

УДК 616.36-008.6:615.244]-08-035.1



СІРЧАК Є.С.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», медичний факультет

## ЕФЕКТИВНІСТЬ РАФАХОЛІНУ Ц В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ ІЗ ДИСФУНКЦІЄЮ СФІНКТЕРА ОДДІ ПІСЛЯ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ

**Резюме.** Наведено результати комплексного обстеження та лікування 40 хворих із дисфункцією сфінктера Одді після холецистектомії. Доведена клінічна ефективність препарату рослинного походження Рафахолін Ц у комплексному лікуванні даного контингенту пацієнтів.

**Ключові слова:** дисфункція сфінктера Одді, холецистектомія, лікування.

### Актуальність проблеми

У світі щорічно виконується до 2,5 млн холецистектомій (ХЕ). За даними різних авторів, після ХЕ скарги гастроентерологічного характеру пред'являють від 5 до 40–70 % хворих. Після ХЕ тільки половина пацієнтів відмічають покращення самопочуття [1].

У більшості хворих (до 60 %) причиною скарг після ХЕ служать функціональні, а у 40–42 % — органічні порушення [2]. У 15–40 % випадків ХЕ призводить до нової хвороби, яку об'єднують у загальний симптомокомплекс під назвою «постхолецистектомічний синдром» (ПХЕС) [3]. У даний час термін «ПХЕС» застосовується винятково стосовно патологічного синдрому, що розвивається внаслідок відсутності жовчного міхура (ЖМ), і відображає функціональні порушення, а не органічні процеси. Найчастіше прояви ПХЕС відзначають після видалення функціонуючого ЖМ.

Адекватна терапія хворих залежить від правильного розуміння патогенезу клінічних симптомів, що розвиваються після ХЕ. Випадіння фізіологічної ролі ЖМ, а саме концентрація жовчі в міжтравному періоді і викид її у дванадцятипалу кишку (ДПК) під час їжі, супроводжується порушенням пасажу жовчі в кишечник і розладом травлення. Зміна хімічного складу жовчі і хаотичне її надходження в ДПК порушують перетравлювання і всмоктування жиру та інших речовин ліпідної приро-

ди, зменшують бактерицидність дуоденального вмісту, що призводить до мікробного обсіменіння ДПК, порушення росту і функціонування нормальної кишкової мікрофлори, розладу печінково-кишкової циркуляції і зниження загального пулу жовчних кислот. Під впливом мікрофлори жовчні кислоти піддаються передчасній декон'югації, що супроводжується пошкодженням слизової оболонки дванадцятипалої, тонкої і товстої кишки з розвитком дуоденіту, рефлюкс-гастриту, ентериту і коліту. Дуоденіт супроводжується дуоденальною дискінезією, і в першу чергу дуоденальною гіпертензією з розвитком дуоденогастрального рефлюксу і закидом вмісту в загальну жовчну протоку (ЗЖП) і протоку підшлункової залози. У результаті формуються дискінезії сфінктера печінково-підшлункової ампули, жовчної і панкреатичної проток (сфінктера Одді (СО)) [4].

У хворих із видаленням ЖМ лікування має бути спрямоване на відновлення нормального надходження жовчі та панкреатичного секрету з біліарних і панкреатичних проток у ДПК, що досягається за допомогою нормалізації хімічного складу жовчі, відновлення прохідності СО, а також нормалізації кількісного та якісного складу

