

DOI: 10.32364/2587-6821-2023-7-5-12

Основные аспекты терапии начальных стадий желчнокаменной болезни. Нужны ли поиски «золотого» стандарта сегодня?

И.Г. Пахомова

ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

РЕЗЮМЕ

В течение последних десятилетий отмечается четкая тенденция к увеличению числа пациентов, страдающих желчнокаменной болезнью (ЖКБ), особенно среди лиц трудоспособного возраста. При этом наибольшую актуальность приобретает начальная стадия течения заболевания (стадия билиарного сладжа), которая нередко протекает без клинической симптоматики. Вместе с тем течение ЖКБ может сопровождать и дискинезия желчевыводящих путей, что ускоряет процесс формирования конкрементов. Именно поэтому на начальном этапе ЖКБ проведение профилактического консервативного лечения позволяет у большинства пациентов избежать камнеобразования. При этом «золотого» стандарта тактики ведения пациентов на начальной стадии ЖКБ нет. Часть пациентов, у которых диагностирована I стадия ЖКБ, остаются без терапии и наблюдения. В некоторых случаях предлагается применение пероральной литолитической терапии препаратами урсодезоксихолевой кислоты (УДХК). Настоящая публикация актуализирует современный подход к терапии начальных стадий ЖКБ с демонстрацией клинического примера успешного комплексного подхода к терапии пациента с билиарным сладжем, дискинезией желчевыводящих путей, избыточной массой тела. Данный подход направлен на коррекцию различных патогенетических факторов формирования билиарного сладжа и предусматривает назначение не только препарата УДХК, но и прокинетики.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: билиарный сладж, дисфункция желчевыводящих путей, урсодезоксихолевая кислота, тримебутин, профилактика.
ДЛЯ ЦИТИРОВАНИЯ: Пахомова И.Г. Основные аспекты терапии начальных стадий желчнокаменной болезни. Нужны ли поиски «золотого» стандарта сегодня? РМЖ. Медицинское обозрение. 2023;7(5):332–336. DOI: 10.32364/2587-6821-2023-7-5-12.

Main therapy aspects of the cholelithiasis early phase. Do we need to search for the gold standard nowadays?

I.G. Pakhomova

V.A. Almazov National Medical Research Center, St. Petersburg, Russian Federation

ABSTRACT

Over the past decades, there has been a clear trend towards an increase in the number of patients suffering from cholelithiasis, especially among persons of working age. At the same time, the early phase of the disease (biliary sludge), which commonly proceeds without clinical symptoms, acquires the greatest relevance. Besides, the cholelithiasis course can also be accompanied by biliary dyskinesia, which accelerates the process of calculus formation. That is why preventive conservative treatment allows most patients to avoid lithiasis at the early phase of cholelithiasis. And there is no gold standard of the treatment tactics for patient management at this phase. Some patients diagnosed with phase 1 cholelithiasis remain without therapy and monitoring. An oral litholytic therapy with ursodeoxycholic acid (UDCA) is proposed in some cases. This article draws increasing attention to the modern method for the treatment in the early phase of cholelithiasis, demonstrating a clinical example of a successful integrated treatment approach for a patient with biliary sludge, biliary dyskinesia and overweight. This method is aimed at correcting various pathogenetic factors of biliary sludge and reckons for the prescription of not only the UDCA drug but also a prokinetic.

KEYWORDS: biliary sludge, biliary tract disorder, ursodeoxycholic acid, trimebutine, prevention, obesity, prokinetics.

FOR CITATION: Pakhomova I.G. Main therapy aspects of the cholelithiasis early phase. Do we need to search for the gold standard nowadays? Russian Medical Inquiry. 2023;7(5):332–336 (in Russ.). DOI: 10.32364/2587-6821-2023-7-5-12.

ВВЕДЕНИЕ

Истинную распространенность желчнокаменной болезни (ЖКБ) оценить сложно, поскольку течение заболевания нередко носит латентный характер. Вместе с тем, по разным оценкам, частота встречаемости ЖКБ в развитых странах составляет около 10–15% взрослого населения [1, 2]. В России распространенность заболевания колеблется в пределах 3–12% [2]. Важно отметить, что в последние годы начальные проявления ЖКБ встречаются в молодом и даже детском возрасте, что может быть обусловлено нарушениями в питании, образе жизни, избыточной массой тела.

