

МЕДИЦИНСКИЙ АКАДЕМИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ОФИЦИАЛЬНОЕ ИЗДАНИЕ СЕВЕРО-ЗАПАДНОГО ОТДЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ АКАДЕМИИ МЕДИЦИНСКИХ НАУК



МЕДИЦИНСКИЙ АКАДЕМИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

СПЕЦИАЛЬНЫЙ ВЫПУСК 2014

МАТЕРИАЛЫ I РОССИЙСКОГО КОНГРЕССА

«ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ
И ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ»

21-22 АПРЕЛЯ 2014 ГОДА

ОФИЦИАЛЬНОЕ ИЗДАНИЕ СЕВЕРО-ЗАПАДНОГО ОТДЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ АКАДЕМИИ
МЕДИЦИНСКИХ НАУК

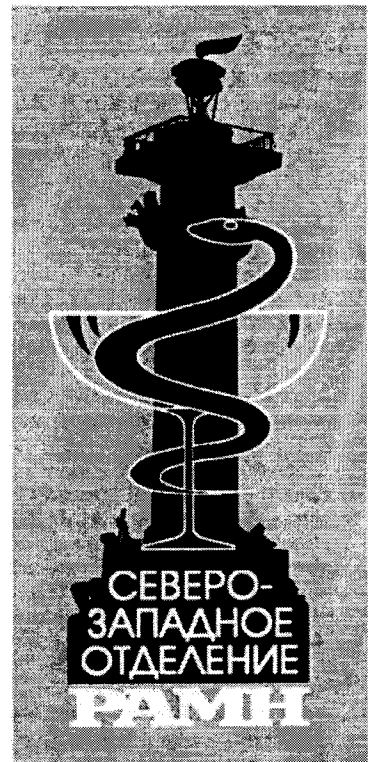
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ
ЖУРНАЛ

Северо-Западное отделение Российской академии
медицинских наук
Научно-исследовательский институт эксперименталь-
ной медицины СЗО РАМН
Балтийский медицинский образовательный центр

Главный редактор:
академик РАМН *Г. А. Софронов*

Заместитель главного редактора:
академик РАМН *Н. А. Беляков*

Ответственный секретарь:
доктор биологических наук *А. В. Дмитриев*



Адрес: 197022, Санкт-Петербург, Каменноостровский пр., д. 71,
Северо-Западное отделение Российской академии медицинских наук,
Редколлегия журнала «Медицинский академический журнал»
Тел.: (812) 407-83-32; факс: (812) 407-83-37

e-mail: medicalacademicjournal@gmail.com; infekcijaaids@gmail.com

Журнал зарегистрирован Территориальным управлением
по Санкт-Петербургу и Ленинградской области
Министерства РФ по делам печати, телевидения и средств массовой коммуникации.
Свидетельство о регистрации ПИ № 2-4952 от 17.01.2001 г.
Свидетельство о регистрации ПИ № 2-4952 от 17.01.2001 г.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Э. К. Айламазян — академик РАМН, Санкт-Петербург
С. Ф. Багненко — академик РАМН, Санкт-Петербург
В. Б. Васильев — профессор, Санкт-Петербург
В. Р. Вебер — член-корреспондент РАМН, Великий Новгород
И. П. Дуданов — член-корреспондент РАМН, Санкт-Петербург
Ю. Д. Игнатов — академик РАМН, Санкт-Петербург
С. А. Кетлинский — член-корреспондент РАМН, Санкт-Петербург
Ю. В. Лобзин — академик РАМН, Санкт-Петербург
В. И. Мазуров — академик РАМН, Санкт-Петербург
Н. А. Майстренко — академик РАМН, Санкт-Петербург
А. О. Марьяндышев — член-корреспондент РАМН, Архангельск
А. С. Симбирцев — профессор, Санкт-Петербург
А. Г. Софронов — профессор, Санкт-Петербург
А. Н. Суворов — профессор, Санкт-Петербург
А. А. Тотолян — академик РАМН, Санкт-Петербург
Т. Н. Трофимова — профессор, Санкт-Петербург