© Сірчак Є.С., 2015

© «Гастроентерологія», 2015

© Заславський О.Ю., 2015



кишкової мікрофлори, процесів травлення і моторики тонкого кишечника для профілактики підвищення тиску в ДПК та запобігання формуванню клінічних проявів захворювання. Отже, медикаментозне лікування функціональних порушень у хворих після ХЕ має бути спрямоване на зняття спазму гладкої мускулатури сфінктерів (СО) із використанням антихолінергічних засобів (неселективних та селективних М-холіноблокаторів), селективних міотропних спазмолітиків, пролонгованих нітратів, блокаторів кальцієвих каналів та ін. У відновленні нормального відтоку жовчі при відсутності ЖМ поряд із прохідністю СО велике значення має рівень тиску в ДПК. Якщо він перевищує секреторний тиск жовчі і панкреатичного соку, вони будуть депонуватися в біліарних і панкреатичних протоках із відповідними наслідками. При виборі тактики лікування слід враховувати, що основним патогенетичним механізмом розвитку дуоденальної гіпертензії є надмірний уміст ріднини й газу у просвіті ДПК у результаті бродильно-гнильних процесів, обумовлених мікробною контамінацією, для лікування якої застосовують антибактеріальні препарати в поєднанні з пре- та пробіотиками. Також використовують жовчогінні препарати, що сприяють відновленню жовчоутворення та жовчовиділення [5].

Традиційно жовчогінні лікарські засоби розподіляють на препарати, що посилюють утворення жовчі, або холеретики (від грец. *chole* — «жовч», *eretikos* — «виштовхує»), та лікарські засоби, що сприяють виділенню жовчі, або холекінетики (від грец. *chole* — «жовч», *kinetikos* — «приводить до руху»). До холеретиків належить досить велика група лікарських засобів, що відрізняються один від одного як за хімічною будовою, так і за механізмом дії:

1. Лікарські засоби, що містять жовч і жовчні кислоти (алохол, холензим та ін.). Жовч і жовчні кислоти, що входять до їх складу, всмоктуються в кров, досягають гепатоцитів і стимулюють секрецію жовчі. Крім цього, вони певною мірою стимулюють рухову активність шлунково-кишкового тракту, зменшують процеси бродіння і гниття в кишечнику.

2. Синтетичні холеретики (оксафенамід, циквалон та ін.) — ці лікарські засоби збільшують об'єм жовчі переважно за рахунок її водного компонента, зменшують її в'язкість, проявляють спазмолітичну і/або протизапальну дію.

3. Холеретики рослинного походження (квітки безсмертника піщаного, кукурудзяні рильця, холагол та ін.). Холеретичну властивість рослин пов'язують із наявністю в них ефірних олій, смол, флавононів, фітостеринів, а також деяких вітамінів. Відомо, що до складу багатьох ефірних олій входять терпени, зокрема ментол і пінен, що мають переважну спорідненість до гепатоцитів, де вони піддаються детоксикації шляхом утворення глюкуронідів. Глюкуроніди, а також флавонони, фітостерини і деякі вітаміни (групи В, С) безпосередньо стимулюють обмінні та синтетичні процеси в печінкових клітинах, прискорюють синтез жовчних кислот, холестерину, пігментів та інших органічних складових частин жовчі. Поряд із посиленням секреції

жовчі більшість рослинних препаратів викликає підвищення тону м'язів ЖМ з одночасним розслабленням гладкої мускулатури жовчних шляхів і сфінктерів. Одним із важливих властивостей препаратів цієї групи є нормалізуюча і стимулююча дія на секрецію залоз шлунка, підшлункової залози, підвищення ферментативної активності шлункового соку. Вони також проявляють протизапальну і/або спазмолітичну активність [5].

Отже, перепективним напрямком у профілактиці та лікуванні функціональних порушень органів гепатобіліарної системи у хворих після ХЕ можуть виступати препарати рослинного походження. Саме таким засобом є комплексний препарат Рафахолін Ц (Herbapol, Польща), до складу якого входить: екстракт чорної редьки, екстракт трави артишоку густого, кислота дегідрохолева, олія м'яти перцевої та вугілля активоване. Завдяки своїм компонентам Рафахолін Ц стимулює жовчоутворення і жовчовиділення, проявляє спазмолітичну дію, нормалізує моторику біліарного тракту і кишечника, також чинить гепатопротекторну дію та зменшує процеси бродіння й газоутворення в кишечнику. Показанням для застосування Рафахоліну Ц є дискінезії жовчовивідних шляхів і функціональні диспепсії. Крім того, його можна застосовувати для покращення функцій травлення, при синдромі подразненого кишечника зі схильністю до запорів, а також як засіб допоміжної терапії при запальних ураженнях жовчовивідних шляхів і ЖМ. Препарат може використовуватись для корекції біліарної дисфункції як при гіпер-, так і при гіпокінезії, у тому числі при первинних і вторинних (після ХЕ) порушеннях.

