

ВЛИЯНИЕ СУЛЬПИРИДА НА ВЕГЕТАТИВНУЮ РЕГУЛЯЦИЮ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ НЕКАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ С БИЛИАРНЫМИ ДИСФУНКЦИЯМИ

М.А. Бутов, П.С. Кузнецов, Ю.О. Еремина

Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова, Рязань

При лечении больных хроническим бескаменным холециститом с явлениями билиарных дисфункций целесообразно использование психотических средств, в частности сульпирида. Это не только повышает качество жизни пациентов, но и нормализует имеющийся вегетативный дисбаланс, в частности, сульпирид достоверно повышает симпатическую активность у больных с парасимпатикотонией.

Большинство современных исследователей считают центральным звеном в этиологии и патогенезе билиарных дисфункций (БД) нарушения со стороны центральной и автономной (вегетативной) нервных систем. При этом в этиологии первичных дискинезий первое место принадлежит различным формам неврозов и вегетозов. Первичные БД занимают относительно не большое место (10% - 15% всех БД) при развитии билиарной патологии. Значительно чаще в клинике приходится иметь дело с вторичными БД у больных с органической патологией билиарного тракта, прежде всего, у больных хроническим некалькулезным холециститом (ХНХ). Развитие вторичных БД при этом рассматривается, в значительной мере, как проявление висцеро-висцеральных рефлексов при первичном поражении желчного пузыря, желудка, двенадцатиперстной кишки, поджелудочной железы и т.д. [6, 7]. Именно поэтому ХНХ рассматривается в настоящее время как хроническое воспалительное заболевание желчного пузыря, сочетающееся с моторно-тоническими нарушениями желчевыводящих путей (БД) и изменениями физико-химических свойств и биохимического состава желчи (дисхолией). Развитию ХНХ либо предшествуют, либо сопутст-

вуют БД, обусловленные нарушениями в сфере нервной и гуморальной регуляции, сдвигами в иммунной системе организма [1]. Прежде всего здесь имеет значение состояние сегментарного и надсегментарного отделов вегетативной нервной системы (ВНС), а также тех отделов центральной нервной системы (ЦНС), которые осуществляют интеграцию вегетативных и психоэмоциональных функций: лимбическая система, гипоталамус, гипофиз. Исходя из этого, понятна целесообразность включения в схемы лечения больных ХБХ с БД психотропных препаратов наряду с диетой, антибактериальными препаратами, спазмолитиками, холекинетиками и холеретиками [4, 5, 7, 8, 9].

Целью настоящей работы была оценка эффективности применения в стандартных схемах лечения больных ХБХ с БД атипичного антипсихотика сульпирида.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находились 20 больных ХНХ с явлениями вторичной БД, в том числе 12 женщин и 8 мужчин, средний возраст $41,7 \pm 12,5$ года. Все больные были разделены на две группы. Пациенты в 1-й группе, 10 человек, из них 6 женщин и 4 мужчины, средний возраст $43,2 \pm 7,8$ года, получали стандартное лече-

ние. Пациенты во 2-й группе, 10 человек, из них 6 женщин и 4 мужчины, средний возраст $40,6 \pm 14,0$ года, наряду со стандартной терапией дополнительно получали Просульпин по 100 мг 2 раза в день в течение 2 недель. Сульпирид (Просульпин, PRO. MED. CS Praga a.s.) является одним из самых испытанных средств для коррекции эмоциональных сдвигов. Он воздействует преимущественно на подкорковые структуры мозга, оказывает благотворное соматотропное действие и обладает противорвотным и антидиспептическим свойствами. В низких дозах препарат воздействует на пресинаптические рецепторы, что приводит к усилению выделения дофамина в синаптическое пространство и обуславливает так называемый антинегативный эффект. У него отсутствуют экстрапирамидные побочные эффекты. Просульпин не метаболизируется в печени и выводится почками в неизменном виде, имеет более широкий спектр активности в сравнении с традиционными средствами – противотревожное, антидепрессивное действие (тимонейролептик). Препарат эффективен в лечении ряда психосоматических расстройств за счет наличия соматостабилизирующего и вегеторегилирующего эффектов.

В дозах 100 – 300 мг/сут. просульпин оказывает соматостабилизирующее, вегеторегилирующее, активирующее, антидепрессивное действия. Поэтому он рекомендуется для лечения всего спектра психосоматических заболеваний, различных форм депрессивного синдрома, неврозов [2,3].