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

А. Г. Баиндурашвили — член-корреспондент РАМН, Санкт-Петербург
В. Р. Баранов — член-корреспондент РАМН, Санкт-Петербург
Б. В. Гайдар — академик РАМН, Санкт-Петербург
А. М. Гранов — академик РАМН, Санкт-Петербург
А. Я. Гриненко — академик РАМН, Санкт-Петербург
А. Б. Жебрун — член-корреспондент РАМН, Санкт-Петербург
О. И. Киселев — академик РАМН, Санкт-Петербург
Е. А. Корнева — академик РАМН, Санкт-Петербург
С. В. Лобзин — профессор, Санкт-Петербург
В. А. Медик — член-корреспондент РАМН, Великий Новгород
М. М. Одинак — член-корреспондент РАМН, Санкт-Петербург
Л. В. Поташов — член-корреспондент РАМН, Санкт-Петербург
Н. С. Сапронов — член-корреспондент РАМН, Санкт-Петербург
А. А. Скоромец — академик РАМН, Санкт-Петербург
П. И. Сидоров — академик РАМН, Архангельск
С. А. Симбирцев — член-корреспондент РАМН, Санкт-Петербург
Р. М. Тихилов — профессор, Санкт-Петербург
П. Д. Шабанов — профессор, Санкт-Петербург
А. В. Шабров — академик РАМН, Санкт-Петербург
Е. В. Шляхто — академик РАМН, Санкт-Петербург
В. Х. Хавинсон — член-корреспондент РАМН, Санкт-Петербург
Н. А. Яицкий — академик РАМН, Санкт-Петербург
Ю. К. Янов — член-корреспондент РАМН, Санкт-Петербург

СОДЕРЖАНИЕ

СТАТЬИ

МАРКЕРЫ КОСТНОГО МЕТАБОЛИЗМА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРОДУОДЕНИТОМ Гузеева О. В., Костик М. М., Новикова В. П., Кузьмина Д. А., Щербакова А. Ю. 10	MARKERS OF BONE METABOLISM AT CHILDREN WITH CHRONIC GASTRODUODENITIS Guzeeva O. V., Kostik M. M., Novikova V. P., Kuzmina D. A., Scerbakova A. Ju. 10
МИКРОФЛОРА ПОЛОСТИ РТА У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА Новикова В. П., Власова Т. М., Воронцова Л. В., Бехтерева М. К., Токарева Е. В., Иванова М. В. 13	BACTERIAL FLORA OF THE ORAL CAVITY IN CHILDREN WITH RECURRENT RESPIRATORY INFECTIONS Novikova V. P., Vlasova T. M., Voroncova L. V., Behtereva M. K., Tokareva E. V., Ivanova M. V. 13
ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА У ДЕТЕЙ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ Новикова В. П., Демченкова О. А., Листопадава А. П., Азанчевская С. В., Петровский А. Н. 17	PECULIARITIES OF THE CHRONIC GASTRITIS IN CHILDREN WITH SYNDROME OF CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA Novikova V. P., Demchenkova O. A., Listopadova A. P., Azanchevskaia S. V., Petrovski A. N. 17
КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕБЕВЕРИНА И УРСОДЕЗОКСИХОЛЕВОЙ КИСЛОТЫ У БОЛЬНЫХ С ДИСФУНКЦИЕЙ СФИНКТРА ОДДИ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ Русин В. И., Сирчак Е. С., Курчак Н. Ю. 21	CLINICAL EFFICIENCY OF MEBEVERIN AND URSODEOXYCHOLIC ACID AT PATIENTS WITH SPHINCTER OF ODDI DYSFUNCTION AFTER CHOLECISTECTOMY Rusin V. I., Sirchak E. S., Kurchak N. Yu. 21
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ДОШКОЛЬНОМ ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ Спивак Е. М., Николаева Т. Н. 26	EPIDEMIOLOGY OF FUNCTIONAL DISORDERS OF THE CARDIOVASCULAR SYSTEM IN EARLY CHILDHOOD AND PRESCHOOL CHILDREN'S AGE Spivak E. M., Nickolaeva T. N. 26
ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИСПЕПСИЯ И СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА, АССОЦИИРОВАННЫЕ С ИНФЕКЦИЕЙ HELICOBACTER PYLORI Фоминых Ю. А., Барышникова Н. В. 30	FUNCTIONAL DYSPEPSIA AND IRRITABLE BOWEL SYNDROME ASSOCIATED HELICOBACTER PYLORI INFECTION Fominykh Y. A., Baryshnikova N. V. 30

