

МЕДИЦИНА, ПЕДАГОГИКА И ТЕХНОЛОГИЯ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Researchbib Impact factor: 13.14/2024

SJIF 2024 = 5.444

Том 3, Выпуск 01, Январь

ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

Курбонова Гулноза

Термезский университет экономики и сервиса

Старший преподаватель кафедры медицины

Email-qurbonvagulnoza64@gmail.com

Хаитов Достон

Медицинский факультет Стоматология

Email: dostonxaitov79@gmail.com

Аннотация: В статье рассмотрена история желчнокаменной болезни и приведены сведения о мерах профилактики ее распространения. В ходе исследования проанализированы эпидемиологические особенности заболевания, факторы распространения и методы диагностики. Основное внимание уделяется эффективным мерам профилактики заболеваний, включая реализацию программ вакцинации, соблюдение санитарно-гигиенических правил, повышение осведомленности населения. В этой статье описаны стратегии предотвращения образования камней в желчном пузыре.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, эпидемиология, профилактика, иммунизация, диагностика, санитария, распространение болезни, уролин,

Жёлчнокаменная болезнь^[2] (холелитиаз от др.-греч. — жёлчь и — камень) — образование камней (конкрементов) в жёлчном пузыре, жёлчных протоках (жёлчные камни). При неосложнённом течении заболевания применяются консервативные методы терапии. Если при помощи РХПГ с ЭПСТ не получается извлечь конкремент из жёлчного протока (холедоха), то показано оперативное лечение. Эпидемиология По данным многочисленных публикаций на протяжении XX века, в особенности второй его половины, происходило быстрое увеличение распространённости ЖКБ, преимущественно в промышленно развитых странах, в том числе в России. Так, по данным ряда авторов, заболеваемость холелитиазом в бывшем СССР увеличивалась почти вдвое каждые 10 лет, а камни в жёлчных путях выявлялись на вскрытиях у каждого десятого умершего независимо от причины смерти. В

МЕДИЦИНА, ПЕДАГОГИКА И ТЕХНОЛОГИЯ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Researchbib Impact factor: 13.14/2024

SJIF 2024 = 5.444

Том 3, Выпуск 01, Январь

конце XX века в ФРГ было зарегистрировано более 5 млн, а в США более 15 млн больных ЖКБ, причём этим заболеванием страдало около 10 % взрослого населения. По данным медицинской статистики, холелитиаз встречается у женщин значительно чаще, чем у мужчин (соотношение от 3:1 до 8:1), причём с возрастом число больных существенно увеличивается и после 70 лет достигает 30 % и более в популяции. Возрастающая хирургическая активность в отношении холелитиаза, наблюдавшаяся на протяжении второй половины XX века, привела к тому, что во многих странах частота операций на жёлчных путях превзошла число других абдоминальных операций (включая аппендэктомию). Так, в США в 70-е годы ежегодно проводилось более 250 тыс. холецистэктомий, в 80-е — более 400 тыс., а в 90-е — до 500 тыс.

Этиология Этиологию жёлчнокаменной болезни нельзя считать достаточно изученной^[3]. Известны лишь экзо- и эндогенные факторы, увеличивающие вероятность её возникновения. К эндогенным факторам относятся, прежде всего, пол и возраст. По данным большинства и отечественных, и зарубежных статистик женщины страдают холелитиазом в 3-5 раз чаще, чем мужчины, а по данным некоторых авторов даже в 8-15 раз. При этом особенно часто камни формируются у многорожавших женщин. Среди основных возможных механизмов возникновения желчекаменной болезни выделяют метаболические, экзокринные и иммунологические^[4].

Существенную роль играет, по-видимому, и конституциональный фактор. Так, ЖКБ, несомненно, чаще встречается у лиц пикнического телосложения, склонных к полноте. Избыточная масса тела наблюдается приблизительно у $\frac{2}{3}$ больных. Способствуют развитию ЖКБ некоторые врождённые аномалии, затрудняющие отток жёлчи, например, стенозы и кисты гепатикохоледоха, парапапиллярные дивертикулы двенадцатиперстной кишки, а из приобретённых заболеваний — хронические гепатиты с исходом в цирроз печени. Определённое значение в формировании главным образом пигментных камней имеют заболевания, характеризующиеся повышенным распадом эритроцитов, например, гемолитическая анемия, хотя образующиеся у большинства больных мелкие пигментные камни, как правило, не сопровождаются типичными для холелитиаза клиническими проявлениями.