**Мета дослідження** — дослідити клінічну ефективність Рафахоліну Ц у комплексному лікуванні дисфункції сфінктера Одлі у хворих після ХЕ.

## Матеріали і методи

На базі кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб медичного факультету ДВНЗ «Ужгородський національний університет» обстежено та проліковано 40 хворих після ХЕ із дисфункцією СО. Всім обстеженим була проведена ХЕ у строк від 2 до 8 років. Всі дослідження були виконані за згодою пацієнтів, а методика їх проведення відповідала Гельсінській декларації 1975 р. та її перегляду 1983 р.

Серед обстежених хворих після ХЕ чоловіків було 11 (27,5%), жінок — 29 (72,5%). Середній вік становив  $(42,5 \pm 4,7)$  року. У контрольну групу ввійшло 20 практично здорових осіб. Середній вік становив  $(40,1 \pm 4,6)$  року. Чоловіків було 11 (55,0%), жінок — 9 (45,0%).

У всіх обстежених пацієнтів до та після лікування застосовувались загальноклінічні методи дослідження. Для верифікації діагнозу звертали увагу на характер скарг, анамнез та результати лабораторно-інструментальних методів обстеження. При біохімічному аналізі крові визначали рівень загального білірубіну та його фракцій, активність сироваткових цитолітичних ферментів (аланінової (АЛТ) та аспарагінової (АСТ) амінотрансфераз), активність холестатичних ферментів (лужної фосфатази (ЛФ) та  $\gamma$ -глутамілтрансферази (ГГТ)), показники холестерину, тригліцеридів, глюко-



зи, амілази в сироватці крові. Показники визначали на автоматичному біохімічному аналізаторі ChemWell, Awareness Technology INC (США). Хворим також проводили копрологічне дослідження та бактеріологічний посів калу для визначення кількісного та якісного складу мікрофлори товстого кишечника.

Всім обстеженим пацієнтам виконано фіброезофагогастродуоденоскопію за допомогою обладнання для ендоскопії з відеопроцесором Pentax EPM-3300 із використанням гнучких фіброендоскопів фірми Pentax E-2430, GIF-K20. В окремих випадках (n = 12) проводили ендоскопічну ретроградну панкреатохолангіографію.

Також усім обстеженим хворим до та після лікування проведено ультразвукове дослідження (УЗД) органів черевної порожнини (Philips HDI-1500). При цьому визначали розмір загальної жовчної (у нормі не більше 12 мм) та панкреатичної (у нормі не більше 5 мм) проток. Їх збільшення свідчить про дисфункцію СО у поєднанні з результатами інших лабораторно-інструментальних методів дослідження. Для верифікації дисфункції СО у хворих після ХЕ також застосовували УЗ-пробу з жирним сніданком (150 грамів вершків і 2 яєчних жовтки) для стимуляції вироблення холецистокініну і збільшення виділення жовчі. Проба проводилася вранці натще-серце і включала дослідження холедоха в ділянці воріт печінки до і кожні 15 хвилин протягом 1 години після прийому пробного сніданку. Проба вважалася позитивною в разі приросту холедоха протягом 1 години на 2 мм і більше порівняно з вихідним параметром і дозволяла судити про дисфункцію СО. Проба з жирним сніданком у 3 хворих була припинена у зв'язку з вираженою нудотою, блювотою, а також появою відрижки, посиленням болю у правому підребер'ї. Повноцінно вдалося провести пробу тільки у 37 хворих. У всіх 37 хворих після ХЕ проба з жирним сніданком виявилася позитивною, що свідчило про дисфункцію СО.

