

определение возможностей применения кристаллографических маркеров патологии. Авторы указывают на возможность использования числовых показателей, характеризующих такие маркеры, среди которых наиболее перспективным является показателем фрактальности. Учитывая вышеприведенную научную информацию из доступных отечественных и зарубежных источников, можно утверждать о большой актуальности применения именно теории фракталов в клинической стоматологии.

Summary

FRactal Biological Fluids

Zaporozhchenko I. V.

Key words: fluid, gingival sulcus, parodontal pocket, crystallographic picture, inflammation of parodontium, saliva, fractal dimension.

This paper focuses on the on the researches of in-home and foreign authors studying the data on the crystallization of biological fluids in normal and pathological conditions. The result of the analysis enables to apply crystallographic markers in clinical practice. The author also points out to the possibility to apply numerical indicators, which characterize such markers, and the most promising figure is fractal. Based on the information published in in-home and foreign sources we could suggest the relevance of the theory of fractals application in clinical dentistry.

УДК 616.361-009.2: (614.23:362.17)

Іжицька Н.В.

ДИСКІНЕЗІЯ ЖОВЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

В основі дискінезії жовчовивідних шляхів лежить моторно-тонічна дисфункція жовчного міхура і сфінктерів жовчних проток. При цьому порушується спорожнення жовчного міхура і надходження жовчі в дванадцятипалу кишку. Дискінезія жовчовивідних шляхів (ДЖВШ) є найбільш поширеним функціональним порушенням гепатобіліарної системи і служить провідною причиною холестазу, а також утворення каменів у жовчному міхурі та протоках. Лікування дискінезії жовчних шляхів повинно мати комплексну спрямованість, що включає нормалізацію режиму і характеру харчування, санація вогнищ інфекції, десенсибілізуючу, протипаразитарну і противоглистяну терапію, ліквідацію дисбактеріозу кишечника і гіповітамінозу, усунення симптомів дисфункції. Загальні принципи лікування при дискінезіях жовчних шляхів полягають у поліпшенні нейрогуморальних регуляторних механізмів жовчовиділення, усуненні дистонії вегетативної нервової системи і патологічних рефлексів на м'язи жовчного міхура, жовчних проток і сфінктерів, усуненні і лікуванні невротицичних і дієнцефальних розладів, боротьбі з інфекцією, захворюваннями травної системи, гормональними розладами.

Ключові слова: жовчовивідні шляхи, дисфункція сфінктера Одді, моторно-евакуаторна функція жовчовивідних шляхів.

Захворювання жовчевого міхура та жовчовивідних шляхів за поширеністю займають перше місце серед захворювань органів травлення, а кількість людей, які звертаються до лікарів зі скаргами на жовчевий міхур, продовжує зростати. Враховуючи те, що сімейні лікарі є першою ланкою надання допомоги населенню, саме вони зіштовхуються найчастіше з цією проблемою. З віком імовірність ускладнення жовчевого міхура збільшується, до того ж ці захворювання, як правило, у старших людей поєднуються з іншими захворюваннями, що утруднює діагностику [1,5,6,7,9,11,12,14].

Дискінезія (дисфункція) жовчевого міхура – це неузгоджене, несвоєчасне, недостатнє або надмірне скорочення жовчного міхура і (або) жовчних проток або їхніх сфінктерів у поєднанні з порушенням тону, що може супроводжуватися порушенням виділення жовчі.

Причини порушення випорожнення жовчевого міхура:

Первинні:

– Патологія гладком'язевих клітин жовчевого міхура

– Зниження чутливості до нейрогуморальних

стимулів

– Дискоординація жовчевого міхура та міхурової протоки

– Збільшення опірності міхурової протоки

Вторинні

– Гормональні – вагітність, терапія соматостатинами

– Післяопераційні стани – резекція шлунку, накладання анастомозів, ваготомія

– Системні захворювання – діабет, цироз печінки, дистрофія, целіалкія

– Запальні захворювання жовчевого міхура та наявність каменів.

В основі дисфункції позапечінкових жовчних шляхів лежить порушення взаємодії систем, які координують послідовність скорочення і розслаблення жовчного міхура і системи м'язів-замикачів. Дискінезія може виникати в разі відсутності органічних змін з боку жовчного міхура, жовчних проток, а також інших органічних захворювань. У таких випадках її слід вважати самостійним захворюванням (первинна дискінезія жовчних шляхів), яке може призводити до розвитку запального процесу й утворенню каменів у жовчному міхурі. Якщо дискінезія виникає на

фоні органічних захворювань жовчних шляхів або інших органів, її розглядають як вторинну [1].

