

## **СИНДРОМ ЖОВЧНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ - ПОГЛЯД ТЕРАПЕВТА**

**Анохіна Г.А., Попух І.Я., Харченко В.В.**

*Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика, м.Київ*

---

Хронічні захворювання жовчовивідних шляхів відносяться до поширених захворювань органів травлення і становлять значний відсоток хворих, які знаходяться на обліку у терапевта. Рання діагностика та адекватні профілактичні міроприєма при початкових формах захворювання - дискинезіях жовчного міхура, хронічному некам'яному холециститі мають велике значення для профілактики жовчокам'яної хвороби, частота якої значно зросла в останні роки на Україні. Серед причин жовчокам'яної хвороби, крім обмінних порушень, важливе місце займають порушення холесекреторної функції печінки та жовчозастійний синдром, розвиток якого зумовлений зниженням моторно-евакуаторної функції жовчного міхура та

дисфункцією сфінктерного апарату жовчовивідних шляхів. Функціональний стан жовчних протоків та їх сфінктерів мають першорядне значення для хворих з видаленим жовчним міхуром, так як їх порушення призводять до виникнення постхолецистектомічного синдрому. Затримка жовчі в позапечінкових жовчних протоках супроводжується підвищенням тиску в них і веде до виникнення жовчної гіпертензії [1, 2, 3]. Синдром жовчної гіпертензії може бути зумовлений багатьма факторами, серед яких значне місце посідає холедохолітаз, стенозуючий папіліт, які вимагають хірургічного втручання. Спостереження за хворими з хронічними захворюваннями гепатобіліарної системи показали, що синдром жовчної гіпертензії є досить

поширеним, особливо у хворих з постхолецистектомічними синдромами (ПХЕС) і на початкових стадіях його розвитку становить значну терапевтичну проблему.

Нами обстежено 63 хворих з ПХЕС, який у 17 випадках був зумовлений хронічним панкреатитом, у 13 хворих - хронічним гепатитом, у 23 хворих синдромом подразненого кишечника з проявами функціональної, так званої холонгенної діареї. Крім загальноклінічних, лабораторних та біохімічних обстежень хворим проводились визначення функціональних біохімічних проб печінки, ультразвукове дослідження органів черевної порожнини, мікроскопічне та біохімічне дослідження печінкової та холедохової жовчі. Синдром жовчної гіпертензії діагностувався за допомогою непрямих ознак. При цьому визначався діаметр холедоха по даним ультразвукового дослідження, час розкриття великого дуоденального сосочка (ВДС) при ендоскопічному введенні подразника, об'єму та швидкості витікання холедохової жовчі при проведенні дуоденального зондування, мікроскопічне та біохімічне дослідження порцій жовчі. Результати проведених досліджень показали, що у 67,9% хворих, в основному хронічним панкреатитом та гепатитом, виявлені зміни жовчних шляхів та холесекреторної функції печінки, які можна було трактувати як прояви синдрому жовчної гіпертензії. Для цих хворих було характерним: збільшення діаметру холедоха до  $9,8 \pm 0,6$  см, часу закритого ВДС до  $6,4 \pm 0,3$  хвилини, значно збільшився об'єм холедохової жовчі. Так, якщо у здорових об'єм холедохової жовчі складав  $8,3 \pm 1,2$  мл, у хворих з гіпотонією ВДС -  $7,2 \pm 0,6$  мл, у хворих з гіпертонією ВДС -  $21,0 \pm 2,4$  мл. При мікроскопічному дослідженні порцій жовчі у хворих з гіпертонією ВДС виявлено велику кількість білірубінату кальцію, кристаликів холестерину, злущеного епітелію, лейкоцитів, що свідчило про порушення колоїдної стабільності жовчі. При біохімічному дослідженні жовчі у даних хворих виявлено зниження вмісту жовчних кислот при нормальній концентрації холестерину, що вело до зниження показників холато-холестеринового коефіцієнту (ХХ коефіцієнт). Так, якщо ХХ коефіцієнт у хворих з гіпотонією ВДС складав  $12,5 \pm 0,8$ , то у

