

ОЦЕНКА КЛИНИКО - БИОХИМИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ РАЗВИТИЯ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Абдурахмонова Хадичабону Якуб кизи

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ассистент

Аннотация В данной статье рассматриваются клиничко-биохимические особенности развития дискинезии желчевыводящих путей (ДЖВП) у пациентов, перенесших холецистэктомию. Проведен анализ изменений в клинической картине и биохимических показателях, таких как уровень билирубина, щелочной фосфатазы, амилазы и трансаминаз, у больных в послеоперационном периоде. Особое внимание уделено оценке типа дискинезии (гипер- или гипомоторной формы), а также связи между биохимическими нарушениями и клиническими проявлениями. Выявленные особенности позволяют улучшить диагностику и коррекцию функциональных расстройств желчевыводящих путей у данной категории пациентов.

Ключевые слова: дискинезия желчевыводящих путей, холецистэктомия, билирубин, биохимия, клинические проявления, гипомоторная форма, гипермоторная форма, желчевыделение, функциональные расстройства.

Важность проблемы нарушений моторики желчевыводящих путей (дискинезии) обусловлена их широким распространением и той ролью, которую они играют в развитии многих заболеваний печени и билиарного тракта как у детей, так и у взрослых. Более того, клинические проявления ряда заболеваний желчевыводящей системы определяются в первую очередь именно характером дискинезии. Нарушения моторики желчевыводящих путей могут быть функциональными и связанными с органическими причинами.

Основными причинами дискинезий желчевыводящих путей являются: 1) вегетативная дисфункция (наиболее частая причина функциональных холепатий); 2) патология желчного пузыря (дискинезия на фоне органических нарушений); 3) патология других органов пищеварения (в связи с нарушениями нервной и/или гуморальной регуляции). Нарушения моторики билиарного тракта разделяют на дисфункцию (дискинезию) желчного пузыря (гипо- и гиперкинетическую или гипо- и гипермоторную) и дисфункцию (дистонию) сфинктера Одди (гипо- и гипертоническую). Основными симптомами нарушений моторики желчевыводящих путей являются боли в животе (в области правого подреберья и в эпигастральной области, тупые или острые; после еды или после нагрузки с типичной иррадиацией вверх, в правое плечо), тошнота, рвота, горечь во рту, признаки холестаза, увеличение печени, а также болезненность при пальпации в области проекции желчного пузыря и пузырьные симптомы. Характер болей в определенной степени зависит от формы

дискинезии. Тупые боли после еды более характерны для гипокинетических и гипотонических нарушений, тогда как сильные боли после нагрузки (физической или эмоциональной) указывают на гиперкинетические и гипертонические нарушения.

Тошнота наблюдается относительно часто, но развитие рвоты указывает на тяжесть процесса. Горечь во рту является отражением нарушения моторики верхних отделов пищеварительного тракта в целом. Наконец, признаки холестаза могут отсутствовать или быть выражены в различной степени, что определяется характером основного патологического процесса. При осмотре больного врач обращает внимание на так называемые «пузырные» симптомы, выявляемые при пальпации. Основными из них являются болезненность в точке проекции желчного пузыря, симптом Кера, симптом Мерфи, симптом Ортнера (Грекова), симптом Мюсси (Георгиевского, френикус-симптом). Всего же описано несколько десятков пузырных симптомов. Дополнительные методы исследования позволяют оценить моторику желчевыводящих путей и определить характер дискинезии. К ним относятся: — дуоденальное зондирование; — рентгенологические методы (пероральная и внутривенная холецистографии); — ультразвуковые методы; — гепатобилиарная сцинтиграфия. Дуоденальное зондирование позволяет оценить моторику желчевыводящих путей, цитологический и биохимический состав желчи, провести микробиологическое ее исследование. В то же время дуоденальное зондирование — длительное и плохо переносимое ребенком исследование. При этом эффекта раскрытия сфинктера Одди при использовании сульфата магния удается добиться примерно в 70% случаев.

Противопоказаниями к дуоденальному зондированию являются острый холецистит, холангит, обострение хронического холецистита, холангита, варикозное расширение вен пищевода, стенозы пищевода, склонность к бронхоспазмам, сердечная недостаточность. Приведенные выше обстоятельства ограничивают сферу применения данного метода, несмотря на уникальную информацию (недоступную другими методами исследования), которую можно получить при грамотном его проведении. Наиболее широко в настоящее время для диагностики холепатий применяют ультразвуковое исследование. Чаще всего для оценки моторики желчного пузыря проводят функциональные тесты, назначая желчегонный стимулятор и оценивая изменения размеров желчного пузыря, которые определяют до и после стимуляции (по данным ультразвукового исследования или, реже, пероральной холецистографии).

