

## ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ГАЛСТЕНА В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ В РАЗЛИЧНЫЕ СРОКИ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Анохина Г.А., Лопух И.Я.

Киевская медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика, г. Киев

**Ключевые слова:** желчнокаменная болезнь, галстена, холецистэктомия, исследование, больные.

Заболеемость желчнокаменной болезнью (ЖКБ) неуклонно возрастает во многих странах мира, в том числе и в Украине. На настоящий момент холецистэктомия остается основным симптоматическим методом лечения ЖКБ. Учитывая значительное "омоложение" заболевания, широкое распространение ультразвукового метода диагностики, внедрение лапароскопических методов хирургического вмешательства, в последние годы значительно увеличилось количество больных, перенесших холецистэктомию. Наблюдения, проведенные за значительным количеством пациентов с ЖКБ, показали, что в различные периоды после операции у них развиваются болевой синдром, диспепсические явления, желтуха и другие нарушения, известные как постхолецистэктомиический синдром (ПХЭС). В зависимости от характера изменений выделяют несколько групп заболеваний, обуславливающих ПХЭС:

- заболевания, возникшие по причинам, не устраненным во время операции, или в результате выполненной холецистэктомии (оставленные камни, неудаленные кисты, стриктуры, синдром культи пузыря протока и др.);
- заболевания, которые были в анамнезе и их устранение хирургическим путем невозможно (хронический гепатит, панкреатит и др.);
- заболевания, развившиеся после холецистэктомии, не связанные с выполненной операцией (язвенная болезнь, вирусные гепатиты и др.);
- заболевания, связанные с ЖКБ или возникшие в результате отсутствия желчного пузыря (холедохолитиаз, стенозирующий папиллит, холангит, синдром раздраженного кишечника, панкреатит и др.).

Оценивая роль перечисленных болезней органов пищеварения и гепатопанкреатобилиарной системы, нельзя забывать и о том, что ЖКБ или относится к недугам обменного характера. Холецистэктомия устраняет место образования желчных камней, однако основные общие и печеночные механизмы развития холелитиаза после операции не устраняются. В связи с этим важное значение придается реабилитации больных желчнокаменной болезнью после удаления желчного пузыря независимо от исхода хирургического вмешательства и возникших нарушений.

Целью нашего исследования было изучение эффективности препарата фирмы "Рихард Биттнер" галстена при проведении реабилитационных мероприятий у больных ЖКБ в различные сроки после выполненной холецистэктомии. Галстена представляет собой натуральный комплексный препарат, в состав которого входят пять компонентов: *Carduus D1* (2 мл), *Taraxacum D6* (10 мл), *Chelidonium D6* (10 мл), *Natrium sulfuricum D12* (10 мл), *Phosphorus D12* (10 мл).

**Материалы и методы исследования.** Под наблюдением находилось 34 больных желчнокаменной болезнью после холецистэктомии. Больных разделили на две группы: первую составили 18 человек, которым через

месяц после операции назначались реабилитационные мероприятия, включающие соблюдение диеты с ограничением легкоусвояемых углеводов, животных жиров, с повышенным содержанием витаминов. Дополнительно они получали препарат галстена (по 10 капель 3 раза в день на протяжении 4 нед). Курсы реабилитации этих больных проводили 4 раза в первый год после выполненной операции и по 2 раза в год в последующем. Во вторую группу вошли 16 больных, которые после холецистэктомии получали диету № 5 и периодически принимали ферменты или аллохол. Наблюдение проводилось на протяжении 3 лет.

Все больные прошли необходимое обследование: были выполнены клинический анализ крови и мочи, копрологическое исследование, посев кала на дисбактериоз, гастрофибродуоденоскопия, определение желудочной секреции, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, ирригоскопия, колоноскопия по показаниям, дуоденальное зондирование с микроскопическим, биохимическим, бактериологическим исследованием холедоховой и печеночной порций желчи, изучение биохимических показателей функций печени, содержания липидов и сахара крови.

