

На правах рукописи

**УЛЬЯНКИНА
ЕЛЕНА ВИКТОРОВНА**

**НАРУШЕНИЯ МОТОРНО-ТОНИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДКА И
ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ БЕСКАМЕННЫМ
ХОЛЕЦИСТИТОМ**

14.00.05 – внутренние болезни

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Москва – 2007

Работа выполнена в Государственном образовательном учреждении Высшего профессионального образования «Московский государственный медико-стоматологический университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

Научный руководитель:

**Доктор медицинских наук,
профессор**

Маев Игорь Вениаминович

Официальные оппоненты:

**Доктор медицинских наук,
профессор**

Щербаков Петр Леонидович

Доктор медицинских наук

Бурков Сергей Геннадьевич

Ведущая организация:

**ГОУ ВПО «Российский государственный медицинский университет
Федерального агентства по здравоохранению и социальному
развитию»**

Защита состоится « ____ » _____ 2007 г. в ____ часов

на заседании диссертационного совета К 218.006.01 при Центральной клинической больнице N 1 ОАО «Российские железные дороги» по адресу 125367, Москва, Волоколамское шоссе, д. 84.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Центральной клинической больницы N 1 ОАО «Российские железные дороги» по адресу 125367, Москва, Волоколамское шоссе, д. 84.

Автореферат разослан «_____» _____ 2007 г.

Ученый секретарь диссертационного совета,
кандидат медицинских наук

Лебедева Е.Г.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АлАТ – аланинаминотрансфераза

АсАТ - аспартатаминотрансфераза

ДГР – дуоденогастральный рефлюкс

ДЖП – дисфункция желчного пузыря

ДЖВП – дисфункциональные расстройства желчевыводящих путей

ДПК – двенадцатиперстная кишка

ЖВП – желчевыводящие пути

ЖКБ – желчнокаменная болезнь

ЖКТ – желудочно-кишечный тракт

ЖП – желчный пузырь

КГ – контрольная группа

ПКЭГЭГ – периферическая компьютерная электрогастроэнтерография

ПЖ – поджелудочная железа

ХБХ – хронический бескаменный холецистит

ФХДЗ – фракционное хроматическое дуоденальное зондирование

ЩФ – щелочная фосфатаза

ЭГДС – эзофагогастродуоденоскопия

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы

Заболевания билиарной системы являются одной из ведущих и сложных проблем в гастроэнтерологии (Комаров Ф.И., 1995; Григорьев П.Я., 2005; Ильченко А.А., 2006). Литературные данные свидетельствуют о широкой распространенности и стремительном росте во всем мире таких заболеваний, как дисфункциональные расстройства желчевыделительных путей (ЖВП), хронический бескаменный холецистит (ХБХ) и желчнокаменная болезнь (ЖКБ) (Corazziari E., 2000; Лейшнер У., 2002, Пархоменко Ю.В., 2004). В терапевтической практике удельный вес этих заболеваний составляет 0,2-1,7%, в гастроэнтерологической – 25,3- 45,5% (Волков В.С., 2000, Loeffler P., 2004).

Функциональная патология ЖВП – комплекс клинических симптомов, развивающихся в результате моторно-тонической дисфункции желчного пузыря (ЖП), желчных протоков и их сфинктеров (Григорьев П.Я., Яковенко Э.П., 2005). Длительно существующие первичные дисфункциональные расстройства ЖВП способствуют развитию воспалительных изменений в ЖП (Булычев А.Б., Кузнецов А.А., 2000, Яковенко А.В., 2005). Дисфункциональные расстройства желчевыделительных путей (ДЖВП) могут возникать и прогрессировать на фоне воспалительных процессов билиарного тракта (Калинин А.Ф., 2003, Ильченко А.А., 2006). Существование очага воспаления и моторно-тонических нарушений в системе ЖВП не может не вызывать параллельных изменений в моторной функции органов гастродуоденальной зоны. Это подтверждается литературными данными, которые свидетельствуют о частом одновременном вовлечении в патологический процесс при билиарной патологии смежных органов (Урсова Н.И., 2002, Маев И.В., Салова Л.М., 2004). До конца не изучены механизмы, обеспечивающие такую высокую частоту сочетанных нарушений. Вопрос значения гастродуоденальной дисмоторики, как одного из пусковых механизмов возникновения ХБХ и ДЖВП, требует дальнейшего изучения. В отечественной и зарубежной литературе исследования по этой проблеме единичны и неоднозначны (Camilleri M., 1998, Вишневская В.В., 2004). В этой связи, важно внедрение таких методов, которые позволили бы на ранней, скрытой стадии развития болезни проводить диагностику нарушений моторно-тонической функции желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК). В настоящее время существуют разработанные методы регистрации электрической активности желудка и кишечника с поверхности тела, один из них – это периферическая компьютерная электрогастроэнтерография (ПКЭГЭГ). С помощью данного метода изучена моторика гастродуоденальной зоны при язвенной болезни желудка и ДПК (Силуянов С.В., Богданов А.Е., Смирнова Г.О., 1999), при неязвенной диспепсии (Клыкова Е.В., 2002), при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (Задорова М.Г., 2004). Однако, нам не встретилось исследований, направленных на выявление нарушения моторно-тонической функции гастродуоденальной зоны у больных с ХБХ неинвазивным методом ПКЭГЭГ.

Актуальным остается и разработка терапевтических мероприятий при

функциональных заболеваниях ЖВП, сопровождающихся нарушением моторно-тонической функции желудка, ДПК и полостного пищеварения, особенно при неэффективности традиционных схем лечения. Вопросы обоснования тактики лечения данных нарушений и их осложнений до настоящего времени окончательно не решены и остаются в центре внимания как научной, так и практической гастроэнтерологии.

Цель исследования

Изучить особенности нарушения моторно-тонической функции желудка, ДПК и желчевыводящих путей у больных с первичными и вторичными (на фоне ХБХ) дисфункциональными расстройствами билиарной системы для совершенствования методов их медикаментозной коррекции.

Задачи исследования

1. Изучить значение анамнестических данных, особенности клинических проявлений и лабораторных показателей у больных с первичными и вторичными (на фоне ХБХ) дисфункциональными расстройствами билиарной системы для диагностики нарушений моторно-тонической функции желудка, ДПК и желчевыводящей системы.

2. Исследовать состояние секреторной функции желудка и моторно-тонической функции гастродуоденальной зоны у больных с первичными и вторичными (на фоне ХБХ) дисфункциональными расстройствами билиарной системы методом суточной рН-метрии и периферической компьютерной электрогастроэнтерографии.

3. Установить особенности нарушений моторно-тонической функции желудка и ДПК у больных с первичными и вторичными (на фоне ХБХ) дисфункциональными расстройствами билиарной системы в зависимости от вида моторно-тонических расстройств (дисфункции) ЖВП, от степени тяжести и длительности заболевания.

4. Изучить связь между клиническими проявлениями, нарушениями секреции и моторики желудка и ДПК у больных с первичными и вторичными (на фоне ХБХ) дисфункциональными расстройствами билиарной системы.

5. Оценить эффективность традиционной комплексной терапии хронического бескаменного холецистита, учитывающей коррекцию моторно-тонических расстройств желудка, ДПК и билиарного тракта.

6. Оценить клинико-функциональную эффективность включения в схемы комплексной терапии первичных и вторичных (на фоне ХБХ) дисфункциональных расстройств билиарной системы селективных миотропных спазмолитиков.