Из экзогенных факторов главную роль играют, по-видимому, особенности питания, связанные с географическими, национальными и экономическими

МЕДИЦИНА, ПЕДАГОГИКА И ТЕХНОЛОГИЯ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Researchbib Impact factor: 13.14/2024

SJIF 2024 = 5.444

Том 3, Выпуск 01, Январь

особенностями жизни населения. Рост распространённости ЖКБ на протяжении XX века, преимущественно в экономически развитых странах, большинство авторов объясняют увеличением потребления пищи, богатой жиром и животными белками. В то же время в экономически процветающей Японии в связи с национальными особенностями питания холелитиаз встречается в несколько раз реже, чем в развитых странах Европы, США или в России. Крайне редко ЖКБ встречается в бедных тропических странах, Индии, Юго-Восточной Азии, где население питается преимущественно растительной пищей и часто страдает от недоедания.

Патогенез Начальным процессом образования жёлчных камней является образование замазкообразной жёлчи (билиарного сладжа). В 80-85 % случаев билиарный сладж исчезает, но чаще всего вновь возвращается.

Жёлчные камни формируются из основных элементов жёлчи. Нормальная жёлчь, выделяемая гепатоцитами, в количестве 500—1000 мл в сутки, представляет собой сложный коллоидный раствор с удельной массой 1,01 г/см³, содержащий до 97 % воды. Сухой остаток жёлчи состоит, прежде всего, из солей жёлчных кислот, которые обеспечивают стабильность коллоидного состояния жёлчи, играют регулирующую роль в секреции других её элементов, в частности холестерина, и почти полностью всасываются в кишечнике в процессе энтерогепатической циркуляции.

Различают холестериновые, пигментные, известковые и смешанные камни. Конкременты, состоящие из одного компонента, относительно редки. Подавляющее число камней имеют смешанный состав с преобладанием холестерина. Они содержат свыше 90 % холестерина, 2-3 % кальциевых солей и 3-5 % пигментов, причём билирубин обычно находится в виде небольшого ядра в центре конкремента. Камни с преобладанием пигментов часто содержат значительную примесь известковых солей, и их называют пигментно-известковыми. Структура камней может быть кристаллической, волокнистой, слоистой или аморфной. Нередко у одного больного в жёлчных путях содержатся конкременты различного химического состава и структуры. Размеры камней сильно варьируют. Иногда они представляют собой мелкий песок с частичками менее миллиметра, в других же случаях один камень может занимать всю полость увеличенного в размерах жёлчного пузыря и иметь вес до 60-80 г. Форма жёлчных конкрементов также разнообразна. Они бывают шаровидными,

МЕДИЦИНА, ПЕДАГОГИКА И ТЕХНОЛОГИЯ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Researchbib Impact factor: 13.14/2024

SJIF 2024 = 5.444

Том 3, Выпуск 01, Январь

овоидными, многогранными (фасетчатыми), бочкообразными, шиловидными и т. д.

В известной мере условно различают два типа камнеобразования в жёлчных путях:

- первичный
- вторичный

Формирование конкрементов в неизменённых жёлчных путях является началом патологического процесса, который на протяжении длительного времени или в течение всей жизни может не вызывать значительных функциональных расстройств и клинических проявлений. Иногда обуславливает нарушения проходимости различных отделов желчевыводящей системы и присоединение хронического, склонного к обострениям инфекционного процесса, а, следовательно, и клинику ЖКБ и её осложнений.

Вторичное камнеобразование происходит в результате того, что уже в течение ЖКБ возникают нарушения оттока жёлчи (холестаза, жёлчная гипертензия) из-за обтурации первичными камнями «узких» мест жёлчной системы (шейка жёлчного пузыря, терминальный отдел холедоха), а также вторичных рубцовых стенозов, как правило, локализующихся в этих же местах, что способствует развитию восходящей инфекции из просвета желудочно-кишечного тракта. Если в образовании первичных камней главную роль играют нарушения состава и коллоидной структуры жёлчи, то вторичные конкременты являются результатом холестаза и связанной с ним инфекции жёлчной системы. Первичные камни формируются почти исключительно в жёлчном пузыре, где жёлчь в нормальных условиях застаивается на длительное время и доводится до высокой концентрации. Вторичные конкременты, помимо пузыря, могут образовываться и в жёлчных протоках, включая внутривенечные.

