

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К КОРРЕКЦИИ РАССТРОЙСТВ, ВОЗНИКАЮЩИХ У БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Дейнеко Н.Ф., Мирзоева Л.А., Чернобай А.И., Шаргород И.И., Акинде Б.

Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков

Постхолецистэктомический синдром (ПХЭС), несмотря на спорное и неоднозначное отношение к самому термину со стороны хирургов и терапевтов, по сути своей является реальной и далеко нерешенной клинической проблемой, хотя и не отражает сущности происходящих патологических процессов у больных после холецистэктомии.

Неуклонное возрастание числа больных с патологией желчного пузыря и желчевыводящей системы, «омоложение» желчнокаменной болезни и увеличение коли-

чества производимых оперативных вмешательств по этому поводу, в том числе и альтернативной лапароскопической холецистэктомии – диктует необходимость своевременной и адекватной реабилитации данного контингента больных.

Необходимость коррекции возникающих изменений со стороны гепатодуоденопанкреатической системы обусловлена еще и тем, что удаление желчного пузыря по поводу калькулезного холецистита далеко не во всех случаях избавляет больных от сохраняющихся обмен-

ных нарушений, в частности, - от печеночно-клеточной дисхолии, от нарушения пассажа желчи, дискинезии сфинктера Одди, функционального дуоденостаза и других патологических нарушений в системе пищеварения.

Развивающийся после оперативного вмешательства ПХЭС, патогенез которого сложен, а клинические проявления весьма разнообразны, не всегда позволяет достигнуть состояния стойкой ремиссии, что затрудняет реабилитацию данной категории больных.

Целью настоящего исследования явилась оптимизация лечения оперированных больных с учетом выявления основных причин, формирующих клинический симптомокомплекс – «постхолецистэктомический синдром».

Наблюдение проводилось над 48 больными, перенесшими лапароскопическую холецистэктомию по поводу ЖКБ, хронического калькулезного холецистита и имеющими через год после операции жалобы на боли и диспепсические явления, что требовало индивидуально-го подхода к лечению. Комплекс клинико-лабораторных и инструментальных исследований, кроме рутинных, включал оценку биохимических показателей желчи (холестерина, билирубина, общих желчных кислот и их спектра, фосфолипидов, С-реактивного белка, муцина и иммуноглобулинов желчи; рассчитывался холато-холестериновый коэффициент (ХХК), проводилось бактериологическое и микроскопическое исследование желчи), изучался микробиоценоз кишечного содержимого. Всем больным проводилась ФГДС, рентгеноскопия желудочно-кишечного тракта с определением пассажа контрастной массы по двенадцатиперстной кишке, УЗИ органов брюшной полости и ректороманоскопия.

Указанные обследования позволили установить, что клинические проявления у 23 человек были обусловлены дискинетическими расстройствами билиарной системы и нарушениями пассажа желчи по двенадцатиперстной кишке. Доминирующими в клинической картине диспепсические явления (вздутия живота, урчание кишечника, послабления стула) у остальных 25 больных были связаны с изменениями кишечной микрофлоры – субкомпенсированным дисбактериозом II и III степени.

В то же время изучение печеночной желчи, полученной при дуоденальном зондировании, позволило установить, что изменения спектра желчных кислот у обеих групп больных были однотипными: снижено содержание общих желчных кислот по сравнению с нормой в 1,8 раза, что свидетельствует о сохраняющейся после холецистэктомии гипохолатохолии, изменение спектра желчных кислот характеризовалось угнетением синтеза первичных желчных кислот с таурином – в 2,4 раза по сравнению с контролем, особенно это касалось холевой кислоты - количество конъюгатов ее в желчи снижалось по сравнению с нормой почти в 3 раза. Соотношение глико/таурокопьюгаты также было сниженным в 1,8 раза

($P < 0,001$). Вместе с тем у всех больных установлено достоверное ($P < 0,05$) повышение содержания в желчи холестерина, особенно это касалось 9 женщин, страдающих ожирением (уровень холестерина у них превышал контрольные цифры в 2,5 раза). У 15 человек из общего количества обследованных больных отмечалось снижение фосфолипидов в желчи, констатировано повышение С-реактивного белка и сиаловых кислот.

Таким образом, несмотря на клинические различия в проявлении ПХЭС – у больных 1 группы преобладал преимущественно болевой, а у больных 2 группы – диспепсический синдромы, тем не менее общим для них явились однотипные изменения в желчи, которые обозначаются как «дисхолические» и «недостаточность желчи». Эти обстоятельства явились основанием использовать «базисный» препарат, который обладает способностью нормализовать состав желчи, регулировать ее выработку и отток, благодаря возможности снимать спазм сфинктера Одди. Таким средством является комбинированный препарат гепабене, где оптимально сочетаются гепатопротекторные действия экстракта расторопши пятнистой и нормализующей секрецию желчи и моторику желчевыводящих путей – дымянки аптечной (фирмы «Меркле»).