Решение вопроса о тактике ведения пациентов с ЖКБ зависит от стадии заболевания. Так, на I стадии ЖКБ возможно применение консервативного лечения в варианте литолитической терапии, успех которой будет определяться составом или компонентами билиарного сладжа. Вместе с тем

при наличии показаний пациенту может быть рекомендована плановая холецистэктомия. Именно лечение начальных проявлений ЖКБ имеет большое значение в профилактике дальнейшего камнеобразования. Однако нередко в клинической практике при ведении пациента с билиарным сладжем отмечается пассивная лечебная тактика, что приводит к прогрессированию ЖКБ, развитию клинических ситуаций и осложнений, когда возможности терапии ограничены и требуется хирургическое вмешательство [3]. Между тем на важность тщательного наблюдения за пациентами с билиарным сладжем указывали Р.А. Hill et al. [4]. Проследив результаты УЗИ 104 амбулаторных пациентов с первично диагностированным бессимптомным билиарным сладжем за средний период наблюдения 21 мес., авторы выявили панкреатобилиарные осложнения (ЖКБ, холецистит, холедохолитиаз и панкреатит) у 25 (24%) пациентов.

Цель настоящей публикации: обсудить практическую значимость комплексного терапевтического подхода при начальных стадиях ЖКБ и представить тактику ведения пациента с начальными формами ЖКБ как возможный «золотой» стандарт терапии с учетом особенностей его патогенеза.

ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БИЛИАРНОГО СЛАДЖА

Развитие ЖКБ и формирование конкрементов происходит при определенных условиях. Первым фактором является перенасыщение желчи холестерином, нуклеация кристаллов моногидрата холестерина, которая может происходить чаще при наличии провоцирующих факторов. Вторым формирующим механизмом является нарушение моторики желчного пузыря и координированной работы сфинктеров, т. е. дискинезия желчного пузыря и/или желчевыводящих путей [1, 5]. Снижение сократительной способности связывают с изменением чувствительности к холецистокинину и/или автономной нейрорегуляции, что и обуславливает неполный выброс перенасыщенной желчи и формирование билиарного сладжа [6, 7].

Ультразвуковая картина билиарного сладжа может быть представлена в нескольких вариантах: либо как сгусток желчи или слой осадка полулунной или круглой формы (при этом сгусток может быть подвижным или фиксированным), либо как малоподвижная масса, занимающая половину желчного пузыря, либо как сгустки и крупные хлопья. Важно отметить, что при соблюдении определенных диетических мероприятий возможно исчезновение билиарного сладжа без применения литолитической терапии в течение 1 года — 2 лет [1, 5]. Кроме того, в клинической практике встречаются ситуации, когда билиарный сладж исчезает и появляется вновь. У части пациентов билиарный сладж может проявляться приступами билиарной колики [1, 5]. Исчезновение билиарного сладжа как на фоне консервативного лечения, так и спонтанное, позволяет говорить о возможной обратимости ЖКБ на ранних стадиях, что предопределяет определенные терапевтические подходы.

При выявлении билиарного сладжа по результатам УЗИ, вне зависимости от клинической симптоматики у пациента, данные изменения необходимо отразить в клиническом диагнозе как I стадию ЖКБ. Всем пациентам с билиарным сладжем должны быть даны соответствующие рекомендации по питанию и образу жизни, а также назначена лекарственная терапия.

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ НА СТАДИИ БИЛИАРНОГО СЛАДЖА

При выявлении билиарного сладжа вне зависимости от клинической симптоматики пациенту необходимо дать рекомендации по правильному и регулярному питанию, разъяснить необходимость сохранения в пище жиров в небольшом количестве, особенно полиненасыщенных, при этом ограничить продукты, содержащие легкоусвояемые углеводы и трансжиры. Возможно употребление курсами лечебно-столовой минеральной воды [1, 7]. Пациентам с избыточной массой или ожирением необходимо объяснить важность снижения массы тела на фоне регулярной физической активности [8]. Повторное УЗИ желчного пузыря в динамике можно провести через 3–6 мес. При со-

хранении билиарного сладжа на фоне немедикаментозных методов лечения необходимо начать медикаментозную коррекцию вне зависимости от клинической симптоматики [9]. При этом очень важно сразу на первом этапе подобрать эффективную терапию билиарного сладжа.