ТЕЗИСЫ

ИЗМЕНЕНИЯ КИШЕЧНОГО МИКРОБИОЦЕНОЗА У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА Балукова Е. В. 35	ИССЛЕДОВАНИЕ ОБРАЗОВ ТЕЛЕСНЫХ ОЩУЩЕНИЙ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ И В ХОЛИСТИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ Старостин О. А. 40
ВОЗМОЖНОСТИ ПРОБИОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА Балукова Е. В., Успенский Ю. П. 36	БИЛИАРНЫЕ РАССТРОЙСТВА КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ С ПРОЯВЛЕНИЯМИ НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ РТА Сурдина Э. Д., Силин А. В., Малахова М. Я., Каспина А. И., Болотова М. Е. 41
ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА АЛФЛУТОП ПРИ ВЕРТЕБРОГЕННЫХ БОЛЕВЫХ СИНДРОМАХ Бойко Е. А., Ориненко П. В., Шелемов Е. Е., Гусятникова Е. А. 37	СИНДРОМ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПО КАРДИАЛЬНОМУ ТИПУ У ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ЦНС ГИПОКСИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА Шайтор В. М., Ежова О. Л. 43
ОСОБЕННОСТИ СЕКРЕТОРНОЙ АКТИВНОСТИ ЖЕЛУДКА ПРИ ОСТРЫХ ЯЗВАХ И ЭРОЗИЯХ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНСУЛЬТОМ Волик С. А., Румянцева С. А., Ступин В. А., Силюянов С. В. 37	СОСТОЯНИЕ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ И МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ПОДРОСТКОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРОДУОДЕНИТОМ Щербакова А. Ю., Кузьмина Д. А., Новикова В. П., Гузеева О. В. 44
НЕЭРОЗИВНАЯ ФОРМА ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ Гончар Н. В. 39	ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ 45
МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ РЕЦЕПТОРА ВИТАМИНА D ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГАСТРОДУОДЕНИТЕ У ДЕТЕЙ Гузеева О. В., Новикова В. П., Кузьмина Д. А., Петровский А. Н., Мельникова И. Ю., Ларионова В. И. 40	

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕБЕВЕРИНА И УРСОДЕЗОКСИХОЛЕВОЙ КИСЛОТЫ У БОЛЬНЫХ С ДИСФУНКЦИЕЙ СФИНКТЕРА ОДДИ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Русин В. И., Сирчак Е. С., Курчак Н. Ю.

Ужгородский национальный университет, Ужгород, Украина

CLINICAL EFFICIENCY OF MEBEVERIN AND URSODEOXYCHOLIC ACID AT PATIENTS WITH SPHINCTER OF ODDI DYSFUNCTION AFTER CHOLECISTEKTOMI

Rusin V. I., Sirchak E. S., Kurchak N. Yu.

