



УКРАЇНА

(19) UA (11) 48714 (13) U  
(51) МПК (2009)  
A61K 31/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІОПИС  
ДО ПАТЕНТУ  
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під  
відповідальність  
власника  
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО БЕЗКАМ'ЯНОГО ХОЛЕЦИСТИТУ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ДИСКІНЕЗІЄЮ ЖОВЧНОГО МІХУРА

1

2

(21) u200911378

(22) 09.11.2009

(24) 25.03.2010

(46) 25.03.2010, Бюл.№ 6, 2010 р.

(72) ПАСІЄШВІЛІ ЛЮДМИЛА МИХАЙЛІВНА, КА-  
РАЯ ОЛЕНА ВОЛОДИМИРІВНА(73) ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ  
УНІВЕРСИТЕТ(57) Спосіб лікування хронічного безкам'яного хо-  
лециститу з гіпертонічною дискінезією жовчного

міхура, що включає призначення дієтотерапії, се-  
дативних, спазмолітичних та жовчогінних засобів,  
який **відрізняється** тим, що хворому призначають  
стіл №5, дюспаталін 100 мг 3 рази на день за 20  
хвилин до прийому їжі, холівер 2 таблетки 3 рази  
на день до прийому їжі та додатково кальцемін 1  
таблетку 2 рази на день і настоянку кропиви соба-  
чої по 30 крапель 3 рази на день, при рецидиву-  
ванні захворювання схему повторюють до норма-  
лізації клініки.

Корисна модель відноситься до медицини, а  
саме до гастроентерології і може бути використа-  
ною для лікування хронічного безкам'яного хо-  
лециститу з дискінезією жовчного міхура за гіперто-  
нічним типом.

Захворювання гепатобіліарної системи є до-  
сить поширеними, та з кожним роком кількість та-  
ких хворих зростає. У загальній структурі захворю-  
вання органів травлення хвороби жовчного міхура  
та жовчовивідних шляхів посідають друге місце,  
складаючи приблизно 1/3. Численні дані літерату-  
ри свідчать про те, що в даний час в індустріально  
розвинених країнах на хронічний безкам'яний хо-  
лецистит страждає 10-20 % дорослого населення  
та частота цього захворювання має тенденцію до  
подальшого зростання [Дзяк Г.В. Современные  
аспекты диагностики и лечения дискинезий жел-  
чевыводящих путей: метод, рекомендации. - Дніп-  
ропетровськ, 2004. - 20 с.].

Основним завданням лікування хворих на  
хронічний безкам'яний холецистит з гіпертонічною  
дискінезією жовчного міхура вважають ліквідацію  
або зміну мікробно-запального процесу у жовчних  
шляхах, стимуляцію регенераторних процесів,  
нормалізацію порушеного обміну та функції печін-  
ки.

Лікувальні заходи при хронічному безкам'яно-  
му холециститі з гіпертонічною дискінезією жовч-  
ного міхура включають: лікувальний режим, ліку-  
вальне харчування, призначення спазмолітиків,  
раціональне застосування жовчогінних засобів,  
призначення седативних засобів, імуномодуючу

терапію, фізіотерапевтичне лікування, лікування  
мінеральними водами, санаторно-курортне ліку-  
вання.

При гіпермоторній дискінезії жовчного міхура  
використовують спазмолітичні засоби: антихоліне-  
ргічні (платифілін, гастроцепін, букоспан), оскільки  
парасимпатична частина вегетативної нервової  
системи підсилює моторику травного каналу, а  
також міотропні (папаверин, но-шпа, нітрати та  
блокатори кальцієвих каналів) засоби. В якості  
жовчогінних, призначають засоби вибір яких зале-  
жить не тільки від форми дискінезії. Сучасні жов-  
чогінні - гепабене, галстена, хофітол - поліпшують  
функцію гепатоцитів й показані при супутньому  
гепатиті, гепатозі. Фебіхол посилює секрецію під-  
шлункової залози, отже його призначають при  
хронічному панкреатиті, який часто супроводжує  
хронічний холецистит. В лікуванні хворих на хроні-  
чний безкам'яний холецистит застосування препа-  
ратів, що містять нативну жовч або її компоненти,  
зараз обмежується у зв'язку з їх подразнюючою  
дією на слизову оболонку дванадцятипалої кишки  
та шлунка та гальмівною дією окремих складових  
на жовчоутворення та жовчовиділення [Фадеев  
Г.Д. Возможности патогенетической терапии дис-  
функции желчевыводящих путей //Сучасна гаст-  
роентерол. - 2005. - № 2, - С. 20-25].