Научная новизна

Впервые проведена комплексная сравнительная оценка клинической картины, моторно-тонических расстройств ЖВП, желудка и ДПК у больных с первичными и вторичными (на фоне ХБХ) ДЖВП. Изучены патологические взаимосвязи между ДЖВП и нарушениями моторно-тонической функции желудка и ДПК в зависимости от степени тяжести и длительности

заболевания. Впервые выявлены закономерности нарушения моторно-тонической функции желудка и ДПК у больных с первичными и вторичными (на фоне ХБХ) ДЖВП. Установлена корреляционная взаимосвязь между выраженностью клинических проявлений и изменением кислотообразования, нарушениями моторно-тонической функции желудка и ДПК, что позволит индивидуализировать лечение каждого пациента и лучше прогнозировать течение заболевания. Разработаны дифференцированные схемы терапии в зависимости от вида дисфункции ЖП, сфинктерного аппарата ЖВП и моторно-тонических нарушений желудка и ДПК.

Практическая значимость работы

Результаты исследования доказали необходимость комплексного обследования пациентов с первичными и вторичными (на фоне ХБХ) ДЖВП в связи с тем, что у них часто встречаются разнообразные моторно-тонические нарушения желудка и ДПК, которые являются одним из факторов патогенеза заболевания и требуют более интенсивной терапии и диспансерного наблюдения за этими больными. Результаты исследования позволили установить взаимосвязь функциональных изменений в системе ЖВП с нарушениями моторно-тонической и секреторной функции желудка и ДПК. Разработаны и предложены схемы дифференцированной терапии первичных и вторичных (на фоне ХБХ) ДЖВП в зависимости от клинических проявлений, состояния моторной и секреторной функции желудка и ДПК, что позволит снизить частоту обострения заболеваний и улучшить качество жизни пациентов.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту

1. У больных с патологией билиарного тракта в клинической картине наблюдается болевой (96,2%) и диспепсический (93,1%) синдромы. При первичных и вторичных (на фоне ХБХ) дисфункциональных расстройствах ЖВП характер нарушений моторно-тонической функции гастродуоденальной зоны влияет на состояние желчевыделительной функции билиарного тракта, способствуя нарушению пищеварительной функции, модулируя особенности клинической картины заболевания.

2. В структуре клинико-лабораторных проявлений первичных и вторичных (на фоне ХБХ) дисфункциональных заболеваний ЖВП признаки нарушения моторно-тонической функции желудка и ДПК появляются в основном у больных с длительным анамнезом и при тяжелом варианте течения заболевания.

3. Основным методом достоверного определения типа дискинетических расстройств ЖВП остается метод фракционного хроматического дуоденального зондирования (ФХДЗ). Для определения типов нарушения гастродуоденальной моторики может быть использован метод ПКЭГЭГ. Моторно-тонические дисфункции ЖВП прямо коррелируют с нарушениями моторики ДПК.

4. При дисмоторных нарушениях по типу дискоординации с явлениями гиперкинеза желудка и ДПК, или функциональной хронической дуоденальной непроходимости («псевдообструкции», дуоденостаза), по результатам ПКЭГЭГ, в схемах лечения необходимо использовать селективные миотропные

спазмолитики, предпочтительнее – мебеверин.

5. При дисмоторных нарушениях по типу дискоординации с явлениями гипокинеза желудка и ДПК или функционального «псевдостеноза» (гастростаза) выходного отдела желудка показано назначение прокинетики, предпочтительнее - домперидона.

Внедрение в практику

Разработанные схемы обследования и лечения нарушений моторно-тонической функции гастродуоденальной зоны у больных с первичными и вторичными (на фоне ХБХ) ДЖВП внедрены в клиническую практику стационаров ГУЗ МСЧ N33 Департамента здравоохранения г. Москвы, НУЗ ЦКБ N 2 имени Н.А. Семашко ОАО «Российские железные дороги», Главного клинического госпиталя Министерства внутренних дел РФ. Полученные результаты включены в работу кафедры пропедевтики внутренних болезней и гастроэнтерологии ГОУ ВПО МГМСУ Росздрава и используются в лекциях, семинарах и практических занятиях со студентами, аспирантами и врачами.

Апробация диссертации состоялась 16.05.2007 г. на совместном заседании кафедр пропедевтики внутренних болезней и гастроэнтерологии, клинической функциональной диагностики ФПДО ГОУ ВПО МГМСУ Росздрава и сотрудников ГУЗ МСЧ N33 Департамента здравоохранения г. Москвы. Материалы диссертации доложены на XXVI Итоговой научной конференции молодых ученых МГМСУ (Москва, 2 апреля 2004 г.), на 7-ом Международном Славяно-Балтийском научном форуме «Санкт-Петербург – Гастро – 2005» (Санкт –Петербург, 13 мая 2005 г.).

Публикации

По теме диссертации опубликовано 9 печатных работ, в том числе 1 работа в журнале рекомендованном ВАК Министерства образования и науки РФ, 1 методическое пособие.

Структура и объем диссертации

Диссертация изложена на странице машинописного текста и состоит из введения, 4 глав, обсуждения полученных результатов, выводов, практических рекомендаций и списка используемой литературы, включающего 123 отечественных и 108 зарубежных источников. Диссертация иллюстрирована 48 рисунками и 57 таблицами.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования

Обследовано 130 пациентов мужского и женского пола с заболеваниями билиарного тракта: 1 группа - 62 пациента с первичными и 2 группа - 68 пациентов с вторичными (на фоне ХБХ) ДЖВП. В обследование вошли пациенты в возрасте от 18 до 60 лет. Средний возраст пациентов и длительность заболевания в первой группе составили $32,4 \pm 1,8$ (M \pm m) и $6,8 \pm 4,5$ лет, во второй – $48,4 \pm 1,6$ и $10,7 \pm 3,6$ лет соответственно. Лица молодого и зрелого возраста, то есть женщины и мужчины до 50 лет, составили основную группу обследованных – 106 (81,5%). Среди пациентов было 39 (30%) мужчин и 91 (70%) женщина. В качестве контрольной группы (КГ) обследовано 24 практически здоровых добровольца, средний возраст которых составил $38,4 \pm 1,8$ лет, среди них было 12 (50%) женщин и 12 (50%) мужчин. Верификация диагноза проводилась на основании проведенного комплексного обследования, включающего сбор жалоб и анамнеза заболевания, физикальные данные, оценку нутритивного статуса, лабораторное обследование, УЗИ органов брюшной полости, ФХДЗ с последующим микроскопическим и биохимическим исследованием желчи, эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС). С целью выявления моторных нарушений всем больным с первичными и вторичными (на фоне ХБХ) ДЖВП проводились специальные методы исследования: суточная интрагастральная рН-метрия и ПКЭГЭГ.

Оценку функционального состояния билиарной системы и верификацию видов дискинезии ЖВП определяли с помощью ФХДЗ по общепринятой методике. Данное исследование проводилось самим автором в условиях клинической лаборатории ГУЗ МСЧ N 33 ДЗ г. Москвы. ФХДЗ позволило косвенно судить о моторной активности ДПК. Так, выраженность дуоденостаза, в зависимости от объема и длительности получения дуоденальной желчи (А-кишечная), оценивалась нами по степеням: дуоденостаз не выражен – объем А-кишечной желчи - от 35 до 45 мл за 25 мин, умеренно выраженный – от 45 до 55 мл за 35 мин, значительно выраженный – от 55 мл и выше за 45 мин.

На базе диагностических отделений ГУЗ МСЧ N33 ДЗ г. Москвы проводилось двухмерное УЗИ печени, на аппаратах «SSD-5500» фирмы «Аloka» (Япония), ЭГДС - фиброгастродуоденоскопом фирмы "Olympus" типа GIF PQ-10 (Япония).

Для рН-мониторирования использовался аппарат «Гастроскан-24» фирмы «Исток-Система» (Фрязино, Россия).