Контакт: Сирчак Елизавета Степановна, szircsak_heni@bigmir.net

Представлены результаты комплексного обследования и лечения 36 пациентов с дисфункцией сфинктера Одди после холецистэктомии. Дисфункция сфинктера Одди после холецистэктомии проявляется болевым синдромом разной степени интенсивности в сочетании с билиарной и кишечной диспепсией. Доказано влияние комплексной терапии с использованием мебеверина и препарата урсодезоксихолевой кислоты на динамику клинической симптоматики дисфункции сфинктера Одди у больных после холецистэктомии.

Ключевые слова: дисфункция сфинктера Одди, холецистэктомия, лечение.

The results of complex inspection and treatment at 36 patients with sphincter of Oddi dysfunction after cholecistektomi are presented. Sphinkter of Oddi dysfunction after cholecistektomi shows up the pain syndrome of different degree of intensity in combination with biliar and intestinal dyspepsia. Efficiency of complex therapy with the use of mebeverin and preparation of ursodeoxycholic acid on the dynamics of clinical simptomatik of sphinkter of Oddi dysfunction at patients after cholecistektomi is well-proven.

Key words: sphinkter of Oddi dysfunction, cholecistektomi, treatment.

Введение. За последние два десятилетия заболеваемость желчнокаменной болезнью в мире приобрела устойчивую тенденцию к росту. Особенно высока заболеваемость среди женщин в возрасте 35–40 лет и старше. Основным методом лечения данного заболевания является холецистэктомия (ХЭ). ХЭ стала наиболее частой операцией после аппендэктомии [1].

По данным различных авторов, у 20–40% пациентов, перенесших холецистэктомию, сохраняются жалобы, связанные с болевым синдромом и диспепсическими расстройствами, требующие коррекции. У большинства больных (до 60%) причиной жалоб служат функциональные, а у 40–42% — органические нарушения. В 1,5% случаев органические нарушения являются следствием оперативного вмешатель-

ства, но лишь 0,5% больных проводится повторное хирургическое лечение [2].

Адекватная терапия зависит от правильного понимания патогенеза клинических симптомов, развивающихся после ХЭ. Особенности их формирования связаны, с одной стороны, с нарушениями в обмене холестерина, присущими желчнокаменной болезни, а с другой — тем обстоятельством, что патологический процесс протекает в новых анатомо-физиологических условиях, т. е. при отсутствии желчного пузыря.

Известно, что удаление желчного пузыря по поводу калькулезного холецистита не избавляет больных от обменных нарушений, в том числе от печеночно-клеточной дисхолии, которая сохраняется и после операции. У большинства больных после ХЭ определяется литогенная желчь

с низким холатахолестериновым коэффициентом. Выпадение физиологической роли желчного пузыря, а именно концентрация желчи в межпищеварительный период и выброс ее в двенадцатиперстную кишку во время еды, сопровождается нарушением пассажа желчи в кишечник и расстройством пищеварения. Изменение химического состава желчи и хаотическое ее поступление в двенадцатиперстную кишку нарушают переваривание и всасывание жира и других веществ липидной природы, уменьшают бактерицидность дуоденального содержимого, что приводит к микробному обсеменению двенадцатиперстной кишки, ослаблению роста и функционирования нормальной кишечной микрофлоры, расстройству печеночно-кишечной циркуляции и снижению общего пула желчных кислот. Под влиянием микрофлоры желчные кислоты подвергаются преждевременной деконъюгации, что сопровождается повреждением слизистой оболочки двенадцатиперстной, тонкой и толстой кишки с развитием дуоденита, рефлюкс-гастрита, энтерита и колита. Дуоденит сопровождается дуоденальной дискинезией и, в первую очередь, дуоденальной гипертензией с развитием дуоденогастральных рефлюксов и забросом содержимого в общий желчный проток и проток поджелудочной железы [3, 4].

