

4. Литвиненко О.М. Мікрохоледохолітаз. Основні аспекти патогенезу, клініки, діагностики та лікування / О.М. Литвиненко, І.І. Лукчеца // Шпитальна хірургія. – № 1. – 2007. – С. 105-109.

5. Профілактика розвитку післяопераційного гнійного холангіту при гострому деструктивному холециститі у людей похилого та старечого віку / Кулачек Ф.Г., Дикий М.В., Сидорчук Р.І. [та ін.] // Матеріали XXI з'їзду хірургів України. – 2005. – Т. 1. – С. 199-201.

6. Соколовский В.В. Тиоловые антиоксиданты в молекулярных механизмах неспецифической реакции организма на экстремальное воздействие / В.В. Соколовский // Вопросы медицинской химии. – 1988. – № 1. – С. 2-11.

7. Виноградова Р.П. Физико-химические методы в биохимии / Р.П. Виноградова, Б.А. Цудзевич, С.Н. Хропунов. – Вища школа, 1982. – 287 с.

УДК 616.361/.367-008-08

Шостак С.Є.

## ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕБСИНУ РЕТАРДУ ПРИ ЛІКУВАННІ ПАТОЛОГІ ЖОВЧОВИВІДНО СИСТЕМИ

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

**ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕБСИНУ РЕТАРДУ ПРИ ЛІКУВАННІ ПАТОЛОГІ ЖОВЧОВИВІДНО СИСТЕМИ** – Базуючись на результатах обстежень 97 хворих із дисфункціональними розладами біліарного тракту, зроблено висновок про високу ефективність і безпеку мебсину ретарду (генерика мебеверину гідрохлориду) для корекції вищевказаних порушень. Також доведено доцільність використання даного препарату при підготовці хворих до дуоденального зондування.

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕБСИНА РЕТАРДА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАТОЛОГИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДНОЙ СИСТЕМЫ** – На основании результатов обследований 97 больных с дисфункциональными расстройствами билиарного тракта сделан вывод о высокой эффективности и безопасности мебсина ретарда (генерика мебеверина гидрохлорида) для коррекции вышеуказанных нарушений. А также доказана целесообразность использования этого препарата при подготовке больных к дуоденальному зондированию.

**EFFICIENCY OF MEBSIN RETARD AT TREATMENT OF PATHOLOGY OF BILIFICATION SYSTEM** – According to the results of research inspection of 97 patients suffering from dysfunctional disorders of the biliary tract we have made a conclusion that mebsine retard is effective and safe for correction of above-mentioned diseases. We have also proved the expediency of using this medication for preparation of patients for duodenal sounding.

**Ключові слова:** дисфункціональні розлади біліарного тракту, мебсину ретард, дуоденальне зондування, лікування.

**Ключевые слова:** дисфункциональные расстройства билиарного тракта, мебсина ретард, дуоденальное зондирование, лечение.

**Key words:** disfuncional disorders of biliary tract, mebsin retard, duodenal sounding, treatment.

**ВСТУП** 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 суттєво загрози для життя хворих, проте значно погіршують його якість. На сьогодні 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 дано проблеми. Разом з тим, при ігноруванні ДРБТ завжди є ймовірність трансформації функціональних порушень в органічну патологію – холангіт, холецистит, жовчокам'яну хворобу (ЖКХ), можливість залучення в патологічний процес суміжних органів – печінки, підшлунково залози, шлунка, дванадцятипало кишки або погіршення якості 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, 2006 рр.). При цьому слід зазначити, що останні положення Римського кон-

сенсусу III (2006 р) 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 якості і ефективності, що є актуальним в умовах сучасно економічно кризи [2, 3, 4]. Із цих позицій перспективним, на нашу думку, є дослідження ефективності препарату мебсину ретарду – генерика мебеверину гідрохлориду, наявного практично у всіх схемах лікування будь-якої форми ДРБТ. Механізм дії мебеверину і його переваги на сьогодні є добре вивченими [5, 6]. Зокрема, доведено, що мебеверин у 20-40 разів ефективніший за папаверин за здатністю розслабляти сфінктер Одді; селективно діє на кишечник і біліарний тракт, усуваючи спазм сфінктерного апарату гепато-біліарного тракту, при цьому не викликаючи гіпотонії жовчного міхура (ЖМ) та кишечника; не має системних ефектів; мебеверин активно метаболізується при проходженні через печінку, і всі метаболіти швидко виводяться з сечею (протягом 24 год після прийому одноразової дози); діє безпосередньо на гладком'язову клітину, що дозволяє отримати передбачуваний клінічний результат; не впливає на холіноергічну систему (не має атропіноподібних ефектів); повільно вивільняється з капсул при пасажі по кишці, забезпечуючи пролонгованість дії (протягом 16 год); препарат не накопичується в організмі і навіть для немолодих пацієнтів не вимагається корекції доз, що особливо важливо для пацієнтів з дисфункцією сфінктера Одді після перенесеної холецистектомії. Крім того, за даними контрольованих досліджень, частота небажаних реакцій при лікуванні мебеверином є в 3 рази нижчою, ніж при використанні антихолінергічних препаратів.

