

В.Д.СТЕФАНЮК, І.В.СТАХІВ, І.В. ТИХОНЕНКО, Г.М. СТЕФАНЮК, В.М. ДИЦЬО

БІЛІАРНИЙ СЛАДЖ - ПЕРЕДСТАДІЯ ЖОВЧНОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ

В качестве скринингового обследования больных функциональной диспепсией может быть рекомендовано УЗИ органов брюшной полости с целью выявления билиарного сладжа, что свидетельствует о формировании предкаменной стадии желчнокаменной болезни. Хофитол, мотилиум, ентеросгель высокоэффективны в коррекции билиарного сладжа.

* * *

ВСТУП

За останні роки як у вітчизняних, так і іноземних публікаціях наголошується на рості поширеності патології біліарної системи, а саме жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ) (4, 8, 10).

ЖКХ відноситься до числа захворювань, які найчастіше зустрічаються. В останній час спостерігається ріст захворюваності серед осіб молодого віку з нормальним індексом маси тіла. У жінок ЖКХ зустрічається у два рази частіше, ніж у чоловіків, але з віком спостерігається тенденція до зменшення цього співвідношення. Від 6,0 до 29,0% випадків захворювання має безсимптомний перебіг і виявляється лише при аутопсії (5). У світі холецистектомія, по причині ЖКХ, займає друге місце після апендектомії, що пов'язують з тим, що ЖКХ тривало може перебігати безсимптомно і діагностуватися лише на стадії хронічного калькульозного холецистити, коли консервативна терапія практично неефективна (5).

При ЖКХ періоду каменеутворення передують фізико-хімічні зсуви, які ведуть до підвищення літогенності жовчі і до зниження скоротливої здатності жовчного міхура (7). При надлишку холестерину жовч не може підтримуватися в стабілізованому стані, а тому осаджується у вигляді кристалів моногідрату холестерину, створюючи основу для формування біліарного сладжу (БС). Відомо також, що розвиток БС є можливий лише за умови біліарної дисфункції за гіпокінетичним типом (7). Застій жовчі у жовчному міхурі пригнічує холерез. При цьому зменшується синтез лецитину, жовчних кислот і їх кон'югатів, що є причиною зростання літогенності жовчі. Гіпомоторний жовчний міхур не здатний видаляти всі частинки, які піддалися агломерації (4, 6). Існує позитивна кореляція між вираженістю гіпокінетичної дисфункції і індексом літогенності жовчі (2). Крім того моторно-тонічні розлади можуть бути причиною розвитку запальних і застійних явищ у біліарному тракті, спричинюючи формування БС (1, 7).

Доведено, що 60,0% пацієнтів, у яких було діагностовано БС, він поєднувався з патологією гастроодуоденальної зони, а саме у 25,0% - з пептичною виразкою дванадцятипалої кишки та у 25,2% - з хронічним гастритом (3, 7).

За класифікацією ЖКХ, затвердженій на 3 з'їзді гастроентерологів Росії, БС розглядається як передкам'яна стадія (3), а при адекватному консервативному лікуванні можлива повна елімінація БС з жовчного міхура, що дозволяє попередити прогресування захворювання і уникнути оперативного втручання.

На сьогодні виділяють такі патогенетичні підходи до медикаментозної корекції передкам'яної стадії ЖКХ (4): зменшення синтезу холестерину в гепатоциті; підвищення секреції холестерину з жовчю; відновлення скоротливої функції жовчного міхура; зменшення всмоктування холестерину в кишках (блокатори ліпаз, ентеросорбенти); відновлення кишкового транзиту.

Для медикаментозної корекції БС в нашому дослідженні використовувався хофітол, який володіє холеретичною, холекінетичною, гепатопротекторною та гіполіпідемічною діями. Він має вплив як мінімум на 3 ланки формування БС: зменшує синтез холестерину в гепатоцитах, підвищує екскрецію холестерину з жовчю, відновлює скоротливу функцію жовчного міхура. В якості другого препарату використовували сучасний універсальний прокінетик мотіліум, який є високоефективним при любых формах дискінезії жовчного міхура та жовчновивідних шляхів. В комплексне лікування було включено вітчизняний препарат "Ентеросгель", синтезований в інституті фізхімії АН України. Це кремнійорганічний гелевидний поліметилсилоксан з регульованою адсорбційною властивістю до токсичних метаболітів, жовчних кислот, які нагромаджуються в організмі. Він не пошкоджує слизової оболонки шлунково-кишкового каналу,

добре переноситься хворими, при його застосуванні не спостерігаються побічні реакції, не викликає змін кишкової мікрофлори. Таким чином, всі патогенетичні підходи до медикаментозної корекції передкам'яної стадії ЖКХ нами витримані.