В результате формируются дискинезии сфинктера печеночно-поджелудочной ампулы, желчного и панкреатического протоков (сфинктера Одди), а деконъюгированные желчные кислоты обуславливают развитие диареи. Таким образом, у больных с удаленным желчным пузырем имеющиеся клинические проявления могут быть связаны с изменением химического состава желчи, нарушенным пассажем ее в двенадцатиперстную кишку, дискинезией сфинктера Одди, а также с избыточным бактериальным ростом в кишечнике, синдромами мальдигестии и мальабсорбции, дуоденитом и другими патологическими нарушениями в системе пищеварения. Кроме того, у ряда больных могут сохраняться или развиваться вновь органические препятствия для оттока желчи, связанные с проведенной ХЭ.

Впервые мышечный аппарат интрамуральной части общего желчного протока описан в 1887 г. R. Oddi. Сфинктер Одди способствует подъему давления в общем желчном протоке. Тонус сфинктера Одди вне пищеварения повышен, что ограничивает выход желчи в кишку [3].

В регуляции работы сфинктерного аппарата ведущую роль играет холецистокинин, под влиянием которого происходит одновременное сокращение желчного пузыря и расслабление сфинктера Одди, в результате чего желчь поступает в двенадцатиперстную кишку. Многочисленными исследованиями доказано уменьшение реакции СО на холецистокинин после холецистэктомии. В связи с этим удаление желчного пузыря приводит не только к нарушению депонирования и концентрации желчи в межпищеварительный период, но и к дискоординации моторики сфинктера Одди [4].

Следует также отметить, что в основе дисфункции сфинктера Одди нередко лежат структурные изменения, которые наиболее часто проявляются стенозом, сформировавшимся вследствие травматизации слизистой оболочки и непосредственно сфинктерного аппарата в результате миграции микролитов или мелких конкрементов [5].

Анализируя характер функциональных нарушений и клинические проявления, возникающие при дисфункции сфинктера Одди необходимо помнить о его особенностях анатомического строения. При использовании комплексной терапии в лечении этого заболевания перспективно включение в нее препаратов антиспастического действия. Задачей фармакотерапии дисфункции сфинктера Одди является выбор препаратов, оказывающих преимущественное воздействие на билиарную систему и вызывающих как можно меньше побочных эффектов со стороны других органов и систем [6].

Цель исследования. Изучить влияние комплексной терапии с использованием мебеверина и урсодезоксихолевой кислоты на динамику клинической симптоматики у больных с дисфункцией сфинктера Одди после холецистэктомии.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 36 больных, которые находились на стационарном лечении в терапевтическом отделении больницы с поликлиникой СЗЗ УМВД Украины в Закарпатской области, в хирургической клинике ЗОКБ им. А. Новака г. Ужгорода, а также на амбулаторно-диспансерном наблюдении у участкового врача (терапевта/гастроэнтеролога) по месту проживания. Всем обследованным была проведена холецистэктомия в сроках от 6 месяцев до 8 лет.

Все исследования были проведены при согласии пациентов, а методика их проведения отвечала Хельсинской декларации (1975 г.) и ее пересмотру (1983 г.).

Больные были в возрасте от 23 до 67 лет, средний возраст составлял $43,2 \pm 7,7$ года; мужчин было 8 (22 %), женщин — 28 (78%). ХЭ была проведена в среднем $5,48 \pm 2,42$ лет тому назад.

До и после лечения всем обследованным больным проведены общеклинические методы исследования: анализ анамнеза заболевания и жалоб (как давно появились симптомы); общий и биохимический анализ крови, общий анализ мочи, копрологическое исследование кала. Также проводили трансабдоминальное ультразвуковое (УЗ) исследование органов брюшной полости (аппарат Philips HDI-1500).

Для верификации дисфункции сфинктера Одди у больных после ХЭ применяли УЗ пробу с жирным завтраком (150 г сливок и 2 яичных желтка) для стимуляции выработки холецистокинина (гормона, участвующего в процессе пищеварения) и увеличения выделения желчи. Проба проводилась утром натощак и включала измерение холедоха в области ворот печени до и каждые 15 минут в течение 1 часа после приема пробного завтрака. Проба считалась положительной в случае прироста холедоха в течение 1 часа на 2 мм и более по сравнению с исходным параметром и позволяла судить про дисфункцию сфинктера Одди (ДСО).