Частіше всього застосовують наступні схеми  
терапії: дієтотерапія-стіл №5 за Повзнером, вико-  
ристання гастроцепіну при больовому синдромі у  
дозі 50 мг 2-3 рази на день, розчин но-шпи 2 % 2  
мл 2-3 рази на день, жовчогінного засобу-

(19) UA (11) 48714 (13) U

холензіму по 1-2 таблетці 3 рази на день після їжі, відвару кукурудзяних рилець у дозі 1/2 склянки - 3 рази на день за 15 хвилин до їжі [Охлобыстин А.В. Расстройства моторики желчевыводящих путей: классификация, диагностика и лечение. - В кн.: Болезни органов пищеварения. - 2003. - Т. 5. - С. 62-66.] Також відома ще одна схема, яка включає прийом дюспаталіну у дозі 100 мг 2 рази на добу, холіверу по 1-2 таблетці 3-4 рази на день протягом 2 місяців [Калинин А.В. Функциональные расстройства билиарного тракта и их лечение //Клин. перспект. гастроэнтерол., гепатол. - 2002. - № 3. - С. 25-34].

Дана схема включає засоби, які діють на всі ланки патогенезу хронічного безкам'яного холециститу, і є досить ефективною.

Даний спосіб лікування хронічного безкам'яного холециститу з гіпертонічною дискінезією жовчного міхура є найбільш близьким до того, що заявляється, по технічній суті та результату, який може бути досягнутим, тому його обрано в якості прототипу.

Основним недоліком відомих способів лікування ХБХ з гіпертонічною дискінезією жовчного міхура в тому числі і прототипу є недостатня ефективність, обумовлена відсутністю в терапевтичних комплексах засобів, які регулюють кальцієвий обмін.

У зв'язку з вищевикладеним в основу корисної моделі покладено задачу підвищення ефективності лікування ХБХ з гіпертонічною дискінезією жовчного міхура та профілактики рецидивування.

Задачу, яку покладено в основу корисної моделі вирішують тим, що у відомому способі лікування хронічного безкам'яного холециститу з гіпертонічною дискінезією жовчного міхура, що включає призначення дієтотерапії, седативних, спазмолітичних та жовчогінних засобів, згідно з корисною моделлю хворому призначають стіл № 5, дюспаталін 100 мг 3 рази на день за 20 хвилин до прийому їжі, холівер 2 таблетки 3 рази на день до прийому їжі, та додатково кальцемін 1 таблетці 2 рази на день і - настійку - кропиви собачої по 30 крапель 3 рази на день, при рецидивуванні захворювання схему повторюють до нормалізації клініки.

Технічний ефект корисної моделі, а саме підвищення ефективності лікування хворих на хронічний безкам'яний холецистит з гіпертонічною дискінезією жовчного міхура обумовлений тим, що відновлюються втрати кальцію, які є характерними для цієї категорії хворих, та знімається спазм жовчного міхура. Клінічний ефект проявлявся зник-

ненням больового, диспепсичного та астеновегетативного синдромів. Позитивна динаміка вищевказаних синдромів у хворих, які приймали дюспаталін 100 мг 3 рази на день за 20 хвилин до прийому їжі, холівер 2 таблетки 3 рази на день до прийому їжі, кальцемін 1 таблетці 2 рази на день, настійку-кропиви собачої по 30 крапель 3 рази на день, йшла з випередженням у середньому на 3-4 доби порівняно з пацієнтами, які запропоновану терапію не отримували.

Якісні та кількісні критерії способу, що заявляється, визначені експериментально.

Ефективність способу ілюструє наступний приклад.

Приклад №1. Хвора А., 42 роки, поступила до гастроентерологічного відділення зі скаргами на постійні тягучі болі в правому підребер'ї, нудоту, періодичну блювоту, швидку втомлюваність.

Вважає себе хворою протягом 5 років, коли з'явився біль в ділянці правого підребер'я. При обстеженні було встановлено діагноз хронічний безкам'яний холецистит. Хвора періодично проходила курс лікування з гарним ефектом. Дійсне погіршення відмічає протягом 1 місяця. Хвора лікувалась амбулаторно, але від лікування ефекту не було. У зв'язку з чим хвора була госпіталізована.

Анамнез без особливостей. Дієту дотримує постійно.

При огляді - загальний стан задовільний. Харчування достатнє. В легенях везикулярне дихання. Тони серця приглушені, ритм серцевої діяльності правильний. Пульс - 72 за 1 хвилину, АТ - 120/70 мм рт. ст. Язик чистий, вологий. Живіт звичайної форми, при пальпації м'який, помірно болісний в правому підребер'ї, Відзначається позитивний симптом Кера. Стул - нормальний.