Определялись следующие показатели:

- 1) тип кислотности,
- 2) наличие патологических гастроэзофагеальных рефлюксов (ГЭР), на основании увеличения общего числа рефлюксов по сравнению с нормой (менее 46,9 ГЭР в сутки),
- 3) наличие дуоденогастральных рефлюксов (ДГР) – по эпизодам резкого повышения рН до щелочных или нейтральных цифр (до 5-6 ед.) в антральном отделе, не связанных с приемом пищи.

Методом ПКЭГЭГ оценивали электрическую активность желудка и ДПК. За основу была принята методика, разработанная В.Г. Ребровым (1980). Использовался аппаратно-вычислительный комплекс «Миограф», созданный НПО «Исток», обеспечивающий прием и регистрацию сигнала с накожных электродов, наложенных на конечности, а также хранение, обработку и документальное представление полученной информации.

Полученные данные обрабатывали на IBM Intel Pentium VI с помощью пакета статистической программы «Statistica for Windos V 7.0, Microsoft Excel -97». Вероятность различий полученных данных определялась по таблице Стьюдента и принималась за достоверную, начиная с $p \leq 0,05$. Проводился корреляционный анализ с использованием коэффициента корреляции с оценкой достоверности.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Общая характеристика обследованных больных

Наши исследования показали преобладание среди пациентов с первичными и вторичными (на фоне ХБХ) дисфункциями ЖВП женщин (70%), которое приобретало достоверный характер во всех возрастных группах. Соотношение по полу мужчин и женщин составило 1:2,3.

Анализ возрастного состава, показал, что первичные ДЖВП в 2 раза чаще наблюдаются у женщин молодого возраста (от 18 до 39 лет), а дисфункциональные расстройства вторичного (на фоне ХБХ) характера в большей степени характерны для лиц женского пола более старшей возрастной категории (от 30 до 60 лет).

Из клинических симптомов у обследованных пациентов, в целом, на первый план в силу большей способности снижать трудоспособность и качество жизни выступал болевой абдоминальный синдром у 96,2% пациентов, на втором месте, практически не уступая болевому синдрому, находился диспепсический синдром – у 93,1%. На отсутствие боли указывали лишь 3,8% пациентов с первичными ДЖВП. Частота встречаемости болевого синдрома (табл. 1) достоверно не превалировала в зависимости от вида - первичные или вторичные (на фоне ХБХ) ДЖВП ($p < 0,05$).

Нами были выявлены достоверные отличия особенностей клинической картины, которые касались клиники желудочной и кишечной диспепсии. Так, у пациентов с первичными ДЖВП обнаруживалось некоторое преобладание симптомов желудочной (изжога, отрыжка, тошнота) диспепсии, в то время как у пациентов с вторичными (на фоне ХБХ) ДЖВП достоверно чаще регистрировались признаки кишечной (чувство тяжести, метеоризм) диспепсии (табл. 1).

Таблица 1

Частота регистрации субъективных симптомов у пациентов с первичными (1 группа) и вторичными (на фоне ХБХ) (2 группа) дисфункциональными расстройствами ЖВП

Клинические симптомы	Частота встречаемости признака, в % (M±m)	
	Первичные дисфункции ЖВП (1 группа n=62)	Вторичные (на фоне ХБХ) дисфункции ЖВП (2 группа n=68)
Болевой синдром	91,9±6,1	100
Чувство тяжести	30,6±3,2	61,8±5,9
Изжога	48,4±5,4	47,1±4,2
Отрыжка	41,9±4,2	26,5±3,5
Тошнота	46,8±4,3	44,1±3,8
Рвота	1,6±0,5	5,9±1,3
Горький вкус во рту	29,0±5,6	35,3±6,8
Непереносимость жирной пищи	54,8±6,4	64,7±7,4
Метеоризм	30,6±5,1	61,8±7,1
Запоры	41,9±5,2	47,1±5,4
Диарея	9,7±3,5	14,7±4,6

Проведенный анализ клинической картины позволил предположить наличие не только типа (спастический или гипокинетический) ДЖВП, но и выявить признаки нарушений эвакуаторно-моторной функции желудка и ДПК. Для пациентов с гипокинетическим типом ДЖВП был характерен менее интенсивный, но более постоянный болевой синдром, характеризующийся т.н. «дистензионным симптомокомплексом» - постоянные тупые или периодические ноющие боли в правом подреберье и эпигастрии, чаще провоцирующиеся приемом жирной, острой, жареной пищи, сопровождающиеся чувством тяжести в верхней половине живота, тошнотой, рвотой, метеоризмом, неустойчивым стулом, что свидетельствует о наличии у больных нарушений моторики (в виде антрадуоденальной дискоординации, гастро- и дуоденостаза, ДГР) гастродуоденальной зоны.

Для пациентов со спастическим типом ДЖВП был характерен т.н. «спастико-гипотонический симптомокомплекс» с эпизодами сильной приступообразной (коликообразной) боли в эпигастрии или в правом подреберье с иррадиацией в межлопаточное пространство, возникающей после физической нагрузки и эмоционального стресса, сопровождающейся изжогой и чувством горечи во рту, тошнотой, отрыжкой, что также свидетельствует о наличии нарушений моторики желудка и ДПК (в виде ДГР, гастростаза, ГЭР).

Анализ выраженности болевого и диспепсического синдромов в зависимости от возраста выявил, что у пациентов с первичными ДЖВП с

увеличением возраста выраженность болевого синдрома уменьшается, растет частота регистрации постоянного характера болей. Что же касается диспепсического синдрома, то частота регистрации выраженного его характера также растет с возрастом пациентов. У пациентов с ХБХ обнаружены подобные закономерности, с той лишь разницей, что выраженность болевого синдрома у пациентов с ХБХ имеет тенденцию к росту, что объясняется как воспалительным характером заболевания, так и наличием у больных с ХБХ более выраженных моторно-тонических нарушений гастродуоденальной зоны. С увеличением возраста и длительности заболевания увеличивалась и частота таких кишечных диспепсических симптомов, как метеоризм и диарея. Нарастание данных симптомов было обусловлено имеющимся нарушением полостного пищеварения у больных с ХБХ. Наоборот, явления желудочного дискомфорта и изжога наблюдались реже. Нами была выявлена прямая корреляционная связь между длительностью течения первичных и вторичных (на фоне ХБХ) ДЖВП и частотой проявления и выраженностью клинической картины ($r=0,77$, $p<0,05$).

Пациенты с вторичными (на фоне ХБХ) ДЖВП имели более выраженную клиническую картину заболевания, чем пациенты с первичными ДЖВП. К пятому – шестому году заболевания тяжесть и выраженность клинической картины у пациентов с вторичными (на фоне ХБХ) дисфункциями ЖВП достигала $3,9 \pm 0,1$ баллов, в то время как у пациентов с первичными ДЖВП без ХБХ выраженность симптомов составляла $1,2 \pm 0,4$ балла ($p<0,05$). Достоверных различий в обеих группах между длительностью и частотой обострения выявлено не было.