Также проводили УЗ пробу с нитроглицерином: утром, натощак измерение холедоха на уровне ворот печени до и каждые 15 минут в течение 30 минут после сублингвального приема 0,5 мг нитроглицерина (1 таблетка). Проба

считалась положительной в случае уменьшения диаметра холедоха минимум на 1 мм в течение 30.

Оказание медицинской помощи больным после ХЭ проводили согласно клиническим протоколам лечения Минздрава Украины от 13.06.2005 г. № 271 и локальных протоколов. Базисное лечение больным после ХЭ назначали на фоне диетического питания (стол № 5), а также добавления в рацион пищевых волокон. Базисная терапия включала прием обезболивающих препаратов (при выраженном болевом синдроме); ферментных препаратов, способствующих (ускоряющих) пищеварение; антацидных препаратов; антибактериальных препаратов для профилактики и лечения бактериальной инфекции, синдрома избыточного бактериального роста.

Комплексная терапия больных с дисфункцией сфинктера Одди после ХЭ включала также прием спазмолитика мебеверина (Мебсин ретард «Synmedic», Индия) по 1 капсуле (200 мг) 2 раза в сутки за 20 минут до еды на протяжении 28 дней. Также назначали препарат урсодезоксихолевой кислоты (Холудексан, «World Medicine»). Суточную дозу подбирали индивидуально в зависимости от массы тела из расчета 10 мг урсодезоксихолевой кислоты на 1 кг массы тела. Сроки лечения холудексаном составляли 4 недели.

Результаты исследований и их обсуждения. Для диагностики ДСО были использованы нагрузочные УЗ пробы: с нитроглицерином и с жирным завтраком. Проба с жирным завтраком была проведена у всех 36 больных. У 2 больных исследование было прекращено в связи с выраженной тошнотой, рвотой, а также появлением отрыжки, усилением болей (в первом случае через 20 минут после приема жирного завтрака, во втором случае — через 30 минут от начала нагрузочной пробы). Полноценно удалось провести пробу только у 34 больных. У всех 34 больных после ХЭ проба с жирным завтраком оказалась положительной, что свидетельствовало про дисфункцию сфинктера Одди.

Также всем больным после ХЭ была проведена нагрузочная УЗ проба с нитроглицерином. У всех 36 пациентов УЗ проба с нитроглицерином была положительной и подтвердила дисфункцию сфинктера Одди.

Результаты наших обследований показали, что у обследованных больных после ХЭ в сроки $5,48 \pm 2,42$ года (минимально — 6 месяцев, максимально — 8 лет) появились новые жалобы, несвойственные им до оперативного вмешательства. При этом основным клиническим синдромом являлась боль (табл. 1).

До проведенного комплексного лечения у 8 (22,2%) больных отмечали боли с локализацией в правом подреберье, которые очень напоминали таковые до удаления желчного

пузыря. У 7 (19,4%) больных отмечали «опоясывающие» боли с иррадиацией в спину. У 10 больных (27,8%) отмечали «смешанные» боли (с периодической локализацией то в правом подреберье, то в левом подреберье). У 5 больных (13,9%) боли локализовались в эпигастрии, возникали чаще натощак. У 6 больных (16,7%) боли в животе отличались неопределенностью возникновения, локализовались часто по ходу толстой кишки или отдельных ее частей (восходящая, нисходящая ободочная кишки).