Эффективность терапии билиарного сладжа зависит от нескольких факторов [10]:

- ♦ сроков начала проведения терапии: чем раньше она начата, тем выше и лучше ее эффект;
 - ♦ состояния сократительной способности желчного пузыря: при сохраненной сократительной функции эффективность терапии выше по сравнению с таковой при сниженной.
- Актуализация практических аспектов ведения пациентов с билиарным сладжем важна по ряду причин:
- частая пассивная тактика со стороны врача при обнаружении признаков билиарного сладжа при обследовании;
 - несоблюдение рекомендаций по модификации образа жизни и питания со стороны пациентов;
 - недостаточная эффективность назначенной терапии;
 - отсутствие динамического контроля.

ПУТИ КОМПЛЕКСНОГО РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ

Одной из патогенетических основ терапии начальных форм ЖКБ является улучшение реологических свойств желчи. Базисным лекарственным средством при всех формах билиарного сладжа является урсодезоксихолевая кислота (УДХК), препараты которой способствуют нормализации коллоидной стабильности желчи и снижению транспорта холестерина в стенку желчного пузыря [7, 9].

Препараты УДХК довольно широко представлены на российском фармацевтическом рынке. Одним из представителей препаратов желчных кислот является отечественный препарат Урдокса®, зарегистрированный в России в 2009 г. и уже имеющий заслуженную клиническую репутацию [11, 12]. Согласно инструкции по применению препарата Урдокса® для растворения билиарного сладжа рекомендован прием 10–15 мг на 1 кг массы тела¹. Возможен прием всей дозы вечером или перед сном. В некоторых случаях рекомендуется разделить на 2 приема. Длительность терапии составляет 6–12 мес. Контрольное УЗИ рекомендуется выполнять через 3–6 мес., дальнейшую динамическую оценку эффективности консервативного лечения по данным УЗИ проводят с учетом индивидуальных особенностей пациента. При необходимости проведения профилактики формирования билиарного сладжа может быть рекомендован прием УДХК в течение нескольких месяцев после его исчезновения.

Эффективность данного препарата в лечении ЖКБ и билиарного сладжа отмечена в нескольких российских работах. Так, в работе И.А. Викторовой и соавт. [13] исчезновение билиарной диспепсии и болевого синдрома на фоне применения препарата Урдокса® констатировали начиная с 3–4-й недели лечения. Исчезновение билиарного сладжа по данным УЗИ через 3 мес. отмечали у 50 (77%) пациентов. По окончании лечения, через 5 мес., признаков билиарного сладжа не было выявлено ни у одного пациента. Схожие данные получены другими отечественными исследователями [14]: по прошествии 1 мес. приема препарата Урдокса® в дозе 15 мг/кг в сутки положительная динамика была зарегистрирована у большинства (80%) пациентов. При этом отмечены хорошая переносимость и отсутствие побочных эффектов препарата.

¹ Листок-вкладыш — информация для пациента. Урдокса® 500. Таблетки, покрытые оболочкой, 500 мг. (Электронный ресурс). URL: https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=b4576389-3759-4e00-bbff-dba88fe4a22d (дата обращения: 05.03.2023).

Использование препарата Урдокса® 500 мг/сут в течение 4 нед. у пациентов с дискинезией желчевыводящих путей и наличием билиарного сладжа сопровождалось статистически значимым ($p < 0,05$) уменьшением выраженности болевого синдрома, всех проявлений диспепсического синдрома, преимущественно отрыжки и тошноты, снижением уровней общего билирубина, АСТ и АЛТ, уменьшением объема желчного пузыря [15]. Особо было отмечено, что прием препарата не провоцировал развитие диарейного синдрома.

Как уже было сказано выше, одним из основных патогенетических звеньев развития ЖКБ являются дисмоторные нарушения билиарного тракта, которые могут быть вызваны замедленным опорожнением желчного пузыря и/или дисфункцией сфинктера Одди. Рациональным подходом в ведении пациента с билиарным сладжем и клинической симптоматикой может быть назначение тримебутина. Тримебутин обладает комбинированным действием за счет влияния на опиоидные рецепторы желудочно-кишечного тракта (спазмолитическим, прокинетическим и обезболивающим), являясь универсальным модулятором моторики всех его отделов. Имеются данные, что тримебутин быстро (в течение 1 ч) купирует абдоминальные боли и диспепсические нарушения при заболеваниях желчного пузыря (цит. по [1]). Тримебутин применяют по 200 мг 3 р/сут (в случае пролонгированной формы по 300 мг 2 р/сут) в течение 1 мес. Для профилактики рецидивов болевого синдрома — по 300 мг 2 р/сут до 3 мес. Препарат хорошо переносится, даже при длительном применении. Представителем тримебутина является препарат Необутин® Ретард, представленный в дозе 300 мг.