хворих з гіпертонією ВДС -  $7,6 \pm 0,6$ . Результати отриманих досліджень вказували на те, що порушення жовчовиділення у хворих ПХЕС, зумовлені гіпертонією ВДС і на початкових стадіях її можна розглядати як компенсаторну реакцію з боку жовчовивідних шляхів, що дозволяє в певній мірі затримувати жовч в холедохи і тим самим забезпечити процеси травлення. Проте тривала затримка жовчі в позапечінкових протокахі розвитку жовчної гіпертензії може виходити за рамки компенсаторних адаптаційних механізмів перетворюватись у фактор, що сприяє розвитку хронічного гепатиту, панкреатиту, холангіту, холелітіазу. З метою зменшення жовчної гіпертензії хворим призначали слідуєчий лікувальний комплекс, який включав застосування спазмолітиків, в основному букоспану або діцетелу по 1 таблетці 2 рази на день на протязі 5-6 днів, в послідуєчому призначали мотіліум з метою нормалізації моторики верхніх відділів травного каналу, порушення яких надзвичайно поширені у хворих з ПХЕС. Відомо також, що між моторикою жовчних шляхів, шлунка та дванадцятипалої кишки існує тісний взаємозв'язок і нормалізація евакуації вмісту із шлунка часто знімає такі клінічні прояви патології жовчовивідних шляхів як гіркота в роті, нудота та ін. Мотіліум призначали в дозі по 1 таблетці 2-3 рази на день за 15 хвилин до їди на протязі 3-4 тижнів. З метою нормалізації жовчовиділення, біохімічного складу жовчі призначали урсофальк в дозі по 500-750 мг на добу на протязі 3-4 тижнів. Повторне обстеження виявило позитивний вплив вказаної терапії на клінічні прояви захворювання, при цьому також виявлено зменшення діаметру холедоха і зниження літогенних властивостей жовчі. Вказана терапія не була достатньо ефективною у 3 хворих, яким в послідуєчому була рекомендована сфінктеротомія. Таким чином, в результаті проведених досліджень можна зробити висновок про те, що у більшості випадків своєчасна діагностика синдрому жовчної гіпертензії та проведення адекватної терапії дозволяє уникнути прогресування захворювання, досягти нормалізації жовчовиділення та запобігти розвитку ускладнень з боку органів гепатохоледо-хопанкреатогенної зони.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Гальперин Е.И. Постхолецистэктомический синдром. М.: Медицина.- 1986.- 234 с.
2. Родионов В.В., Филимонов М.И., Могучев В.М. Калькулезный холецистит. М.: Медицина-313 с.
3. Руководство по гастроэнтерологии / Под ред. Ф.И. Комарова.- М.: Медицина.- т. П.- 543 с.

## РЕЗЮМЕ

### СИНДРОМ ЖЕЛЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ – ВЗГЛЯД ТЕРАПЕВТА

*Анохина Г.А., Лопух И.Я., Харченко В.В.*

Обследованы 63 больных с постхолецистэктомическим синдромом, который в 17 случаях был обусловлен хроническим панкреатитом, у 13 больных – хроническим гепатитом, у 23 больных – синдромом раздраженного кишечника с проявлениями функциональной холонгенной диареи. Сделан вывод о том, что в большинстве случаев своевременная диагностика синдрома желчной гипертензии и проведение адекватной терапии позволяют избежать прогрессирования заболевания, достичь нормализации желчевыделения и предотвратить развитие осложнений.

## SUMMARY

### SYNDROME OF A BILIOUS HYPERTENTION – OPINION OF A THERAPEUTIST

*G.A. Anohina, I.Ya. Lopuh, V.V. Harchenko*

63 patients with a postcholecystectomy syndrome have been examined, which was caused: in 17 cases by chronic pancreatitis, in 13 - by chronic hepatitis, in 26 - by a syndrome of an irritated intestines with the manifestation of a functional cholagenic diareia. The conclusion is that in a majority of cases the timely diagnostics of a jaundice hypertension and adequate therapy allow to avoid the disease's progress and complications.