При анализе копрологических показателей как у лиц с коротким, так и особенно у пациентов с длительным анамнезом была отмечена тенденция к формированию синдрома белково-энергетической недостаточности. Нами зафиксировано, что чем длительнее протекает заболевание, тем чаще встречаются нарушения переваривания основных компонентов пищи. У длительно болеющих пациентов, особенно с вторичными (на фоне ХБХ) ДЖВП, были выявлены показатели нарушения пищеварения, не только связанные с дисфункцией билиарного аппарата, ПЖ и ДПК, но и нарушения желудочного пищеварения (присутствие в умеренном количестве соединительной ткани в кале (++)). Соединительная ткань достоверно ($p<0,05$) чаще выявлялась при вторичном гипокинезе ЖП ($34,6 \pm 0,9\%$ и $42,3 \pm 1,8\%$) и при спазме сфинктера Одди на фоне ХБХ ($14,8 \pm 0,4\%$ и $22,2 \pm 1,2\%$), соответственно, у больных с коротким и длинным анамнезом болезни. Нами выявлено, что при ДЖВП первичного и особенно вторичного (на фоне ХБХ) характера имеет место не только нарушение эмульгирования жира (появление в кале следов нейтрального жира, жирных кислот и мыл), но и нарушение процессов внутриполостного пищеварения, которое у пациентов с ХБХ прямо коррелировало с длительностью заболевания ($r=0,52$; $p<0,05$). По данным литературы (Kachel J., Ruppin H., 1990, Маев И.В., Петухов А.Б., 2005), на ранних стадиях при первичной дисфункции ЖВП, белково-энергетическая недостаточность носит функциональный характер, в дальнейшем, по мере увеличения длительности заболевания, нарушения питания приобретают более стойкий характер.

Проведенное ФХДЗ позволило нам более детально выявить

функциональные изменения в системе ЖВП, четко определить тип моторно-тонических нарушений ЖВП и сформировать указанные ниже группы обследуемых пациентов (табл. 2).

При анализе ФХДЗ нами было отмечено, что у пациентов с первичными и вторичными (на фоне ХБХ) ДЖВП как спастического (спазм сфинктера Одди), так и гипокинетического типа (гипокинез ЖП) имеются косвенные признаки нарушения моторики ДПК, проявляющиеся умеренно или значительно выраженным дуоденостазом, причем степень выраженности дуоденостаза коррелировала с видом дискинезии. У больных с первичными ДЖВП спастического (в сочетании со спазмом сфинктера Одди) и гипокинетического (гипокинез ЖП) характера имелись признаки незначительно выраженного дуоденостаза (соответственно, объем дуоденальной желчи $46,4 \pm 1,4$ мл за $35 \pm 2,1$ мин и $48,6 \pm 2,6$ за $35 \pm 3,2$ мин), тогда как у пациентов со спазмом сфинктера Люткенса дуоденостаз отсутствовал ($38,5 \pm 2,1$ мл за $28 \pm 2,3$ мин) ($p < 0,05$). У лиц с вторичными (на фоне ХБХ) ДЖВП, особенно с гипокинезом ЖП, выраженность дуоденостаза была достоверно ($p < 0,05$) значительно большей ($56,1 \pm 2,3$ мл за $45 \pm 3,1$ мин), чем у пациентов с первичным гипокинезом ЖП (см. табл. 2).

Данные ФХДЗ показали, что спазм сфинктера Одди, проявляющийся удлинением второй фазы ФХДЗ, сопровождался дистензией ЖП, более выраженной при вторичных (на фоне ХБХ) дисфункциях ЖВП, чем при первичных, соответственно объем пузырной желчи был достоверно ($p < 0,05$) увеличен до $104,9 \pm 7,3$ мл и $90,8 \pm 3,2$ мл, наблюдалось некоторое удлинение времени ее выделения до $48,6 \pm 4,1$ мин и $36,8 \pm 2,3$ мин ($p < 0,05$), однако скорость выделения практически не отличалась от показателей КГ ($14,1 \pm 0,5$ мл/5мин и $13,4 \pm 0,5$ мл/5мин соответственно, $p < 0,05$). Удлинение времени выделения пузырной желчи было связано не с гипокинезией ЖП, а с увеличением объема пузырной желчи, т.е. со снижением тонуса ЖП. Этот факт совпадает с мнением многих исследователей (Маев И. В., Салова Л. М., 1998, Сучкова Е.Н., 2004) о том, что длительное существование спазма сфинктера Одди в итоге может привести к снижению функциональной активности ЖП и в прогностическом плане течение заболевания у этих больных неблагоприятное, и возможно присоединение гипокинезии ЖП.

При ЭГДС, в целом, независимо от вида дисфункций ЖВП, преобладали изменения в желудке и ДПК. Хронический гастрит и дуоденит встречался несколько чаще у пациентов с ХБХ, чем при первичных ДЖВП (соответственно у 97,1% и 82,4%, 79,0% и 66,7% пациентов). Рубцовая деформация луковицы ДПК встречалась несколько реже, соответственно в 17,7% и 38,2% случаях при первичных и вторичных дисфункциях ЖВП.

При изучении состояния кислотообразующей функции желудка нами было отмечено преобладание у пациентов с первичными ДЖВП гиперацидных состояний (56,1%), в то время как у 50% пациентов с вторичными (на фоне ХБХ) ДЖВП отмечалось изменение кислотообразования по типу гипоацидности, а у лиц с длительностью анамнеза более 5 лет – по типу анацидности (2,9%). Преобладание состояний гипо- и анацидности у пациентов с вторичными (на фоне ХБХ) ДЖВП связано с прогрессирующими явлениями атрофии слизистой оболочки желудка, на фоне часто

сопутствующих ХБХ, ДГР и гастродуоденита. Достоверных различий в отношении общего числа ГЭР и ДГР между пациентами с первичными и вторичными ДЖВП выявлено не было. Однако, частота регистрации патологических ГЭР у лиц с вторичным гипокинезом ЖП достоверно ($p < 0,05$) превышала частоту выявления ГЭР у больных с первичным гипокинезом ЖП, составляя соответственно 80,8% и 57,1%.

Таблица 2

Показатели желчевыделительной функции гепатобилиарной системы у больных с дисфункциональными расстройствами ЖВП и ХБХ ($M \pm m$)

Показатели ФХДЗ	КГ n=24	Первичные дисфункции ЖВП 1 группа (n=62)			Вторичные (на фоне ХБХ) дисфункции ЖВП 2 группа (n=68)		
		Спазм сф. Одди n=26	Спазм сф. Люткенса n=15	Гипокинез ЖП n=21	Спазм сф. Одди n=27	Спазм сф. Люткенс а n=15	Гипокинез ЖП n=26
Объем дуоденальной желчи, мл	23,8±2,2	46,4±1,4**	38,5±2,1*	48,6±2,6**	54,6±1,2**	43,3±0,4*	56,1±2,3**
Время выделения порции А-киш, мин	18±2,3	35±2,1**	28±2,3*	35±3,2**	36±2,4**	30±1,4*	45±3,1**
Время закрытого сфинктера Одди, мин	4,6±0,2	17,2±1,2**	5,2±0,4	4,6±1,2**	24,3±1,4**	8,2±0,8*	10,1±0,6**
Латентный период пузырного рефлюкса, мин	3,2±1,2	4,1±0,3	9,6±0,2*	3,6±0,4*	4±0,4*	10,2±0,3*	3,8±0,7*
Объем пузырной желчи, мл	75,9±2,2	90,8±3,2**	89,9±2,4*	99,8±6,1**	104,9±7,3**	99,8±3,9*	123,8±3,2**
Время выделения пузырной желчи, мин	28,8±1,6	36,8±2,3**	44,4±0,6*	58,4±3,6**	48,6±4,1**	46,1±2,3*	83,4±2,4
Скорость выделения пузырной желчи, мл/5мин	13,4±0,5	13,8±0,5	10,2±0,3*	8,3±0,8*	14,1±0,5*	10,1±0,4*	7,3±0,8*

Примечание: * – достоверность различий с контрольной группой / $p < 0,05$ /,

** – достоверность различий показателей у больных с ХБХ и без ХБХ / $p < 0,05$ /

Моторика желудка и ДПК у пациентов с первичными и вторичными (на фоне ХБХ) дисфункциями ЖВП по данным ПКЭГЭГ

ПКЭГЭГ позволила выявить моторно-тонические нарушения желудка и ДПК в 89,2% случаев. По данным литературы, диагностические возможности метода ПКЭГЭГ выше, чем рентгенологического и динамической сцинтиграфии желудка и ДПК (Огнева Т.В., 1978, Нугаева Н.Р., Игнатьева В.Б., 1999). Применение его актуально у больных с заболеваниями билиарного тракта, так как в дальнейшем определяет лечебную тактику.