В качестве практической иллюстрации обоснованности комбинированного назначения препаратов, действующих на разные патогенетические аспекты формирования билиарного сладжа, приводим клиническое наблюдение.

Клиническое наблюдение

Пациент М., 38 лет, обратился с жалобами на тяжесть в правом подреберье, периодические ноющие боли там же после погрешностей в диете или стрессовых ситуаций, длительностью до 1 ч.

Из анамнеза: тяжесть в правом подреберье и горечь во рту отмечает в течение последних 6 мес., боли — около 8 мес., периодически нерегулярный и нестабильный стул с чередованием плотного и жидкого, без патологических примесей. Старался соблюдать диету с ограничением жареного, острого и маринованного, иногда купировал боль приемом различных лекарственных препаратов. УЗИ органов брюшной полости выполнял около 1 года назад, со слов, «врач говорила

о дискинезии желчевыводящих путей». Клинический анализ крови — без отклонений. В биохимическом анализе крови — незначительное повышение содержания общего холестерина до 6,1 ммоль/л. Терапия не назначалась. Эндоскопическое исследование (фиброгастроэзофагогастродуоденоскопия) однократно 10 лет назад по поводу тяжести в эпигастрии, горького привкуса во рту — эритематозная гастропатия, НР-негативная, дуоденогастральный рефлюкс (мутная желчь в желудке, со слов). Были даны соответствующие рекомендации по коррекции питания.

Питание нерегулярное, часто длительные перерывы между приемами пищи или перекусы на ходу в связи с особенностями рабочего графика. Ранее страдал ожирением 1–2-й степени, 6 мес. назад резко похудел на 12 кг за 3 мес. (со слов, планово). Имеется отягощенный наследственный анамнез: мама страдает ЖКБ.

При обращении проведены все необходимые исследования. По результатам анализа крови выявлена гиперлипидемия (холестерин общий 6,4 ммоль/л, липопротеины низкой плотности 3,75 ммоль/л, триглицериды 1,8 ммоль/л). По ЭКГ — без значимых отклонений. Имеется избыточная масса тела (ИМТ 29,3 кг/м²).

По данным видеоэзофагогастродуоденоскопии: эритематозная гастропатия, дуоденогастральный рефлюкс (в просвете двенадцатиперстной кишки и в желудке большое количество мутной пенистой желчи).

УЗИ органов брюшной полости: стенки желчного пузыря не утолщены, функциональный перегиб в области тела желчного пузыря, в полости пузыря эхо-взвесь (см. рисунок, А). По результатам динамической эхохолестиографии: фракция выброса желчного пузыря 40% (снижена, что говорит о гипотонусе желчного пузыря)

Таким образом, у пациента имеет место ЖКБ, I стадия: билиарный сладж. Дискинезия желчевыводящих путей: дисфункция желчного пузыря.

Среди факторов риска развития ЖКБ, в том числе и билиарного сладжа, у пациента имеются отягощенная наследственность, ожирение, а затем резкое похудание, длительные промежутки между приемами пищи.

Пациенту даны рекомендации по коррекции питания: регулярное, 3–4 раза в день, с включением пищевых волокон, злаков, кисломолочных продуктов и т. д., исключить жареное, острое и маринованное. Жиры в пище должны быть полиненасыщенными (растительное масло, морская рыба, грецкие орехи в небольшом количестве). Коррекция массы тела со снижением не более 500 г в неделю, разъяснен вред голодания и быстрого похудения.

В терапии рекомендован прием препарата УДХК — Урдокса® в суточной дозировке 1000 мг на ночь длительно



Рисунок. Данные УЗИ желчного пузыря до лечения (А) и на фоне комплексной терапии через 3 мес. (В) и через 6 мес. (С)
Figure. Ultrasound data of the gallbladder before treatment (A) and during complex therapy after 3 months (B) and after 6 months (C)

(из расчета 10 мг/кг массы тела) в течение 6 мес., с контролем через 3 мес. С учетом наличия болей в правом подреберье рекомендован прием препарата Необутин® Ретард в дозировке 300 мг (1 таблетка) 2 р/сут в течение 1 мес. Через 14 дней отмечена положительная клиническая динамика: симптомы купированы, стул регулярный, оформленный.