У тисяч людей в жовчовому міхурі є камені, які не потребують негайного втручання, але в будь який час вони можуть спричинити великі неприємності. Щорічно тисячам людей проводять холецистектомію, проте, на жаль, у багатьох пацієнтів больові відчуття зберігаються і після оперативного лікування, що обумовлено спазмом сфінктера Одді [5,9,10].

Через складність диференціальної діагностики визначити частоту первинної дискінезії жовчних шляхів досить важко. За даними різних авторів, вона становить 12,5—25% усіх захворювань жовчовидільної системи. Численні дослідження виявили гендерну особливість у структурі хворих на дискінезію жовчовивідних шляхів, переважно хворіють жінки молодого віку, астеничної конституції, в яких нерідко спостерігають зв'язок дискінезії з менструальним циклом. При цьому ознаки дискінезії з'являються за 1—4 дні до початку менструації, часто разом з іншими проявами передменструального синдрому. У клімактеричний період частота дискінезії збільшується [6].

Виникнення первинної дискінезії жовчних шляхів спричинюється порушенням функції центральної та вегетативної нервової системи (неврози, гіпоталамічні розлади, дистонія вегетативної нервової системи), ендокринними розладами (недостатнє продукування тиреоїдину, кортикостероїдів, статевих гормонів). Часом цьому сприяють генетично зумовлена слабкість м'язів жовчного міхура, порушення рівноваги між продукуванням гормонів, що регулюють його скоротливу функцію [15]. Тривала первинна дискінезія жовчних шляхів може зумовити застій жовчі у жовчному міхурі, що порушує її колоїдну стабільність і призводить до розвитку запального процесу й утворення каменів.

Велике значення у розвитку дискінезії жовчних шляхів мають вісцеро-вісцеральні рефлексії. Рефлекторні порушення моторної функції жовчного міхура і жовчних проток можуть виникати при виразковій хворобі, дуоденіті, гастриті, панкреатиті, запальних процесах в органах малого тазу, хворобах хребта. Так, запальний процес у слизовій оболонці дванадцятипалої кишки, її гіпертрофія чи атрофія призводять до порушень секреції панкреозимін-холецистокініну, який відіграє головну роль у регуляції моторики жовчних шляхів [3,16].

Вторинна дискінезія жовчних шляхів часто розвивається у хворих на хронічний холецистит без каменя і жовчнокам'яну хворобу. Розвиток і прогресування дискінезії жовчних шляхів тісно пов'язані зі станом надсегментарного вегетативного апарату лімбако-ретикулярної системи, яка забезпечує іннервацію вегетативних, емоційних і фізичних функцій організму. Функціональна неповноцінність цих утворень відзначається при дистонії вегетативної нервової системи, яка

визначається майже у половині хворих із дискінезією жовчних шляхів і характеризується переважанням тону симпатичної нервової системи, що веде до підвищення тону м'яза — замкача печінково-підшлункової ампули (сфінктера Одді) і зменшення скоротливості жовчного міхура [5,6].

Певне значення у виникненні дискінезії жовчних шляхів має спадковість, наявність пренатальної патології, зокрема пізній гестоз вагітності у матері.

Функціональні порушення жовчовидільної системи на тлі спадкової схильності можуть спричинювати різні провокаційні чинники (негативні емоції, порушення дієти, режиму харчування, паління, зловживання алкоголем тощо).

З урахуванням основних положень Міжнародної класифікації функціональних захворювань органів травлення (ФЗОТ), де біліарні дискінезії представлені в розділі Е дисфункцією жовчного міхура і спазмом сфінктера Одді. За сучасними уявленнями, причиною ФЗОТ є дискоординація регуляторних впливів у системі головного мозку — травний канал, результатом чого є порушення секреторної (кислотопродукуючої) та моторної функцій шлунково-кишкового тракту. В осіб, які звертаються з приводу ФЗОТ до лікаря частіше всього спостерігається депресія, тривога, іпохондричні настрої, боязнь відкритих просторів (агорафобія), низька самооцінка, астеновегетативні порушення (роздратованість, нестійка субфебрильна температура, пітливість тощо), порушення менструального циклу. На стресову ситуацію більшість таких пацієнтів реагують загостренням як гастроентерологічної так і психопатичної симптоматики [17].