По данным ПКЭГЭГ с учетом рекомендованной классификации (Закиров Д.Б., 1998, Смирнова Г.О., Силуянов Н.В., 2001), в целом, у пациентов с первичными и вторичными (на фоне ХБХ) дисфункциями ЖВП нами выявлено 4 типа моторно-тонической дисфункции желудка и ДПК: 1 тип - функциональная дискоординация моторики желудка и ДПК (60% пациентов), 2 тип – признаки функционального «псевдостеноза» (гастростаза) выходного отдела желудка (10,8% пациентов), 3 тип – явления функциональной хронической дуоденальной непроходимости (ХДН) («псевдообструкции», дуоденостаза) (18,5% пациентов), 4 тип – вариант нормы - нарушений моторики не выявлялось у 10,8% пациентов.

У 78 пациентов (60%) выявлены изменения по типу **функциональной дискоординации** моторики желудка и ДПК. При более детальном анализе выявленных моторных изменений гастродуоденальной зоны мы обнаружили, что часть пациентов - 21 человек (16,1%) демонстрирует сниженную электрическую активность на частотах желудка до приема пищи при нормальных показателях активности на частотах ДПК с последующей нормализацией активности на частотах желудка после приема пищи (первый вариант – **гипокинезия желудка**); у другой части - 28 больных (21,5%) обнаружена повышенная электрическая активность на частотах ДПК до еды с нормализацией активности после пищевой стимуляции при неизменных показателях электрической активности на частотах желудка (второй вариант – **преждевщая гиперкинезия ДПК**); наконец, у третьих - 29 (22,3%) выявлены пониженные показатели электрической активности на частотах ДПК натощак, которые нормализовались после пищевой стимуляции, с одновременным отсутствием каких-либо изменений электрической активности на частотах желудка (третий вариант – **гипокинезия ДПК**).

У пациентов с **функциональной дискоординацией гастродуоденальной зоны при наличии гипокинезии желудка** электрическая активность на частотах желудка натощак была снижена и повышалась до нормальных показателей после приема пищи. Электрическая активность на частотах ДПК была в пределах нормы. Ответ на пищевую стимуляцию на частотах желудка был своевременным, с 12 по 18 минуту, 3-х фазным, адекватным по силе. Коэффициент соотношения электрической активности желудка/ДПК натощак был снижен, нормализовался после пищевой стимуляции. Коэффициент ритмичности на частотах желудка был снижен натощак.

При ПКЭГЭГ у пациентов с **функциональной дискоординацией гастродуоденальной зоны при наличии преобладающего гиперкинеза ДПК**

электрическая активность на частотах желудка натощак и после приема пищи была в пределах нормы. Электрическая активность на частотах ДПК натощак была повышена в 2-3 раза, при стимуляции электрическая активность снижалась. Ответ на пищевую стимуляцию на частотах желудка был своевременным, с 12 по 18 минуту, 3-х фазным, адекватным по силе. Коэффициент ритмичности желудка был в пределах нормы. Коэффициент соотношения электрической активности желудка/ДПК был несколько снижен натощак и нормализовался после пищевой стимуляции.

При варианте **дискоординации с гипокинезией ДПК** отмечалось снижение электрической активности на частотах ДПК натощак. На частотах желудка и после пищевой стимуляции на частотах ДПК показатели электрической активности были в пределах нормы.

У 24 пациентов (18,5%) отмечались **признаки нарушения моторики ДПК с явлениями функциональной ХДН («псевдообструкции», дуоденостаза)**. Оценивая состояние ДПК у этих больных по данным ПКЭГЭГ, мы обнаружили, что ДПК находится в состоянии постоянного гипертонуса, миографически на частотах ДПК выявлялось повышение электрической активности натощак и после пищевой стимуляции в 4-5 раз. Адекватного ответа на пищевую стимуляцию на частотах желудка не получено, ответ на стимуляцию на частотах ДПК был длительным – более 30 минут. Коэффициент ритмичности был повышен в 8 и более раз натощак и при стимуляции ($p < 0,05$). Коэффициент соотношения электрической активности желудка к ДПК натощак и после пищевой стимуляции был достоверно снижен по сравнению с КГ ($p < 0,05$). В этой связи нами решено в определение данного миографического типа нарушения моторики гастродуоденальной зоны внести коррекцию, уточнив состояние ДПК как дуоденостаз.

У 14 пациентов (10,8%) при ПКЭГЭГ были выявлены **нарушения моторики гастродуоденальной зоны в виде признаков функционального «псевдостеноза» (гастростаза) выходного отдела желудка**. При ПКЭГЭГ электрическая активность желудка после пищевой стимуляции была резко повышена, а электрическая активность ДПК была понижена. Ответ на пищевую стимуляцию на частотах желудка был ранним и длительным - с 10 по 18-24 минуту, фазовость ответа электрической активности желудка при стимуляции была нарушена. Коэффициент соотношения электрической активности желудка к ДПК натощак и после пищевой стимуляции был повышен.

Дуоденогастральный рефлюкс методом ПКЭГЭГ регистрировался в 74,6% случаев. Нами было отмечено, что наиболее часто он встречался при первичном и вторичном (на фоне ХБХ) гипокинезе ЖП, соответственно в 81,0% и 92,3% случаев, несколько реже при вторичном (на фоне ХБХ) и первичном спазме сфинктера Одди, соответственно – 65,4% и 77,8% случаев. Первичная дисфункция сфинктера Люткенса сопровождалась ДГР в наименьшем проценте случаев – 46,7%.

Анализ частоты встречаемости различных типов моторных нарушений желудка и ДПК по данным ПКЭГЭГ в зависимости от типа дисфункций ЖВП выявил, что у пациентов с первичным спазмом сфинктера Люткенса отмечен

более высокий процент отсутствия нарушений моторики - у 40% больных, в то время как у пациентов с первичным спазмом сфинктера Одди и гипокинезом ЖП вариант нормы встречался в три и четыре раза реже, соответственно у 11,5% и у 9,5% больных.

У пациентов с первичным спазмом сфинктера Одди и гипокинезом ЖП наиболее часто отмечались изменения по типу функциональной дискоординации моторики желудка и ДПК с преходящей гиперкинезией ДПК, соответственно у 38,5% и 38,1% больных. Вторым по частоте видом нарушения моторики у пациентов с первичными ДЖВП были нарушения по типу функциональной ХДН («псевдообструкции», дуоденостаза), которые достоверно чаще отмечались у пациентов с гипокинезом ЖП – 23,8%, чем при спазме сфинктера Одди – 15,4% и спазме сфинктера Люткенса – 13,3%. Нарушения моторики по типу функционального «псевдостеноза» (гастростаза) выходного отдела желудка и по типу функциональной дискоординации моторики желудка и ДПК с преходящей гипокинезией желудка и у пациентов с первичным гипокинезом ЖП выявлялись достоверно реже (4,8% и 9,5%), чем при спастических типах (спазм сфинктера Одди и спазм сфинктера Люткенса) первичных ДЖВП (соответственно, в 15,4%, 7,85 и 13,3% случаев) ($p < 0,05$).