Все больные проходили обследование и лечение в соответствии с утвержденными "Стандартами диагностики и качества лечения...". У всех больных проводилось исследование ситуативной и самооценочной тревожности опросником Спилбергера-Ханина, определение уровня самочувствия, активности и настроения с помощью тестовой карты "САН" и оценка качества жизни больных с использованием опросника SF-36. Состояние сегментарного вегетативного

тонуса у обследуемых лиц оценивалось с помощью Стандартного вегетативного теста ЦИТО (СВТ ЦИТО) [10]. Обследование больных проводилось в первые сутки от начала лечения и 2 недели спустя.

Результаты и их обсуждение

У больных в обеих группах при оценке ситуативной и самооценочной тревожности до лечения выявлен практически равный уровень тревожности. После лечения средний уровень ситуативной тревожности имел тенденцию к снижению в обеих группах. Однако если уровень самооценочной тревожности у больных в 1-й группе не изменился и даже имел некоторую тенденцию к увеличению, то во 2-й группе больных, дополнительно получавших Просульпин, самооценочная тревожность уменьшилась ($p < 0,05$).

По данным теста "САН" уровни активности, самочувствия и настроения до лечения у пациентов обеих групп достоверно не различались. После лечения уровень активности остался практически одинаковым в обеих группах, однако через 2 недели лечения у пациентов, получавших Просульпин, отмечена не достоверная тенденция к росту показателей самочувствия и настроения.

При анализе показателей качества жизни больных ХНХ установлено, что после лечения появилась тенденция к росту показателей по всем шкалам теста SF-36 у больных в обеих группах. Однако у пациентов получавших Просульпин наблюдался более выраженный рост показателей качества жизни. Особенно заметно увеличение показателей по шкале ролевых ограничений, связанных с физическим состоянием (РОФС) и шкале ролевых ограничений, связанных с эмоциональным состоянием (РОЭС). У больных получавших Просульпин после лечения эти показатели возросли в 5 и 3,6 раза соответственно ($t=3,3$ и $2,8$), а у больных, получавших стандартную терапию - только в 1,4 и 1,6 раза (разница не достоверна).

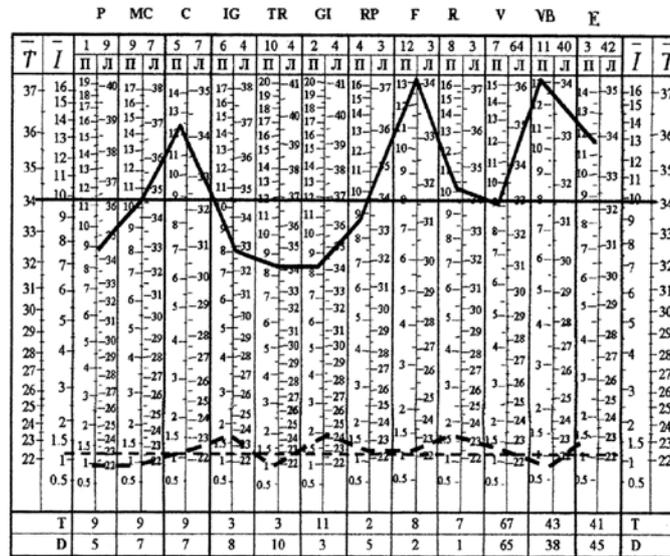


Рис. 1. СВТ ЦИТО больного Б., 52 лет, страдающего ХБХ, обострение с явлениями гипермоторной дискинезии желчевыводящих путей. До лечения выраженная парасимпатикотония, глубокое угнетение симпатической активности.

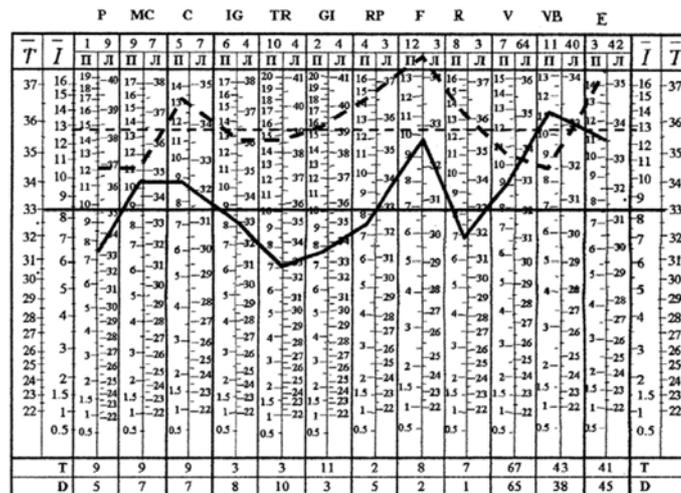


Рис. 2. СВТ ЦИТО того же больного через 2 недели лечения с использованием сульпирида (просульпина). Общая симпатикотония, повышение уровня общей симпатикотонии в 11 раз от исходного.