В обстежених хворих після ХЕ з дисфункцією СО (до та після лікування) і добровольців із групи контролю проводилася загальна оцінка якості життя (ЯЖ) за допомогою опитувальника SF-36, пункти якого згруповані у 8 шкал: 1) фізичне функціонування (PF); 2) рольове функціонування, обумовлене фізичним станом (RP); 3) шкала інтенсивності болю (BP); 4) загальний стан здоров'я (GH); 5) життєва активність (VT); 6) соціальне функціонування (SF); 7) рольове функціонування, обумовлене емоційним станом (RE); 8) психічне здоров'я (MH). Всі вищеперераховані шкали формували 2 показника: фізичний (1-ша – 4-та шкали) і психічний (5-та – 8-ма шкали) компоненти здоров'я.

Обстеженим хворим із дисфункцією СО після ХЕ проведено комплексне базисне лікування, що включало призначення спазмолітика міотропної дії (мебеверину), прокінетиків. Для нормалізації кількісного та якісного складу мікрофлори товстого кишечника призначали ципрофлоксацин та комбінований пробіотик. Хворих розподілили на дві групи залежно від призначеного лікування. У I групу ввійшли 20 пацієнтів, які отримували лише базисну терапію. II групу становили також 20 хворих із дисфункцією СО після ХЕ, які, крім

базисної терапії, додатково отримували комплексний рослинний препарат Рафахолін Ц по 1 таблетці 3 рази на добу протягом 20 днів.

Аналіз і обробка результатів обстеження хворих здійснювалися за допомогою комп'ютерної програми Statistica (фірми StatSoft Inc, США) з використанням параметричних та непараметричних методів оцінки отриманих результатів.

## Результати досліджень та їх обговорення

До проведеного лікування провідним клінічним проявом дисфункції СО у хворих після ХЕ був диспептичний та больовий синдром.

Больовий синдром діагностовано у 12 (60,0%) хворих I та у 13 (65,0%) хворих II групи (табл. 1). Біль частіше визначали в правому підребер'ї (50,0–46,2%), що нагадував біль до видалення ЖМ, а також в епігастрії, у лівому підребер'ї та по ходу товстого кишечника. Обстежені хворі частіше скаржились на біль ниючого, постійного характеру.

Комплексна терапія хворих після ХЕ з дисфункцією СО із використанням Рафахоліну Ц виявилася більш ефективною, ніж базисна терапія. Так, у хворих II групи вже на 4–7-й дні лікування спостерігали значне зменшення інтенсивності больових відчуттів (у 15,0–30,0% обстежених пацієнтів). Дискомфорт у верхніх відділах живота, що мав місце у 40,0–35,0% хворих I та II груп, зменшився у 7 разів під кінець 1-го тижня лікування в групі хворих, які додатково приймали Рафахолін Ц, тоді як у групі пацієнтів, які отримували стандартне базисне лікування, — лише у 2 рази. Результати наведені на рис. 1, 2.

До 35,0% хворих на момент обстеження скаржились на виражений метеоризм, відчуття швидкого насичення після їжі. Усунення/зменшення інтенсивності метеоризму встановлено наприкінці 2-го тижня ліку-

Таблиця 1 — Частота та характер больового синдрому в обстежених хворих до лікування

Больовий синдром	Обстежені хворі після ХЕ, n (%)	
	I група (n = 12)	II група (n = 13)
<b>Локалізація</b>		
— у правому підребер'ї	6 (50,0)	6 (46,2)
— у лівому підребер'ї	1 (8,3)	2 (15,4)
— в епігастрії	2 (16,7)	3 (23,0)
— без чіткої локалізації, частіше по ходу товстої кишки	3 (25,0)	2 (15,4)
<b>Характер</b>		
— ниючий	7 (58,3)	7 (53,8)
— спастичний	5 (41,7)	6 (46,2)
<b>Тривалість</b>		
— постійний	8 (66,7)	8 (61,5)
— періодичний	4 (33,3)	5 (38,5)



вання у II групі пацієнтів, тоді як у I групі хворих такої динаміки клінічних проявів досягли тільки наприкінці 20-го дня терапії.

На момент звернення у всіх хворих після ХЕ із дисфункцією СО визначали диспептичний синдром, що проявлявся нудотою, періодичною блювотою, відрижкою та гіркотою в роті (рис. 3, 4).

