

- УВТ на аппарате «Дуолит» - с интервалом между сеансами – 2-3 дня, по 5-6 процедур на курс.

- магнитотерапия на аппарате «Полюс-1» - продолжительность процедуры 10-15 мин, курс 10-15 процедур, проводимых ежедневно.

Эффективность лечения оценивали по изменению выраженности основных симптомов заболевания и улучшению общего самочувствия.

Результаты. Динамику клинических и электрофизиологических показателей пациентов основной группы сравнивали с показателями контрольной группы. В результате проведенного курса лечения позитивные изменения в клинической картине заболевания в виде уменьшения чувствительных расстройств в зоне иннервации пораженного нерва отмечались в первой группе у 17 (85%) пациентов, а во второй группе клинические изменения были менее выражены и проявлялись лишь у 13 (65%). Выявлено купирование или уменьшение выраженности болевого синдрома у всех пациентов, при этом в первой группе у 12 (60%) пациентов болевой синдром регрессировал полностью

на 4-5 сутки, а у остальных степень выраженности и длительности боли значительно уменьшилась на 7-8 сутки. Во второй группе болевой синдром регрессировал полностью у 7 (35,0%).

У больных первой группы также была отмечена более выраженная положительная динамика по провокационным тестам. В конце курса лечения у 85,0% пациентов стали отрицательными тесты пальцевого сдавления, элевационный и турникетный, во второй группе в 75% случаев.

Субъективно значительное улучшение самочувствия пациенты первой группы отмечали на 5 день комбинированного лечения, а второй – на 7-10 дни.

Таким образом, применение описанной комбинации физиотерапевтических методов – УВТ на аппарате «Дуолит» в сочетании с магнитотерапией (аппарат «Полюс-1») - у больных с ТКИН верхних конечностей оказалось наиболее эффективным, поскольку позволило добиться значительного улучшения самочувствия пациентов в кратчайшие сроки в сравнении с пациентами, получавшими только УВТ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Новиков А.В., Щедрина М.А., Мотыкина О.П. Современные представления об этиологии и механизмах патогенеза компрессионно-ишемических невропатий верхней конечности (обзор литературы) // Вопросы травматологии и ортопедии.- 2012.- № 3.- С.35-39.
- 2 Бурнашева Т.Г. Болевой синдром при туннельных невропатиях// Сб. науч. тр. II Казахской научно-практич. конференции с междунар. участием.- Алматы.: ТОО «Нур-Принт».- 2011.- С.30-34.
- 3 Стефаниди А.В., Москвитин А.В., Елисеев Н.П., Духовникова И.М. Туннельные невропатии. Структура, клиническая биомеханика и патофизиология периферических нервов// Мануальная терапия.- 2011.- №2 (42).- С.57-65.
- 4 Осташко В.Г. Физиотерапия туннельных невропатий // Клиническая неврология.- 2008.- №1.- С.41-45.
- 5 Ключева Е.Г., Шиман А.Г., Дьячук Г.И. и др. Методы аппаратной физиотерапии компрессионно-ишемических невропатий конечностей // Профилактическая и клиническая медицина.- 2006.- № 1.- С. 161-164.

Г.А. НЫСАНБАЕВА

ҚОЛ НЕВРОПАТИЯСЫ БАР НАУҚАСТАРДЫ КЕШЕНДІ ЕМДЕУ ЕРЕШЕЛІКТЕРІ

Түйін: Әрбір әдіспен жекелей емделген емделушілермен салыстыра отырып, қолдың туннельді компрессиялық-ишемиялық невропатиясы (ТКИН) бар 20 науқасқа соққылы-толқынды терапия және магнитпен емдеу әдістерімен аралас физиотерапияны қолданудың тиімділігін бағалау жүргізілді. Сипатталған аралас физиотерапия әдістерін қолдану анағұрлым тиімді болып шықты, себебі басқа әдістермен салыстырғанда қысқа мерзім ішінде емделушілердің жай-күйін айтарлықтай жақсартуға қол жеткізуге мүмкіндік берді.

Түйін сөздер: қолдың туннельді компрессиялық-ишемиялық невропатиясы (ТКИН), аралас физиотерапия, соққылы-толқынды терапия, электростимуляция және магнитпен емдеу

G.A. NYSANBAEVA

FEATURES COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH NEUROPATHY UPPER LIMB

Resume: Assessed the efficacy of the combined methods of physiotherapy shockwave therapy and magnetic therapy in 20 patients with tunnel compression-ischemic neuropathy (SCID) of the upper extremities as compared with patients treated by each method separately. Application of this combination of physiotherapy techniques have been most effective as possible to achieve a significant improvement in patient well-being in no time compared to other methods.

