

НАРУШЕНИЕ ЖЕЛЧЕОБРАЗОВАНИЯ И ЖЕЛЧЕВЫДЕЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ БЕСКАМЕННЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ГИПОТОНИЧЕСКИ-ГИПОКИНЕТИЧЕСКОЙ ДИСКИНЕЗИЕЙ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

В.Н. Хворостинка, К.В. Вовк

Государственный медицинский университет, Харьков

Ключевые слова: хронический бескаменный холецистит, желчный пузырь, желчная кислота, билирубин, холестерин, дискинезия.

Хронический бескаменный холецистит (ХБХ) — одно из наиболее распространенных заболеваний органов пищеварения [5]. Он поражает преимущественно людей активного трудоспособного возраста, нередко приводит к длительной и стойкой утрате трудоспособности, что позволяет считать это заболевание не только медицинской, но и социальной проблемой.

Многие ученые указывают на ведущую роль моторно-эвакуаторных расстройств в патологии желчевыводящих путей (ЖВП) [1, 2]. Дискинезия и связанные с ней нарушения обмена желчи приводят к ее застою, накоплению воспалительных элементов, усилению патологического процесса. ДЖВП выступает не только как отдельная нозологическая единица, но и как патогенетический фактор развития ХБХ [4]. С другой стороны, прогрессирование воспалительно-склеротических процессов в стенке желчного пузыря (ЖП) изменяет его сократительную способность, вызывает вторичную дисфункцию. Таким образом, ДЖВП и ХБХ взаимосвязаны. Их общей особенностью являются нарушения сократительной функции ЖП и выделения желчи.

Цель работы — повышение качества диагностики ХБХ с сопутствующей гипотонически-гипокинетической дискинезией ЖП путем оценки состояния желчеобразования и желчевыделения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В соответствии с МКБ-10 (1998) хронического холецистита (К.81.1) и классификацией дискинезии желчевыводящих путей (И.И. Дегтярева, 1999) было обследовано 78 больных ХБХ с гипотонически-гипокинетической дискинезией ЖП. Контрольную группу составили 20 здоровых лиц. Для верификации диагноза ХБХ применялся комплекс

клинико-лабораторных, биохимических, бактериологических и инструментальных методов исследования.

У всех пациентов при проведении МДЗ по методу В.А. Максимова осуществляли забор желчи с ее последующим физико-химическим, биохимическим и бактериологическим исследованием [3].

РЕЗУЛЬТАТЫ РАБОТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При анализе показателей I фазы МДЗ достоверных отклонений от контрольных показателей не установлено (табл. 1). Наблюдалось удлинение II фазы МДЗ: латентный период ЖП существенно удлинялся. Характерным был синдром ареактивности ЖП — не выделялась пузырная желчь в ответ на введение стандартных холекинетики. Продолжительность III фазы МДЗ увеличивалась, что скорее всего было обусловлено гипертонией сфинктера Люткенса. Повысился и уровень желчи, поступившей в эту фазу, что могло быть связано с дилатацией общего желчного протока. Наблюдалось увеличение продолжительности IV фазы и объема выделенной желчи. V фаза существенно возросла. Таким образом, имело место резкое снижение сократительной способности и дисфункция ЖП в сочетании с его дилатацией.

При микроскопии желчь была мутной, со значительным количеством слизи. У 57 пациентов резко снизилась прозрачность желчи, появились мутное содержимое, хлопья и слизь, определялось 15—20 лейкоцитов в поле зрения, много эпителиальных клеток и лейкоцитозидов. Большое количество клеток цилиндрического эпителия (20—25 в поле зрения) свидетельствовало о вовлечении в воспалительный процесс желчевыводящих путей.

Повышение литогенности пузырной желчи характеризовалось наличием различных кристалли-

ческих структур: гранул билирубината кальция (60 больных), кристаллов ХС (47) и карбоната кальция (15). При изучении физико-коллоидных свойств желчи выявлено снижение рН желчи в пузырных порциях у всех обследованных с ХБХ (табл. 2).

Микробиологическое исследование желчи у пациентов выявило микроорганизмы у 36 человек. Наиболее часто в желчи высевалась кишечная па-

лочка (11 пациентов), а также стрептококки (5), стафилококки (6), протей (2), клебсиелла (4); энтеробактерии (3) и грибки *Candida albicans* (5 пациентов).