В ході дослідження нами виявлялася частота БС у пацієнтів з функціональною диспепсією, які не мали скарг, характерних для патології жовчовивідних шляхів в анамнезі і на момент звернення, а також оцінювалася ефективність запропонованого комплексного лікування в корекції виявлених порушень.

Мета роботи: виявити частоту БС у хворих з функціональною диспепсією (ФД) та оцінити ефективність хофітолу, мотіліуму та ентеросгелю в корекції виявлених порушень.

Обстежено 50 хворих з ФД дискінетичного типу, чоловіків 56,0%, жінок 44,0%, середній вік 35,6+11,3 років. БС при УЗД виявлений у 20 хворих (11 чоловіків, 9 жінок), причому I типу у 15 та II типу у 5 хворих. Через 28 днів повна елімінація БС зареєстрована у 100,0% випадків.

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Критерії відбору для дослідження: відсутність типових скарг та анамнестичних даних про патологію біліарної системи в минулому і на момент обстеження, окрім хворих віком до 18 і більше 60 років та з важкими супутніми захворюваннями. Ефективність лікування оцінювали клінічно та інструментально.

На першому етапі оцінювали частоту і тип БС у пацієнтів з ФД, а на другому – хворі повторно оглядалися через 28 днів. При ультразвуковому дослідженні (УЗД) оцінювали наявність або відсутність, а також тип БС. При констатації БС в комплексну терапію включали хофітол по 400 мг 3 рази на день за 30 хв до їди, 1 місяць, мотіліум 10 мг 3 рази на день за 60 хв до їди 10 днів, ентеросгель по 1 дис. ложці 3 рази на день через 1,5 год після їди, 10 днів. Ефективність оцінювали на 28 день лікування.

Обстежено 50 хворих з ФД дискінетичного типу, чоловіків 56,0%, жінок 44,0%, середній вік 35,6+11,3 років. БС при УЗД виявлений у 20 хворих (11 чоловіків, 9 жінок), причому I типу у 15 (точкові, поодинокі або множинні гіперехогенні включення, без акустичної тіні, які зміщуються при зміні положення хворого) та II типу у 5 хворих (ехонеоднорідна жовч зі згустками, зміщується, контури розмиті, по задній стінці жовчного міхура, без акустичної тіні).

Всім хворим було проведено: езофагогастроуденофіброскопія, швидкий уреазний тест для визначення інфікованості *Helicobacter pylori*, ультразвукове обстеження органів черевної порожнини. В якості критерія порушення моторної функції жовчного міхура по гіпокінетичному типу розглядалося наявність БС в жовчному міхурі, який на підставі класифікації (7) поділявся на такі типи:

1 - точкові, поодинокі або множинні гіперехогенні включення, без акустичної тіні, які зміщуються при зміні положення хворого;

2 - ехонеоднорідна жовч зі згустками, зміщується, контури розмиті, по задній стінці жовчного міхура, без акустичної тіні;

3 - замаскоподібна ехонеоднорідна жовч зі згустками різної щільності, згустки зміщуються, не дають акустичної тіні, рідко з ефектом послаблення звуку за згустком.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

При ендоскопічному обстеженні патології з боку стравоходу, шлунка та дванадцятипалої кишки не виявлено. У всіх пацієнтів швидкий уреазний тест від'ємний. БС виявлений при УЗД у 20 (40,0%) хворих, майже з однаковою частотою як у жінок, так і у чоловіків, причому I типу у 15 (точкові, поодинокі або множинні гіперехогенні включення, без акустичної тіні, які зміщуються при зміні положення хворого) та II типу у 5 хворих (ехонеоднорідна жовч зі згустками, зміщується, контури розмиті, по задній стінці жовчного міхура, без акустичної тіні).