Keywords: tunnel compression-ischemic neuropathy (SCID) of the upper limb, combined physiotherapy, shockwave therapy, electrical stimulation and magnetic therapy.

УДК: 616-08-031.81

Б.Е. ЕРДАШ, А.А. РАХЫШЕВА, Г.Г. БЕДЕЛЬБАЕВА, Ж.М. НУРМАХАНОВА

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

УРСОДЕКС В ЛЕЧЕНИИ БИЛИАРНОГО СЛАДЖА

Определение клинической эффективности, переносимости, безопасности урсодекса у пациентов с билиарным сладжем, позволило установить, что урсодекс (капсулы, 300 мг), является средством выбора у пациентов с наличием БС и симптомами билиарной диспепсии.

Ключевые слова: билиарный сладж, урсодекс.

По современным литературным данным при естественном течении билиарного сладжа в 8-20% случаев происходит формирование конкрементов в желчном пузыре, а в 18-70% – спонтанное его исчезновение. В 30-60% случаев наблюдается

персистенция билиарного сладжа с чередованием эпизодов спонтанного исчезновения и формирования [1,2]

Данные о распространенности билиарного сладжа значительно варьируют ввиду разнообразия названий и критериев

диагностики данной патологии. Среди практически здорового населения частота билиарного сладжа не превышает 5–10%, в то время как при гепатобилиарной патологии частота билиарного сладжа достигает 24–74% [3,4,5]. По данным А.А. Ильченко и О.В. [6] частота выявления билиарного сладжа в популяции составляет 2–4%, среди больных с гастроэнтерологическими жалобами – 8%, среди пациентов с симптомами билиарной диспепсии – 24–55%. Профилактика и адекватная терапия этих нарушений – важное направление деятельности врачей терапевтического профиля.

Целью исследования явилось изучение клинической эффективности, переносимости, безопасности урсодекса у пациентов с билиарным сладжем (БС).

Материалы и методы исследования.

Открытое сравнительное исследование проводилось на базе гастроэнтерологического отделения АО «Железнодорожные госпитали медицины катастроф – Учебно-клинический центр».

Для включения в исследование пациенты должны соответствовать следующим критериям: иметь жалобы и клинические проявления начальной стадии ЖКБ, УЗИ-признаки БС, желание и письменное информированное согласие на исследование.

В данном исследовании участвовало 60 пациентов с начальной стадией ЖКБ, которые были разделены на 2 группы поровну (n=30).

Пациенты обеих групп в течении 4 недель на фоне рекомендаций по диете, режиму труда и отдыха, принимали:

- в I-ой группе 500 мг (2 капсулы по 250 мг) препарата урсодекс на ночь;

- во II-ой группе – тоже препарат из группы истинных холеретиков с холесекретическим эффектом – холензим дозе по 1 драже 3 раза в день после еды.

Все пациенты обследовались по единой программе, которая включала следующие разделы: клинический, лабораторный и инструментальный.

Критериями оценки клинической эффективности, переносимости и безопасности препаратов являлись субъективные показатели (наличие жалоб, общее самочувствие); отсутствие ухудшения течения или обострение симптомов БС; возникновение побочных явлений.

Результаты собственных исследований

При оценке субъективных показателей к концу исследования в группе, получавших урсодекс показатели были несколько лучше, по сравнению с группой, получавших холензим. Приступов абдоминальной боли было меньше на 45,5% в I-ой группе, по сравнению со II-ой, а диспепсических расстройств на 73,3%, причем обращений за медицинской помощью было одинаковое количество в обеих группах.

Позитивная динамика наблюдалась по всем изучавшимся компонентам в группе пациентов, получавших урсодекс.

Уменьшение числа больных с абдоминальными болями, в данной группе дает основание считать, что терапия урсодексом уменьшает дизмоторные расстройства билиарной системы.