За моторно-евакуаторною функцією жовчного міхура дискінезії розділяють на гіпокінетичні та гіперкінетичні

Гіпокінетична форма дискінезії жовчних шляхів частіше спостерігається в осіб з переважанням тону симпатичної частини вегетативної нервової системи. Цьому сприяє виділення антихолецистокініну, надмірна кількість якого значно знижує утворення холецистокініну у дванадцятипалій кишці, що у свою чергу ще більше сповільнює функцію руху жовчного міхура.

У хворих з гіпертонією і гіперкінезією жовчного міхура періодично виникає біль у правому підбер'ї, нерідко він має характер кольок, іррадіює в праву лопатку, плече, а іноді і в ділянку серця. Біль частіше виникає раптово, повторюється кілька разів на добу, іноді супроводжується нудотою, блюванням, порушенням функції кишок. Нерідко у таких хворих виникають вазомоторний і нейровегетативний синдроми: приливи крові, пітливість, тахікардія, гіпотонія, затерптість кінцівок, відчуття страху, слабкість, головний біль. Виникнення нападу болю в правому підбер'ї зумовлене не лише погіршеннями в їжі, а й психоемоційним напруженням. Больовий синдром при гіперкінетичній формі дискінезії є

наслідком раптового підвищення тиску в жовчному міхурі, який скорочується також при спазмі сфінктера Люткенса або Одді. Гіпертонія сфінктера Одді рідко буває ізольованою, частіше вона поєднується з іншими різновидами дискінезії жовчних шляхів. Зокрема, вона може супроводжуватися гіпотонією спільної жовчної протоки та жовчного міхура. Спазм сфінктера Одді може зумовлюватися органічними змінами (стенозивний папіліт, камінь у спільній жовчній протоці, рак великого сосочка дванадцятипалої кишки), у цьому разі характер його сталий.

Якщо ж гіпертонія сфінктера Одді є первинною (функціональною), вона зазвичай носить непостійний характер.

При огляді хворих пальпаторно іноді відзначається болючість у зоні проекції жовчного міхура. Можуть бути позитивні симптоми Василенка, Кера, Мерфі. Зони шкірної гіперестезії Захар'їна—Геда у більшості хворих відсутні. Можливі функціональні зміни інших органів травлення (пілороспазм, гіпокінезія шлунка, дуоденостаз, гіпо- і гіперкінезія товстої кишки), серцево-судинної та ендокринної систем. У міжпадодовий період іноді зберігається відчуття важкості або тиску в правому підребер'ї. Біль посилюється після гострих, холодних страв, при струсі тіла, у період менструації [5,6,17].

Гіпотонічно-гіперкінетичну форму дискінезії жовчних шляхів (поєднання гіпотонії жовчного міхура і спазму сфінктера Одді) досить часто діагностують у разі підвищеного тону парасимпатичного відділу вегетативної нервової системи і високого кислотоутворення в шлунку: 1) конституційна ваготомія; 2) невиразкова диспепсія; 3) Хронічний первинний гастродуоденіт (передвиразковий стан); 4) пептична виразка; 5) хронічний рецидивний панкреатит; 6) черепно-мозкова травма. Усі названі вище захворювання характеризуються наявністю спазму сфінктера Одді, що веде до застою жовчі в жовчному міхурі, а з часом — до дилатації останнього.

Хворі з гіпотонічно-гіперкінетичною формою дискінезії жовчних шляхів дуже важко піддаються дуоденальному зондуванню, оскільки у них часто не розслабляється сфінктер Одді, їх потрібно ретельно готувати: за добу до дослідження і безпосередньо перед дуоденальним зондуванням хворим призначають спазмолітичні препарати.

У разі несвочасного лікування гіпотонічно-гіперкінетичної дискінезії жовчних шляхів швидко розвивається хронічний холецистит, а в подальшому — гострий чи хронічний рецидивний панкреатит.

Завданням діагностики служить верифікація захворювання, визначення типу дискінезії жовчовивідних шляхів, виключення супутніх захворювань, що підтримують дисфункцію [11].

Серед найінформативніших діагностичних методів для верифікації типу дискінезії вважаються:

1. Багатомоментне дуоденальне зондування. При гіпотонічно-гіпокінетичній дискінезії жовчного міхура виділяється велика кількість (понад 70 мл) жовчі В (міхурової жовчі), час її виділення подовжується до 60 хв і більше, нерідко спостерігається позитивний повторний міхуровий рефлекс. Під час зондування і особливо після нього біль у ділянці правого підребер'я зменшується.