Ультразвуковой контроль через 3 мес.: положительная динамика, уменьшение выраженности билиарного сладжа (см. рисунок, В). Через 6 мес. УЗ-контроль на фоне продолжающегося приема препарата УДХК: билиарный сладж отсутствует (см. рисунок, С). После 6 мес. было принято решение о прекращении приема препарата УДХК с динамическим контролем каждые 3 мес.

ОБСУЖДЕНИЕ

Представленное клиническое наблюдение демонстрирует нам как портрет типичного пациента с симптомами начальных форм ЖКБ (избыточная масса тела, быстрое похудание, нерегулярное питание), так и лечебную тактику, которая может приводить к выраженному положительному эффекту начальных стадий ЖКБ. Для того чтобы повысить эффективность усилий пациента в отношении модификации питания и образа жизни во избежание прогрессирования заболевания, важно, учитывая патогенетические механизмы развития ЖКБ, назначить не только препарат УДХК, но и прокинетический компонент терапии тримебутин, который способствует нормализации дисмоторных нарушений желчного пузыря и обладает обезболивающим действием, не влияя на центральную нервную систему². Одним из провоцирующих факторов появления клинической симптоматики со стороны гепатобилиарной системы у пациента стало сравнительно быстрое снижение массы тела, которое сопровождается временным увеличением литогенности желчи [16]. В метаанализе, проведенном C.S. Stokes et al. [17], было показано, что введение УДХК значительно снижает образование камней в желчном пузыре в условиях быстрой потери веса, вызванной низкокалорийной диетой.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, терапия билиарного сладжа — важная клиническая задача врача амбулаторного звена вне зависимости от клинической симптоматики. Проведение такой терапии необходимо в первую очередь в качестве профилактики прогрессирования ЖКБ. Рациональным подходом к лечению пациента с билиарным сладжем является назначение препаратов УДХК и спазмолитика. Длительный опыт применения препарата Урдокса® продемонстрировал не только эффективность, но и безопасность у пациентов с билиарным сладжем и дисфункциями билиарного тракта [18, 19]. Наш клинический опыт подтверждает данные литературы об эффективности и безопасности применения препарата Урдокса®. Важно подчеркнуть, что данный препарат входит в перечень жизненно важных лекарственных средств, а высокий профиль безопасности позволяет применять его у детей старше 3 лет.

Применение препарата Необутин® Ретард позволяет получить не только хороший клинический ответ на терапию, но и повысить приверженность пациентов лечению.

Препараты УДХК и тримебутин включены в клинические рекомендации по диагностике и лечению ЖКБ

и дискинезии желчевыводящих путей [1, 8]. Предложенный подход с применением препарата УДХК (Урдокса®) и препарата тримебутин (Необутин® Ретард) можно назвать «золотым» стандартом терапии начальных стадий ЖКБ. Данная схема позволяет оказывать влияние на основные патогенетические звенья начальных стадий заболевания. Такой подход является не только лечебным, но и профилактическим, так как может предотвратить прогрессирование ЖКБ и избежать оперативного вмешательства. ▲