Первичные холестериновые камни

Наиболее изученным является процесс образования первичных холестериновых камней, которые в чистом виде или с небольшими примесями жёлчных пигментов и кальциевых солей встречаются наиболее часто, составляя более 75-80 % всех конкрементов. Синтезируемый гепатоцитами холестерин нерастворим в воде и жидких средах организма, поэтому в состав жёлчи он поступает «упакованным» в коллоидные частицы — мицеллы, состоящие из солей жёлчных кислот и отчасти лецитина, молекулы которых ориентированы таким

МЕДИЦИНА, ПЕДАГОГИКА И ТЕХНОЛОГИЯ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Researchbib Impact factor: 13.14/2024

SJIF 2024 = 5.444

Том 3, Выпуск 01, Январь

образом, что гидрофильные их группы обращены наружу, что обеспечивает устойчивость коллоидного геля (раствора), а гидрофобные внутрь — к нерастворимым гидрофобным молекулам холестерина. В составе мицеллы на 1 молекулу холестерина приходится 6 молекул жёлчных солей и 2 молекулы лецитина, увеличивающих ёмкость мицеллы. Если по тем или иным причинам, например, в результате нарушения синтеза жёлчных кислот, наблюдающемся при избытке эстрогенов, связанном с беременностью или использованием эстрогенных контрацептивов, жёлчные кислоты оказываются не в состоянии обеспечить формирование стабильных мицелл, жёлчь становится литогенной и холестерин выпадает в осадок, что обуславливает возникновение и рост камней соответствующего состава. При нормальном содержании жёлчных солей нестабильность мицелл и литогенность жёлчи может определяться и избыточным синтезом, и выделением в жёлчь холестерина, по-видимому, наблюдающемся при ожирении: возникает относительная недостаточность жёлчных солей.

Формирование пигментных конкрементов изучено в значительно меньшей степени. Причиной первичных пигментных камней являются нарушения пигментного обмена при различных формах гемолитических анемий. Часто пигментные камни образуются вторично при наличии в жёлчных путях инфекционного процесса, в том числе связанного с холелитиазом. Возбудители воспаления, прежде всего кишечная палочка, синтезируют фермент Р-глюкуронидазу, которая превращает растворимый конъюгированный билирубин в неконъюгированный, выпадающий в осадок. Первичные чисто известковые камни исключительно редки и могут формироваться при гиперкальциемии, связанной с гиперпаратиреозом.

Вторичные холестериновые камни

Вторичное обызвествление преимущественно пигментных и в меньшей степени холестериновых камней обычно происходит в инфицированных жёлчных путях, причём источником кальциевых солей является в основном секрет слизистых желёз выходного отдела жёлчного пузыря и воспалительный экссудат.

Находящиеся в жёлчном пузыре камни, удельная масса которых, как правило, ниже единицы, находятся во взвешенном (плавающем) состоянии и не могут оказывать гравитационного давления на стенки пузыря. Камни диаметром менее 2-3 мм способны проходить по пузырному протоку в холедох и далее вместе с

МЕДИЦИНА, ПЕДАГОГИКА И ТЕХНОЛОГИЯ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Researchbib Impact factor: 13.14/2024

SJIF 2024 = 5.444

Том 3, Выпуск 01, Январь

жёлчью в двенадцатиперстную кишку. Более крупные камни могут под давлением жёлчи с трудом проталкиваться через пузырный проток и узкую терминальную часть общего жёлчного протока, травмируя при этом слизистую оболочку, что может привести к рубцеванию и стенозированию этих и без того узких мест желчевыводящей системы. Затруднение оттока любого секрета, в частности жёлчи в соответствии с общим законом хирургической патологии, всегда способствует возникновению и прогрессированию восходящей инфекции из просвета желудочно-кишечного тракта, которая в первую очередь обычно развивается в жёлчном пузыре (холецистит).

Симптомы В чистом виде болезнь практически не даёт симптомов, первые признаки появляются через 5-10 лет.^[5] Единственным проявлением собственно ЖКБ можно назвать желтуху, а также приступ жёлчной (печёночной en:Biliary colic) колики, вызванной движением камня по жёлчным путям. Внезапная боль, приступ колики возникает при увеличении давления в жёлчном пузыре (более 3000 Па) или жёлчном протоке (свыше 2700 Па) из-за преграды к опорожнению жёлчи в виде камня.