У хворих з гіпертонічно-гіперкінетичною дисфункцією жовчного міхура кількість жовчі В і об'єм жовчного міхура зменшений. Виділення жовчі В бурхливе, супроводжується болем, нудотою, а іноді навіть блюванням. Після зондування не тільки не спостерігається полегшення, а навпаки, біль у правому підребер'ї посилюється. Основними ознаками гіпертонії сфінктера Одді є подовження 2-ї фази ("закритого" сфінктера Одді), яка перевищує 6 хв; переривчасте, повільне виділення жовчі у "холедохус-фазу" (фазу спільної жовчної протоки) та "фазу А"; виникнення в цей період сильного спазматичного болю у правому підребер'ї. Для гіпотонії сфінктера Одді, яка зустрічається відносно рідко, характерним є скорочення фази "закритого сфінктера Одді" (менше ніж 3 хв).

Дуоденальне зондування іноді доповнюють рентгенологічним дослідженням — холеграфією, яка дозволяє визначити об'єм жовчного міхура та його моторну активність.

Дискінезія жовчного міхура і жовчних проток може супроводжуватися порушенням концентраційної функції міхура, що ускладнює розмежування жовчі А (дуоденальної жовчі) від жовчі В (міхурової жовчі). У таких випадках доцільним є використання хроматичного дуоденального зондування з метиленовим синім (прийнятий напередодні метиленовий синій перетворюється в печінці на безбарвну сполуку, яка виділяється з жовчю, не змінюючи її забарвлення). У жовчному міхурі відбувається окиснення метиленового синього і відновлення первинного забарвлення, що дає змогу відмежувати жовч В, забарвлену в темно-синій колір, від жовчі А і жовчі С (печінкової жовчі), що мають звичайне забарвлення.

2. Холецистографія. При гіпотонічно-гіпокінетичній дискінезії об'єм жовчного міхура значно перевищує норму, коефіцієнт спорожнення менший від 20%. У разі гіпертонічно-гіперкінетичної дискінезії відзначається швидке спорожнення жовчного міхура після пробного сніданку Бойдена.

3. Ультразвуковий моніторинг виявляє збільшення латентного періоду і послаблення евакуаторної "здатності" при гіпотонічно-гіпокінетичній дискінезії жовчного міхура і швидке спорожнення його в разі гіпертонічно-гіперкінетичної дисфункції: розширення спільної жовчної протоки до 10—14 мм свідчить про гіпотонічну дискінезію сфінктера Одді, тоді як ширина її понад 14 мм вказує на наявність органічної перешкоди відтоку жовчі, що диктує потребу проведення ендоскопічної ретроградної панкреатохолангіографії.

У загальному аналізі крові та при біохімічному її дослідженні в разі первинної дискінезії жовчних шляхів ознаки запального процесу відсутні; не визначаються вони і під час дослідження дуоденального вмісту.

При рентгенологічному дослідженні ознаками функціональної дискінезії жовчних шляхів є: добре контрастована тінь жовчного міхура без змін величини, форми і положення, лабільність названих ознак при зміні положення тіла, прискорення або сповільнення темпу випорожнення жовчного міхура і жовчних проток [8, 10, 12, 13].

Загальні принципи лікування при дискінезіях жовчних шляхів полягають у поліпшенні нейрогуморальних регуляторних механізмів жовчовиділення, усуненні дистонії вегетативної нервової системи і патологічних рефлексів на м'язи жовчного міхура, жовчних проток і сфінктерів, усуненні і лікуванні невротичних і дienceфальних розладів, боротьбі з інфекцією, захворюваннями травної системи, гормональними розладами.

Для зменшення невротичних і дienceфальних розладів слід створити сприятливі умови праці і побуту, усунути конфліктні ситуації. Для нормалізації функціонального стану центральної нервової системи показане призначення, залежно від ситуації, седативних або тонізувальних засобів [13, 14].

Важливу роль у лікуванні дискінезії жовчовидільних шляхів грає дієтотерапія: виключення прийому екстрактивних продуктів, тугоплавких жирів, кондитерських виробів, холодних страв, продуктів, що викликають газоутворення в кишечнику. Хворим на гіпотонічно-гіпокінетичну форму дискінезії жовчних шляхів призначають дієту з достатньою кількістю жовчогінних продуктів, зокрема жовтків. Рекомендується споживати їжу 5—6 разів на день, що стимулює жовчовиділення. Остання їда повинна бути за 3—4 год до нічного сну. До харчового раціону варто включати харчові продукти, збагачені солями магнію, грубою рослинною клітковиною (висівки, гречана каша, морква, сир, капуста, помідори, яблука, м'ясо, настій шипшини тощо).

