіну ретард при лікуванні хворих із дисфункціональними розладами біліарного тракту.

Матеріали і методи

Під нашим спостереженням знаходились 97 хворих з ДРБТ, які обстежувались і лікувались в гастроентерологічному відділенні ТМКЛ № 2: 41 - із гіпотонічно-гіперкінетичною дискінезією жовчевивідних шляхів, 30 - із холестерозом ЖМ (18 - сітчастою, 4 - поліповидною, 8 - змішаною сітчасто-поліповидною формою), 8 - із хронічним некалькульозним

холециститом (ХНХ), 9 - із жовчекам'яною хворобою, 9 - із постхолецистектомічним синдромом. Діагноз встановлювали за допомогою стандартного загально-клінічного обстеження та спеціальних додаткових досліджень (динамічної сонографії гепатобіліарної системи (з жовчогінним сніданком) та багатофракційного дуоденального зондування із дослідженням хімічного складу жовчі. Вищевказані дослідження використовували і в динаміці (через 14 днів і через 2 місяці від початку лікування) - для вивчення ефективності проведеного курсу лікування.

Отримані результати досліджень опрацьовували за допомогою пакету стандартних статистичних програм для ПК.

З метою вивчення ефективності використання Мебсіну ретард при лікуванні хворих із дисфункціональними розладами біліарного тракту усі хворі були розподілені на дві групи, рандомізовані за віком, статтю та патологією жовчовивідної системи.

Перша група (I – 48 осіб) отримувала стандартну терапію, згідно протоколів, затверджених МОЗ України: міотропні спазмолітики (дротаверин, папаверин, платифілін) протягом 1-2 місяців, при наявності ознак гіпотонії жовчного міхура - жовчогінні засоби (артишок, хофітол) протягом 2-3 тижнів, прокінетики (метоклопрамід, мотиліум) протягом 3-4 тижнів. При холестерозі ЖМ додавали есенціальні фосфоліпіди (енерлів, есенціале Н) та, у разі необхідності, - урсодезоксихолеву кислоту (урсофальк, урсосан); при ХНХ – антимикробну терапію (флемоксин, ципрофлоксацин). При ЖКХ (у разі відмови пацієнтів від оперативного втручання) - урсодезоксихолеву кислоту, міотропні спазмолітики, прокінетики, при потребі - антимикробні засоби.

Друга група (II – 49 осіб) отримувала подібну терапію, за виключенням неселективних міотропних спазмолітиків, які були замінені на Мебсін ретард (по 200 мг двічі на добу протягом 1-2 місяців).

Результати досліджень

Перед тим, як перейти до аналізу показників результатів лікування за допомогою різних схем комплексної терапії, слід зазначити, що у всіх 49 хворих II групи ми використали Мебсін ретард в якості підготовки до проведення дуоденального зондування.

Якщо врахувати, що ще донедавна при підготовці хворих до вищевказаного дослідження рекомендували використовувати атропін, який викликав ряд небажаних ефектів (тахікардію, сухість в роті, мідріаз, головокружіння, порушення акомодатції, підвищення внутрішньоочного тиску, серцебиття, аритмії, АВ – блокади), - і це значно обмежувало його використання, крім того, атропін часто спричиняв тривожність та/або збудливість, що призводило до спазму сфінктерного апарату гепатобіліарної зони, і, як наслідок, - до невиконання самого зондування, то використання Мессіну ретард, позбавленого всіх вищезазначених негативних якостей, здалося нам найбільш прийнятним у цій ситуації. Суттєвим моментом була і вартість даного препарату, яка є значно нижчою, в порівнянні з іншими аналогами, які є на фармацевтичному ринку України.

За нашою розробкою Мебсін ретард призначали по 200 мг двічі на добу протягом трьох днів та за 1 годину до самого дослідження. В процесі такої підготовки у жодного хворого побічної дії препарату зафіксовано не було. Усім пацієнтам було проведено дуоденальне зондування, яке було абсолютно успішним: отримано всі порції жовчі і проведено їх біохімічний аналіз. Це, в свою чергу, дозволило диференціювати різні форми дисфункціональних розладів біліарного тракту та більш точно встановити патологію жовчного міхура.