Литература / References

- Ивашкин В.Т., Маев И.В., Баранская Е.К. и др. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению желчнокаменной болезни. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2016;26(3):64–80. DOI: 10.22416/1382-4376-2016-26-3-64-80. [Ivashkin V.T., Mayev I.V., Baranskaya E.K. et al. Gallstone disease diagnosis and treatment: guidelines of the Russian gastroenterological association. Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology. 2016;26(3):64–80 (in Russ.). DOI: 10.22416/1382-4376-2016-26-3-64-80.]
- Трухан Д.И., Филимонов С.Н., Тарасова Л.В. Клиника, диагностика и лечение основных заболеваний желчного пузыря и желчевыводящих путей. Новокузнецк: Полиграфист; 2013. [Trukhan D.I., Filimonov S.N., Tarasova L.V. Clinic, diagnosis and treatment of major diseases of the gallbladder and biliary tract. Novokuznetsk: Poligrafist; 2013 (in Russ.).]
- Трухан Д.И., Тарасова Л.В. Целесообразность активного ведения пациента с желчнокаменной болезнью в практике врача-терапевта: анализ клинического случая. Справочник поликлинического врача. 2013;4:68–72. [Trukhan D.I., Tarasova L.V. Advisability of active management of patient with gallstone disease in practice of the therapist: analysis of the case study. Spravochnik poliklinicheskogo vracha. 2013;4:68–72 (in Russ.).]
- Hill P.A., Harris R.D. Clinical Importance and Natural History of Biliary Sludge in Outpatients. J Ultrasound Med. 2016;35(3):605–610. DOI: 10.7863/ultra.15.05026.
- Ильченко А.А. Билиарный сладж: причины формирования, диагностика, лечение. Consilium medicum (Гастроэнтерология). 2012;2:14–18. [Ilchenko A.A. Biliary sludge: causes of formation, diagnosis, treatment. Consilium Medicum. Gastroenterology (Suppl.). 2012;(2):18–21 (in Russ.).]
- Ильченко А.А., Делюкина О.В. Клиническое значение билиарного сладжа. Consilium Medicum. Гастроэнтерология. 2005;7(2):28–32. [Ilchenko A.A., Delyukina O.V. Clinical significance of biliary sludge. Consilium Medicum. 2005;7(2):28–32 (in Russ.).]
- Guarino M.P., Cong P., Cicala M. et al. Ursodeoxycholic acid improves muscle contractility and inflammation in symptomatic gallbladders with cholesterol gallstones. Gut. 2007;56(6):815–820. DOI: 10.1136/gut.2006.109934.
- Ивашкин В.Т., Маев И.В., Шульпекова Ю.О., Баранская Е.К., Охлобыстин А.В., Трухманов А.С., Лапина Т.Л., Шептулин А.А. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению дискинезии желчевыводящих путей. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2018;28(3):63–80. DOI: 10.22416/1382-4376-2018-28-3-63-80. [Ivashkin V.T., Mayev I.V., Shulpekova Yu.O. et al. Diagnostics and treatment of biliary dyskinesia: clinical guidelines of the Russian gastroenterological Association. Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology. 2018;28(3):63–80 (in Russ.). DOI: 10.22416/1382-4376-2018-28-3-63-80.]
- Абгаджав Э.З., Тельных Ю.В. Патогенетическая терапия и исходы сладжа желчного пузыря. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2016;(4):67–71. [Abgadzava E.Z., Telnikh Yu.V. Pathogenetic therapy and of the gallbladder sludge outcomes. Experimental and Clinical Gastroenterology. 2016;(4):67–71 (in Russ.).]
- Portincasa P., Di Ciaula A., Wang H.H. et al. Medicinal treatments of cholesterol gallstones: old, current and new perspectives. Curr Med Chem. 2009;16:1531–1542. DOI: 10.2174/092986709787909631.
- Симаненков В.И., Саблин О.А., Ильчишина Т.А. и др. Применение урсодезоксихолевой кислоты (Урдокса) у пациентов с дискинезиями желчевыводящих путей: Методические рекомендации. СПб.: Фармпроект; 2010. [Simanenkov V.I., Sablin O.A., Ilchishina T.A. et al. Use of ursodeoxycholic acid (Urdoxa) in patients with dyskinesias of urine-excreting tracts: Methodical guidance. SPb.: Farmproekt. 2010 (in Russ.).]
- Плотникова Е.Ю., Сухих А.С. Урсодезоксихолевая кислота вчера и сегодня. Терапевт. 2012;7:23–32. [Plotnikova E.Y., Sukhikh A.S. Ursodeoxycholic acid yesterday and today. Terapevt. 2012;7:23–32 (in Russ.).]
- Викторова И.А., Трухан Д.И., Волкова И.С. Опыт применения препарата Урдокса® в лечении билиарного сладжа. Международный журнал приклад-

² Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Необутин®. (Электронный ресурс.) URL: https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=32aee573-5fa0-430d-80bf-d6177f576742 (дата обращения: 05.03.2023).

ных и фундаментальных исследований. 2011;11:24–24. (Электронный ресурс.) URL: <https://applied-research.ru/ru/article/view?id=1833> (дата обращения: 27.02.2023).

[Viktorova I.A., Trukhan D.I., Volkova I.S. Experience with the use of Urdox in the treatment of biliary sludge. International Journal of Applied and Basic Research. 2011;11:24–24. (Electronic resource.) <https://applied-research.ru/ru/article/view?id=1833>. (access date: 27.02.2023) (in Russ.).]