Для оптимизации лечения больных, страдающих ПХЭС, мы поступили следующим образом: 1 группу больных, где установлены дискинетические расстройства, мы разделили на 2 подгруппы: группа 1а из 10 человек, получала только гепабене в дозе 1 капсула 3 раза в день после еды на протяжении 3 недель и группа 1б из 13 человек, которые получали гепабене в той же дозировке в сочетании с мотилиумом по 10 мг 3 раза в день за 20 минут до еды. 2-ая группа больных с установленным дисбактериозом кишечника также была представлена группой 2а из 12 человек, получавших только гепабене, и группой 2б из 13 больных, которые в комплексе с гепабене получали бификол по 5 доз 2 раза в день за 30 минут до еды на протяжении 3 недель.

Оказалось, что положительная клиническая динамика отмечалась практически у всех 48 больных, находившихся под нашим наблюдением, однако у больных 1б группы исчезновение тяжести и распирающих болей в правом подреберье, горечи во рту произошло к 10 дню у 80% больных, а принимавших только гепабене – у 52% больных. Аналогичным образом, т.е. гораздо раньше, чем у больных 2а группы, исчезли метеоризм и урчание в животе у пациентов, которые использовали помимо гепабене бификол – положительный эффект достигнут у 92% больных к концу 2 недели приема препаратов. Что же касается химизма желчи, то у больных всех групп, в лечении которых использовали гепабене, в печеночной порции желчи произошло снижение содержания общего холестерина ($P < 0,001$), уровень суммарных желчных кислот повысился с 48,8% до 76,6% при назначении гепабене и до 78,8% - при назначении гепабене в сочетании с бификолом. Прием мотилиума дополнительного влияния на уровень желчных кислот в желчи не оказывал. Отмечали у больных снижение и ликвидацию активности показателей воспалительного процесса в желчи: снижалась концентрация сиаловых кислот, исчезал С-реактивный белок, снижалось содержание муцина (у 72% больных от общего числа обследованных). Наиболее значимыми из изученных показателей на фоне проводимой терапии оказались изменения показателей холатообразующей функции желчи: возрос пул желчных кислот за счет гликокопьюгатов, достоверно ($P < 0,005$) возросло содержание парных желчных кислот ($P < 0,005$) и снизился уровень свободных желчных кислот. Таким образом, проведенные клинические исследования показали, что у больных ЖКБ, перенесших холецистэктомию, выявляются нарушения холатообразовательной функции печени, про-

являющиеся угнетением конъюгации свободных желчных кислот, нефизиологическим перенасыщением печеночной порции желчи холестерином, которые следует рассматривать как проявления печеночно-клеточной дисхолии. Доказано, что гепабене обеспечивает восстановление холатообразовательной функции печени, устраняет дисхолию, восстанавливает дренажную функцию желчевыводящих путей, а также способствует нормализации состава кишечной флоры. Однако этот эффект достигается существенно быстрее и надежнее

при назначении гепабене в комплексной терапии с прокинетическими средствами и пробиотиками с учетом имеющихся функциональных изменений билиарной системы и дисбактериоза кишечника.

Вышеизложенное дает основание рекомендовать гепабене как средство патогенетической терапии у больных ПХЭС, сопровождающимся выраженной дисхолией в сочетании с дисбактериозом кишечника и в качестве монотерапии и в комплексной терапии с прокинетиками и пробиотиками.

РЕЗЮМЕ

ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИЙ ПІДХІД ДО КОРЕКЦІЇ РОЗЛАДІВ, ЩО ВИНΙΚАЮТЬ У ХВОРИХ НА ЖОВЧОКАМІННУ ХВОРОБУ ПІСЛЯ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ

Дейнеко Н.Ф., Мірзоєва Л.А., Чернобай А.І., Шаргород І.І., Акінде Б.

Метою даного дослідження стала оптимізація лікування оперованих хворих з урахуванням виявлення основних причин, що формують клінічний симптомокомплекс – "постхолецистектомічний синдром". Спостереження проводили за 48 хворих, що перенесли лапароскопічну холецистектомію з приводу жовчнокамінної хвороби, хронічного калькульозного холециститу.

SUMMARY

DIFFERENTIATED APPROACH TO CORRECTION OF DISORDERS IN PATIENTS WITH GALLSTONE DISEASE AFTER CHOLECYSTECTOMY

N.F. Deineko, L.A. Mirzoyeva, A.I. Chernobai, I.I. Shargorod, B. Akinde

The aim of the investigation was the optimization of treatment of operated patients with the account of revelation of the main causes that form clinical symptomocomplex "postcholecystectomic syndrome". 48 patients had been observed.