

части – краниальная, нисходящая и каудальная, которые разделены краниальным и каудальным изгибами в форме углов со сглаженными вершинами, а также восходящая. Луковица находится: 1) под тупым углом и к пилорической части желудка, и к краниальной части ДК, но в разных плоскостях – косопоперечной и косопродольной; 2) между правой медиальной лопастью печени (краниально) и петлями тощей кишки (каудально), поперечной ободочной кишкой (вентрально) и залуковичным выступом поджелудочной железы (дорсально). Краниальная часть идет вентродорсально, а также немного каудально и вправо, к правому надпочечнику, располагаясь между правой латеральной лопастью печени (краниально) и средними петлями восходящей ободочной кишки (каудально), дорсальнее поперечной ободочной кишки. Нисходящая часть спускается каудально вдоль медиального края правой поч-

ки, дорсальнее средних петель восходящей ободочной кишки, около каудального полюса правой почки поворачивает влево и переходит в каудальную часть. Она залегает дорсальнее петель подвздошной кишки (на их поверхности лежит вентральная петля восходящей ободочной кишки), примыкает к каудальной стороне дорсальной петли восходящей ободочной кишки. Восходящая часть ДК направляется краниально, около средней линии, нисходящая ободочная кишка отделяет ее от левой почки. Под (каудальнее) дугой поперечной ободочной кишки ДК резко поворачивает вентрально и немного вправо и переходит в тощую кишку. Двенадцатиперстно-тощекишечный изгиб имеет форму острого угла с незавершенным подвыворотом тощей кишки, располагается под (каудальнее) телом поджелудочной железы, начало тощей кишки – под поперечной ободочной кишкой.

Медицинские науки

ЭФФЕКТИВНОСТЬ УРСОДЕЗОКСИХОЛЕВОЙ КИСЛОТЫ ПРИ БИЛИАРНОМ СЛАДЖЕ У ЖЕНЩИН

¹Багишева Н.В., ¹Трухан Д.И.,
¹Гришечкина И.А., ²Дубровская И.И.,
³Смурыгина Е.А., ³Пугачева О.В.

¹ОмГМА, Омск;
²БУЗОО БСМП №2, Омск;
³КДЦ Ультрамед, Омск,
e-mail: dmitry_trukhan@mail.ru

Болезни желчного пузыря и желчевыводящих путей занимают одно из ведущих мест среди заболеваний органов пищеварения [1, 2]. Патология билиарного тракта выявляется у лиц любого возраста, причем у женщин при различных нозологических формах в 3-10 раз чаще, чем у мужчин [3]. Термином «билиарный сладж» (БС) обозначается любая неоднородность желчи, выявляемая при эхографическом исследовании.

Среди лиц, предъявляющих жалобы, характерные для диспепсии билиарного типа, частота выявления БС достигает 50–55%. Наряду с возможным формированием желчных камней, к частым осложнениям БС относятся дисфункция и стеноз сфинктера Одди, билиарный панкреатит.

Показанием к проведению курсов консервативной терапии при БС, даже не сопровождающегося его выделение по данным УЗИ на протяжении 3 месяцев [1, 2]. При неэффективности немедикаментозных мероприятий проводится урсотерапия с использованием препаратов урсодезоксихолевой кислоты (УДХК). Клинический эффект урсотерапии при БС, прежде всего, обусловлен снижением литогенности желчи и, как следствие, увеличением времени нуклеации,

что в конечном итоге предупреждает образование микролитов и способствует растворению холестериновых камней [3].

Цель исследования. Оценить эффективность терапии БС препаратом УДХК -Урдокса® компании (ЗАО Фармпроект) в дозе 10 мг/кг в сутки в течение 3-х месяцев.

Методы исследования. В исследование были включены 58 женщин в возрасте 30-54 лет (средний возраст составил $43 \pm 3,4$ лет) с БС.

Результаты. По данным УЗИ спустя 3 месяца урсотерапии в дозе 10 мг/кг в сутки однократно вечером отмечено исчезновение БС у 50 пациенток (86,2%). У оставшихся 8 пациенток, из которых у 4-х с был БС с сочетанием замазкообразной желчи с микролитами, исчезновение БС было отмечено спустя 2 месяца дополнительной терапии препаратом Урдокса® в дозе 15 мг/кг.

Заключение. В последние годы в РФ появились несколько генерических препаратов УДХК, однако не все они соответствуют требованиям, предъявляемым к качественным генерикам. При сравнении биоэквивалентности препарата Урдокса® с референтным препаратом УДХК в РФ Урсофальк® методом высокоэффективной жидкостной хроматографией с масс-спектрометрическим детектированием было установлено, что полнота и скорость всасывания УДХК из сравниваемых препаратов практически одинакова [4]. Субстанция для изготовления препарата Урдокса® закупается компанией производителем у фиксированного изготовителя из Западной Европы. Технологические процессы по изготовлению конечного лекарственного средства производителем соответствуют правилам надлежащей производственной практики – GMP (Good Manufacturing

Practice). Подтверждением фармацевтической эквивалентности препарата Урдокса® с препаратами Урсофальк® и Урсосан® является не только одинаковое количество активного вещества в 1-й капсуле препарата [4], но и наличие идентичных инфракрасных спектров, полученных при спектроскопии готовых лекарственных форм сравнимых лекарственных препаратов [5].