Нами было отмечено, что у пациентов с вторичным (на фоне ХБХ) гипокинезом ЖП нарушения моторно-тонической функции желудка ДЖВП у половины обследованных были представлены функциональной дискоординацией моторики желудка и ДПК с преходящей гипокинезией ДПК и функциональным дуоденостазом (53,8%). Реже отмечались нарушения моторики желудка в виде явлений функционального гастростаза и гипокинеза желудка – у 30,8% пациентов. У пациентов с вторичным спазмом сфинктера Одди и сфинктера Люткенса нарушения моторики по типу преходящего гипокинеза желудка или ДПК были ведущими, соответственно в 22,2% и 37,0% и в 20,0% и 33,3% случаев. Признаки функционального дуоденостаза выявлялись достоверно ($p < 0,05$) реже, соответственно у 14,8% и 13,3% пациентов со спазмом сфинктера Одди и со спазмом сфинктера Люткенса, чем при гипокинезе ЖП (20,0%).

Сопоставление нарушений моторно-тонической функции желудка и ДПК у пациентов с первичными и вторичными (на фоне ХБХ) ДЖВП в зависимости от длительности течения заболевания показало, что у пациентов с первичными ДЖВП с длительностью анамнеза более 5 лет происходит достоверное уменьшение частоты встречаемости нарушения моторики по типу функциональной дискоординации желудка и ДПК с преходящей гиперкинезией ДПК (у 16,1% пациентов в течение первых лет заболевания и в 3,2% случаев с длительностью заболевания более 15 лет) и увеличение числа пациентов с гипокинезом ДПК и признаками функционального дуоденостаза (с 3,2% до 17,4%) ($p < 0,05$). У пациентов с вторичными (на фоне ХБХ) ДЖВП с длительностью анамнеза более 5 лет процент встречаемости нарушения моторики по типу функциональной дискоординации желудка и ДПК с преходящей гиперкинезией ДПК в первые годы заболевания был достоверно значительно меньшим (7,4%), чем у пациентов с первичными ДЖВП ($p < 0,05$). При длительности анамнеза более 15 лет нарушение моторики по типу функциональной дискоординации желудка и ДПК с преходящим гипокинезом

ДПК и признаками функционального дуоденостаза выявлялись достоверно ($p < 0,05$) чаще, соответственно у 10,3% и 7,4% пациентов.

При вторичных (на фоне ХБХ) ДЖВП при длительности анамнеза более 15 лет возрастало число пациентов с признаками гипокинеза желудка и функционального гастростаза выходного отдела желудка (8,8% и 7,4% пациентов, соответственно). Подобные закономерности, по-видимому, объясняются резким снижением с течением времени компенсаторных возможностей и снижением сократительной способности гладкой мускулатуры желудка и ДПК, что и приводит к формированию гастродуоденостазов. Ряд авторов (Corazziari E., Hogan W.J., 1999, Маев И.В., Самсонов А.А., 2005) указывают, что выраженный дуоденостаз развивается при вовлечении в патологический процесс ЖП и ПЖ. С другой стороны, сам дуоденостаз значительно снижает функционирование указанных органов. Явления дуоденостаза у больных с патологией ЖВП связаны с выраженностью и распространенностью сопутствующего хронического дуоденита. Нами выявлена прямая корреляционная зависимость между частотой встречаемости нарушения моторики по типу функциональной дискоординации желудка и ДПК с преходящим гипокинезом ДПК и признаками функционального дуоденостаза и длительностью заболевания ($r = 0,64$, $p < 0,05$), при статистической обработке результатов было выявлено, что различия между группами статистически достоверны ($\chi^2 - 15,14$, $p < 0,05$).

Сопоставление выраженности клинических проявлений и наличия моторных нарушений при первичных и вторичных (на фоне ХБХ) ДЖВП выявило, что все случаи с клинической симптоматикой протекали на фоне нарушений моторики желудка и ДПК, при этом тип дисфункции ЖВП не имел никакого значения. У части пациентов нарушения моторной функции протекали без клинических проявлений, т.е. дискинезия и гипотония желудка и ДПК опережали клинические проявления. Особенно часто это отмечалось в группе пациентов с первичными дисфункциями ЖВП (19,4%), значительно реже у пациентов с ХБХ (2,9%).

Анализ клинической картины показал, что независимо от вида дисфункции ЖВП функциональная дискоординация гастродуоденальной зоны с гипокинезией желудка и гипокинезией ДПК и нарушение по типу функционального «псевдостеноза» (гастростаза) соответствовали преимущественно «дистензионному» симптомокомплексу и желудочной диспепсии, а функциональный дуоденостаз и дискоординация с явлениями гиперкинеза ДПК – «спастическому» симптомокомплексу и кишечной диспепсии.

Анализ уровня кислотообразования при различных видах дисмоторики желудка и ДПК, выявленных методом ПКЭГЭГ, показал прямую корреляционную связь гиперацидности с функциональной дискоординацией моторики с явлениями гиперкинезии ДПК и функциональной ХДН («псевдообструкцией», дуоденостазом), а состояние гипоацидности - с функциональным «псевдостенозом» (гастростазом) выходного отдела желудка или функциональной дискоординацией моторики с гипокинезией желудка ($r = 0,53$, $p < 0,05$). Нормацидность чаще всего сопровождалась бессимптомным

течением и отсутствием нарушений моторики или функциональной дискоординацией с гиперкинезией ДПК.

Проведенный корреляционный анализ между типами нарушения моторно-тонической функции гастродуоденальной зоны и степенью нарушения желудочного и кишечного пищеварения (по данным общего анализа кала) установил слабую прямую корреляционную связь ($r=0,22$, $p<0,05$) у пациентов с первичными дисфункциями ЖВП. У пациентов с длительностью анамнеза до 5 лет независимо от типа дисфункции ЖВП (спазм сфинктера Одди и гипокинез ЖП) преобладало нарушение моторики по типу преходящей дисфункции желудка и ДПК с гиперкинезом ДПК, а в анализах кала наблюдалась картина нарушения кишечного пищеварения (преобладание мышечных волокон (++) и жирных кислот (++)). При длительности анамнеза более 15 лет преобладало нарушение моторики по типу функционального дуоденостаза, а в анализах кала становились более выраженными признаки нарушения не только кишечного, но и желудочного пищеварения (отмечалось появление соединительной ткани (++)). У пациентов с вторичными (на фоне ХБХ) дисфункциями ЖВП была установлена сильная прямая корреляционная связь ($r=0,72$, $p<0,05$) между типами нарушения моторно-тонической функции гастродуоденальной зоны и степенью нарушения желудочного и кишечного пищеварения. Независимо от типа дисфункции ЖВП у пациентов с ХБХ, чем чаще преобладало нарушение моторно-тонической функции по типу функциональной дискоординации желудка и ДПК с преходящей гипокинезией желудка и ДПК, тем более выраженнее в анализах кала отмечались признаки нарушения кишечного и желудочного пищеварения, в большей степени выраженные у лиц с гипокинезом ЖП. При анамнезе менее 5 лет у данных пациентов преобладало нарушение моторики по типу функциональной дискоординации желудка и ДПК с преходящей гиперкинезией ДПК, которые с течением времени (анамнез более 15 лет) сменялись гипокинезом ДПК, а в анализах кала отмечались признаки сильно выраженного нарушения желудочного и кишечного пищеварения (преобладание мышечных волокон (+++), соединительной ткани (+++), жирных кислот (+++) и мыл (+++)).

Таким образом, показательным видом нарушения моторики, коррелирующим с клиническими и клинико-лабораторными данными, явились признаки функциональной ХДН («псевдообструкции», дуоденостаза) и гипокинеза ДПК, которые наиболее часто обнаруживались у пациентов с гипокинезом ЖП как первичного, так и вторичного характера, что подтверждает патогенетическую взаимосвязь между выраженными расстройствами моторно-тонической функции ЖП. Анализируя пути нарушения моторики желудка и ДПК, мы обнаружили наличие неразрывной связи моторно-тонических нарушений гастродуоденальной зоны и системы ЖВП. Так, чем выраженнее было нарушение моторики гастродуоденальной зоны по типу дуоденостаза, тем отчетливее страдала моторная функция ЖВП. По-видимому, в данном случае имеет место формирование так называемого «порочного» круга.

