© Волошин О.І., Васюк В.Л., Сенюк Б.П., 2009

УДК 616.366 – 003.7:616.62-003.7

СЛАДЖ-ФЕНОМЕН ПРИ ХРОНІЧНОМУ ХОЛЕЦИСТИТІ ТА СЕЧОКИСЛИЙ ДІАТЕЗ: ЧИ ВИПАДКОВА ВИСОКА ЧАСТОТА ПОЄДНАННЯ ?

Волошин О.І., Васюк В.Л., Сенюк Б.П.

Буковинський державний медичний університет кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб, клінічної імунології та алергології, м. Чернівці

Резюме. Досліджено особливості поєднання хронічного холециститу з явищами сладж-феномена і сечокислого діатезу та встановлено високу їх частоту. Звернута увага на олігосимптоматику сечокислого діатезу на тлі хронічного холециститу та визначну роль ультразвукового обстеження у їх виявленні. Вбачається, що в основі цих явищ є спільні причини виникнення, головними з яких є значні часові та якісні аспекти порушення харчування, особливо недостаток рідинного компоненту їжі та гіподинамія. Реабілітація таких хворих із застосуванням гепатопротекторно-жовчогінних препаратів на тлі дієтичних корекцій із застосуванням лікарських рослин сечогінної та послаблюючої дії покращують віддалені результати оздоровлення.

Ключові слова: хронічний холецистит, сладж-феномен, сечокислий діатез, поєднання, реабілітація

Вступ. Зростання частоти захворювань гепатобіліарної системи (ГБС) та нирок в останні десятиріччя констатується на всіх контингентах [1, 2, 3]. Однак патологічні стани зазначених систем, як правило, розглядаються відповідними спеціалістами як незалежні патологічні явища. Не дивлячись на значні досягнення в напрямках діагностики й лікування за окремими нозологічними формами, на взаємозв'язок між патологіями цих систем, окрім важких клінічних ситуацій у вигляді гепаторенального синдрому, звертається мало уваги [1, 3, 5]. Зазвичай, до цього не має чіткого клінічного спонукання. Однак, за даними ультрасонографії, окремі патологічні явища–знахідки вимагають патогенетичного аналізу та відповідних лікувально-профілактичних заходів. Одним із таких є прояви сладж-феномену при хронічних холециститах та сечокислого діатезу (СКД), що клініцист осмислює після ультразвукового дослідження (УЗД) відповідних органів.

Мета дослідження. Вивчити частоту зустрічальності УЗД явищ сечокислого діатезу у хворих на хронічний холецистит із сладж-феноменом, дослідити можливі спільні етіопатогенетичні ланки та розробити шляхи їх корекції.

Матеріали та методи. Спостереження проведені у 236 хворих на хронічний холецистит (ХХ) з явищами сладж-феномену та без нього в період помірного загострення або нестійкої ремісії, вікові коливання пацієнтів були в межах 23-62 років, домінуючий контингент – жінки (159 осіб – 63,15%). Окрім клінічних, в методи обстеження включено: УЗД – черевної порожнини та нирок, біохімічні (показники креатиніну, сечовини, сечової кислоти, фракції білірубіну, холестерину, тригліцеридів, активність лужної, аланінової, аспарагінової трансаміназ, гамаглутамілтранспептидази [ГГТП]) методи дослідження, дуоденальне зондування, аналізи сечі загальний, за Нечипоренком. Основну частину обстежених (192 особи) складали пацієнти, що лікувались амбулаторно.

Результати дослідження та їх обговорення. Встановлено, що у 194 хворих на ХХ мали місце явища сладж-феномену від ¼ до ½, іноді більше, об'єму жовчного міхура (ЖМ) на фоні помірного збільшення його об'єму та товщини і щільності стінки, часто – ущільнення внутрішньопечінкових жовчних протоків при нормальних розмірах та ехоструктурі печінкової перенхіми. У всіх зазначених випадках відмічені також мікроліти в чашково-мискових системах нирок, іноді доволі інтенсивної щільності. В той же час у 42 хворих на ХХ без проявів сладж-феномену мікроліти в нирках виявлені лише у 16, що ставить під сумнів наявність патогенетичних залежностей між цими явищами.

У віковому та статевому аспектах частота поєднання цих УЗД- знахідок була найвищою у пацієнтів 40 – 62 роки, частіше (і на 3 – 5 років раніше) – у жінок зі схильністю до надмірної маси тіла. Перенесені вагітність та роди помітного внеску в частоту і вираженість досліджуваних явищ не склали. Дослідження сечі підтверджувало надмірним сольовим осадком дані УЗД: за Нечипоренком відмічали незначні відхилення від норми, які не дозволяли запідозрити запальну чи іншу природу ураження нирок. При поглибленому опитуванні майже третина хворих відмічали епізоди короткочасних міні-колік зліва чи справа без видимих причин, на які, як правило, не звертали особливої уваги. Лише у 4-х пацієнтів зафіксовані по 2-3 епізоди ниркових колік, що вимагали застосування спазмолітиків, спазмоаналгетиків.