Таблица 1

Динамика болевого синдрома у обследованных больных

Болевой синдром	Больные с ДСО после ХЭ (n=36)	
	до лечения	после лечения
Локализация		
В правом подреберье	8 (22,2 %)	2 (5,6 %)
В левом подреберье	7 (19,4 %)	-
В эпигастрии	5 (13,9%)	-
Без четкой локализации, чаще по ходу толстой кишки	6 (16,7%)	1 (2,8%)
Смешанные	10 (27,8%)	3 (8,3%)
Характер		
Ноющий	14 (38,9%)	5 (13,9 %)
Спастический	22 (61,1 %)	1 (2,8 %)
Продолжительность		
Периодическая	10 (27,8 %)	6 (16,7 %)
Постоянная	26 (72,2 %)	-

Болевые ощущения у больных чаще начинались после приема пищи, что также могло сочетаться с умеренной тошнотой (32,8%) и/или однократной рвотой (23,4%) (табл. 2). При этом 33,3% больных с ДСО после ХЭ жаловались на чувство горечи во рту, а 47,2% больных — на отрыжку горьким.

Итак, на момент обследования, помимо болевого синдрома, у больных после ХЭ выявлялся ряд других симптомов — билиарной и кишечной диспепсии. Симптомы кишечной диспепсии чаще всего проявлялись

нарушением акта дефекации, что у 66,6% больных проявлялись поносами, у 33,3% больных — полифекалией, у 47,2% больных — чувством неполного испражнения. При этом стул становился частым, зловонным, кашицеобразным или водянистым. Запоры диагностировали только у 5,6% обследованных больных. На момент обследования 52,3% больных беспокоила выраженная стеаторея. У половины больных отмечено сочетание болевого синдрома с нарушениями дефекации — хронической диареей и хроническими запорами.

Динамика клинических симптомов у обследованных больных

Симптомы	Больные с ДСО после ХЭ (n=36)	
	до лечения	после лечения
Симптомы кишечной диспепсии		
<i>Жалобы на нарушение акта дефекации</i>		
Поносы	24 (66,6 %)	4 (11,1 %)
Запоры	2 (5,6 %)	-
Запоры, чередующиеся с поносами	10 (27,8 %)	1 (2,8 %)
Полифекалия	12 (33,3%)	2 (5,6 %)
Чувство неполной дефекации	17 (47,2%)	2 (5,6 %)
Стеаторея	19 (52,3 %)	6 (16,7 %)
Метеоризм	27 (75,0 %)	3 (8,3 %)
Урчание в животе	23 (63,9%)	-
Симптомы билиарной диспепсии		
Тошнота	21 (32,8 %)	2 (5,6 %)
Рвота	15 (23,4 %)	-
Отрыжка горьким	17 (47,2 %)	1 (2,8 %)
Горечь во рту	12 (33,3 %)	1 (2,8 %)

У всех больных с ДСО после ХЭ при лечении мебеверин и препаратом урсодезоксихолевой кислоты отмечена положительная динамика: уменьшение выраженности абдоминального болевого синдрома уже к 7-му дню от начала назначения препарата. К концу курса комплексного лечения у всех 36 больных достигнуто или полное купирование болевого синдрома, или значительное снижение его интенсивности. В целом эффект лечения оценен как «хороший». Также комплексная терапия позитивно отобразилась на динамике диспепсического синдрома. Уже к концу первой недели у всех больных достигнуто уменьшение выраженности тошноты и рвоты. Отрыжка горьким, горечь во рту после лечения беспокоили только одного пациента.

Таким образом, дисфункция сфинктера Одди после холецистэктомии, протекающая преимущественно с болевым синдромом, является одним из частых осложнений ХЭ. При

этом клинически болевой синдром отличается большим разнообразием. Наряду с «типичным» болевым синдромом в клинической картине нередко доминируют боли «смешанного» характера в сочетании с диспепсическим синдромом. Диагностика ДСО и ее своевременная адекватная коррекция в большинстве случаев позитивно влияют на качество жизни больных после холецистэктомии.