Довольно высокий процент абактериальных случаев ХБХ подтверждает достаточно распространенное мнение, что воспалительный процесс в ЖП может формироваться и протекать без учас-

Таблица 1. Показатели МДЗ у больных ХБХ и гипотонически-гипокинетической дискинезией ЖП ($M \pm m$)

Фаза МДЗ	Контрольная группа (n=20)		Больные ХБХ (n=78)	
	Время, мин	Объем желчи, мл	Время, мин	Объем желчи, мл
I — холедоховая	16,2±0,4	17,0±0,5	17,8±0,6	16,1±0,8
II — закрытого сфинктера Одди	5,3±0,3	—	10,1±0,4*	—
III — открытого сфинктера Одди	4,7±0,2	5,8±0,3	12,4±1,0*	18,3±0,6*
IV — пузырная	25,0±1,3	43,2±2,0	72,7±1,8*	65,7±1,3*
V — печеночная	13,1±0,8	19,3±1,2	45,1±1,4*	30,1±1,4*

Примечание. * — Достоверно при сравнении идентичных показателей у больных с контрольной группой ($P < 0,05$).

Таблица 2. Показатели биохимических свойств желчи у больных ХБХ и гипотонически-гипокинетической дискинезией ЖП ($M \pm m$)

Показатель	Желчь	Контрольная группа (n=20)	Группа больных ХБХ (n=78)
рН, ед.	пузырная	7,56±0,11	6,34±0,09*
	печеночная	7,13±0,20	7,11±0,14
Билирубин, мкмоль/л	пузырная	622±14	512±14*
	печеночная	305±15	298±14
ХС, ммоль/л	пузырная	3,42±0,21	5,70±0,30*
	печеночная	0,93±0,08	0,97±0,12
ЖК, ммоль/л	пузырная	41,0±1,9	30,0±1,3*
	печеночная	8,9±0,4	8,5±0,6
ХХК	пузырная	9,05±0,34	6,01±0,19*
	печеночная	8,94±0,47	9,12±0,35
Белок, г/л	пузырная	3,95±0,18	5,23±0,31*
	печеночная	3,21±0,34	4,58±0,36*
СРП, г/л	пузырная	0	1,02±0,09*
	печеночная	0	0,24±0,03*
Сиаловые кислоты, мкмоль/л	пузырная	1,65±0,19	3,94±0,21*
	печеночная	1,21±0,14	2,73±0,13*

Примечания. * — Достоверно при сравнении идентичных показателей у больных с контрольной группой ($P < 0,05$).

дикатором інфіцирования пузырної порції желчі.

У пацієнтів також змінювався баланс ЖК в сировотці крові (табл. 4).

Отмечено підвищення вмісту вільних ЖК — Х і ДХ. Рівень ТХ ЖК знизився в 2,6 рази порівняно з контролем. Цей феномен може підтверджувати порушення процесу утворення таурокон'югатів в печінці у даної категорії хворих. Угнетення кон'югації первичних ЖК с таурином супроводжалося підвищенням співвідношення ГХ/ТХ в указаній групі. Таким образом, у всіх хворих ХБХ мав місце синдром дисхолії.

Таблиця 4. Вміст ЖК в сировотці крові у хворих ХБХ і гіпотонічно-гіпокінетическої дискінезією ЖП ($M \pm m$), мкмоль/л

Желчные кислоты	Контрольная группа (n=20)	Группа больных ХБХ (n=78)
ХК	3,03±0,29	5,10±0,23*
ДХК	11,22±0,18	14,03±0,28*
ТХК	4,82±0,27	1,82±0,27*
ГХК	5,71±0,24	3,97±0,30*
ГХДХ+ГДХ	3,35±0,17	3,15±0,14
Сумма ЖК	27,87±0,61	28,05±0,52
ДХК/ХК	3,72±0,23	2,75±0,16*
ГХК/ТХК	1,19±0,14	2,21±0,09*

Примечание. $P < 0,05$; * — достоверно при сравнении идентичных показателей у больных с контролем.

Второй (кроме печеночного синтеза) источник пополнения пула ЖК — всасывание ЖК через слизистую оболочку кишечника и поступление через портальную венозную систему опять в печень. В физиологических условиях снижение поступления ЖК из кишечника является достаточным стимулом для активации печеночного синтеза ЖК (при этом увеличение выброса ЖК в просвет кишечника активирует его моторику и устраняет задержку стула). Наряду с этим при ХБХ и гипотонически-гіпокінетическої дискінезією ЖП компенсаторного підвищення синтезу ЖК уже не отмечалось.

ВЫВОДЫ

1. У хворих ХБХ з супутньою гіпотонічно-гіпокінетическої дискінезією ЖП порушуються не тільки процеси желчевиділення, але і желчеобрання. Особливістю синдрому дисхолії у хворих ХБХ з гіпотонічно-гіпокінетическої дискінезією ЖП проявляється надлишком ХС і глікопротеїдів, дефіцитом ЖК і зміною їх спектра.