Необхідно не рідше ніж один раз на тиждень проводити "сліпі" тюбажі. Бажано один раз на два-три тижні проводити дуоденальне зондування.

Для посилення виділення жовчі із жовчного міхура в кишки призначають холекінетичні препарати: магнію сульфат 20—25% розчин по 1 столовій ложці всередину натще 3 рази на день, карловарську сіль по 1 чайній ложці на 1 склянку води за 30 хв до їди 3 рази на день, відвар пижма (10 г на 200 мл води) по 1 столовій ложці 3 рази на день перед їдою, ксиліт або сорбіт 10% розчин по 50—100 мг 2—3 рази на день за 20 хв до їди, фланін по 0,05 г 3 рази на день за 30 хв до їди.

Апаратна фізіотерапія (синусоїдальні модульовані струми-терапія (ампліпульс) на ділянку проекції жовчевого міхура, гальванізація, діади-

намотерапія). Широко застосовують тонізувальну лікувальну фізкультуру бальнеотерапія. При гіпертонічно-гіперкінетичній формі дискінезії жовчних шляхів застосовують харчування 4—5 разів на день з обмеженням або навіть виключенням продуктів, які спричинюють скорочення жовчного міхура (жирні, м'ясні продукти, тістечка та інші вироби з жирного тіста, пиво, газовані напої).

Фізіотерапевтичне лікування при гіпертонічно-гіперкінетичній — теплі ванни (йодобромні), душі, електросон, електрофорез за Щербакіном, Вермелем, індуктотерапія, грязьові, озокеритні, парафінові аплікації на верхню половину живота, голкорексотерапія, бальнеотерапія. Застосування седативних препаратів та антидепресантів при потребі.

При гіперкінетичній дискінезії жовчних шляхів призначають препарати прокінетичної дії, які справляють регулюючий вплив на функції травного тракту, посилюють тонус і перистальтику кишок, знімають спазми, прискорюють евакуацію їжі зі шлунка. У лікуванні вторинних дисфункцій вирішальне значення має ліквідація причинно-значущого фактора, що викликала захворювання. Проводиться лікування лямбліозу, гастродуоденальної патології, вегетативних дисфункцій [10].

При гіперкінетичній дискінезії завданням лікування полягає у виборі фармакологічного засобу, який вибірково впливає на сфінктери жовчних шляхів і викликає мінімум побічних ефектів.

У 2002 р. д. мед. н., проф. Івашкін В.Т., вперше запропонував ідею ступеневого алгоритму раціонального знеболення в гастроентерології. Основним принципом такого підходу служить вибір необхідного препарату і ступеневий перехід від більш простих, ефективних і безпечних препаратів, які могли б застосовуватися хворими в якості самолікування, до більш потужних засобів і комбінованого лікування, в залежності від інтенсивності болю і основного патогенетичного механізму її розвитку.

Універсальним патофізіологічним еквівалентом хронічного болю в животі служить спазм гладких м'язів стінки шлунково-кишкового тракту, стравоходу, жовчевих та панкреатичних протоків. Тому препаратами першого ступеня знеболення при болю слабкої та середньої інтенсивності, можна вважати саме спазмолітичні препарати.

На другому ступені при тривалих і посилюючих болях в животі, провідним механізмом, який підтримує відчуття болю, стає порушення сприйняття (процесу ноціцепції), що пояснює неефективність монотерапії спазмолітиками і примушує хворого звертатися за допомогою до лікаря. Виникає необхідність приєднати до лікування блокатори серотонінових рецепторів, нестероїдні протизапальні, ненаркотичні анальгетики і психотропні середники.

На третій сходинці знаходяться пацієнти з

надзвичайно інтенсивними, стійкими до лікування болями в животі при важкому перебігу ДЖВШ. У таких хворих спостерігається важка дезадаптація ноціоцептивних структур центральної нервової системи, виражена психопатологічна симптоматика, і в їх лікуванні на перший план виступає застосування психотропних середників, ненаркотичних анальгетиків і навіть наркотиків. Однак, призначення опіатів бажано уникати, оскільки при таких хронічних станах високий ризик розвитку звикання і залежності [2].

Одним з підходів лікування вісцерального болю є зняття м'язевого спазму, який є універсальним механізмом гладкої мускулатури реагувати на будь які патологічні впливи, що неминуче призводить до збудження ноціоцепторів, розташованих в м'язевому шарі шлунково-кишкового тракту.

Препарати, які застосовують на початковій стадії терапевтичного алгоритму, повинні володіти високою спазмолітичною активністю, швидкістю та тривалістю настання спазмолітичної дії, бути безпечними, доступними та відповідати адекватному співвідношенню ціна/якість [4].