**Результаты наблюдений и их обсуждение.** При отборе больных учитывались анамнестические данные и результаты исследований до операции, поэтому в наблюдение включались только те больные, у которых холецистэктомия производилась в плановом порядке с использованием лапароскопического метода удаления желчного пузыря. У всех больных отмечено неосложненное течение желчнокаменной болезни.

Среди наблюдаемых были 31 женщина и 3 мужчин в возрасте от 26 до 45 лет. Операция и послеоперационный период у больных прошли без осложнений. В начале наблюдения, то есть через месяц после холецистэктомии, все больные жаловались на умеренно выраженные симптомы астенизации и диспепсические явления при несоблюдении диеты и режима питания, что характерно для больных, перенесших операцию на органах брюшной полости и общий наркоз. У 83,3% обследованных основной и 87,5% контрольной групп имела место избыточная масса тела. Данные общего анализа крови, мочи, копрологического исследования на момент обследования были в пределах нормы. При изучении функциональных проб печени у пациентов не выявлено существенных изменений. У 10 (55,5%) больных основной и 9 (56,3%) больных контрольной групп обнаружено повышенное содержание в крови общего холестерина, триглицеридов и бета-липопротеидов, что свидетельствует о нарушении липидного обмена у данных больных. Исследование концентрации глюкозы крови при использовании теста с нагрузкой выявило нормальный ее показатель натощак и повышенный уровень после нагрузки более чем в 1,8 раза у 5 больных основной и 4 больных контрольной групп и более чем в 2 раза – у 6 больных основной и 3

больных контрольной групп. Иначе говоря, после операции у пациентов на первый план выступали изменения, связанные с нарушением обменных процессов (ожирение, гиперлипотеидемия, нарушение толерантности к глюкозе). Указанные изменения имели место и до операции.

УЗИ печени, желчных протоков, поджелудочной железы особых нарушений состояния этих органов не выявило. При бактериологическом исследовании фекалий у всех больных обнаружен умеренно выраженный дисбактериоз, чаще обусловленный уменьшением содержания бифидофлоры, изменением свойств кишечной палочки, появлением незначительного количества представителей условно патогенной флоры.

Повторное исследование проводилось через 2 мес, а в дальнейшем перед и после каждого курса реабилитационной терапии.

Наблюдения через 2 мес после окончания первого курса реабилитации показали, что явления астенизации (снижение работоспособности, нарушение сна, повышенная раздражительность) быстрее и в более полной мере прошли у больных основной группы, получавших галстему, по сравнению с пациентами контрольной группы. Нормализация общего состояния наблюдалась у 94% больных основной и у 37% больных контрольной групп.

На фоне приема галстемы уменьшились, а в последующем исчезли диспепсические явления (тошнота, горький привкус во рту, метеоризм, расстройства стула) у 89% больных основной группы, в контрольной группе – у 43%. При определении концентрации общего холестерина, триглицеридов и бета-липопротеидов в крови отмечены достоверное снижение и нормализация указанных показателей у пациентов основной группы, в то время как у больных контрольной группы показатели липидов крови оставались без изменения.

При УЗИ печени, поджелудочной железы и холедоха у больных двух групп существенной динамики показателей не обнаружили. По результатам дуоденального зондирования определены изменения времени закрытого сфинктера Одди у 3 больных основной и 7 больных контрольной групп. Объем холедоховой желчи у пациентов основной группы составлял  $12,5 \pm 1,3$  мл, у больных контрольной группы –  $14,6 \pm 1,5$  мл (у здоровых –  $8,6 \pm 1,2$  мл), скорость ее отделения у больных основной группы равнялась  $2,6 \pm 0,3$  мл/мин, у больных контрольной группы была сниженной и равнялась  $1,4 \pm 0,4$  мл/мин (у здоровых –  $2,2 \pm 0,5$  мл/мин).

Умеренное увеличение объема холедоховой порции желчи у больных после удаления желчного пузыря носит компенсаторный характер, обеспечивающий нормальное течение процессов пищеварения. У больных основной группы, получавших галстему, увеличение объема холедоховой порции желчи в 1,5 раза по сравнению с нормой сопровождается сохранением нормальных показателей скорости ее отделения, в то время как у больных контрольной группы на фоне более значительного увеличения объема холедоховой порции желчи (в 1,7 раза) отмечено снижение скорости ее отделения, что можно расценить как проявление желчезастойного синдрома.