Враховуючи цінову політику компанії "Сінмедик", виробника мебсину ретарду, яка забезпечила найдешевшу вартість препарату порівняно з аналогами, і актуальність цього моменту для нашого сьогодення, ми поставили собі за мету вивчити ефективність мебсину ретарду 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 жовчовивідних шляхів, 30 – із холестерозом ЖМ (18 – сітчастою, 4 – поліподібною, 8 – змішаною сітчасто-поліподібною формою), 8 – із хронічним некалькульозним холециститом (ХНХ), 9 – із жовчокам'яною хворобою, 9 – із постхолецистектомічним синдромом. Діагноз встановлювали за допомогою стандартного загальноклінічного обстеження та спеціальних додаткових досліджень (динамічно сонографі гепатобіліарно системи (з жовчогінним сніданком) та багатофрак-

ційного 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.

Усіх хворих було розподілено на дві групи, рандомізованих за віком, статтю та патологією жовчовивідно системи. Перша група (I – 48 осіб) отримувала стандартну терапію, згідно з протоколами, затвердженими 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 – антимікробну терапію (флемоксин, ципрофлоксацин). При ЖКХ (у разі відмови пацієнтів від оперативного втручання) – урсодезоксихолеву кислоту, міотропні спазмолітики, прокінетики, при потребі – антимікробні засоби.

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

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА Х ОБГОВОРЕННЯ** Перед тим, як перейти до аналізу показників результатів лікування за допомогою різних схем комплексно терапії, слід зазначити, що у всіх 49 хворих II групи ми використали мебсину ретард в якості підготовки до проведення дуоденального зондування.

Якщо врахувати, що ще нещодавно при підготовці хворих до вищевказаного дослідження рекомендували використовувати атропін, який викликав ряд небажаних ефектів (тахікардію, сухість в роті, мідріаз, запаморочення, порушення акомодаци, 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 гепатобіліарно зони, і, як наслідок, до невиконання самого зондування, то використання мебсини ретарду, позбавленого всіх вищезазначених негативних якостей, здалося нам найбільш прийнятним у цій ситуації. Суттєвим моментом була і вартість даного препарату, яка є значно нижчою порівняно з іншими аналогами, які є на фармацевтичному ринку України.

За нашою розробкою мебсину ретард призначали по 200 мг двічі на добу протягом трьох днів та за 1 год до самого дослідження. В процесі такої підготовки у жодного хворого побічно дії препарату зафіксовано не було. Усім пацієнтам було проведено дуоденальне зондування, яке було абсолютно успішним: отримано всі порції жовчі і проведено хімічний аналіз. Це, в свою чергу, дозволило диференціювати різні форми дисфункціональних розладів біліарного тракту та більш точно встановити патологію жовчного міхура [7].

У хворих I групи з цією метою використовували дуспалін, 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 болювого синдрому спостерігалось вже на 3-4 день лікування у 41 (83,67 %) пацієнта, тоді як в I групі – лише у 32 (66,67 %), ( $p < 0,05$ ). У решті хворих болювий синдром зберігався і мав тягучий, ниючий або розпираючий характер. В II групі хворих також встановлено достовірно частіше зникнення болючості в правому підбер' через 14 днів та 2 місяці від початку лікування по-

рівняно 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. Астеноневротичні 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 мебсину 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 скоротливо здатності жовчного міхура при використанні мебсини ретарду, і відносно його гіпотонією при застосуванні неселективних міолітиків (но-шпи, папаверину, платифіліну).

При порівнянні змін лабораторних показників у хворих обох груп – різниця достовірно не була.