Все остальные симптомы дают сопутствующие заболевания. Боль носит режущий, колющий характер, возможна иррадиация болей в поясницу, правую лопатку, правое предплечье. Иногда боли иррадируют за грудину, что симулирует приступ стенокардии (холецистокоронарный симптом Боткина).

Случается, что камни в жёлчном пузыре не вызывают болезненных симптомов вообще. В таком случае их могут обнаружить случайно при УЗИ или при рентгенологическом обследовании.

Диагностика Самым популярным методом диагностики ЖКБ является ультразвуковое исследование. В случае проведения УЗИ квалифицированным специалистом необходимость в дополнительных обследованиях отсутствует. Хотя для диагностики может использоваться также холецистоангиография, ретроградная панкреатохолангиорентгенография. Компьютерная томография и ЯМР томография дороже, но с большей точностью позволяют диагностировать течение болезни.

Терапия *Основная статья: Удаление жёлчных камней*

Рекомендуется диета Певзнера № 5. Для консервативного лечения может использоваться ударно-волновая литотрипсия^[6], применение рекомендуется при отсутствии холецистита и совокупном диаметре камней до 2 см, хорошей

МЕДИЦИНА, ПЕДАГОГИКА И ТЕХНОЛОГИЯ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Researchbib Impact factor: 13.14/2024

SJIF 2024 = 5.444

Том 3, Выпуск 01, Январь

сократимости жёлчного пузыря (не менее 75 %). Эффективность ультразвуковых методов менее 25 %, так как в большинстве случаев камни недостаточно хрупкие. Из малоинвазивных методов применяется лапароскопическая холецистэктомия и лапароскопическая холецистолитотомия. Эти методы не всегда позволяют достичь желаемого результата, поэтому выполняется лапаротомическая холецистэктомия «от шейки». Классическая полостная операция по удалению жёлчного пузыря, холецистэктомия, была впервые выполнена в 1882 году в Берлине.

Удаление жёлчного пузыря в 99 % случаев снимает проблему холецистита. Как правило, это не оказывает заметного влияния на жизнедеятельность, хотя в некоторых случаях это приводит к постхолецистэктомическому синдрому (клинические симптомы могут сохраняться у 40 % больных после проведения стандартной холецистэктомии по поводу камней жёлчного пузыря^[7]). Летальность операций различается во много раз для острых (30-50 %) и хронических форм заболевания (3-7 %).

Консервативная терапия при помощи препаратов желчных кислот (урсодезоксихолевая и хенодезоксихолевая кислота) или путём стимуляции синтеза жёлчных кислот препаратами растительного происхождения (экстракт бессмертника песчаного). В ряде случаев удастся растворить мелкие, до 2 см в диаметре, конкременты.

Осложнения В среднем в 50 % случаев может развиваться одно из следующих осложнений ЖКБ:

1. Острый холецистит (развивается в 50 % случаев камненосительства);
2. Обтурационный холедохолитиаз (в 10-25 % случаев при холецистолитиазе);
3. Обтурационный папиллолитиаз;
4. Стеноз большого дуоденального сосочка;
5. Рак желчного пузыря (на фоне камненосительства развивается у 70-95 % пациентов);
6. Холангит, холангиогенный гепатит;
7. Панкреатит, панкреонекроз;
8. Механическая желтуха;
9. Пузырно-дигестивные свищи (при длительном камненосительстве);
10. Билио-билиарные свищи (синдром Мириззи)^[8].

МЕДИЦИНА, ПЕДАГОГИКА И ТЕХНОЛОГИЯ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Researchbib Impact factor: 13.14/2024

SJIF 2024 = 5.444

Том 3, Выпуск 01, Январь

РАСТВОР УРОЛИНА *Urolin* — это полная, эффективная и полностью натуральная суспензия, специально разработанная для решения проблем мочевыводящих путей.

Благодаря своим 10 натуральным компонентам и синергии между 5 различными видами деятельности, *Urolin* особенно эффективен в решении инфекций мочевыводящих путей, таких как:

1. **Нефрит;**
2. **Цистит;**
3. **Уретрит;**
4. **Простатит.**

Кроме того, благодаря своим мочегонным и противокаменным свойствам он особенно полезен при:

1. **Ренелла;**
2. **Рецидивирующие камнеобразования.**

ПОКАЗАНИЯ И ПРИМЕНЕНИЕ:

Диуретики, такие как Уролин, показаны при лечении гипертонии либо в качестве единственного терапевтического средства, либо для усиления действия других антигипертензивных препаратов при более тяжелых формах гипертонии.