Определение концентрации желчных кислот, холестерина и вычисление холато-холестеринового коэффициента показало, что через 3 мес после выполненной операции увеличился уровень желчных кислот в холедоховой и печеночной порциях желчи у 11 из 18 больных основной группы и у 7 из 16 больных контрольной группы. Содержание холестерина у больных двух групп на данном этапе оставалось в пределах нормы.

Известно, что после холецистэктомии в определенной мере повышается концентрация желчных кислот в пече-

ночной порции желчи, что обусловлено ускорением энтерогапатической циркуляции желчных кислот. Отсутствие желчного пузыря и поступление меньшего количества концентрированной желчи в кишечник приводит к уменьшению всасывания желчных кислот в подвздошной кишке и, соответственно, к снижению их уровня в крови воротной вены. Синтез желчных кислот регулируется по принципу обратной связи, то есть чем ниже уровень желчных кислот в воротной вене, тем интенсивнее синтез собственных желчных кислот.

При микроскопическом исследовании желчи у больных основной группы выявлено единичные клеточные элементы – эпителиальные, лейкоциты, единичные кристаллы билирубината кальция, желчных солей. У 5 больных контрольной группы при микроскопическом изучении осадка холедоховой и печеночной желчи наблюдалось увеличенное количество эпителиальных клеток, билирубината кальция, кристаллов холестерина. У 2 больных этой группы при бактериологическом исследовании желчи высеяна патогенная микрофлора.

У пациентов основной наблюдаемой группы на протяжении 3 лет после холецистэктомии проводились до 4 курсов реабилитационной терапии в первый год и по два курса в последующие 2 года. При этом ни в одном случае не отмечено таких неблагоприятных форм течения ПХЭС, как панкреатит, гепатит, холангит. У больных контрольной группы синдром раздраженного кишечника имел место у 15 больных, дуоденогастральный рефлюкс – у 12 больных. У 10 больных выявлена жировая инфильтрация печени, у 3 диагностирован хронический гепатит, у 4 – хронический панкреатит с явлениями нарушения внешнесекреторной функции поджелудочной железы, у 2 больных – хронический холангит.

УЗИ органов гепатопанкреатобилиарной системы у обследованных через 3 года показало, что наиболее характерными изменениями состояния печени у данных больных были наличие жирового стеатоза (2 случая в основной и 12 – в контрольной группах), расширение и уплотнение стенки внутриспеченочных протоков (1 случай в основной и 11 – в контрольной группах); со стороны внепеченочных желчных путей наиболее характерным для больных с ПХЭС было расширение холедоха более чем до 8 мм (1 случай в основной и 6 – в контрольной группах). Признаков нарушения коллоидной стабильности желчи в основной группе больных не обнаружено, в контрольной группе они отмечались у 3 пациентов, дисфункция сфинктера Одди, обусловленная его гипертонией, выявлена у 1 больного основной и 7 больных контрольной групп.

При дуоденальном зондировании диагностировано такое наиболее характерное для больных с ПХЭС изменение, как увеличение объема холедоховой порции желчи. При этом у больных основной группы объем желчи превышал в 1,5 раза нормальный показатель. Увеличение объема холедоховой порции желчи у данных больных не сопровождалось снижением скорости ее отделения, нарушениями микроскопической картины желчи и ее литогенных свойств, что может быть расценено как компенсаторная реакция внепеченочных желчных путей. Более значительное увеличение объема холедоховой порции желчи (в 1,5 и более, а в отдельных случаях – в 2-2,5 раза) отмечено у 11 больных контрольной группы. Причем, это сопровождалось снижением скорости отделения не только холедоховой, но и печеночной порций желчи. При микроскопическом исследовании порций желчи у пациентов контрольной группы, в отличие от больных основной группы, отмечалось повышенное количество воспалительных и осадочных элементов – эпителиальных, лейкоцитов, билирубината кальция, кристаллов холестерина, желчных солей.