У хворих I групи з цією метою використовували дуспаталін, який забезпечив такі ж результати даного діагностичного дослідження, при цьому був більш дорожчим.

Аналіз динаміки змін під впливом проведеної терапії показав, що в обох групах обстежених покращились основні клінічні та лабораторно-інструментальні синдроми. Так, в II групі зникнення больового синдрому

спостерігалось вже на 3 - 4 день лікування у 41 (83,67 %) пацієнтів, тоді як в I групі – лише у 32 (66,67 %), ($p < 0,05$). У решти хворих больовий синдром зберігався і мав тягучий, ниючий або розпираючий характер. В II групі хворих також встановлено достовірно частіше зникнення болючості в правому підребір'ї через 14 днів та 2 місяці від початку лікування, в порівнянні із обстеженими I групи (97,96 проти 77,08 % та 93,88 проти 54,17 %, відповідно, ($p < 0,05$)). Подібна картина відмічалась і стосовно диспепсичних явищ. Астено-невротичні розлади однаково часто виявлялись у I і у II групі обстежених, як в ранні, так і пізні терміни лікування (68,75 і 69,38 %; 62,5 і 61,22 %; 56,25 і 53,06 %, відповідно, ($p > 0,05$)).

Динаміка міхурових симптомів була більш позитивною у хворих, які у комплексних схемах лікування отримували Мебсін ретард: (61,36 проти 40,9 %; 95,45 проти 52,27 % та 93,18 проти 54,55 %, відповідно, ($p < 0,05$)). Очевидно, це пояснюється збереженням скоротливої здатності жовчного міхура при використанні Мебсіну ретард, і відносною його гіпотонією при застосуванні неселективних міолітиків (но-шпи, папаверину, платифіліну).

При порівнянні змін лабораторних показників у хворих обох груп, - різниця достовірною не була.

Показовою була динаміка показників моторно-евакуаторної функції жовчевивідної системи. Так, через 2 місяці від початку лікування у хворих обох груп спостерігалось покращення скоротливої здатності жовчевого міхура (очевидно, за рахунок призначення вдало обраних препаратів патогенетичної терапії (артишоку, есенціальних фосфоліпідів, урсодезоксихолевої кислоти), які покращували реологічні властивості і хімічний склад жовчі). При цьому, у 53,33 % пацієнтів I групи і 46,67 % II-ї при сонографічному дослідженні не визначались ознаки холестерозу, товщина стінки ЖМ зменшилась до $2,51 \pm 0,21$ і $2,45 \pm 0,33$ мм, відповідно; у 27,27 і 30,76 % хворих обох груп, відповідно, зник біліарний сладж. Слід зазначити, що кращі показники моторно-евакуаторної функції ЖМ були все ж у хворих, які отримували Мебсін ретард: середнє максимальне скорочення

ЖМ у хворих II групи збільшилась до $61,53 \pm 2,4$ % ($p < 0,05$, в порівнянні з даними до лікування), а у I групі – до $37,45 \pm 5,1$ % ($p < 0,05$, в порівнянні з даними до лікування). На нашу думку, це можна пояснити селективною спазмолітичною дією Мебсину ретард, який знімає лише гіпертонус сфінктера Одді, а, відтак, - усуває перешкоди для відтоку жовчі, при цьому не викликаючи гіпотонію жовчного міхура. У I групі хворих неселективні міотропні спазмолітики розслабляли як сфінктер Одді, так і жовчний міхур.

Таким чином, в II групі хворих було досягнуто кращих результатів лікування, ніж у I групі, як за клінічними даними, так і за даними додаткових методів досліджень.

Хворі обох груп в більшості випадків добре переносили запропоновану терапію. Лише 4,17 % пацієнтів I групи і 4,08 % II-ї мали побічні явища у вигляді проносу, які в процесі лікування було відкориговано за рахунок зменшення доз есенціальних фосфоліпідів та урсодезоксихолевої кислоти.

Висновки

1. Мебсін ретард є ефективним засобом, який можна застосовувати при підготовці хворих до дуоденального зондування.
2. Включення Мебсину ретард в комплексні схеми терапії дисфункціональних розладів біліарного тракту дозволяє прискорити регрес клінічної симптоматики захворювань та показників інструментальних методів досліджень.
3. За результатами проведених досліджень побічних явищ при використанні Мебсину ретард не виявлено.