Література

1. Базилевич А.Я. Дисфункції гепатобіліарного тракту та особливості їх лікування. / А.Я. Базилевич, О.М. Мишанич, М.О. Одинець // Мистецтво лікування. - 2014. - №1 (107). - С.21-23.
2. Белоусова Е.А. Абдоминальная боль при функциональных расстройствах желудочно-кишечного тракта: основные механизмы и пути устранения/ Е.А. Белоусова, А.Р. Златкина // Экспер. и клин. гастроэнтерол. — 2002. — № 1. — С. 13-18.
3. Визир В.А. Ультразвуковая диагностика в практике врача-терапевта. Руководство. / В.А. Визир, И.Б. Приходько. — Винница: НОВА КНИГА, 2007. — 400 с. — Ил.
4. Губергриц Н.Б. Абдоминальная боль: как спасти от страданий? / Н.Б. Губергриц, Н.В. Беляева, П.Г. Фоменко // Сучасна гастроентерологія. - 2015. - № 3 (83) - С. 73-82.
5. Звягинцева Т.Д. Дисфункция сфинктера Одди / Т.Д. Звягинцева, И.И. Шаргород // Ліки України. — 2011. — № 4. — С. 18 - 23.
6. Звягинцева Т.Д. Патогенетическая коррекция билиарной боли при постхолецистэктомическом синдроме и дисфункции сфинктера Одди / Т.Д. Звягинцева, А. И. Чернобай // Сучасна гастроентерологія. — 2012. — № 6 (68). — С. 81 - 92.
7. Звягинцева Т.Д. Функциональные заболевания органов пищеварения и их сочетание в свете современных представлений: от патогенеза до лечения. / Т.Д. Звягинцева, А. И. Чернобай // Сучасна гастроентерологія. — 2015. - №3 (83). — С. 61-72.
8. Линденбрaten Л.Д. Медицинская рентгенология. / Л.Д. Линденбрaten, Л.Б. Наумов. — Москва: Медицина, 1974. — 479 с.
9. Лоранская И.Д. Функциональные расстройства билиарного тракта. / И. Д. Лоранская. — М.: Форте принт, 2013. - 92 с.
10. Маев И.В. Дисфункциональные расстройства билиарного тракта (Алгоритм диагностики и лечебной тактики). Пособие для врачей общей практики, терапевтов, гастроэнтерологов: Учебное пособие. / И.В. Маев, А.А. Самсонов, Л.М. Салова. — М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ и СР РФ, 2006. — 72 с.
11. Передерий В.Г. Практическая гастроэнтерология: руководство для врачей. / В.Г. Передерий, С.М. Ткач - Винница: СПД Каштелянов А.И., 2011. — 776 с.: ил.
12. Рациональная диагностика и фармакотерапия заболеваний органов пищеварения; Под ред. проф. О.Я. Бабака, Н.В. Харченко // Справочник "VADEMECUM Доктор Гастроэнтеролог". — Киев: ООО «ОИРА «Здоров'я України», 2005. — 320 с.

13. Свінцицький А.С. Діагностика та лікування поширених захворювань органів травлення. Практичний посібник для лікарів загальної практики / Свінцицький А.С. — Київ: ТОВ «ДСГ Лтд», 2004. — 240 с.
14. Стандарти діагностики, лікування та ведення хворих з основними гастроентерологічними захворюваннями / За ред. С.М. Ткача. — Київ, 2005. — 250 с.
15. Фадєєнко Г.Д. Роль нейрогормонів у розвитку психосоматичних розладів у хворих з функціональною диспепсією. / Г.Д. Фадєєнко, О.Г. Гапонова // Сучасна гастроентерологія. — 2007. - №3 (35). — С. 4-7.
16. Bueno L. Visceral perception: inflammatory and non-inflammatory mediators / L. Bueno, J. Fioramonti // Gut. — 2002. — Vol. 51, suppl. 1. — P. 19-23.
17. Drossman D.A. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process // Gastroenterology. — 2006. — Vol. 130. — P. 1377 - 1390.