Уролин показан в качестве дополнительной терапии при отеках, связанных с застойной сердечной недостаточностью, циррозом печени, а также терапией кортикостероидами и эстрогенами.

Уролин также оказался полезным при отеках, вызванных различными формами нарушения функции почек, такими как нефротический синдром, острый гломерулонефрит и хроническая почечная недостаточность. Использование во время беременности: Рутинное использование диуретиков у здоровой женщины нецелесообразно и подвергает мать и плод ненужному риску. Диуретики не предотвращают развитие токсемии беременности, и нет удовлетворительных доказательств того, что они полезны при лечении развившейся токсемии. Отеки во время беременности могут возникать из-за патологических причин или из-за физиологических и механических последствий беременности. Уролин показан при беременности, когда отеки вызваны патологическими причинами, так же как и при отсутствии беременности (однако см. МЕРЫ ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ ниже). Зависимые отеки во время беременности, возникающие из-за

МЕДИЦИНА, ПЕДАГОГИКА И ТЕХНОЛОГИЯ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Researchbib Impact factor: 13.14/2024

SJIF 2024 = 5.444

Том 3, Выпуск 01, Январь

ограничения венозного возврата расширенной маткой, надлежащим образом лечатся путем поднятия нижних конечностей и использования поддерживающих чулков; использование диуретиков для снижения внутрисосудистого объема в этом случае нелогично и ненужно. Во время нормальной беременности наблюдается гиперволемиа, которая не вредна ни плоду, ни матери (при отсутствии сердечно-сосудистых заболеваний), но которая связана с отеками, включая генерализованные отеки, у большинства беременных женщин. Если этот отек вызывает дискомфорт, часто облегчение приносит усиленное лежачее положение. В редких случаях этот отек может вызывать сильный дискомфорт, который не проходит после отдыха. В этих случаях короткий курс диуретиков может принести облегчение и быть целесообразным.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: Анурия. Известная гиперчувствительность к уролину или другим препаратам из группы сульфонамидов.

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ: Уролин следует применять с осторожностью при тяжелой почечной недостаточности. У пациентов с почечной недостаточностью Уролин или родственные препараты могут спровоцировать азотемию. Кумулятивные эффекты препарата могут развиваться у пациентов с нарушенной функцией почек. Уролин следует применять с осторожностью у пациентов с нарушением функции печени или прогрессирующим заболеванием печени, поскольку незначительные изменения баланса жидкости и электролитов могут спровоцировать печеночную кому. У пациентов с аллергией или бронхиальной астмой в анамнезе могут возникнуть реакции чувствительности. Возможность обострения или активации системной красной волчанки была зарегистрирована при применении тиазидных диуретиков, которые структурно связаны с Уролином. Однако системная красная волчанка не была зарегистрирована после приема Уролина.

МЕРЫ ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ: Общий При приеме Уролина, как и любого другого диуретика, может развиваться гипокалиемиа, особенно при интенсивном диурезе при тяжелом циррозе или при одновременном применении кортикостероидов или АКТГ.

Нарушение адекватного перорального приема электролитов также будет способствовать гипокалиемии. Терапия дигиталисом может усилить метаболические эффекты гипокалиемии, особенно в отношении активности миокарда.

МЕДИЦИНА, ПЕДАГОГИКА И ТЕХНОЛОГИЯ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Researchbib Impact factor: 13.14/2024

SJIF 2024 = 5.444

Том 3, Выпуск 01, Январь

Дефицит хлорида обычно бывает умеренным и обычно не требует специального лечения, за исключением чрезвычайных обстоятельств (например, при заболеваниях печени или почек). Дилуционная гипонатриемия может возникнуть у отечных пациентов в жаркую погоду, подходящей терапией является ограничение воды, а не прием соли, за исключением редких случаев, когда гипонатриемия опасна для жизни. При фактическом истощении соли подходящим методом выбора является соответствующее замещение.

У некоторых пациентов, принимающих Уролин, может возникнуть гиперурикемия или может развиваться явная подагра. Было показано, что тиазидоподобные диуретики увеличивают экскрецию магния с мочой; это может привести к гипомagneмии.

Антигипертензивное действие препарата может усиливаться у пациентов после симпатэктомии.