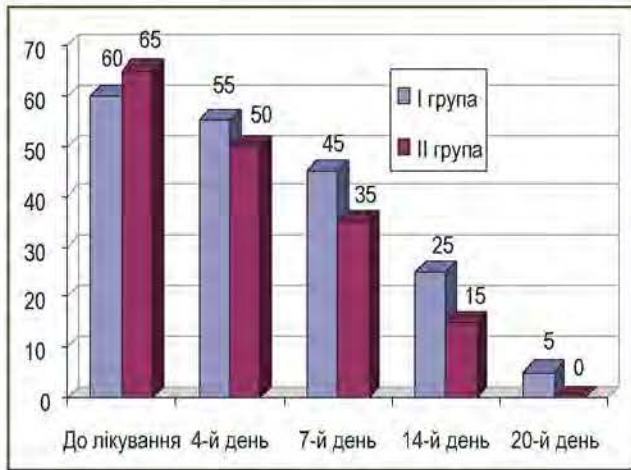
У групі хворих (II група), які отримували в комплексній терапії рослинний препарат Рафахолін Ц, на 3–4-й день лікування визначали виражене зменшення проявів диспептичного синдрому (відрижки – на 35,0 %, гіркоти в роті, нудоти, блювоти – на 30,0 %). Дані скарги в обстежених хворих II групи повністю зникли до кінця проведеного лікування, тоді як у 5,0 % хворих I групи на 20-й день лікування спостерігали гіркоту в роті та відрижку.

Підтвердженням дисфункції СО за біліарним типом у хворих після ХЕ послужило збільшення активності АСТ,

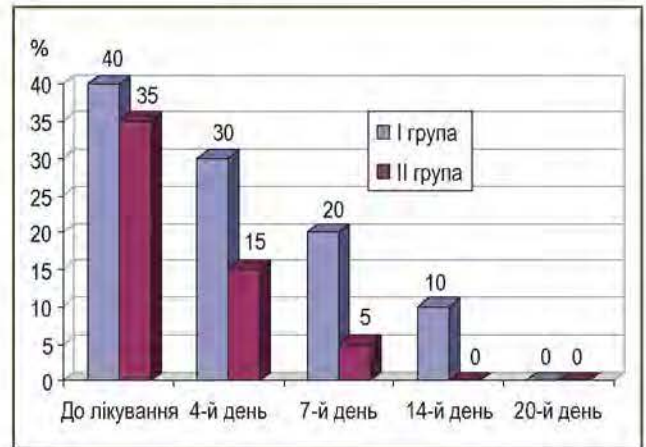
АЛТ у сироватці крові, рівня загального білірубіну, ЛФ, ГГТ у поєднанні з результатами УЗД органів папкреато-біліарної системи, а саме розширення ЗЖП більше ніж 12 мм та позитивної проби із жирним сніданком (приріст холедоха більше ніж на 2 мм за 60 хв дослідження).

Після лікування вірогідне зменшення активності АСТ, рівня білірубіну і холестатичних ферментів (ЛФ, ГГТ) встановили лише у групі пацієнтів, які отримували додатково Рафахолін Ц (табл. 2).

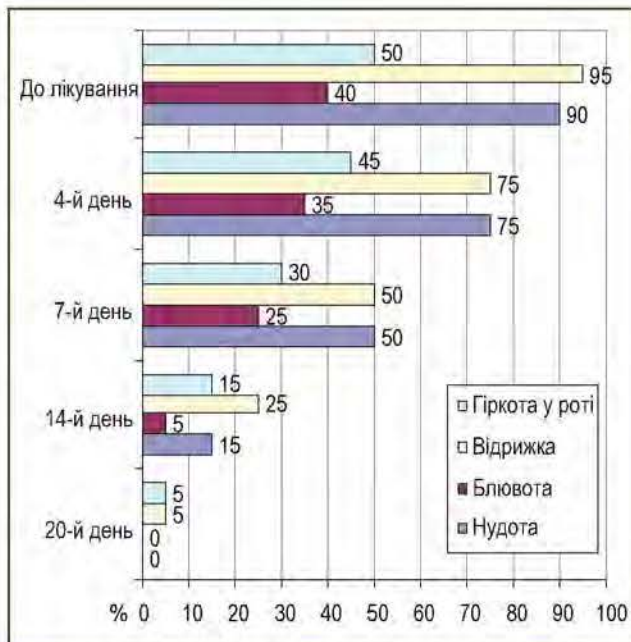
До проведеного лікування спостерігали розширення ЗЖП до  $(14,2 \pm 0,3)$  мм у хворих I групи та до  $(14,8 \pm 0,5)$  мм у хворих II групи (табл. 3). Вірогідне зменшення ЗЖП (до  $(7,8 \pm 0,7)$  мм,  $p < 0,05$ ), а також позитивну динаміку її діаметра після проведення УЗ-проби із жирним сніданком (приріст лише до  $(9,1 \pm 1,1)$  мм) встановлено у групі пацієнтів на фоні прийому Рафахоліну Ц.