Клінічною особливістю такого поєднання досліджуваної патології була схильність до торпідного перебігу ХХ, менша ефективність гепатопротекторно-жовчогінної терапії, потреба подовженого їх застосування, зниження якості життя пацієнтів. Спроби окремих хворих неодноразово застосовувати в лікувальному комплексі 4 – 6 дуоденальних зондувань не давали очікуваних результатів. Біохімічні дослідження вказували на коливання рівнів

креатиніну, сечової кислоти, сечовини в межах нормальних значень, але з тенденцією до верхньої межі норми. Непоказовими в плані патологічних змін були показники фракції білірубіну, трансаміназ. Помірне підвищення активності лужної фосфатази та ГГТП (у 1,5 – 3 рази) вказували на наявність холестазу в жовчних шляхах, як однієї з причин сладж-феномену у ЖМ. Майже у половини (116 осіб) хворих виявлено достовірне підвищення рівня холестерину в крові (у здорових – 5,2 ± 0,36 ммоль/л, у хворих – 6,8 ± 0,19 ммоль /л; $p<0,001$) та тригліцеридів (у здорових – 1,4 ± 0,12 ммоль/л, у хворих – 2,35 ± 0,14 ммоль /л; $p<0,001$).

За даними багатомоментного дуоденального зондування встановлено закономірні явища гіпотонічно-гіпокінетичної дисфункції ЖМ, значні домішки солей білірубінату кальцію та жовчних кислот, грудок слизу та скупчень епітелію, зниження pH жовчі в кислий бік. Отже, ущільнення внутрішньопечінкових жовчних протоків та сладж-феномен жовчного міхура при УЗД у хворих на ХХ, біохімічне підтвердження синдрому холестазу та отримані результати дуоденального дослідження можуть розглядатися як ознаки зниження якості жовчі та функціонування її стабілізаційних колоїдальних систем. Однак, яке це може мати відношення до проявів СКД? З точки зору виявлених біохімічних порушень зв'язку не видно, хоча констатується при УЗД висока частота по'єднання цих тапологічних станів.

В пошуках можливого зв'язку нами проаналізовано стиль життя та харчування хворих. Найбільш важливими, на нашу думку, виявились порушення ритму і характеру харчування. Майже у всіх пацієнтів у силу звичок та професійних обставин відмічено зміщення основних прийомів їжі з першої половини дня на вечірній час, переїдання на ніч, неповноцінний сніданок, досить часто – без нього, невчасний або неповноцінний обід, у половини з них проміжки між вживанням їжі складали вісім і більше годин (дворазове харчування). Особливо вираженим сладж-феномен виявився у любителів харчуватися в закладах швидкого харчування. Дуже важливим на нашу думку, було ігнорування хворими рідинним компонентом їжі: майже у всіх його квота складала 0,8 – 1,5 літра/на добу, часто була їжа всухомятку, мало фруктів, овочів, соків, рослинних олій, відварів чаїв, молочної продукції, звичайної чи мінеральної води тощо. Переважав монотонний тип харчування, схильність до пікантної їжі; у 132 (55,93%) відмічались хронічні закрепи. Низька фізична активність майже у всіх мала переважно професійний відтінок. Не відмічено залежності проявів сладж-феномену ЖМ та СКД від зони проживання та особливостей мінерального складу питєвих вод (в тому числі з високим вмістом карбонатів кальцію та магнію).

Згідно цього аналізу нами розроблено програму оздоровлення досліджуваного контингенту хворих, яка включала корекцію харчового режиму в часі, нормалізації балансу складових частин їжі з акцентом на збільшення рідинного компоненту до 2,5 – 3 літрів на добу залежно від індексу маси тіла. Одну третину рідинного компоненту їжі становили перші страви разом з фруктово-овочевими соками, салатами. Другу третину складали відвари лікарських рослин жовчогінно-сечогінної в різних композиціях (бессмертник, календула, спориш, хвощ польовий, меліса, ромашка, м'ята, материнка, насіння кропу, кмину тощо). Останню частину складало вживання якісної питтєвої води, при можливості – джерельної. Проводилась обов'язкова харчова корекція функції кишечника за рахунок збільшення пектинового компоненту їжі, рослинних олій та молочно-кислих продуктів. Пацієнтам сидячих професій рекомендовано щоденне підвищення фізичних навантажень, особливо ходьба, біг, дихальна гімнастика за йогами, помірна фізична праця.

Оздоровлення здійснювалось на фоні жовчогінно-гепатопротекторної терапії рослинними препаратами (гепабене, холівер, гепатофіт, сірін) впродовж 1-1,5 місяця з переходом на урофітолітіазні препарати (канефрон, уролесан, фітолізин, фітоліт тощо). Тривалість спостереження складала від 3 місяців до 1 року.