Предложенная нами комплексная терапия ДСО с использованием мебеверина и урсодезоксихолевой кислоты у больных после ХЭ эффективно купирует клинические симптомы заболевания. Также следует отметить, что данная схема комплексной терапии ни у одного пациента не вызвала побочных эффектов, из-за которых надо было прерывать курс лечения.

Выводы:

1. У больных после холецистэктомии дисфункция сфинктера Одди проявляется болевым синдромом разной степени ин-

тенсивности в сочетании с проявлениями билиарной и кишечной диспепсии.

2. Комплексная терапия с использованием мебеверина и препарата урсодезоксихолевой кислоты является эффективным методом для лечения дисфункции сфинктера Одди у больных после холэцистэктомии.

Литература

1. Губергриц Н. Б. Холецистэктомия и сфинктер Одди: как достигнуть консенсуса? / Н. Б. Губергриц, Г. М. Лукашевич, О. А. Голубова, П. Г. Фоменко // Сучасна гастроентерологія. — 2013. — № 1 (69). — С. 55–65.

2. Шевченко Б. Ф. Дифференциальный подход к органосохраняющим операциям в лечении желчнокаменной болезни // Б. Ф. Шевченко, А. М. Бабий // Гастроентерологія. — 2013. — С. 95–101.

3. Madacsy L. Characterization of functional biliary pain and dyspeptic symptoms in patients with sphincter of Oddi dysfunction: effect of papillotomy // L. Madacsy, R. Fejes, G. Kurucsai // World J. Gastroenterol. — 2006. — № 12 (42). — P. 6850–6856.

4. Meshkinpour H. Sphincter of Oddi dysfunction and unexplained abdominal pain: clinical and manometric study / H. Meshkinpour, M. Mollet // Dig. Dis. Sci. — 1992. — № 37. — P. 257.

5. Neoptolemos J. P. Sphincter of Oddi dysfunction: results of treatment by endoscopic sphincterotomy / J. P. Neoptolemos, I. S. Bailey, D. L. Carr-Locke // Br. J. Surg. — 1988. — № 75. — P. 454.

6. Ursodeoxycholic acid treatment for patients with postcholecystectomy pain and bile microlithiasis / N. Okoro, A. Patel, M. Goldstein et al. // Gastrointest. Endosc. — 2008. — P. 68–69.

© Спивак Е. М., Николаева Т. Н., 2014

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ В РАННЕМ И ДОШКОЛЬНОМ ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Спивак Е. М., Николаева Т. Н.

Ярославская государственная медицинская академия, Ярославль, Россия

EPIDEMIOLOGY OF FUNCTIONAL DISORDERS OF THE CARDIOVASCULAR SYSTEM IN EARLY CHILDHOOD AND PRESCHOOL CHILDREN'S AGE

Spivak E. M., Nickolaeva T. N.

Контакт: Спивак Евгений Маркович, spivak58@mail.ru

Проведено обследование 2209 детей 2–7 лет с использованием клиничко-анамнестического метода, электрокардиографии, функциональных и медикаментозных проб, оценкой нейровегетативной регуляции кровообращения. Установлено, что распространенность вегетативной дисфункции в раннем и дошкольном возрасте составляет 39% и 54% соответственно, а у каждого шестого ребенка 2–7 лет обнаруживаются функциональные кардиопатии. Показано преобладание вегетативной лабильности с доминированием парасимпатикотонического ее типа и увеличение по мере роста детей частоты манифестного синдрома вегетативной дистонии. Наиболее значимыми факторами формирования функциональных нарушений сердечно-сосудистой системы являются наследственная отягощенность по психосоматической патологии, осложненное течение ante- и интранатального периодов онтогенеза и хронический психоэмоциональный стресс.

Ключевые слова: сердечно-сосудистая система, нарушения, дети, эпидемиология.

2209 children of 2 to 7 years old were examined using anamnestic method, electrocardiography, functional and pharmacological trials, and assessment of autonomic regulation of blood circulation.