Если прогрессирующая почечная недостаточность становится очевидной, о чем свидетельствует повышение уровня небелкового азота или азота мочевины в крови, необходимо тщательно пересмотреть терапию, рассмотрев возможность отмены или прекращения приема диуретиков.

Выделение кальция снижается под действием тиазидных препаратов. У некоторых пациентов, принимавших тиазидную терапию, наблюдались патологические изменения в парацитовидной железе с гиперкальциемией и гипофосфатемией. Распространенные осложнения гиперпаратиреоза, такие как почечнокаменная болезнь, резорбция костей и язва желудка, не наблюдались.

Информация для пациентов Пациентам следует сообщить своему врачу, если у них: (1) была аллергическая реакция на уролин или другие диуретики или они страдают астмой, (2) заболеванием почек, (3) заболеванием печени, (4) подагрой, (5) системной красной волчанкой или (6) они принимали другие препараты, такие как кортизон, дигиталис, карбонат лития или препараты для лечения диабета.

Пациентам следует рекомендовать обратиться к врачу, если у них возникнут какие-либо из следующих симптомов потери калия: повышенная жажда, усталость, сонливость, беспокойство, мышечные боли или судороги, тошнота, рвота или учащенное сердцебиение или пульс.

Пациентов также следует предупредить, что употребление алкоголя может увеличить вероятность возникновения головокружения.

МЕДИЦИНА, ПЕДАГОГИКА И ТЕХНОЛОГИЯ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Researchbib Impact factor: 13.14/2024

SJIF 2024 = 5.444

Том 3, Выпуск 01, Январь

Лабораторные тесты Периодическое определение электролитов сыворотки для выявления возможного дисбаланса электролитов следует проводить через соответствующие промежутки времени.

Все пациенты, получающие Уролин, должны наблюдаться на предмет клинических признаков нарушения баланса жидкости или электролитов: а именно, гипонатриемии, гипохлоремического алкалоза и гипокалиемии. Определение электролитов в сыворотке и моче особенно важно, если у пациента чрезмерная рвота или он получает парентеральные жидкости.

Взаимодействие с другими препаратами Уролин может усиливать или потенцировать действие других антигипертензивных препаратов. Потенцирование происходит с ганглионарными периферическими адреноблокаторами.

Такие лекарства, как дигиталис, также могут влиять на электролиты сыворотки. Предупреждающие признаки, независимо от причины, включают: сухость во рту, жажду, слабость, вялость, сонливость, беспокойство, мышечные боли или судороги, мышечную усталость, гипотонию, олигурию, тахикардию и желудочно-кишечные расстройства, такие как тошнота и рвота.

Потребность в инсулине у больных диабетом может быть увеличена, уменьшена или не изменена. Может потребоваться более высокая дозировка пероральных гипогликемических средств. Скрытый сахарный диабет может проявиться во время приема Уролина.

Уролин и родственные ему препараты могут усиливать чувствительность к тубокурарину.

Уролин и родственные препараты могут снижать артериальную чувствительность к норадреналину. Это снижение не является достаточным, чтобы исключить эффективность прессорного агента для терапевтического использования.

Взаимодействие лекарств и лабораторных тестов Уролин и родственные ему препараты могут снижать уровень РВИ в сыворотке без признаков нарушения функции щитовидной железы.

Канцерогенез, мутагенез, нарушение фертильности Информация отсутствует.

Беременность *Тератогенные эффекты. Беременность категории В*

Исследования репродуктивности проводились на крысах и кроликах в дозах, превышающих человеческую дозу до 420 раз, и не выявили никаких

МЕДИЦИНА, ПЕДАГОГИКА И ТЕХНОЛОГИЯ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Researchbib Impact factor: 13.14/2024

SJIF 2024 = 5.444

Том 3, Выпуск 01, Январь

доказательств вреда для плода из-за уролина. Однако адекватных и хорошо контролируемых исследований на беременных женщинах не проводилось. Поскольку исследования репродуктивности животных не всегда предсказывают реакцию человека, этот препарат следует использовать во время беременности только в случае явной необходимости.

Нетератогенные эффекты Тиазиды проникают через плацентарный барьер и появляются в пуповинной крови. Использование Уролина и родственных препаратов у беременных женщин требует, чтобы ожидаемые преимущества препарата были сопоставлены с возможными опасностями для плода. Эти опасности включают желтуху плода или новорожденного, тромбоцитопению и, возможно, другие побочные реакции, которые возникали у взрослых.