В качестве стимулятора используются яичные желтки, ксилит, сорбит, лекарственные препараты. В норме поперечник желчного пузыря и его объем через 45 мин должны сократиться примерно на 50%. Более интенсивное сокращение говорит о его гипермоторике (гиперкинезии), а слабое — о гипомоторике (гипокинезии). Метод не дает прямого ответа на вопрос о тоне сфинктеров. Можно предположить, что появление боли на фоне стимуляции сокращения желчного пузыря

является косвенным признаком гипертонии сфинктерного аппарата. Аналогичные результаты можно получить, используя рентгенологические методы исследования (холецистография), однако необходимость лучевой нагрузки на ребенка, как и введения контрастного вещества, несколько ограничивают область их применения. Гепатобилиарная сцинтиграфия (радиоизотопное исследование печени) проводится в первую очередь с целью оценки функции гепатоцита, но одновременно позволяет изучить моторную функцию желчевыводящих путей. Метод не является повседневным в силу сложности, необходимости специального оборудования, дороговизны. Кроме того, он не позволяет оценить другие характеристики желчевыводящей системы (форму и размеры протоков, желчного пузыря и др.). Как следует из определения причин, нарушения моторики желчевыводящих путей всегда носят вторичный характер. О «первичных» дискинезиях можно говорить лишь с определенной долей условности. В случае органических причин дискинезии и дистонии обусловлены поражением самих желчевыводящих путей, а при функциональных холепатиях – нарушением регуляции со стороны нервной системы.

В связи с этим коррекцию моторики желчевыводящих путей начинают с поиска причины и ее устранения — лечения основного заболевания желчевыводящих путей, коррекции вегетативного статуса Диета. При любых формах дискинезий показа но многократное (5—6 раз) питание в течение дня, а также исключение жареных блюд, шоколада, какао, кофе, крепких бульонов, копченостей, газированных напитков. При гипертонической и гиперкинетической формах рекомендуется дробное (4—5 раз) питание с ограничением продуктов, вызывающих сокращение пузыря: жирные мясо, рыба и птица, растительное масло, изделия из жирного теста, пряности, грибы, бульоны, лук, чеснок, щавель, редька, маринады, копчености, газированные напитки. Также следует исключить продукты, вызывающие газообразование: ржаной хлеб, горох, бобы. Не рекомендуются любые холодные блюда. При гипотонической и гипокINETической формах в диету должны быть включены фрукты, овощи, растительное и сливочное масло, сливки, сметана, яйца. Желчегонные средства делятся на холеретики и холекинетики. Холеретики увеличивают концентрацию желчных кислот в желчи. К этой группе относятся препараты, содержащие компоненты бычьей желчи (фестал, аллохол, холензим, лиобил и др.) и/или растительные стеролы, входящие в состав желчегонных трав, увеличивающие концентрацию органических анионов. Противопоказаниями к назначению холеретиков, в первую очередь содержащих компоненты желчи, являются гепатиты, циррозы печени, язвенная болезнь, эрозии слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта, панкреатит, диарейный синдром. Эти же препараты в связи с их раздражающим действием на слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта у детей с гастроэнтерологической патологией следует применять ограниченно. Холекинетики стимулируют сократительную функцию желчного пузыря и снижают

давление в билиарной системе (сернокислая магнезия, многоатомные спирты, растительные препараты — фламин, берберин и др.)

Многие лекарственные растения дают холеретический и холекинетический эффекты, как правило, с преобладанием одного из них. Высокоэффективным холекинетическим средством остаются тюбажи с различными стимуляторами. Часто применяется тюбаж с минеральной водой. Утром натощак больной выпивает 100—150 мл теплой минеральной воды без газов (Боржоми, Ессентуки N4 и т.п.), после чего ложится на правый бок, под который подкладывает теплую грелку, и лежит в течение 45—120 мин. В минеральную воду могут добавляться дополнительные компоненты (сорбит, сульфат магния, соль Барбара и др.) Вместо минеральной воды могут использоваться соли, обладающие желчегонным свойством, или мед. Конкретный стимулирующий состав подбирает врач, исходя из особенностей больного. Курс обычно состоит из 10 процедур, которые проводятся 1 раз в 3 дня.

Важным компонентом лечения являются холеспазмолитики (мебеверин, дротаверин, гимекромон и др.). Особое место среди миотропных спазмолитиков занимает мебеверин (дюспаталин), обладающий двойным механизмом действия, препятствующим развитию гипотонии как побочного эффекта спазмолитической терапии. Особенностью дюспаталина является его форма выпуска, обеспечивающая пролонгированный эффект. Дюспаталин назначают внутрь за 20 мин до еды по 1 капсуле 2 раза в день (утром и вечером). Многолетний опыт применения мебеверина показал не только эффективность препарата, но и его безопасность. Важной особенностью препарата является отсутствие антихолинергических эффектов, что значительно расширяет область его применения.

Нейротропные средства назначаются с учетом характера дискинезии и вегетативной дисфункции. В соответствии с этим рекомендуют тонизирующие (женьшень, кофеин и т.п.) или седативные (бромиды, настой валерианы, настой пустырника и др.) препараты. При наличии такой возможности выбор лекарственного средства желательно обсудить с невропатологом. Физиотерапия при гиперкинетических и гипертонических нарушениях может включать электрофорез новокаина, парафиновые аппликации, общие радоновые или хвойные ванны, а при гипокинетических и гипотонических — электрофорез сульфата магния, фарадизацию, гальванизацию, диадинамические токи Бернара.