Показовою була динаміка показників моторно-евакуаторно функції жовчовивідно системи. Так, через 2 місяці від початку лікування у хворих обох груп спостерігалось покращення скоротливо здатності жовчного міхура (очевидно, за рахунок призначення вдало обраних препаратів патогенетично терапії (артишоку, есенціальних фосфоліпідів, урсодезоксихолево кислоти), які покращували реологічні властивості і хімічний склад жовчі). При цьому, у 53,33 % пацієнтів I групи і 46,67 % II- при сонографічному дослідженні не визначались ознаки холестерозу, товщина стінки ЖМ зменшилась до (2,51±0,21) і (2,45±0,33) мм, відповідно; у 27,27 і 30,76 % хворих обох груп, відповідно, зник біліарний сладж. Слід зазначити, що кращі показники моторно-евакуаторно функції ЖМ були все ж у хворих, які отримували мебсину ретард: середнє максимальне скорочення ЖМ у хворих II групи збільшилось до (61,53±2,4) % ( $p < 0,05$  порівняно з даними до лікування), а у I групі – до (37,45±5,1) % ( $p < 0,05$  порівняно з даними до лікування). На нашу думку, це можна пояснити селективною спазмолітично дією мебсини ретарду, який знімає лише гіпертонус сфінктера Одді, а, отже, 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- мали побічні явища з вигляді проносу, які в процесі лікування було відкориговано за рахунок зменшення доз есенціальних фосфоліпідів та урсодезоксихолево кислоти.

**ВИСНОВКИ** 1. Мабсину ретард є ефективним засобом, який можна застосовувати при підготовці хворих до дуоденального зондування.

2. Включення мебсини ретарду в комплексні схеми терапії дисфункціональних розладів біліарного тракту дозволяє прискорити регрес клінічних симптоматики захворювань та показників інструментальних методів досліджень.

3. За результатами проведених досліджень, побічних явищ при використанні мебсини ретарду не виявлено.

4. Перспектива подальших розробок полягає у вивченні ефективності мебсини ретарду при лікуванні функціональних розладів інших органів і систем (підшлунково залози, кишечника), що може суттєво здешевити комплексні схеми х терапії.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Фадеєнко Г.Д. Дисфункція біліарного тракту: можливості патогенетично терапії // Здоров'я Укра ни. – № 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, 2008. – 106 с.

3. Стандарты диагностики 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 // Сучасна гастроентерологія. – № 4 (36). – 2007. – С. 87-94.

4. Functional gallbladder and sphincter of oddi disorders / J. Behar, E. Corazzari, M. Guelrud, W. Hogan, S. Sherman, J. Toouli // Gastroenterology. – 2006. – Vol. 130, № 5. – P. 1498-1509.

5. Климов А.Е. Дюспаталін в терапії функціональних захворювань

кишечника и желчевыводящих путей // Русск.мед. журн. – 2003. – Т. 11, № 5. – С. 2-3.

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

7. Ефективність мебсину ретарду при підготовці хворих із гастроентерологічною патологією до дуоденального зондування / Є.М. Стародуб, С.Є. Шостак, О.І. Криський, О.В. Бачинський // Здобутки клінічної і експериментальної медицини. Збірник матеріалів підсумково науково-практичної конференції, 4 червня 2009 р. – Тернопіль: ТДМУ, 2009. – С. 33.

УДК 615.825-616.381-007.274

Чурпій І.К.

## РЕАБИЛИТАЦИЯ ХВОРИХ, ОПЕРОВАННЫХ НА ОРГАНАХ ЧЕРЕВНО ПОРОЖНИНИ

Івано-Франківський державний медичний університет

**РЕАБИЛИТАЦИЯ ХВОРИХ, ОПЕРОВАННЫХ НА ОРГАНАХ ЧЕРЕВНО ПОРОЖНИНИ** – Розроблені реабілітаційні заходи проводять в три етапи (під час операції, в ранньому та пізньому післяопераційних періодах), що сприяє зменшенню інвалідизації та проведенню повторних операцій у хворих, оперованих на органах черевно порожнини.

**РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ** – Разработанные реабилитационные мероприятия проводят в три этапа (во время операции, в раннем и позднем послеоперационных периодах), что способствует уменьшению инвалидизации и проведению повторных операций у больных, оперированных на органах брюшной полости.