Нарушения функции билиарного аппарата, застойно-воспалительные изменения в ЖП, сопровождаясь выраженным болевым синдромом, приводят к билиарной недостаточности, вызывают явления дуоденостаза, который при своем длительном течении за счет хронического повышения давления в

полости ДПК способствует нарушению гастродуоденальной эвакуации, развитию ДГР, гастростаза, нарушению секреции желудка, нарушению пищеварения в желудке, нарушению пищеварения в ДПК, усугубление дуоденостаза. Это приводит к еще большему развитию застойных явлений со стороны ЖП.

Таким образом, происходит замыкание «порочного» круга, вызывающего прогрессирование нарушений моторно-тонической функции, полостного пищеварения, белково-энергетической недостаточности.

Анализируя вышеизложенное, можно сделать вывод, что имеющиеся моторно-тонические расстройства у пациентов с первичными и вторичными (на фоне ХБХ) ДЖВП приводят к синдрому белково-энергетической и пищеварительной недостаточности разной степени выраженности, прогрессирующей по мере увеличения длительности заболевания. Как явные, так и скрытые, латентно протекающие патологические процессы значительно снижают показатели здоровья и качества жизни пациентов, что требует подбора адекватной терапии и последующего динамического наблюдения.

С учетом клиники и выявленных нарушений моторики гастродуоденальной зоны нами проведена сравнительная оценка эффективности некоторых видов патогенетической терапии первичных и вторичных (на фоне ХБХ) ДЖВП, с результатами включения в схему лечения современного миотропного спазмолитика мебеверина. В соответствии с целью исследования каждая из указанных 2-х групп была рандомизирована на две подгруппы, в зависимости от вида назначаемой терапии (табл. 3).

Антибактериальная терапия проводилась всем пациентам 2-й группы, страдающим ХБХ, у которых по данным лабораторного и УЗИ исследованиям были выявлены признаки обострения заболевания.

У ряда пациентов с явлениями изжоги применялись антациды – маалокс по 1 саше 3 раза за 30 минут до еды. Терапию больным начинали на 2-3 день стационарного лечения после проведения комплекса диагностических мероприятий. Особенности клинической картины анализировались через 7, 14 и 30 дней от начала терапии. По окончании анализируемых видов терапии проводились повторные лабораторно-инструментальные исследования: копрологическое исследование, ФХДЗ, УЗИ, [рН-метрия](#), [ПКЭГЭГ](#).

Распределение больных на группы в зависимости от схемы лечения

Группа больных	Схема лечения
1А группа, контрольная (31 человек) - больные с первичной дисфункцией ЖВП	1. Диета (стол 5). 2. Креон 10000 по 1 кап. 3 раза в день. 3. Маалокс по 1 саше через 1,5 часа после еды и на ночь 4. Средства, влияющие на моторную функцию ЖВП*. 5 Средства, влияющие на моторику гастродуоденальной зоны**.
1Б группа, основная (31 человек) - больные с первичной дисфункцией ЖВП	1. Диета (стол 5). 2. Креон 10000 по 1 кап. 3 раза в день. 3. Маалокс по 1 саше через 1,5 часа после еды и на ночь 4. Мебеверин по 200 мг 2 раза в день за 20 мин. до еды.
2А группа, контрольная (30 человек) - больные с дисфункцией ЖВП на фоне ХБХ	1. Диета (стол 5). 2. Креон 10000 по 1 кап. 3 раза в день. 3. Маалокс по 1 саше через 1,5 часа после еды и на ночь 4. Средства, влияющие на моторную функцию ЖВП*. 5. Средства, влияющие на моторику гастродуоденальной зоны**. 6. Кларитромицин 500 мг 2 раза в день.
2А группа, основная (38 человек) - больные с дисфункцией ЖВП на фоне ХБХ	1. Диета (стол 5). 2. Креон 10000 по 1 кап. 3 раза в день. 3. Маалокс по 1 саше через 1,5 часа после еды и на ночь 4. Кларитромицин 500 мг 2 раза в день. 5. Мебеверин по 200 мг 2 раза в день за 20 мин. до еды.

Примечание: * Средства, влияющие на моторную функцию ЖВП, назначались с учетом преобладающего типа дисфункции: при спастической дисфункции назначался спазмолитик дротаверин (но-шпа) по 40 мг 3 раза в день; при гипомоторной функции ЖП назначался аллохол по 2 табл. 3 раза в день.

** Средства, влияющие на моторику гастродуоденальной зоны, с учетом клиники и выявленных нарушений моторики желудка и ДПК назначался домперидон (мотилиум) 10 мг 3 раза в день до еды в течение 30 дней, или миотропные спазмолитик – дротаверин (но-шпа).

По окончании курса лечения, на фоне применения мебеверина в составе комплексной терапии отмечена выраженная положительная клиническая динамика, проявившаяся в купировании абдоминального болевого синдрома у 100% больных группы 1Б, 94,7% - в 2Б группе (против 83,9% - в группе 1А, 80% - в 2А группе).

Анализ динамики купирования диспепсического синдрома в целом обнаружил отставание темпов исчезновения симптомов нарушения пищеварения от скорости купирования болевого синдрома и больший (до 46,7% в подгруппе 2А) процент сохранения явлений кишечной диспепсии к концу курса стандартной терапии (группы А). Вместе с тем, применение в составе комплексной терапии мебеверина приводило к достоверно ($p < 0,05$) более быстрому исчезновению указанной симптоматики, причем наилучшие результаты и на этот раз были зарегистрированы у пациентов с первичными ДЖВП (группа 1Б). На втором месте оказались больные с вторичной дисфункцией ЖВП (группа 2Б); так, у последних к 30-му дню лечения явления диспепсии сохранялись у 4 (10,5%) пациентов.

Нами было отмечено, что на фоне приема комплексной стандартной терапии (без мебеверина) (группа 1А), только у 71% пациентов отмечалось разрешение запоров к 30-му дню лечения. У пациентов 1Б группы к концу лечения стул нормализовался в 100% случаев. У пациентов с ХБХ, получавших мебеверин, нарушение стула к концу лечения наблюдалось только у 5,3%, в группе 2А соответственно у 26,7%.

У пациентов с вторичными (на фоне ХБХ) ДЖВП на фоне лечения улучшение и нормализация работы билиарного аппарата к концу курса терапии отмечены в меньшем проценте случаев, чем при первичных ДЖВП. Вместе с тем у больных с ХБХ, принимавших мебеверин, нарушения моторно-тонической функции ЖВП по данным ФХДЗ выявлены у 15,8% пациентов, тогда как на фоне стандартной терапии процент улучшения состояния моторики билиарного тракта составил всего 40,0%.

По данным ПКЭГЭГ у пациентов с первичными ДЖВП (1Б группа) отсутствие моторных нарушений желудка и ДПК до лечения составляло 19,4%, после лечения – 70,9% случаев по сравнению с пациентами 1 А группы (до лечения нормальная моторика регистрировалась в 16,1% случаев, после лечения – в 48,4% случаев).

У пациентов с вторичными (на фоне ХБХ) ДЖВП после курса лечения на фоне мебеверина наблюдался значительный прирост количества больных с нормальной моторной функцией гастродуоденальной зоны (до лечения в 5,3% случаев имелась нормальная моторика, после лечения – в 60,5% случаев).