Минеральные воды с высокой минерализацией, значительным содержанием газа, сульфатов, хлоридов (Ессентуки № 17, Арзни и др.) комнатной температуры или слегка подогретые за 30—60 мин до еды стимулируют моторику желчевыводящих путей, в то время как слабоминерализованные воды (Славяновская, Смирновская, Ессентуки N4, N20, Нарзан и др.) в подогретом виде оказывают спазмолитическое и тормозящее действие. В качестве дополнительных средств при внепеченочном холестазе могут быть назначены гепатопротекторы, обеспечивающие защиту клеток печени и протоков от повреждающего действия желчи в условиях гипертензии в

желчевыводящих путях. Гепатопротекторы в первую очередь показаны при выраженном холестазе, однако их применение обосновано и при менее выраженных нарушениях моторики желчевыводящих путей. Вопрос о целесообразности их назначения решается индивидуально, исходя из особенностей течения болезни у конкретного пациента. В последнее время значительное распространение получило понятие «билиарного сладжа», пришедшее из англоязычного медицинского лексикона и заменившее в определенной степени аналогичный по значению отечественный термин «дисхолия». Под билиарным сладжем в настоящее время подразумевается сгущение желчи с характерным изменением ее коллоидного состояния в виде жидкокристаллической формы, что может быть первой стадией развития желчнокаменной болезни. В процессе формирования билиарного сладжа из мицелл, составляющих основу нормальной желчи, образуются везикулы с последующим формированием жидких кристаллов. Дальнейшая эволюция билиарного сладжа может идти тремя путями: восстановление нормального коллоидного состояния желчи, длительное персистирование билиарного сладжа, формирование истинных камней, т.е. желчнокаменная болезнь. Для развития последней необходимы, по крайней мере, две причины: изменение состава желчи и замедление моторики желчевыводящих путей. Клинические состояния, способные привести к образованию билиарного сладжа, многообразны. К ним, в частности, относятся обменные нарушения, парентеральное питание (почти у 100% лиц, получающих полное парентеральное питание в течение 7 нед), низкокалорийные диеты (у 25—58% лиц, соблюдающих соответствующие диеты), гастрэктомия (до 42%), гемолитическая анемия, прием лекарственных препаратов, в том числе цефтриаксона (до 46%), октреотида (19—53%), препаратов кальция, гиполипидемических средств. В связи с тем что в формировании билиарного сладжа важную роль играют как замедление моторики, так и изменения состава желчи, коррекция последнего представляется крайне важным для профилактики желчнокаменной болезни. Мощным антихолестатическим средством является урсодезоксихолевая кислота, а одним из наиболее эффективных и безопасных с точки зрения применения в педиатрической практике корректоров обменных процессов является комбинированный препарат хофитол.

Положительное влияние этого лекарственного средства на печень и желчевыделение связано с замещением в гепатоците и желчи токсичных гидрофобных кислот гидрофильной урсодезоксихолевой кислотой, однако эта гипотеза не может объяснить всех благоприятных эффектов. В многочисленных исследованиях был показан мембраностабилизирующее действие конъюгированной урсодезоксихолевой кислоты, хотя его механизмы так и остаются до конца не раскрытыми. Установлено, что неконъюгированная урсодезоксихолевая кислота дает холеретический эффект, связанный с ее холегепатической циркуляцией.

Список литературы

1. Бутров А.В., Алексеев И.Л. "Дискинезии желчевыводящих путей: диагностика и лечение". – М.: Медицина, 2020. – 216 с.
2. Савельев В.С. "Хирургические болезни". – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 640 с.
3. Коган И.Ю., Шипилов В.А. "Клиническая гастроэнтерология". – СПб.: Питер, 2019. – 512 с.
4. Гепатология: национальное руководство / Под ред. З.Г. Абдуллаева, С.А. Баянова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 864 с.
5. Чучалин А.Г. "Внутренние болезни". Том 2. – М.: Медицина, 2020. – 748 с.
6. Харкевич Д.А. "Фармакология". – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 576 с.
7. Литинов Ю.И. "Функциональные заболевания билиарной системы" // Российский медицинский журнал. – 2019. – №3. – С. 23–27.
8. Усманов М.Х., Турсунов Б.Х. "Клиника и лечение постхолецистэктомического синдрома" // Вестник хирургии. – 2020. – №2. – С. 65–68.
9. Юсупова Д.М. "Современные подходы к диагностике дискинезий желчевыводящих путей" // Медицинский журнал Узбекистана. – 2021. – №4. – С. 42–45.
10. Всемирная организация гастроэнтерологии (WGO). "Руководство по диагностике и лечению заболеваний желчевыводящих путей". – Женева, 2022.