Література

1. Фадєєнко Г.Д. Дисфункція біліарного тракту: можливості патогенетичної терапії // Здоров'я України. - № 112. – 2005. – С. 3-4

2. Вдовиченко В.І., Бичков М.А., Денисюк Я.С. Функціональні захворювання органів травлення у світлі Римських III критеріїв / - Львів, 2008ю – 106 с.

3. Стандарти діагностики та лікування римський консенсус iii, 2006. Синдром функціонального абдомінального болю / R.E. Clouse, E.A. Mayer, Q. Aziz, D.A. Drossman, D.I. Dumitrascu, H. Monnikes, B.D. Naliboff міхура // Сучасна гастроентерологія. - №4 (36).- 2007.- С.87-93.

4. Клінічні протоколи надання медичної допомоги хворим за спеціальністю "Гастроентерологія". - Наказ МОЗ України 13.06.2005 N 271. – 21 с.

5. Харченко Н.В., Демида Е.П., Динник О.Б. Стан моторики жовчного міхура та корекція порушень у хворих на холестероз жовчного міхура // Сучасна гастроентерологія. - №4 (18).- 2004.- С.33-36.

6. Харченко Н.В., Демида Е.П. Клініко-лабораторні та сонографічні особливості неускладнених форм холестерозу жовчного міхура // Сучасна гастроентерологія. - №2(22).- С.34-39.

7. Анохіна Г.А., Демида Е.П. Холестероз жовчного міхура // Мистецтво лікування.- №2.-2003.- С.41-44.

8. Губергриц Н.Б., Бен Хмида Макрем Бен Мекки. Билиарный сладж: констатировать или лечить? // Сучасна гастроентерол.— 2005.— № 4 (24).— С. 9—19.

9. Глушко Л.В., Скрипник Л.М. Стан вегетативної нервової системи у хворих на хронічний некалькульозний холецистит жінок різного віку та корекція лікування з допомогою кверцетину //Вісник наукових досліджень.- 2004.-№3.-С.78-79.

10.Щербинина М.Б., Вагин С.В, Литвяк Э.И. Анализ нарушений моторики билиарного тракта в зависимости от функционального состояния вегетативной нервной системы // Гепатология. – 2005. – №2. – С.24-30.

11.Свінціцький А.С., Дуло О.А., Ротаєнко А.П., Швардак М.В. Спосіб комплексного лікування дисфункціональних розладів біліарного тракту: Патент України № 6879 від 16.05.2005.//Бюл. № 5.

12.Ротаєнко А.П., Дуло О.А., Швардак М.В., Горицька С.І. Вивчення ефективності і оптимізації режимів прийому слабосульфідної мінеральної води Синяцького родовища при біліарній патології. // Науковий вісник Ужгородського університету, серія “Медицина”. –2005. – Вип. 25.– С.92- 96.

13.Щербиніна М.Б., Закревская Е.В., Лукинов Г.В. Влияние Урсофалька на модификацию холестерина желчного пузыря и состояние липидного обмена // Сучасна гастроентерологія. – 2007. - № 3. – С. 47-51.

14.Чернова В.М. Функціональні розлади біліарного тракту: клініка, діагностика, підходи до лікування //Мистецтво лікування.-2006.-№ 8(34).- С.19-21.

15.Стародуб Є.М., Шостак С.Є. Адаптол у комплексному лікуванні хворих із гастроентерологічною патологією // Biomedical and Biosocial Anthropology. - 2007. - № 8. - С 125-127.

16.Климов А.Е. Дюспаталин в терапии функциональных заболеваний кишечника и желчевыводящих путей // Русск.мед. журн.— 2003.— Т. 11, № 5.— С. 2—3.

17. Звягінцева Т.Д., Шаргород І.І. Біліарна дисфункція: від патогенезу до сучасних принципів лікування // Медицина залізничного транспорту України.— 2004.— № 1.— С. 69—72.

18. Губергриц Н.Б., Юрьева А.В., Фоменко П.Г. Постхолецистэктомический синдром // Сучасна гастроентерологія. – 2006. - № 3 (29). – С. 4-8.