В то же время в последней группе больных в целом сохранялись моторные нарушения в виде дискоординации гастродуоденальной зоны с преходящим гипокинезом желудка и ДПК (26,3%). К 30-му дню лечения у пациентов групп Б на фоне приема мебеверина, независимо от вида дисфункций нарушения моторно-тонической функции по типу дискоординации моторики с преходящим гиперкинезом ДПК полностью отсутствовали, явления функционального дуоденостаза выявлялись в 4 раза реже у пациентов с первичными и в 2 раза реже у пациентов с вторичными ДЖВП, чем в группах 1А и 2А на фоне проведения стандартной терапии. Нарушения моторики по типу преходящего гипокинеза желудка и ДПК быстрее купировались у пациентов групп А (на фоне приема домперидона).

Проанализировав результаты клинико-функциональной эффективности различных схем терапии в лечении первичных и вторичных (на фоне ХБХ) дисфункций ЖВП, мы пришли к выводу о высокой эффективности применения селективного миотропного спазмолитика мебеверина в комплексной терапии. Его

применение приводило не только к сокращению сроков купирования болевого и диспепсического синдромов, к нормализации билиарной моторики и моторно-тонической функции желудка и ДПК, но и способствовало нормализации полостного пищеварения.

ВЫВОДЫ

1. Вторичные (на фоне ХБХ) дисфункции ЖВП в 100% случаев сопровождаются абдоминальным болевым синдромом, тогда как первичные дисфункции ЖВП в 91,6% случаев характеризуются слабым или умеренно выраженным болевым синдромом, а в 3,8% случаев протекают латентно.

2. У пациентов с первичными и вторичными дисфункциональными расстройствами ЖВП желудочная диспепсия встречается с одинаковой частотой у половины больных обеих групп. Симптомы кишечной диспепсии у больных с вторичными (на фоне ХБХ) дисфункциональными расстройствами ЖВП встречаются в два раза чаще, чем у больных с первичными дисфункциональными расстройствами ЖВП.

3. При первичных и вторичных дисфункциональных расстройствах ЖВП характер нарушений моторно-тонической функции гастродуоденальной зоны влияет на желчевыделительную функцию билиарного тракта, способствует нарушению пищеварительной функции и определяет особенности клинической картины заболевания.

4. Первичные и вторичные дисфункциональные расстройства ЖВП по мере хронизации сопровождаются достоверными изменениями клинико-лабораторных показателей, способствуя формированию синдрома белково-энергетической недостаточности.

5. Основным видом моторных нарушений у пациентов с первичными дисфункциями ЖВП является функциональная дискоординация моторики желудка и ДПК с преходящей гиперкинезией ДПК (32,3%) и явления функциональной ХДН («псевдообструкции», дуоденостаз) (17,7%), тогда как у пациентов с вторичными (на фоне ХБХ) дисфункциями ЖВП доминирует функциональная дискоординация моторики желудка с преходящей гипокинезией желудка (22,1%) или гипокинезией ДПК (32,4%).

6. Наличие у пациентов с первичными и вторичными дисфункциями ЖВП моторно-тонических нарушений по типу функциональной дискоординации с преходящей гипокинезией желудка и ДПК или нарушениями желудка по типу функционального «псевдостеноза» (гастростаза) требует назначения прокинетики.

7. Включение селективных миотропных спазмолитиков в схемы лечения больных с первичными или вторичными (на фоне ХБХ) дисфункциональными расстройствами показано при наличии моторно-тонических нарушений по типу функциональной дискоординации желудка и ДПК с преходящей гиперкинезией ДПК и явлениями функциональной ХДН («псевдообструкции», дуоденостаза).

8. Клиническая эффективность препарата мебеверин по данным коррекции клинических проявлений и нормализации моторно-тонической функции

желудка и ДПК после 4-недельного курса в составе комплексной терапии, у больных с первичными дисфункциями ЖВП составила 96,7%, а при ХБХ – 79,4%.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Для определения характера моторно-тонических нарушений желудка и ДПК пациентам с первичными и вторичными (на фоне ХБХ) дисфункциями ЖВП показано проведение периферической компьютерной электрогастроэнтерографии.

2. По результатам гастроэнтерографии пациентам с функциональной дискоординацией моторики желудка и ДПК с преходящей гиперкинезией желудка и ДПК и явлениями функциональной ХДН («псевдообструкции», дуоденостаза) следует рекомендовать схему лечения с включением селективного миотропного спазмолитика мебеверин по 200 мг 2 раза в день за 20 мин до еды в течение 4 недель.

3. В схемы рациональной терапии больных с первичными и вторичными (на фоне ХБХ) дисфункциями ЖВП, протекающими с нарушением моторно-тонической функции гастродуоденальной зоны по типу функциональной дискоординации с приходящей гипокинезией желудка и ДПК или нарушениями аккомодации желудка по типу функционального «псевдостеноза» (гастростаза), целесообразно включить домперидон по 10 мг 3 раза в день за 30 мин до еды в течение 6 недель.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Диагностика и лечение заболеваний желчевыводящих путей: Учебное пособие. – М: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ. – 2003. – 96 с. (соавт. - Маев И.В., Самсонов А.А., Салова Л.М., Шах Ю.С.).

2. Оценка эффективности дюспаталина в комплексной терапии хронического бескаменного холецистита и дисфункции желчевыводящих путей. // Клинико-эпидемиологические и этно-экологические проблемы органов пищеварения: Сборник научных трудов. – Абакан. – 2004. – С. 164-165. (соавт. - Маев И.В., Самсонов А.А., Салова Л.М., Шах Ю.С.).

3. Оценка эффективности дюспаталина в комплексной терапии хронического бескаменного холецистита и дисфункции желчевыводящих путей. // XXV1 итоговая научная конференция молодых ученых МГМСУ: Сборник трудов. – М. – 2004. – С. 444-445.

4. Оценка эффективности дюспаталина в комплексной терапии при билиарной патологии // Материалы Десятой Российской Гастроэнтерологической Недели, - Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2004. - Приложение N 23. - N 5. - С. 10. (соавт. - Маев И.В., Самсонов А.А., Салова Л.М., Шах Ю.С.).

5. Моторика желудка и двенадцатиперстной кишки при билиарной патологии. // Материалы 7-го Международного Славяно-Балтийского научного форума «Санкт-Петербург – Гастро – 2005», Гастроэнтерология, гепатология, колопроктология, фармакотерапия, питание, - 2005. - N 1-2. - С. 81. (соавт. - Маев И.В., Самсонов А.А., Салова Л.М.).

6. Нарушение моторно-тонической функции желудка и двенадцатиперстной кишки у больных хроническим бескаменным холециститом. // Сборник трудов XXV 11 итоговой научной конференции молодых ученых МГМСУ. - 2005 - С. 188.

7. Оценка эффективности мебеверина в комплексной терапии хронического бескаменного холецистита и дисфункции желчевыводящих путей. // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология, - 2007. – N 2. – С. 120-125. (соавт. - Маев И.В., Самсонов А.А., Никушкина И.Н., Салова Л.М., Шах Ю.С.).
8. Особенности моторно-тонической функции желудка и двенадцатиперстной кишки у больных с хроническим бескаменным холециститом. // Сборник трудов XXV1X итоговой научной конференции молодых ученых МГМСУ. - 2007 - С. 404-406 (соавт. - Белявцева Е.В.).
9. Зависимость гастродуоденального кровотока от моторной активности и желудочной секреции у больных язвенной болезнью. // Медицинский вестник МВД. – 2007. - N 2 (27). – С. 25-28 (соавт. - Маев. И.В., Горбань В.В., Никушкина И.Н., Самсонов А.А., Салова Л.М.).

Библиотека литературы по функциональной гастроэнтерологии:
www.gastroscan.ru/literature/