Таким образом, назначение просульпина у больных ХНХ дополнительно к стандартной терапии снижало уровень самооценочной тревожности, повышало самочувствие и настроение, значительно улучшало качество жизни пациентов.

Однако использование при обследовании 5 больных ХНХ с гипермоторной дисфункцией ЖВП стандартного вегетативного теста ЦИТО (СВТ ЦИТО), позволило выявить еще один неожиданный эффект действия просульпина – значительное по-

вышение активности симпатической нервной системы. Так, если при госпитализации у всех больных ХНХ с гипермоторной дискинезией ЖВП по данным СВТ ЦИТО наблюдалась выраженная парасимпатикотония с угнетением симпатического отдела ВНС, то после двухнедельного курса лечения просульпином в дозе 200 мг/сутки подъем симпатической кривой на СВТ ЦИТО составил от 120% до 1100% от исходного. При этом уровень парасимпатической кривой СВТ ЦИТО существенно не изменился и составил 97%, 98% от исходного.

Выводы

1. Применение Просульпина в дозе 200 мг/сутки в дополнение к стандартной терапии у больных ХНХ с различными дискинезиями ЖВП повышает качество жизни пациента.

2. Особенно показано применение Просульпина больным ХНХ с дискинезией ЖВП по гипермоторному типу, поскольку за счет активации симпатического отдела ВНС, происходит нормализация имеющегося вегетативный дисбаланс.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бутов М.А. Антипсихотическое средство сульпирид в лечении заболеваний органов пищеварения: Методические рекомендации для врачей-курсантов ФПДО/ М.А. Бутов, И.Ю. Ворначева, Ю.О. Еремина – Рязань: РИО ГОУ ВПО «РязГМУ Росздрави», 2006. – 26 с.
2. Веселова Е.Н. Место просульпина (сульпирида) в лечении психосоматической патологии/ Е.Н. Веселова// Южно-

Российский медицинский журнал. – 2000. - № 5 - 6. – С. 86 - 88.

3. Дробижев М.Ю. Сульпирид: механизм действия и возможности клинического использования/ М.Ю. Дробижев // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2004. – Т. 8, № 4. – С. 26 – 30.
4. Дроздова М.С. Психосоматические взаимоотношения в гастроэнтерологии/ М.С. Дроздова. – Витебск: - 195 с.
5. Ильченко А.А. Дисфункции билиарного тракта и их медикаментозная коррекция/ А.А. Ильченко// Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. – 2002. - № 5. – С. 25 – 29.
6. Лоранская И.Д. Изучение моторной функции желчевыведительной системы и гастродуоденальной зоны при патологии билиарного тракта/ И.Д. Лоранская, В.В. Вишневецкая // РМЖ. Болезни органов пищеварения. – 2005. – Т. 7, №1. – С. 1 – 7.
7. Маев И.В. Диагностика и лечение заболеваний желчевыводящих путей: Учебное пособие/ И.В. Маев, А.А. Самсонов, Л.М. Салова и др. – М.: ГОУ ВУНМЦ РФ, 2003. – 96 с.
8. Минушкин О.Н. Фармакотерапия нарушений моторики желчевыводящих путей// Фарматека. 2004. № 13. С.1 – 4.
9. Минушкин О.Н. Билиарная дисфункция и некоторые лечебные подходы// Фарматека. 2003. № 10. С. 80 – 85.
10. Патент на изобретение 2269292 RU. Способ диагностики дискижелчевыводящих путей/ Рязанский гос. мед. ун-т им. акад. И.П. Павлова; авт. изобрет. М.А. Бутов, П.С. Кузнецов, С.В. Шелухина, Ю.О. Еремина, В.Б. Ардатова. - Заявл. 20.01.2004, №2004101656/14; опубл. 10.02.2005 в Бюл. №4.

INFLUENCE OF SULPIRID ON VEGETATIVE REGULATION IN PATIENTS WITH CHRONIC ACALCULOSIS CHOLECYSTITIS ACCOMPANYING BY BILIARY DYSFUNCTIONS

M.A. Butov, P.S. Kuznetsov, Yu.O. Eremina

At treatment of patients with chronic acalculous cholecystitis accompanying by biliary dysfunctions expediently use of psychotic medicines, in particular, of silpirid. It not only raises quality of life of patients, but also normalizes available vegetative dysbalance, in particular, sulpirid authentically raises sympathetic activity in patients with parasymphatonia.