Полученные нами результаты свидетельствуют об эффективности препарата Урдокса® у пациенток с БС и сравнимы с результатами, полученными нами ранее при использовании для лечения пациенток с БС препаратом Урсосан® [1-3], что позволяет предполагать терапевтическую эквивалентность препаратов УДХК.

Список литературы

1. Трухан Д.И. Болезни желчного пузыря и желчевыводящих путей: пассивное ожидание или активное наблюдение? Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. 2012; 3: 26-30.
2. 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.
3. Трухан Д.И., Тарасова Л.В. Патология желчевыводящей системы у женщин: особенности патогенеза, течения, коррекции и профилактики. 2013; 6: 51-54.
4. 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. 28 с.
5. Плотникова Е.Ю., Сухих А.С. Урсодезоксихолевая кислота вчера и сегодня. Терапевт. 2012; 7: 23-32.

ИНФОРМАТИВНОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МИНЕРАЛЬНОГО ОБМЕНА В РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ ОДОНТОГЕННЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЧЕЛЮСТИ

Желнин Е.В., Кривошапка А.В.

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, e-mail: farmhntmu@ukr.net

Исследовали содержание кальция (Са) фосфора (Р) и магния (Mg) в ротовой жидкости больных с одонтогенными воспалительными заболеваниями челюсти до и после операции удаления зуба (в течении 2-х недель). Больные были разделены на две группы: первая группа включала больных хроническим периодонтитом и хроническим периодонтитом в стадии обострения (167 пациентов), вторая – больных острым гнойным периоститом (40 пациентов). Контролем служили здоровые добровольцы (20 человек). У больных первой группы до операции содержание Са и Р снижено по сравнению с нормой (на 36,08% и в 5 раз соответственно), содержание Mg увеличено (на 61,3%). В течение 2-х недель после операции концентрация Са и Р остается сниженной по сравнению с нормой и не отличается от обнаруженной до операции. Концентрация Mg в ротовой жидкости остается повышенной и только на 14 день снижается до нормы. Во второй группе больных содержание Са и Р до операции также достоверно снижено в сравнении с нормой. После операции концентрация Са и Р в ротовой жидкости оставалась

стабильно низкой на протяжении двухнедельного срока. Содержание Mg в этой группе больных до операции повышено в сравнении с нормой на 83,9%, в дальнейшем постепенно снижается, достигая нормы к концу первой недели после операции. Результаты проведенных исследований позволяют заключить, что направленность изменений показателей минерального обмена (Са, Р, Mg) в ротовой жидкости больных с хроническим периодонтитом и острым периоститом однотипна. До операции в обеих группах больных содержание Са и Р в ротовой жидкости понижено, Mg – увеличено. После оперативного вмешательства содержание Са и Р остается сниженным. Содержание Mg после операции повышено, по мере заживления постепенно снижается до нормы. Полученные данные подтверждают способность Mg выступать в качестве естественного антагониста Са в условиях стоматологической патологии. Учитывая, что содержание Са и Р в сыворотке крови и моче мало изменяется в сравнении с нормой при остеопорозе, остеомалации, болезни Педжета, их определение в ротовой жидкости может помочь в диагностике различных метаболических заболеваний. Вместе с тем содержание Са и Р в ротовой жидкости практически не изменяется в процессе заживления, несмотря на клиническое улучшение, что свидетельствует о малой возможности использования их для прогнозирования процессов остеорепарации после оперативного вмешательства по поводу одонтогенных воспалительных заболеваний челюсти.

ДИНАМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ЛАКТОФЕРРИНА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ

Полунин А.А., Асфандияров Ф.Р., Браташ В.И., Мирошников В.М., Садретдинов Р.А.

Астраханская государственная медицинская академия, Астрахань, e-mail: irina-nurzhanova@yandex.ru

Цель. Изучить уровень лактоферрина (ЛФ) у больных хроническим простатитом в динамике.

Материалы и методы исследования. Первую группу наблюдения составили 45 пациентов, поступивших на амбулаторное лечение по поводу хронического неспецифического бактериального простатита (БХП). Во вторую группу вошли 45 больных хроническим абактериальным невоспалительным простатитом (АХП). Группу контроля составили 30 практически здоровых мужчин репродуктивного возраста. Средний возраст обследованных пациентов составил 34 [22; 43] года. Медиана длительности заболевания – 12 [2; 34] лет. При определении уровня негемового ферропротеина (лактоферрина) использовалась моноспецифическая антисыворотка против лактоферрина человека,