Встановлено, що у пацієнтів, яким вдалося внести належні корекції в стиль життя та харчування (98 осіб), досягнуто суттєвого клінічного покращання вже впродовж першого 1,5 – 2 місячного курсу реабілітації. Однак у них УЗ-явища сладж-феномену жовчного міхура та СКД спостерігалися не менше пів-року, хоча динаміка вмісту осаду в міхурі на нирках була явно позитивною. Ця тенденція була більш повільною у пацієнтів старше 60 років та у молодшій віковій категорії (40-50 років), але зі схильністю до чи з початковими ступенями ожиріння. Важливо, що комплайєнс у цієї групи хворих щодо подальшого підтримування свого стану здоров'я за цією програмою був досить високим.

Іншу частину спостереження склали пацієнти (138 осіб), яким в силу різних обставин лише частково вдалося реалізувати запропоновану програму. Результати відповідно виявилися слабшими, покращання наступало пізніше та було нестійким. Не компенсувало недоліки в стилі життя і харчування періодичне санаторно-курортне лікування в Трускавці чи Сатанові або акцент на триваліше споживання ліків: через 2 – 4 місяці клінічна і ультрасонографічна ситуація набувала стану, близького до початкового. Життєві докази малої та нестійкої ефективності такого затрадного підходу до оздоровлення виявилися вагомими аргументами необхідності базової корекції стилю життя і харчування як фундаментальних принципів збереження здоров'я: 82 з 138 хворих зуміли обрати за основу запропоновану програму реабілітації. Отже, ХХ з явищами сладж-феномену як початкова стадія калькульозного холециститу [2, 3] та СКД як почат-

кова стадія сечокаменевої хвороби [1, 4, 5] мають високий ступінь поєднуваності, в основі якого домінують екзогенні чинники у вигляді значних багаторічних порушень хроноаспектів харчування, якості їжі, ігнорування рідинним компонентом їжі, гіподинамія, які погіршують функціонування ГБС та нирок, що мають вікову залежність. Вони можуть скласти несприятливий фон для формування гепаторенального синдрому у випадку важких уражень ГБС чи нирок.

Висновки: 1. Хронічний холецистит з явищами сладж-феномену та сечокислий діатез – часте поєднання патологічних станів, особливо у людей зрілого віку; вираженість і частота їх продовжують зростати з віком.

2. Одними з важливих причин їх виникнення є суттєві порушення хроноритмів та якості харчування, особливо нехтування рідинним, фруктово-овочевим, пектиновим компонентами їжі, рослинними оліями, гіподинамія.

3. Одним з ефективних шляхів підвищення ефективності реабілітації таких хворих є поєднання гепатопротекторно-жовчогінної терапії на тлі дієтичної корекції харчування в часовому та якісному аспектах з підвищеним рідинним навантаженням, особливо за рахунок фруктово-овочевих соків та відварів лікарських рослин жовчогінної, сечогінної та послаблюючої дії.

4. Перспективою подальших досліджень: може бути вивчення особливостей поєднання цих патологій у людей різних професій, пацієнтів похилого і старечого віку, вдосконалення технологій їх корекції за допомогою різних природних факторів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Дзеранов Н.К. Лечение мочекаменной болезни – комплексная медицинская проблема /Н.К. Дзеранов, Д.А. Бешлиев // Consilium-medicum: приложение „Урология”.- 2003 – С. 18-22
2. Ильченко А.А. Хронический бескаменный холецистит. В помощь практическому врачу / А.А. Ильченко // Гепатология – 2004.- №1.- С. 26-30
3. Нейко Є.М. Хронічний холецистит / Є.М. Нейко, Н.В. Скробач // Архів клін.мед.- 2003 – №1 – С. 6-14.
4. Seiner R. The Effect of Different Diets on Urine Composition and the of Calcium Oxalate Cristallisation in Healthy Subject / R. Seiner // European Urology. – 2002. – Vol. 42. – P. 289-296.
5. Seiner R. Prospective Study of the efficacy on Selective Treatment and Risk Factors for Relapse in Reccurent Calcium Oxalate Stone Patients / R. Seiner // European Urology. – 2003. – Vol. 44. – P. 467-474.

SUMMARY

SLUDGE-PHENOMENON AT CHRONIC CHOLECYSTITIS AND URINE ACID DIATHESIS: IS THEIR FREQUENT COINCIDENCE ACCIDENTAL?

Voloshyn O.I., Vasyuk V.L., Senyuk B.P.

The peculiarities of chronic cholecystitis with sludge-phenomen and urine acid diatesis were investigated and their high frequency of combination was noted. Also authors noted the lack of urine acid diathesis and chronic cholecystitis symptoms and role of their ultrasound investigation was discussed. There were the same ethological causes of diathesis and cholecystitis mentioned and the main of them were nominated the scanty water drinking and hypodynamia. The rehabilitation of these patients by means of hepatoprotective and choleretic medicines and diet correction with using of medical plants with diuretic properties improved the results of treatment.

Key words: chronic cholecystitis, sludge-phenomenon, urine acid diathesis, rehabilitation