References

1. Bazilevich A.Ja. Disfunkcii gepatobiliarnogo traktu ta osoblivosti ih likuvannja. / A.Ja. Bazilevich, O.M. Mishanich, M.O. Odinec' // Mistecstvo likuvannja. - 2014. - №1 (107). - S.21-23.
2. Belousova E.A. Abdominal'naja bol' pri funkcional'nyh rasstrojstvah zheludочно-kishechnogo trakta: osnovnye mehanizmy i puti ustraneniya/ E.A. Belousova, A.R. Zlatkina // Jeksp. i klin. gastroenterol. — 2002. — № 1. — S. 13-18.
3. Vizir V.A. Ul'trazvukovaja diagnostika v praktike vracha-terapevta. Rukovodstvo. / V.A. Vizir, I.B. Prihod'ko. — Vinnica: NOVA KNIGA, 2007. — 400 s. — Il.
4. Gubergic N.B. Abdominal'naja bol': kak spasti ot stradanij? / N.B. Gubergic, N.V. Beljaeva, P.G. Fomenko // Suchasna gastroenterologija. - 2015. - № 3 (83) - S. 73-82.
5. Zvjaginceva T.D. Disfunkcija sfinktera Oddi / T.D. Zvjaginceva, I.I. Shargorod // Liki Ukraїni. — 2011. — № 4. — S. 18 - 23.
6. Zvjaginceva T.D. Patogeneticheskaja korekcija biliarnoj boli pri postholecistektomicheskom sindrome i disfunkcii sfinktera Oddi / T.D. Zvjaginceva, A. I. Chernobaj // Suchasna gastroenterologija. — 2012. — № 6 (68). — S. 81 - 92.
7. Zvjaginceva T.D. Funkcional'nye zabolevanija organov pishhevareniya i ih sochetanie v svete sovremennyh predstavlenij: ot patogeneza do lecheniya. / T.D. Zvjaginceva, A. I. Chernobaj // Suchasna gastroenterologija. — 2015. - №3 (83). — S. 61-72.
8. Lindenbraten L.D. Medicinskaja rentgenologija. / L.D. Lindenbraten, L.B. Naumov. — Moskva: Medicina, 1974. — 479 s.
9. Loranskaja I.D. Funkcional'nye rasstrojstva biliarnogo trakta. / I. D. Loranskaja. — M.: Forte print, 2013. - 92 s.
10. Maev I.V. Disfunkcional'nye rasstrojstva biliarnogo trakta (Algoritm diagnostiki i lechebnoj taktiki). Posobie dlja vrachej obshhej praktiki, terapevtov, gastroenterologov: Uchebnoe posobie. / I.V. Maev, A.A. Samsonov, L.M. Salova. — M.: GOU VUNMC MZ i SR RF, 2006. — 72 s.
11. Perederij V.G. Prakticheskaja gastroenterologija: rukovodstvo dlja vrachej. / V.G. Perederij, S.M. Tkach - Vinnica: SPD Kashteljanov A.I., 2011. — 776 s.: il.
12. Racional'naja diagnostika i farmakoterapija zabolevanij organov pishhevareniya; Pod red. prof. O.Ja. Babaka, N.V. Harchenko // Spravochnik "VADEMECUM Doktor Gastroenterolog". — Kiev: OOO «OIRA «Zdorov'ja Ukraїni», 2005. — 320 s.
13. Svincickij A.S. Diagnostika ta likuvannja poshirenih zahvorjuvan' organiv travlennja. Praktichnij posibnik dlja likariv zagal'noi praktiki / Svincickij A.S. — Kiїv: TOV «DSG Ltd», 2004. — 240 s.
14. Standarti diagnostiki, likuvannja ta vedennja hvorih z osnovnimi gastroenterologichnimi zahvorjuvannjami / Za red. S.M. Tkacha. — Kiїv, 2005. — 250 s.
15. Fadeenko G.D. Rol' nejrogormoniv u rozvitku psihosomaticnih rozladiv u hvorih z funkcional'noju dispepsiju. / G.D. Fadeenko, O.G. Gaponova // Suchasna gastroenterologija. — 2007. - №3 (35). — S. 4-7.
16. Bueno L. Visceral perception: inflammatory and non-inflammatory mediators / L. Bueno, J. Fioramonti // Gut. — 2002. — Vol. 51, suppl. 1. — P. 19-23.
17. Drossman D.A. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process // Gastroenterology. — 2006. — Vol. 130. — R. 1377 - 1390.

Реферат

ДИСКИНЕЗИЯ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Ижицкая Н.В.

Ключевые слова: желчевыводящие пути, дисфункция сфинктера Одди, моторно-эвакуаторная функция желчевыводящих путей.

