

УДК 616.336-002-085:615.332.

ОСОБЛИВОСТІ ДИСКІНЕТИЧНИХ ПОРУШЕНЬ СФІНКТЕРНОГО АПАРАТУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ГЕПАТИТИ**Коцюбняк Л.А., Коваль В.Ю., Ганич Т.М.***Ужгородський національний університет, кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб, м. Ужгород***Ключові слова:** холецистит, дискінезія жовчовивідних шляхів, рослинний, хронічний гепатит

Вступ. Незважаючи на значну кількість досліджень в області патології печінки, які проводились останні роки, проблеми діагностики і лікування дискінезій жовчовивідних шляхів (ДЖВШ) при хронічному гепатиті залишаються складними для практичної медицини. За сучасними уявленнями дискінезії жовчовивідних шляхів, хронічний некам'яний холецистит і хронічний калькульозний холецистит розглядають як стадії одного патологічного процесу [1, 2, 4, 5], який, однак, може зупинитися на будь-якій із стадій. Ця патологія, як правило, проявляється вже з молодого віку і може бути стартовим полігоном для розвитку серйозних захворювань органів жовчовидільної системи та печінки, таких як жовчнокам'яна хвороба, холецистит, холангіт та гепатити. Біліарні дискінезії сприяють розвитку синдрому недостатності травлення та формуванню інших захворювань органів травлення, в т.ч. хронічних гепатитів. Окрім того, вторинні дискінетичні прояви при різних гепатобіліарних захворюваннях в основному формують клінічну картину цих захворювань у вигляді больового, дискінетичного та диспептичного синдромів.

Матеріали та методи. Вивчено стан жовчовидільної функції у хворих на хронічний медикаментозний гепатит (ХМГ) – 31 особа та хронічний гепатит у ліквідаторів наслідків аварії на ЧАЕС (ХГ ЛНА) – 25 осіб. При виділенні різних типів дискінезій жовчного міхура ми користувалися класифікацією І.І. Дегтярьової (2000) [3], в якій виділяють:

1) гіпотонічно-гіперкінетичну біліарну дискінезію (застійний жовчний міхур і спазм сфінктера Одді); 2) гіпотонічно-гіпскінетичну біліарну дискінезію; 3) гіпертонічно-гіперкінетичну біліарну дискінезію.

Результати дослідження та їх обговорення. При ізольованому спазмі сфінктера Одді у хворих на ХМГ у клінічній симптоматиці відмічено значне переважання диспептичного синдрому у вигляді гіркого присмаку у роті, “гіркої відрижки”, блювання жовчю після їжі майже у половині хворих; нудоти, сухості у роті у переважній більшості пацієнтів; кишкові розлади з переважанням схильності до закрепів – більш ніж у половині обстежених.

Таблиця 1

Показники фракційного дуоденального зондування у хворих на хронічні гепатити

| Показники | Контрольна група (n=35) | ХГ ЛНА (n=25) | ХМГ (n=31) |
|-------------------------------------|----------------------------|------------------|----------------|
| Час закритого сфінктеру Одді, (хв.) | 4,5±1,5 | 13,31±1,83 | 11,68±1,55 |
| P | $p_{1,2}<0,05$ | $p_{2,3}>0,05$ | $P_{1,3}<0,05$ |
| Час стікання порції А, (хв.) | 4,0±1,0 | 6,52±1,32 | 5,08±0,68 |
| P | $p_{1,2}>0,05$ | $p_{2,3}>0,05$ | $P_{1,3}>0,05$ |
| Об'єм порції А, (мл) | 4,0±1,0 | 12,61±2,43 | 19,40±5,31 |
| P | $p_{1,2}<0,05$ | $p_{2,3}>0,05$ | $P_{1,3}<0,05$ |
| Час стікання порції В, (хв.) | 24,14±2,61 | 24,52±2,97 | 27,8±3,10 |
| P | $p_{1,2}>0,05$ | $p_{2,3}>0,05$ | $P_{1,3}>0,05$ |
| Об'єм порції В, (мл) | 30,42±4,7 | 37,42±6,06 | 47,8±10,64 |
| P | $p_{1,2}>0,05$ | $p_{2,3}>0,05$ | $P_{1,3}>0,05$ |
| Час стікання порції С, (хв.) | 12,0±2,0 | 13,83±1,74 | 15,20±2,10 |
| P | $p_{1,2}>0,05$ | $p_{2,3}>0,05$ | $P_{1,3}>0,05$ |
| Об'єм порції С, (мл) | 12,0±2,0 | 18,33±3,44 | 25,20±5,85 |
| P | $p_{1,2}>0,05$ | $p_{2,3}>0,05$ | $P_{1,3}<0,05$ |

Динаміка біохімічних параметрів жовчі у хворих на ХГ з гіпокінетично-гіпотонічною дискінезією жовчного міхура

| Показник | Практично здорові n=20 | I підгрупа (корінь кульбаби) n=36 | | II підгрупа ("Данделіон") n=16 | | III підгрупа (контрольна) n=22 | |
|--|---------------------------|--------------------------------------|-----------------|-----------------------------------|-----------------|-----------------------------------|-----------------|
| | | До лікування | Після лікування | До лікування | Після лікування | До лікування | Після лікування |
| Концентрація жовчних кислот, г/л | 19,92 | 24,45 | 18,71 | 26,12 | 19,06 | 23,61 | 21,46 |
| Концентрація холестерину, г/л | 2,12 | 3,97 | 2,01 | 4,36 | 2,83 | 3,94 | 3,46 |
| Концентрація білірубіну, мкмоль/л | 620,31 | 884,61 | 615,48 | 822,85 | 709,97 | 743,29 | 717,55 |
| Холато-холестериновий коефіцієнт, абс. | 9,39 | 6,15 | 9,31 | 5,99 | 6,71 | 6,01 | 7,50 |

Таким чином, проведення п'ятимоментного дуоденального зондування показало, що у хворих на хронічний гепатит у ЛНА та медикаментозний гепатит частіше спостерігається гіпертонія сфінктера Одді в поєднанні з гіпокінетичною дискінезією протоків, яка більше виражена у хворих на хронічний медикаментозний гепатит.