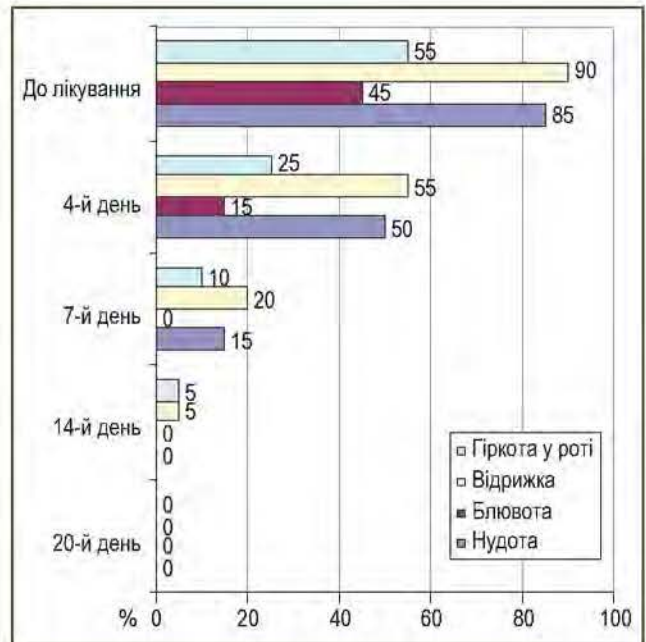
**Рисунок 1 – Динаміка больового синдрому в обстежених хворих на фоні лікування**



**Рисунок 2 – Динаміка дискомфорту, тяжкості у верхніх відділах живота в обстежених хворих на фоні лікування**



**Рисунок 3 – Динаміка диспептичного синдрому у хворих I групи на фоні лікування**



**Рисунок 4 – Динаміка диспептичного синдрому у хворих II групи на фоні лікування**



Об'єктивним критерієм оцінки ефективності лікування є визначення динаміки ЯЖ у досліджених хворих. При оцінці ЯЖ у хворих після ХЕ до лікування отримані дані свідчать про її зниження порівняно з показниками контрольної групи за всіма шкалами опитувальника SF-36. Призначення патогенетично обгрунтованої терапії хворим із дисфункцією СО після ХЕ позитивно вплинуло також на показники ЯЖ (табл. 4).

### Обговорення результатів

Отримані результати вказують на те, що фізичний і емоційний стан у хворих із дисфункцією СО після ХЕ значно обмежує обсяг виконання ними повсякденної роботи і соціальної активності. Дані хворі часто відчують себе хворобливими, знесиленими, вони схильні до тривоги й переживання інших негативних емоцій, також негативно оцінюють перспективи власного лікування. Зменшення клінічних проявів захворювання (больового, диспептичного синдрому, метеоризму), що досягнуто вже наприкінці 1-го тижня лікування на фоні прийому Рафахоліну Ц, крім нормалізації фізичного стану, сприяє більш ефективному відновленню емоційної сфери даних пацієнтів.