Кормящие матери Тиазиды выделяются с грудным молоком. Из-за возможности серьезных побочных реакций у грудных детей от Уролина следует принять решение о прекращении кормления грудью или отмене препарата, принимая во внимание важность препарата для матери.

Использование в педиатрии Безопасность и эффективность у детей не установлены.

ПОБОЧНЫЕ РЕАКЦИИ: Чтобы сообщить о ПОДОЗРЕВАЕМЫХ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ РЕАКЦИЯХ, позвоните в RiconPharma LLC по телефону 1-877-748-1970 или в FDA по телефону 1-800-FDA-1088 или на сайт www.fda.gov/medwatch.

Были отмечены следующие побочные реакции, однако для оценки их частоты недостаточно систематических данных.

Реакции со стороны желудочно-кишечного тракта: анорексия, раздражение желудка, тошнота, рвота, спазмы, диарея, запор, желтуха (внутрипеченочная холестатическая желтуха), панкреатит.

Реакции со стороны центральной нервной системы: головокружение, парестезии, головная боль, ксантопсия.

Гематологические реакции: лейкопения, агранулоцитоз, тромбоцитопения, апластическая анемия.

Дерматологические реакции гиперчувствительности: пурпура, фотосенсибилизация, сыпь, крапивница, некротизирующий ангиит (васкулит, кожный васкулит), синдром Лайелла (токсический эпидермальный некролиз).

МЕДИЦИНА, ПЕДАГОГИКА И ТЕХНОЛОГИЯ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Researchbib Impact factor: 13.14/2024

SJIF 2024 = 5.444

Том 3, Выпуск 01, Январь

Реакции со стороны сердечно-сосудистой системы: может возникнуть ортостатическая гипотензия, которая может усугубляться алкоголем, барбитуратами или наркотиками.

Другие побочные реакции: гипергликемия, глюкозурия, гиперурикемия, мышечный спазм, слабость, беспокойство, импотенция.

При возникновении умеренных или тяжелых побочных реакций следует уменьшить дозу Уролина или отменить терапию.

ПЕРЕДОЗИРОВКА Симптомы острой передозировки включают тошноту, слабость, головокружение и нарушения электролитного баланса. Пероральная LD₅₀ препарата у мышей и крыс составляет более 25 000 мг/кг массы тела. Минимальная летальная доза (MLD) у людей не установлена. Специфического антидота нет, но рекомендуется промывание желудка с последующим поддерживающим лечением. При необходимости это может включать внутривенное введение декстрозы-солевого раствора с калием, вводимого с осторожностью.

ДОЗИРОВКА И СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ: Терапию следует начинать с минимально возможной дозы. Эту дозу следует титровать в соответствии с индивидуальной реакцией пациента, чтобы получить максимальный терапевтический эффект при сохранении минимально возможной дозировки. Рекомендуется однократная доза утром с едой; дробные суточные дозы не нужны.

Гипертония *Начало:* Терапию у большинства пациентов следует начинать с однократной суточной дозы 25 мг. Если после подходящего испытания ответ недостаточен, дозировку можно увеличить до однократной суточной дозы 50 мг. Если требуется дополнительный контроль, дозировку Уролина можно увеличить до 100 мг один раз в день или можно добавить второй антигипертензивный препарат (терапия 2-го этапа). Дозировка выше 100 мг в день обычно не увеличивает эффективность. Увеличение уровня мочевой кислоты в сыворотке и уменьшение уровня калия в сыворотке зависят от дозы в диапазоне от 25 до 100 мг/день.

Поддерживающая доза: Поддерживающие дозы могут быть ниже начальных доз и должны быть скорректированы в соответствии с индивидуальной реакцией пациента. Эффективность хорошо сохраняется при постоянном использовании.

МЕДИЦИНА, ПЕДАГОГИКА И ТЕХНОЛОГИЯ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Researchbib Impact factor: 13.14/2024

SJIF 2024 = 5.444

Том 3, Выпуск 01, Январь

Отек Начальная доза: Взрослые, первоначально 50–100 мг в день или 100 мг через день. Некоторым пациентам может потребоваться 150–200 мг в эти интервалы или до 200 мг в день. Дозы выше этого уровня, однако, обычно не вызывают большего ответа.

Поддерживающая доза: Поддерживающие дозы часто могут быть ниже начальных доз и должны быть скорректированы в соответствии с индивидуальной реакцией пациента. Эффективность хорошо сохраняется при постоянном использовании.