Так же нами получены положительные данные о влиянии урсодекса на диспептический синдром у пациентов с БС. Из изучавшихся параметров данного синдрома наиболее типичными в обследованных группах были тяжесть в эпигастрии, горечь во рту и изжога. Менее типичными были жалобы на метеоризм, тошноту и отрыжку. Наиболее отчетливо лечение урсодексом повлияло на симптомы, связанные с моторными расстройствами желчного пузыря и двенадцатиперстной кишки. Примерно у 85,2% больных отмечено полное исчезновение горечи во рту и тяжести в эпигастрии, по сравнению с группой, принимавших холензим, улучшение в данной группе составило 48,3%. Более резистентным к терапии был метеоризм. Можно предполагать, что после нормализации моторики и энтерогепатической циркуляции пула желчных кислот не у всех пациентов происходит «автоматическое» устранение дисбиотических расстройств.

Улучшение биохимических печеночных показателей в I-ой группе, дает возможность предполагать, что она связана с улучшением процессов энтерогепатической циркуляции пула желчных кислот, холеретическими и холекинетическими эффектами урсодекса, а также гепатопротективными свойствами урсодекса.

Побочных эффектов приема урсодекса, как то: неблагоприятных изменений клинического течения основного или сопутствующих заболеваний, отрицательной динамики биохимических показателей не было отмечено ни в одном случае. Прием урсодекса хорошо переносился пациентами, при этом все пациенты с БС выразили желание продолжить лечение, что свидетельствует о приверженности пациентов I-ой группы к лечению.

Одним из центральных методов объективизации клинических эффектов урсодекса в проведенном исследовании было УЗИ.

Данные УЗИ свидетельствуют, что группе, принимавших урсодекс наблюдалось умеренное уменьшение размеров ЖП (в исследовании не включались пациенты с воспалительными изменениями в ЖП) на 28,3%, по сравнению со II-ой группой, где толщина стенки ЖП практически не изменилась. Наиболее важным результатом следует считать, существенное уменьшение выраженности сладжа в данной группе, по сравнению со II-ой группой, принимавшей холензим на 52,3%.

Пациентам, у которых оставалась взвесь в желчном пузыре, лечение было продолжено.

Таким образом, на основании результатов исследования можно сделать заключение, что урсодекс (капсулы, 300 мг), является средством выбора у пациентов с наличием БС и симптомами билиарной диспепсии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Ильченко А.А. Дисфункциональные расстройства билиарного тракта. //Consilium Medicum. - 2002; 4(1): 20–21.
- 2 Jünger C., Sreejayan N., Eder M.I. et al. Lipid peroxidation and mucin secretagogue activity in bile of gallstone patients. //Eur J Clin Invest. 2007; 37(9): 731-736.
- 3 Заболевания внепеченочной билиарной системы: дисфункция желчного пузыря и состояния после холецистэктомии. //Международный Бюллетень: гастроэнтерология, 2001. - №6. – С. 1-4.
- 4 Мараховский Ю.Х. Желчнокаменная болезнь: современное состояние проблемы. Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол, 2003. - 1. – С. 81-91.
- 5 Маев И.В. Диагностика и лечение заболеваний желчевыводящих путей. Под ред. И.В. Маева. - М.: 2003. - 96 с.
- 6 Ильченко А.А. Желчнокаменная болезнь. – М.: Ана-харсис, 2004. - 200 с.

Б.Е. ЕРДАШ, А.А. РАХЫШЕВА, Г.Г. БЕДЕЛЬБАЕВА, Ж.М. НУРМАХАНОВА
УРСОДЕЗОКСИХОЛДЫ ҚЫШҚЫЛДЫ ПРЕПАРАТТЫҢ ТЕРАПИЯДАҒЫ МҮМКІНДІКТЕРІ

Түйін: Билиарлы сладжы бар науқастарға урсодекс қышқылды қолданудың клиникалық нәтижелілігін, қауіпсіздігін, көтереалушылықтың барлық компоненттерін оқып білу жақсы динамикалық мүмкіндік берді. Билиарлы диспепсия көріністері және БС бар науқастарға урсодекс (капсулада, 300 мг) таңдаулы препарат болып табылады.

Түйінді сөздер: билиарлы сладж, урсодекс.

B.E. ERDASH, A.A. RAHYSHEVA, G.G. BEDELBAEVA, ZH.M. NURMAHANOVA
POSSIBILITIES OF THERAPY BY ACID PREPARATIONS URSODEZOKSIKHOLEVAS

Resume: Studying of clinical efficiency, shipping, safety of ursodezoksikholevy acid at patients with biliarny sladzhy, allowed to reveal positive dynamics on all studied components. Ursodeks (capsules, 300 mg), is means of a choice at patients with existence of BS and symptoms of a biliarny dispepsiya.