Дані додаткових досліджень:

Аналіз крові клінічний: Ер.  $5,2 \times 10^{12}/л$ , Нб - 120 г/л, ЦП - 0,8, Лейк.  $-5,7 \times 10^9/л$ , Э - 4 %, П - 3 %, С - 68 %, Л - 19 %, М - 6 %. ШОЕ- 14 мм в час.

Аналіз сечі клінічний: питома вага - 1921, білок та цукор не виявлені, в осаді - лейкоцити 3-5 екз. у полі зору.

Медіатори запалення: С-РБ - 6,80 мг/л, ФНП-α 107,9 нг/л.

Показники ПОЛ-АОЗ: МДА у сироватці крові без ініціації-8,71 мкмоль/л, МДА у сироватці крові з ініціацією 12,8 мкмоль/л, ДК 22,4 мкмоль/л., СОД од. акт. за хв. на 1 г Нв 1,76, КТ мг/Нв 237,5.

Кальцій сироватки крові 2,14 ммоль/л

БФДЗ: виявлена гіпертонічна дискінезія сфінктера Одді.

Показники біохімічних властивостей жовчі.

Показники		ЖК (ммоль/л)	Білірубін (ммоль/л)	Холестерин (ммоль/л)	ХХК	ЛК (г/л)
До лікування	порція В	3,56	246,00	2,74	1,30	8,20
	порція С	3,16	156,00	0,20	15,02	3,70

Кальцій жовчі 5,8 ммоль/л

При мікроскопічному дослідженні жовчі виявлені кристали холестерину. При бактеріологічному дослідженні - жовч стерильна.

Рентгенологічне дослідження органів грудної клітини (висновок): легені та серце без патологічних змін.

Рентгенологічне дослідження органів шлунково-кишкового тракту (висновок): патології не виявлено.

УЗД органів черевної порожнини. Висновок: ознаки хронічного холециститу, скорочувальна функція жовчного міхура не порушена.

Клінічний діагноз: хронічний безкам'яний холецистит, в стадії загострення, дискінезія жовчовивідних шляхів за гіпертонічним типом.

Проводилась запропонована терапія: стіл № 5, дюспаталін 100 мг 3 рази на день за 20 хвилин до прийому їжі, холівер 2 таблетки 3 рази на день до прийому їжі, кальцемін 1 таблетці 2 рази на день, настойка-кропива собачої по 30 крапель 3 рази на день.

Клінічні ознаки диспепсичного синдрому перестали турбувати на 7 добу лікування, астеновегетативний синдром суттєво зменшився на 10 добу.

Паралельно клінічному покращенню спостерігалась позитивна динаміка біохімічних показників.

Клінічний аналіз крові: Ер.  $4,2 \times 10^{12}/л$ , Hb – 124 г/л, ЦП – 0,9, лейкоц. -  $4,7 \times 10^9/л$ , Э – 4 %, П – 3 %, С – 63 %, Л – 19 %, М – 6 %. ШОЕ - 6 мм в час.

Аналіз сечі клінічний: питома вага – 1921, білок та цукор не виявлені, в осаді – лейкоцити 1-2 екз. у полі зору.

Медіатори запалення: С-РБ- 3,36 мг/л, ФНП-α 38,7 мг/л.

Показники ПОЛ-АОЗ: МДА у сироватці крові без ініціації - 7,0 мкмоль/л, МДА у сироватці крові з ініціацією 8,24 мкмоль/л, ДК 9,2 мкмоль/л, СОД од. акт. за хв. На 1 г Нв 2,21, КТ мг/Нв 321,6.

Кальцій сироватки крові 2,66 ммоль/л

#### Показники біохімічних властивостей жовчі

Показники		ЖК (ммоль/л)	Білірубін (ммоль/л)	Холестерин (ммоль/л)	ХХК	ЛК (г/л)
Після лікування	порція В	4,38	330,20	2,24	1,96	9,26
	порція С	3,56	166,20	0,24	15,00	4,04

Кальцій жовчі 1,49 ммоль/л

Таким чином, проведене лікування привело до клінічної та біохімічної ремісії захворювання.

При відстроченому нагляді за пацієнтами з хронічним безкам'яним холециститом та дискінезією жовчовивідних шляхів за гіпертонічним типом

було виявлено, що рецидиви холециститу в групі хворих, яким проводилась запропонована терапія на 50 % менше, ніж серед хворих, яким проводилась загальноприйнята терапія.