Отже, використання Рафахоліну Ц є патогенетично обгрунтованим для лікування та профілактики формування функціональних порушень у хворих після ХЕ. Рослинний препарат Рафахолін Ц завдяки своїм компонентам нормалізує жовчоутворення та відтік жовчі по жовчовивідній системі, нормалізує тонує СО, що лежить в основі зменшення вираженості клінічних проявів захворювання. Нормалізуючи процеси жовчоутворення та жовчовиділення, Рафахолін Ц також проявляє гепатопротекторні властивості, зменшуючи навантаження на печінку, про що свідчить позитивна динаміка холестатичних ферментів та зменшення активності АСТ, АЛТ у сироватці крові. Результати УЗД органів панкреатобілярної зони засвідчили, що на фоні прийому Рафахоліну Ц досягнуто зменшення розмірів ЗЖП і протоки підшлункової залози завдяки його спазмолітичній дії та нормалізації тону сфінктерного апарату жовчовивідної системи, що, у свою чергу, сприяє нормалізації відтоку жовчі та панкреатичного секрету і веде до зменшення дуоденальної гіпертензії, а відповідно, і покращення клінічних симптомів та загального стану хворих із дисфункцією СО після ХЕ.

**Таблиця 2 — Динаміка лабораторних показників крові в обстежених хворих на фоні лікування**

Показник	Контрольна група (n = 20)	Обстежені хворі			
		I група (n = 20)		II група (n = 20)	
		До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
АСТ, од.	30,4 ± 2,5	65,7 ± 4,1*	45,7 ± 3,3	68,5 ± 3,2*	32,1 ± 2,8**
АЛТ, од.	28,2 ± 2,1	60,3 ± 3,2*	48,2 ± 5,4	62,4 ± 4,4*	36,7 ± 3,2
Загальний білірубін, ммоль/л	16,7 ± 1,4	30,7 ± 2,4	21,3 ± 1,8	32,3 ± 3,6*	16,8 ± 2,2**
ЛФ, МОд/л	67,3 ± 5,5	141,4 ± 7,3*	82,3 ± 5,5**	152,1 ± 5,9*	54,7 ± 4,6**
ГГТ, МОд/л	28,9 ± 2,4	71,1 ± 5,2*	47,6 ± 3,3	74,6 ± 4,7*	38,9 ± 4,7**
Холестерин, ммоль/л	4,4 ± 0,8	6,4 ± 0,7	5,7 ± 0,5	6,3 ± 0,5	5,1 ± 0,7
ТГ, ммоль/л	1,3 ± 0,3	2,0 ± 0,5	1,7 ± 0,5	2,1 ± 0,4	1,5 ± 0,5
Глюкоза, ммоль/л	4,9 ± 1,2	5,2 ± 0,9	5,0 ± 0,9	5,0 ± 1,1	5,1 ± 0,7
Амілаза, МОд/л	40,7 ± 3,6	82,3 ± 4,5*	63,4 ± 3,6	76,9 ± 3,7	45,3 ± 4,1**

Примітки: \* —  $p < 0,05$  — різниця між показниками хворих та контрольної групи;  
\*\* —  $p < 0,05$  — відмінності між показниками у хворих до та після лікування.

**Таблиця 3 — Динаміка показників УЗД в обстежених хворих на фоні лікування**

Показник	Обстежені хворі			
	I група (n = 20)		II група (n = 20)	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
Панкреатична протока, мм	4,9 ± 0,7	4,3 ± 0,5	4,7 ± 0,6	4,0 ± 0,3
<b>Загальна жовчна протока, мм</b>				
— До УЗ-проби із жирним сніданком (0 хв)	14,2 ± 0,3	8,7 ± 0,7	14,8 ± 0,5	7,8 ± 0,7*
— Після УЗ-проби із жирним сніданком (60 хв)	I група (n = 19)		II група (n = 18)	
	16,8 ± 1,2	10,4 ± 0,9	17,4 ± 0,9	9,1 ± 1,1

Примітка. \* —  $P < 0,05$  — відмінності між показниками у хворих до та після лікування.