Keywords: biliarny sludge, ursodex.

УДК: 615.244

Ж.К. ЖУБАТКАНОВА, Ж.А. КАЛКОЖАЕВА, Ж.М. НУРМАХАНОВА, Г.Г. БЕДЕЛЬБАЕВА
Казахский Национальный медицинский университет
им. С.Д. Асфендиярова

ТЕРАПИЯ БИЛИАРНОГО СЛАДЖА

Среди практически здорового населения частота билиарного сладжа не превышает 5–10%, то при гепатобилиарной диспепсии билиарного типа частота БС достигает 24–74%. Возможность развития ЖКБ и осложнений заболевания у большей части пациентов обуславливает необходимость не только активного наблюдения, но и медикаментозной коррекции БС.

Ключевые слова: билиарный сладж, урсодекс.

В настоящее время можно считать окончательно признанным взгляд на желчекаменную болезнь (ЖКБ) как на длительный и многостадийный процесс, при котором периоду камнеобразования предшествуют изменения метаболизма и физико-химических свойств желчи. Появилась реальная возможность выявлять ЖКБ на ее ранней стадии, стадии билиарного сладжа (БС) в любом клиническом учреждении, оснащенном аппаратом ультразвуковой диагностики.

По данным С.Н. Мехтиева [1], из 400 пациентов с различной патологией желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) БС был выявлен у 192 (48%). Если среди практически здорового населения частота БС не превышает 5–10%, то при гепатобилиарной диспепсии билиарного типа частота БС достигает 24–74% [2].

Широкое распространение заболеваний гепатобилиарного тракта среди лиц молодого и трудоспособного возраста, развитие на фоне функциональных заболеваний более тяжелой патологии, в частности желчнокаменной болезни (ЖКБ), дают основание рассматривать эти заболевания как важную социально-медицинскую проблему. Профилактика и адекватная терапия этих нарушений - важное направление деятельности врачей терапевтического профиля.

Несмотря на то, что целесообразность проведения консервативной терапии у бессимптомных пациентов до сих пор является предметом дискуссии среди специалистов, возможность развития ЖКБ и осложнений заболевания у большей части пациентов обуславливает необходимость не только активного наблюдения, но и медикаментозной коррекции БС.

Для оптимизации лечебной тактики в связи с клиническими особенностями БС больных следует разделить на 3 группы [3].

I группа – не нуждающиеся в лечении, так как устранение этиологического фактора приведет к обратному развитию сладжа:

- a) гипокалорийные диеты для снижения массы тела;
- b) парентеральное питание в послеоперационный период;
- c) беременность и др.

II группа – нуждающиеся в терапевтическом лечении, поскольку без него билиарный сладж трансформируется в ЖКБ, когда в

патологический процесс будут вовлечены другие органы с последующими осложнениями:

- a) после беременности при наличии экстроструктур в желчном пузыре размером более 2–3 мм;
- b) рецидив после успешного консервативного лечения ЖКБ (ударно-волновая литотрипсия и литолитическая терапия);
- c) дисфункция сфинктера Одди без стенозирования с приступами печеночных или панкреатических колик;
- d) лица с факторами риска ЖКБ.

III группа – нуждающиеся в хирургическом лечении, без которого возможны серьезные осложнения:

- a) частые атаки «идиопатического» острого панкреатита, когда консервативное лечение неэффективно;
- b) дисфункция сфинктера Одди со стенозирующим папиллитом;
- c) желчная колика с явлениями внепеченочного холестаза;
- d) острый холангит.

Велика роль лекарственных средств (ЛС), направленных на улучшение реологических свойств желчи, нормализацию моторики ЖП и сфинктера Одди [4].

Несмотря на то что терапия при БС не разработана, необходимость ее при выявлении БС все меньше подвергается сомнению. Мнение о том, что пациенты с БС, не имеющие каких-либо клинических проявлений, не требуют медикаментозного лечения и врачебного наблюдения, не может быть поддержано. В этом убеждают данные, свидетельствующие о том, что у пациентов даже с длительным (до 6 лет) бессимптомным течением БС в последующем в 13% случаев возникают различные клинические проявления и осложнения [2].

Адекватная тактика ведения больных определяется особенностями клинического течения БС, и по этому признаку всех пациентов можно разделить на три группы:

- не требующие лечения;
- нуждающиеся в терапевтическом лечении, ибо без соответствующего лечения БС трансформируется в желчные камни, вовлекая в патологический процесс другие органы и системы;