14. Минушкин О.Н., Елизаветина Г.А., Иванова О.И., Шапошникова О.Ф. Урсодезоксихолевая кислота в лечении больных с билиарным сладжем. Эффективная фармакотерапия. Гастроэнтерология. 2012;3:10–12.

[Minushkin O.N., Elizavetina G.A., Ivanova O.I., Shaposhnikova O.F. Ursodeoxycholic acid in the treatment of patients with biliary sludge. Effektivnaya Farmakoterapiya. 2012;3:10–12 (in Russ.).]

15. Симаненков В.И., Саблин О.А., Лутаенко Е.А., Ильчишина Т.А. Возможности применения урсодезоксихолевой кислоты (препарата Урдокса) при дискинезиях желчевыводящих путей. Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. 2010; 2–3:23–26.

[Simanenkov V.I., Sablin O.A., Lutaenko E.A., Ilchishina T.A. Possibilities of using ursodeoxycholic acid (Urdoxa) for biliary dyskinesia. Gastroenterologiya Sankt-Peterburga. 2010;2–3:23–26 (in Russ.).]

16. Cabrera D., Arab J.P., Arrese M. UDCA, NorUDCA, and TUDCA in Liver Diseases: A Review of Their Mechanisms of Action and Clinical Applications. Handb Exp Pharmacol. 2019;256:237–264. DOI: 10.1007/164_2019_241.

17. Stokes C.S., Glud L.L., Casper M., Lammert F. Ursodeoxycholic acid and diets higher in fat prevent gallbladder stones during weight loss: a meta-analysis of randomized controlled trials. Clin Gastroenterol Hepatol. 2014;12(7):1090–1100.e2; quiz e61. DOI: 10.1016/j.cgh.2013.11.031.

18. Топчий Н.В., Топорков А.С. Решение проблемы билиарного сладжа. iDoctor. 2013;3:12–17.

[Topchiy N.V., Toporkov A.S. Solution of biliary sludge problem. iDoctor. 2013;3:12–17 (in Russ.).]

19. Мехтиев С.Н., Мехтиева О.А. Алгоритм ведения пациентов с функциональными расстройствами билиарного тракта. Лечащий врач. 2013;4:52–59.

[Mekhtiev S.N., Mekhtieva O.A. Algorithm of management of patients with functional disturbances of the biliary tract. Lechaschiy Vrach. 2013;4:52–59 (in Russ.).]

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ:

Пахомова Инна Григорьевна — к.м.н., доцент кафедры факультетской терапии с клиникой ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России; 197341, Россия, г. Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, д. 2; ORCID iD 0000-0002-3125-6282.

Контактная информация: Пахомова Инна Григорьевна, e-mail: pakhomova-inna@yandex.ru.

Прозрачность финансовой деятельности: автор не имеет финансовой заинтересованности в представленных материалах или методах.

Конфликт интересов отсутствует.

Статья поступила 11.03.2023.

Поступила после рецензирования 04.04.2023.

Принята в печать 27.04.2023.

ABOUT THE AUTHOR:

Inna G. Pakhomova — C. Sc. (Med.), Associate Professor of the Department of Faculty Therapy with the Clinica, V.A. Almazov National Medical Research Center; 2, Akkuratova str., St. Petersburg, 197341, Russian Federation; ORCID iD 0000-0002-3125-6282.

Contact information: Inna G. Pakhomova, e-mail: pakhomova-inna@yandex.ru.

Financial Disclosure: the author has no a financial or property interest in any material or method mentioned.

There is no conflict of interests.

Received 11.03.2023.

Revised 04.04.2023.

Accepted 27.04.2023.



КОМПЛЕКСНЫЙ КУРС ТЕРАПИИ ЖЁЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ НА 1 МЕСЯЦ



ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ КОНЦЕНТРАЦИИ ЖЕЛЧНЫХ КИСЛОТ
И НОРМАЛИЗАЦИИ МОТОРНОЙ ФУНКЦИИ БИЛИАРНОГО ТРАКТА*

*согласно инструкции по применению: Урдокса® 500 РУ ЛП-№(001340)-(РГ-РУ), Необутин® Ретард РУ № ЛП-№(000623)-(РГ-РУ), М-М-URD-2023_06-11181