Аналіз даних біохімічного дослідження жовчі (табл. 2 і 3) показав, що у хворих на хронічні гепатити спостерігаються зміни при дискінетичних порушеннях, а саме зниження концентрації білірубіну, холестерину та жовчних кислот при гіпертонічній дискінезії та підвищення їх при гіпокінетичній.

В даний час застосовуються високоефективні препарати рослинного походження, які покращують метаболічні процеси в гепатоцитах при дифузних захворюваннях печінки різної етіології. По механізму дії їх відносять до гепатопротекторів-антиоксидантів. Включені нами до базисної терапії жовчогінні препарати рослинного походження усували порушення сфінктерного апарату у хворих на хронічні гепатити, а саме мали стимулюючий вплив на евакуацію жовчі, зменшення або зникнення порушень тону стінки жовчного міхура та зняття спазму сфінктера Одді.

Таблиця 3

Динаміка біохімічних параметрів жовчі у хворих на ХГ з змішаною дискінезією

| Показник | Практично здорові n=20 | I підгрупа (корінь кульбаби+спіруліна) n=24 | | II підгрупа (корінь кульбаби+спіруліна+нагідки) n=38 | | III підгрупа (контрольна) n=22 | |
|--|---------------------------|--|-----------------|---|-----------------|-----------------------------------|-----------------|
| | | До лікування | Після лікування | До лікування | Після лікування | До лікування | Після лікування |
| Концентрація жовчних кислот, г/л | 19,92 | 22,58 | 20,84 | 24,37 | 19,32 | 22,39 | 21,87 |
| Концентрація холестерину, г/л | 2,12 | 4,72 | 3,22 | 5,02 | 2,16 | 4,48 | 3,6 |
| Концентрація білірубіну, мкмоль/л | 620,31 | 925,24 | 736,37 | 873,93 | 638,55 | 869,83 | 823,19 |
| Холато-холестериновий коефіцієнт, абс. | 9,39 | 4,78 | 6,47 | 4,85 | 8,94 | 5,01 | 5,98 |

Аналіз даних фракційного дуоденального зондування у 56 хворих показав (табл. 1), що час закритого сфінктеру Одді суттєво ($p < 0,05$) збільшений у хворих на хронічний гепатит у ЛНА та медикаментозний гепатит порівняно з

показниками здорових людей. Між середньостатистичними показниками часу стікання порції А, В та С у хворих на ХГ ЛНА та на ХМГ порівняно з контролем не виявлено. Спостерігається суттєве ($p < 0,05$) збільшення в 3

рази у хворих на ХГ ЛНА та в 4,9 раз у хворих на ХМГ об'єму холедоходуоденальної порції порівняно з нормою. Час стікання та об'єм міхурової порції жовчі у хворих даних груп знаходиться в межах норми. У хворих на хронічний медикаментозний гепатит виявлено збільшення в 2 рази ($p < 0,05$) об'єму печінкової порції жовчі, показники об'єму порції "С" у хворих на хронічний гепатит у ЛНА несуттєво ($p > 0,05$) збільшені в 1,5 рази порівняно з показниками здорових людей. Час стікання печінкової порції жовчі у даних груп хворих знаходиться в нормі. Між показниками об'єму печінкової жовчі у хворих на ХГ ЛНА та ХМГ вірогідних відмінностей не відмічено.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бурков С.Г., Гребень А.Л. Факторы риска развития желчнокаменной болезни. Статистические данные // Клиническая медицина.- 1994. – №3. – С. 59-62.
2. Галкин В.А. Современные методы своевременной диагностики и лечения хронического некалькулезного холецистита // Терапевтический архив. – 1992. – №1. – С. 131-135.
3. Дегтярева И.И. Заболевания органов пищеварения. –К.: Демос, 1999. – 312с.
4. Таджиев И.Я. Современные концепции патогенеза холелитиаза // Клиническая медицина. – 1991. – №4. – С. 110-113.
5. Capron J. P. Les causes de la bithiase biliare // Rev. Prat (Paris). – 1990. – Vol. 40. – #1. – h. 45-48.

SUMMARY

THE PARTICULARIS OF DISKINETIC DISODERS OF SPRINCTERS IN PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS

Kothcubnjak L. A., Koval V. Y, Hanich T. M.

The article deals with sphincter disorders of patients with chronic hepatitis and secondary dyskinetic imbalance by them. 56 patients including liquidators of accident consequences were investigated. It was detected, that herbal preparations made better regulation of choleresis and cholesecretion as well as remove the sphincter Oddi's spasm, stimulate detoxicant and xenobiotic function fo hepatocytes.

Key words: cholecystitis, bile duct dyskinesia, herbal, chronic hepatitis

Висновки. Таким чином, на основі проведених досліджень встановлено, що у хворих на хронічні гепатити медикаментозного та радіаційного походження в поєднанні з різними типами дискінетичних порушень препарати рослинного походження забезпечують швидке досягнення клінічної ремісії захворювань, регулюють відтік жовчі за рахунок холереза, холесекреції та зняття спазму сфінктера Одді. Вони стимулюють детоксичну та ксенобіотичну функцію гепатоциту, встановлюють колоїдну рівновагу та біохімічні показники жовчі.

Препарати рослинного походження можуть бути препаратами вибору для підтримуючої терапії на амбулаторному етапі у сімейного лікаря.