Дискинезия желчевыводящих путей – заболевание, связанное с нарушением моторики желчного пузыря и желчных протоков, а также дефектов в работе сфинктера Одди, вследствие чего возникают проблемы с выведением желчи, образованием холестаза и камней в желчном пузыре и протоках. Лечение дискинезии желчевыводящих путей должно быть комплексным и сбалансированным. Поскольку

заболевание очень часто связано с психосоматическими нарушениями, то и лечебный процесс, в первую очередь, должен быть направлен на их устранение. Дальнейшее лечение дискинезии состоит из назначения больному правильного режима питания, необходимого медикаментозного лечения, а также лечения того заболевания, которое стало причиной дискинезии. Общие принципы лечения дискинезии желчных путей базируются на улучшении нейрогуморальных регуляторных механизмов желчевыделения, устранении дистонии вегетативной нервной системы и патологических рефлексов на мышцы желчного пузыря, желчных протоков и сфинктеров, устранении и лечении невротических и дiencephальных расстройств, борьбе с инфекцией, заболеваниями пищеварительной системы, гормональными расстройствами.

Summary

BILIARY DYSKINESIA IN GENERAL MEDICAL PRACTICE

Izhytska N. V.

Key words: bile ducts, sphincter of Oddi dysfunction, motor-evacuation function of biliary tracts.

Biliary dyskinesia is as condition associated with motor dysfunction of the gallbladder, bile ducts, and Oddi sphincters that result in poor bile excretion, cholestasis and calculi in gallbladder and bile ducts. Emptying of the gall bladder and the bile inflow into the duodenum is impaired with this condition. The treatment of biliary dyskinesia should be comprehensive and aimed at normalizing the regimen, diet, sanitation of the infection foci, desensitizing, antihelminth and antiparasitic therapy, elimination of intestinal dysbiosis and vitamin deficiency, relieving symptoms of the dysfunction. General principles of biliary tract dyskinesia management are based on the improvement of neurohormonal regulatory mechanisms of bile excretion, elimination of dystonia of autonomic nervous system and pathological reflexes in the muscles of the gallbladder, bile duct and sphincters, correction and treatment of neurotic and diencephalic disorders, infection control, treatment of the diseases of the digestive system and hormonal disorders.

УДК 611.013.8:57.086.13]:616-03

Козуб Н.И., Козуб М.Н., Безбородая Д.В., Рыженко Ю.В.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КРИОЭКСТРАКТА ПЛАЦЕНТЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА

Харьковская медицинская академия последипломного образования

ООО «Институт новейших медицинских технологий», Харьков

В статье приведено описание окислительного стресса, патогенез его развития при различных заболеваниях и старении человека. Описаны свойства плаценты и ее криоэкстрактов как универсального средства антиоксидантной защиты и препарата с восстанавливающим и омолаживающим эффектом. Представлены результаты экспериментальных данных на лабораторных животных с использованием криоэкстракта плаценты как средства антиоксидантной защиты организма, что явилось основанием для использования криоэкстракта плаценты для лечения различных заболеваний и старения человека в клинической практике.

Ключевые слова: оксидантный стресс, использование криоэкстракта плаценты в эксперименте и клинической практике.

Обязательным условием нормальной жизнедеятельности биологических систем является генерация активированных кислородных метаболитов – прооксидантов, к которым относится супероксидный анион - радикал (O_2^-), гидроксильный (OH), алкоксильный (RO) и пероксильный (ROO) радикалы, перекись водорода (H_2O_2), синглетный кислород (O_2), гипохлорная кислота (HOCl), окись азота (NO), пероксинитрит (ONO^-). Эти соединения, получившие название «активные формы кислорода» (АФК), обладают широким спектром действия. С одной стороны, некоторые из них принимают участие в процессах сигнальной трансдукции и регуляции ряда важных функций организма. С другой стороны, в силу своей высокой химической активности, АФК обладают ярко выраженным гено- и цитотоксическим действием и поэтому представляют серьезную опасность для организма. Постоянное образование прооксидантов в живых орга-

низмах уравнивается за счет их дезактивации антиоксидантами (АО), которые могут препятствовать окислительным процессам посредством удаления свободных радикалов, хелатирования ионов металлов переменной валентности, инактивации активных форм кислорода. Под действием различных эндо- и экзогенных факторов баланс между антиоксидантной системой и АФК в клетках может нарушаться вследствие снижения уровня АО либо гиперпродукции АФК. Состояние резко нарушенного окислительно – восстановительного статуса клеток, когда АФК не могут адекватно блокироваться АО, называется окислительным стрессом. Обладая исключительно высокой химической активностью, прооксиданты могут специфически взаимодействовать с любыми молекулами, находящимися в радиусе их чрезвычайно короткого диффузионного пробега, и вызывают окислительную модификацию нуклеино-