Таблиця 4 — Динаміка показників ЯЖ у хворих із дисфункцією СО після ХЕ на фоні лікування

Показник	Контрольна група (n = 20)	Обстежені хворі			
		I група (n = 20)		II група (n = 20)	
		До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
PF	88,0 ± 3,6	71,0 ± 1,7	77,0 ± 2,5	69,0 ± 2,0	80,0 ± 2,3
RP	84,0 ± 1,4	48,0 ± 2,2*	59,0 ± 1,1	45,0 ± 1,8*	89,0 ± 2,5**
BP	85,0 ± 1,9	57,0 ± 2,1	70,0 ± 1,5	50,0 ± 2,4*	82,0 ± 1,5**
GH	82,0 ± 2,4	57,0 ± 1,8	62,0 ± 2,1	55,0 ± 2,0	79,0 ± 1,4
VT	78,0 ± 1,9	50,0 ± 1,2	59,0 ± 1,2	44,0 ± 1,6*	71,0 ± 1,2**
SF	75,0 ± 1,6	63,0 ± 2,0	69,0 ± 2,0	61,0 ± 1,7	74,0 ± 1,9
RE	68,0 ± 2,5	47,0 ± 1,2	55,0 ± 1,5	45,0 ± 1,6	61,0 ± 1,7
MH	74,0 ± 2,4	53,0 ± 1,7	60,0 ± 1,4	55,0 ± 1,5	70,0 ± 1,4
PH	86,0 ± 2,5	60,0 ± 1,5*	78,0 ± 1,6	61,0 ± 1,9	81,0 ± 2,0
MH1	75,0 ± 2,0	51,0 ± 1,4	67,0 ± 2,1	52,0 ± 3,2	72,0 ± 2,1

Примітки: \* —  $p < 0,05$  — різниця між показниками хворих та контрольної групи; \*\* —  $p < 0,05$  — відмінності між показниками у хворих до та після лікування.

## Висновки

1. Рафахолін Ц у складі комплексної терапії є ефективним, безпечним препаратом для усунення клінічних та лабораторно-інструментальних проявів дисфункції СО у хворих після ХЕ.

2. Рафахолін Ц може використовуватись для лікування та профілактики формування функціональних порушень у хворих після ХЕ.

## Список літератури

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. Савельев В.С. Желчнокаменная болезнь и синдром нарушенного пищеварения / В.С. Савельева, В.А. Петухов. — М.: Боргес, 2011. — 258 с.

3. Шевченко Б.Ф. Дифференциальный подход к органосохраняющим операциям в лечении желчнокаменной болезни / Б.Ф. Шевченко, А.М. Бабий // Гастроентерология. — 2013. — С. 95-101.

4. Чернова В.М. Дисфункция сфинктера Одди: механизмы развития и пути коррекции / В.М. Чернова // Здоров'я України. — 2010. — С. 44-47.

5. Ивашкин В.Т. Гастроэнтерология. Национальное руководство / В.Т. Ивашкин, Т.Л. Лапина. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. — 462 с.

Отримано 13.02.15 ■

Sirchak Ye.S.

ГВУЗ «Ужгородский национальный университет», медицинский факультет

### ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАФАХОЛИНА Ц В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ДИСФУНКЦИЕЙ СФИНКТЕРА ОДДИ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

**Резюме.** Представлены результаты комплексного обследования и лечения 40 больных с дисфункцией сфинктера Одди после холецистэктомии. Доказана клиническая эффективность препарата растительного происхождения Ра-

фахолина Ц в комплексном лечении данного контингента пациентов.

**Ключевые слова:** дисфункция сфинктера Одди, холецистэктомия, лечение.

Sirchak Ye.S.

Higher State Educational Institution «Uzhhorod National University», Medical Faculty, Uzhhorod, Ukraine

### RAPHACHOLIN C EFFICIENCY IN COMPREHENSIVE TREATMENT OF PATIENTS WITH SPHINCTER OF ODDI DYSFUNCTION AFTER CHOLECYSTECTOMY

**Summary.** The results of a complete physical examination and treatment in 40 patients with sphincter of Oddi dysfunction after cholecystectomy are provided. The clinical effectiveness of Rapha-

cholin C, a herbal preparation, in comprehensive treatment of these patients is proved.

**Key words:** sphincter of Oddi dysfunction, cholecystectomy, treatment.