Отримані результати свідчать про те, що при ФД, не дивлячись на відсутність типових скарг і анамнестичних даних про патологію гепатобіліарної системи, більше ніж в третині випадків діагностувався БС у порожнині жовчного міхура як прояв гіпокінетичної дисфункції. Переважав (70,0%) I тип БС (суміш гіперехогенних частинок). Тому у пацієнтів хворих на ФД доцільно проводити ультразвукове обстеження з метою виявлення БС як пепредкам'яної стадії ЖКХ і своєчасно проводити превентивне лікування ЖКХ.

Через 28 днів повна елімінація БС зареєстрована у 100,0% випадків, що свідчить про нормалізацію скоротливої активності жовчного міхура.

В якості скрінінгового обстеження хворих на ФД може бути рекомендоване УЗД органів черевної порожнини з метою виявлення БС, що свідчить про формування передкам'яної стадії ЖКХ. Хофітол, мотіліум, ентеросгель високоефективні в корекції БС.

ВИСНОВКИ

1. В якості скрінінгового обстеження хворим на ФД рекомендується УЗД органів черевної порожнини з метою виявлення БС та його типу.
2. Хофітол, мотіліум, ентеросгель високоефективні в корекції БС.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Вахрушев Я.М., Муфаздалова И.В. Исследование функционального состояния гепатобилиарной системы в динамике лечения больных язвенной болезнью // Эксп. клин. Гастроэнтерол.-2005.-N2.- С. 44-48.
2. Гераськина Т.В. Хронический холецистит:клинико-биохимические, функциональные и иммуногистохимические аспекты камнеобразования: Дисс. ... канд.мед.наук.- Саратов, 1994.- 114 с.
3. Ильченко А.А. Желчнокаменная болезнь.-М.,2004.-200 с.
4. Ильченко А.А., Вихрова Т.В., Орлова Ю.Н., Сильвестрова С.Ю. Билиарный сладж: от патогенеза к лечению: Метод.рек.- М., 2004.- 32 с.
5. Ильченко А.А., Делюкина О.В. Клиническое значение билиарного сладжа //Consilium medicum (прил. "Гастроэнтерология").-2005.- N2.
6. Лейшнер У. Практическое руководство по заболеваниям желчных путей.- М.: Геотар-мед, 2001.- 264 с.
7. Мараховский Ю.Х. Профилактика и ранняя диагностика ЖКБ // Рос.журн. Гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.- 1997.- Т. 7, N1.- С. 62-72.
8. О कोरोков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов. Диагностика болезней органов пищеварения. Т. 1.- М.:Мед. Литература, 2002.- С. 548, 105.
9. Рациональная фармакотерапия заболеваний органов пищеварения: Руководство для практикующих врачей / Под общ. ред. В.Т.Ивашкина.- М.: Литтерра, 2003.-1046 с.
10. Hofmann A.F. Bile acid science (cholology) at the dawn of a new millennium: past progress and challenges for the future. Bile acids in hepatobiliary disease / Ed. by M.P. Mans et al.- 1998.- P. 262-270.
11. Johson L.R. (ed.). Gastrointestinal physiology.- New York: Plenum Press,1996.- 720 p.
12. Porte P.L., Lafont H. et al. Composition and immunofluorescence studies of biliary sludge in patients with cholesterol or mixed gallstones // J. Hepatol.-2000.-Vol. 33, N 3.- P. 352-360.

V.D. STEFANYUK, I.V. STACHIV, I.V. TYCHONENKO, G.M. STEFANYUK, V.M. DYС'О

BILIARY SLADGE AS PRELITHIATIC STAGE OF CHOLELITHYASE

In quality of screening inspection of the patients with functional dyspepsia it can be recommended ultrasonography investigation of organs of abdominal cavity with the purpose of revealing of biliary sladge, that testifies to formation of prelithyatic stage of cholelithyase. Chophytol, motilium and enterosgel are highly effective in correction of biliary sladge.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
кафедра реабілітації та нетрадиційної медицини;
Моршинська міська лікарня; Трускавецька міська лікарня

Дата поступлення: 10.08.2008 р.