**REHABILITATION OF PATIENTS OPERATED ON THE ORGANS OF ABDOMINAL CAVITY** – Developed rehabilitation measures conduct in three stages (during the operation, in early and late post-operative periods), that is instrumental in diminishing of invalidization and performance of the repeated operations for patients operated on the organs of abdominal cavity.

**Ключові слова:** реабілітація, злукова хвороба очеревини.

**Ключевые слова:** реабилитация, спайковая болезнь брюшины.

**Key words:** rehabilitation, adhesive disease of peritoneum.

**ВСТУП** Кількість операцій на органах черевно порожнини (ОЧП) залишається високою, незважаючи на сучасні консервативні методи лікування. Одним із ускладнень після проведених оперативних втручань є розвиток злуково хвороби очеревини (ЗХ), яка в подальшому приводить до страждань пацієнта. Частота злуково хвороби становить 60-95 % [1, 2].

Утворення злук спостерігається після виконання усіх хірургічних маніпуляцій на ОЧП, а розповсюдженість злукового процесу залежить від тяжкості перебігу, характеру захворювання, виду та обсягу хірургічного втручання (хірургічно травми), опірності організму [3, 4].

Профілактика та реабілітація хворих, оперованих на органах черевно порожнини, залишаються невирішеними до сьогодні [5].

Метою нашої роботи було створення алгоритму реабілітаційних заходів хворих, оперованих на органах черевно порожнини.

**МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ** При злуковій хворобі виникають найрізноманітніші симптомокомплекси: хронічний больовий синдром, дисфункція органів черевно порожнини, поява ознак хронічно кишково непрохідності, часто наростаючо (странгуляційно), що приводить до інвалідизації пацієнтів.

Алгоритм реабілітаційних заходів здійснюється в три етапи. Перший етап починається під час операції, коли застосовують методи для попередження утворення злук, що, в свою чергу, сприяє ефективним заходам реабілітації в післяопераційному періоді.

Методи для запобігання виникненню післяопераційних злук спрямовані на відмежування та ліквідацію патологічного вогнища, зниження травматизації під час ревізії черевно порожнини. Вони використовуються в комплексі з іншими профілактичними засобами. Здійснюють ретельний гемостаз та максимальне видалення згустків крові, фібринових нашарувань, санацію черевно порожнини. Для санації використовують підігріті розчини антисептики до 36-38 °С, відсмоктування проводять тільки електровідсмоктувачем, а не марлевими серветками, які посилюють механічну травматизацію серозних оболонок. Ретельно відмежують петлі кишок від передньо черевно стінки пасмом великого сальника.

Використовують горизонтальні дренажі, які вводяться крізь бічну стінку черевно порожнини, не торкаючись кишечника, оскільки відомо, що навколо дренажів утворюються зрощення.

При ознаках парезу тонко кишки здійснюють інтубацію, цим створюються умови для формування оптимально вигідного у функціональному відношенні положення кишки, що знижує ризик розвитку ранньої злуково непрохідності. Обов'язковим моментом операції є заходи для попередження післяопераційного парезу кишечника і стимуляції перистальтики (введення 60-80 мл 0,25 % розчину новокаїну в брижу тонко кишки, проведення перидуральної анестезії).

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА Х ОБГОВОРЕННЯ

Продовженням профілактики злукоутворення є активне ведення післяопераційного періоду. ЛФК в ліжку, медикаментозну стимуляцію моторики кишечника починаємо через 12 год після операції дробними дозами прокінетиків (0,05 % розчином прозерину – 1,0 мл внутрішньом'язово через 8 год; розчином церукалу по 1 мл внутрішньом'язово через 8 год) в комплексі з проведенням гіпертонічних клізм та постановкою газовідвідної трубки; регулярне, 3-4 рази на добу, промивання шлунка, раннє вставання (термін залежить від захворювання та обсягу оперативного втручання).

Після виписування із стаціонару хворих, яким проводили операції на ОЧП, кінцеві результати лікування можна оцінювати через декілька місяців – декілька років. Для цього всі пацієнти із злуковою хворобою підлягають диспансерному нагляду.

Реабілітаційні заходи спрямовані на:

- обмеження фізичного навантаження терміном до 3-4 місяців із переводом на легку працю за місцем основної роботи;

- дотримання дієти, яка включає 5-, 6-разове, дробне харчування, виключення з раціону грубо, жирно, гостро