

*Дегтярєва І.І., Скрипник І.М., Скопиченко С.В.*

## **Нові підходи до патогенетичного лікування хронічного холециститу**

Українська військово-медична академія, м. Київ,  
Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

Загально визнано, що лікування хворих на хронічний холецистит (ХХ) слід проводити з урахуванням типу біліарної дискінезії. Недостатньо розробленою залишається проблема лікування хворих на ХХ з гіпотонічно-гіперкінетичним типом біліарної дискінезії («застійний» жовчний міхур і спазм сфінктера Одді), яка сприяє формуванню фізико-хімічної стадії холестеринового калькульозу. Проте, не враховується стан мікробіоценозу товстої кишки, порушення якого відіграє провідну роль у підвищенні літогенних властивостей жовчі.

Метою роботи було вивчити ефективність препарату гепабене (Г) як монотерапії і в комплексі з дуфалаком (Д) у хворих на ХХ та їх вплив на літогенні властивості жовчі.

Обстежено 39 хворих на ХХ з гіпотонічно-гіперкінетичним типом біліарної дискінезії, які були розподілені на 2 групи: I група (19 хворих) отримувала Г як монотерапію; II група - 20 хворих, яким призначали Г і Д. Г призначали по 1 капс., тричі на день під час їди або через 30 хв після неї, Д - по 20 мл двічі на день (0,6 г/кг маси тіла) за 1 год до прийому їжі. Курс лікування тривав 21 день. Крім загальноклінічних методів, проводили ультрасонографічне дослідження органів черевної порожнини. Визначали вміст жовчних кислот (ЖК), холестерину (Х) та холато-холестериновий коефіцієнт (ХХК) у порції В жовчі.

Встановлено, що у хворих обох груп у динаміці лікування через 7-10 днів зникали клінічні прояви ХХ: сухість та гіркота у роті, біль у правому підребер'ї, позитивні симптоми Кера, Мюссі-Георгієвського при об'єктивному обстеженні. У 15 хворих, які відмічали наявність нічного болю

у правому підребер'ї, додатковий прийом 1 капсули Г перед сном сприяв усуненню больового синдрому через 2-3 дня, що зумовлено впливом одного з компонентів препарату - рутки лікарської, її фізіологічно-активної речовини алкалоїду фумарину на тонус гладеньких м'язів жовчного міхура і зменшенням спазму сфінктера Одді. Через 3 тижні лікування у хворих спостерігали позитивну ехосімеотичну динаміку захворювання (відсутність «замазки» у жовчному міхурі).

У хворих I групи при дуоденальному зондуванні у порції В жовчі в результаті лікування зменшувався вміст Х ( $2,31 \pm 0,13$  г/л проти  $2,7 \pm 0,15$  до лікування при нормі  $2,0 \pm 0,17$ ), підвищувалася кількість ЖК ( $18,4 \pm 0,3$  г/л проти  $15,4 \pm 0,5$  при нормі  $19,3 \pm 0,3$ ), що приводило до зростання ХХК. У хворих II групи спостерігали більш виражену позитивну динаміку впливу лікувального комплексу Г + Д на біохімічний склад жовчі: вміст Х знижувався до  $2,1 \pm 0,1$  г/л, концентрація ЖК підвищувалась до  $18,9 \pm 0,4$  г/л, що зумовлювало нормалізацію ХХК. При цьому, у хворих обох груп знижувався рН жовчі, що свідчить про усунення запальних змін у жовчному міхурі. Вивчення мікробного спектра товстої кишки показало наявність у 35 хворих ( $89,7 \pm 2,4$  %) на ХХ дисбіозу кишечника I ступеня. Більш виражене зниження літогенних властивостей жовчі під впливом Г + Д порівняно з монотерапією Г пов'язане з пригніченням Д у товстій кишці росту протеолітичної флори та активності бактеріальної 7a-дегідроксилази, яка перетворює первинні ЖК у вторинні. Включення останніх до ентерогенатичної циркуляції сприяє підвищенню літоїчності жовчі. Крім того, Д пригнічує утворення кишкового ендотоксину, який підсилює імунне запалення, перекисне окислення ліпідів і пригнічує антиоксидантний захист.

Таким чином, врахування не лише типу біліарної дискінезії, а й стану мікробіоценозу товстої кишки у хворих на ХХ та включення до лікувальних комплексів препаратів для його нормалізації значно підвищує ефективність традиційної терапії ХХ.