КАК ПОСТАВЛЯЕТСЯ: Таблетки Уролина, USP доступны в дозировке 25 мг или 50 мг Уролина, USP.

Таблетки 25 мг — это зеленые, двояковыпуклые, круглые таблетки с гравировкой «010» на одной стороне и гладкие на другой стороне. Они доступны следующим образом:

НДЦ 51125-010-06

Флаконы по 100 таблеток

НДЦ 51125-010-09

Флаконы по 1000 таблеток

Таблетки 50 мг имеют зеленый цвет, форму капсулы, на одной стороне выдавлено «011», а на другой — линия разлома. Они доступны в следующих вариантах:

НДЦ 51125-011-06

Флаконы по 100 таблеток

НДЦ 51125-011-09

Флаконы по 1000 таблеток

Хранить при температуре от 20°C до 25°C (от 68° до 77° F).

Беречь от света.

Перелейте в герметичную, светонепроницаемую тару, как определено в Фармакопее США, с крышкой, защищенной от вскрытия детьми.

МЕДИЦИНА, ПЕДАГОГИКА И ТЕХНОЛОГИЯ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Researchbib Impact factor: 13.14/2024

SJIF 2024 = 5.444

Том 3, Выпуск 01, Январь

ЖИВОТНОЕ Фармакология: Биохимические исследования на животных предположили причины длительного действия Уролина. Абсорбция из желудочно-кишечного тракта происходит медленно из-за его низкой растворимости. После прохождения через печень часть препарата попадает в общий кровоток, а часть выводится с желчью, чтобы позже реабсорбироваться. В общем кровотоке он широко распределяется по тканям, но в самых высоких концентрациях поглощается почками, где его количество было обнаружено через 72 часа после приема внутрь, спустя долгое время после того, как он исчез из других тканей. Препарат выводится в неизменном виде с мочой.

Изготовлено для:

ООО «РиконФарма».

Денвилл, Нью-Джерси, 07834

Сделано в США

Использованная литература

1. ↑ Disease Ontology (англ.) — 2016.
2. ↑ Проверка слова на портале gramota.ru. Дата обращения: 27 июня 2022. Архивировано 28 сентября 2020 года.
3. ↑ Циммерман Я.С. Гастроэнтерология. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. — 816 с.
4. ↑ Клабуков И.Д., Красильникова О.А., Люндуп А.В., Дюжева Т.Г. Иммунологическая природа желчекаменной болезни (гипотеза) // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. — 2018. — № 6(154). — С. 134—142. — ISSN 1682-8658.
5. ↑ Проявления жёлчнокаменной болезни, Хирургия.ру, 2005. Дата обращения: 19 июля 2008. Архивировано 14 сентября 2008 года.
6. ↑ Литотрипсия. Дата обращения: 29 июня 2008. Архивировано 3 мая 2008 года.
7. ↑ Калинин А. В. Дисфункции сфинктера Одди и их лечение Архивная копия от 17 октября 2009 на Wayback Machine. РМЖ, 30 августа 2004.
8. ↑ Подолужный В.И. Осложнения желчекаменной болезни (рус.) // Фундаментальная и клиническая медицина. — 2017. — Т. 2, № 1. — С. 102—114. Архивировано 28 февраля 2020 года.
9. <https://ru.wikipedia.org/>
10. <https://pharmacyloreto.com/viverba-urolin-solution>

МЕДИЦИНА, ПЕДАГОГИКА И ТЕХНОЛОГИЯ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Researchbib Impact factor: 13.14/2024

SJIF 2024 = 5.444

Том 3, Выпуск 01, Январь

11. Dailymed. "ХЛОРТАЛИДОН ТАБЛЕТКА [RICONPHARMA LLC]". <https://dailymed.nlm.nih.gov/dailym...> (дата обращения 28 августа 2018 г.)
12. Dailymed. "АТЕНОЛОЛ; ХЛОРТАЛИДОН: DailyMed предоставляет достоверную информацию о продаваемых в США препаратах. DailyMed является официальным поставщиком информации о лекарственных препаратах FDA (вкладыши в упаковку)". <https://dailymed.nlm.nih.gov/dailym...> (дата обращения: 28 августа 2018 г.)
13. «хлорталидон». <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/co...> (дата обращения: 28 августа 2018 г.).