2. Порушення балансу ЖК в пузырній желчі у хворих ХБХ і гіпотонічно-гіпокінетическої дискінезією ЖП проявляється зниженням загального пула ЖК в желчі, підвищенням вмісту вільних ЖК (Х і ДХ); зниженням вмісту кон'югатів ЖК (ТХ, ГХ, ГХДХ+ГДХ), збільшенням співвідношення ГХ/ТХ, що свідчить про переваженні порушення процесу утворення таурокон'югатів. У цій групі спостерігається також порушення ентерогепатическої циркуляції ЖК з зміною показників їх балансу в сировотці крові, що проявляється зниженням вмісту ТХ і порушенням співвідношення ГХ/ТХ.

3. Активність запального процесу в ЖП супроводжується наявністю в клініці сегментарних і ірритативних синдромів, гіпохолатохолії, накопленням СРП і сіалових кислот в желчі, бактеріохолії.

Проведені дослідження дозволили виявити особливості порушення желчеобрання і желчевиділення у хворих ХБХ і гіпотонічно-гіпокінетическої дискінезією ЖП, що необхідно враховувати в підборі і виборі коригуючої терапії.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Галкин В.А. Современные методы диагностики дискинезий желчного пузыря и некалькулезного холецистита // Тер. арх.— 2001.— № 8.— С. 37—38.

2. Гриценко І.І., Косинська С.В., Залевський В.І. Хронічні хвороби жовчовидної системи — проблеми діагностики // Сучасна гастроентерологія.— 2001.— № 3.— С. 37—42.

3. Громашевская А.Л., Мирошниченко В.П., Сиденко Е.Ю. Определение общего содержания желчных кислот, холестерина в желчи. Холато-холестериновый коэффициент // Лабораторная диагностика.— 1998.— № 1/3.— С. 46—48.

4. Иванченкова Р.А. Некоторые аспекты желчеобразования // Клиническая медицина.— 1999.— № 7.— С. 18—21.

5. Філінов Ю.О., Шнігель З.М., Котельнікова Г.П. Рівень поширеності і захворюваності на хвороби органів травлення в Україні серед дорослих людей та підлітків // Гастроентерологія (Дніпропетровськ).— 2001.— № 32.— С. 3—6.

**ПОРУШЕННЯ ЖОВЧОУТВОРЕННЯ ТА ЖОВЧОВИДІЛЕННЯ
У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ БЕЗКАМ'ЯНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ
З СУПУТНЬОЮ ГІПОТОНІЧНО-ГІПОКІНЕТИЧНОЮ ДИСКІНЕЗІЄЮ ЖОВЧНОГО МІХУРА**

В.М. Хворостінка, К.В. Вовк

Хронічний безкам'яний холецистит (БХ) є одним з найпоширеніших захворювань органів травлення. В роботі описано діагностику БХ з супутньою гіпотонічно-гіпокінетичною дискінезією жовчного міхура шляхом оцінки особливостей жовчоутворення та жовчовиділення. Обстежено хворих на БХ з гіпотонічно-гіпокінетичною дискінезією ЖМ — 78 осіб. Жовч збирали за методом В. А. Максимова з її подальшим фізико-хімічним, біохімічним та бактеріологічним дослідженням. У хворих простежується зниження вмісту білірубину, підвищення рівня холестерину та загального білка в міхуровій порції жовчі. Порушення балансу ЖК в міхуровій порції жовчі виявляється зменшенням загального пулу ЖК в жовчі, підвищенням вмісту вільних ЖК, зниженням вмісту кон'югатів ЖК. Спостерігається порушення ентерогепатичної циркуляції ЖК зі змінами показників їхнього балансу в сироватці крові.

**THE VIOLATION OF CHOLEPOIESIS AND BILE-EXCRETION
OF CHRONIC ACALCULOSIS CHOLECYSTITIS PATIENTS
WITH ATTENDANT HYPOTONIC-HYPERKINETIC DYSKINESIA OF GALLBLADDER**

V.M. Hovorostinka, K.V. Vovk

The chronic acalculosis cholecystitis (CAC) is one of the most widespread digestion organs' diseases. In the work the diagnostics of CAC with concurrent gallbladder hypotonic-hyperkinetic dyskinesia by means of assessment of cholepoiesis and bile-excretion has been described. 78 patients with chronic acalculosis cholecystitis with concurrent gallbladder hypotonic-hyperkinetic dyskinesia have been investigated. The bile was collected by the V. A. Maksimov method with subsequent physicochemical, biochemical and bacteriological analyses. In patients the decrease of bilirubin levels and increase of cholesterol and whole protein in bladder bile portion have been discovered. The violation of balance of fatty acids (FAs) from bladder bile portion is a manifestation of decreased general fatty acids' pool of bile, increased content of free FAs and decreased fatty acids' conjugates content. The violation of fatty acids' enterohepatic circulation accompanied by changes of their blood serum index was observed.