

УДК 616.13/14-005.6-02:[616.366-002+616.62-003.7]-085.322:613.2
DOI:10.24061/2413-0737/XXI.2.82.2.2017.48

О.І. Волошин, Б.П. Сенюк, О.В. Глубоченко, І.В. Лукашевич, С.В. Юрнюк

ДІЄТИЧНА ТА ФІТОТЕРАПЕВТИЧНА КОРЕКЦІЯ СЛАДЖ-ФЕНОМЕНУ ПРИ ХОЛЕЦИСТОПАТІЯХ ТА СЕЧОКИСЛОМУ ДІАТЕЗІ

Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Резюме. Розглянуті вікові, гендерні та професійні особливості формування холецистопатій з явищами сладж-феномену та сечокислового діатезу. Встановлені позитивні ефекти усунення порушень здорового способу життя та харчування в доповненні з фітотерапевтич-

ними засобами жовчогінної, сеочгінної та послаблюючої дії на тлі підвищеного рідинного компонента їжі.

Ключові слова: сладж-феномен, функціональні розлади жовчного міхура, сечокислий діатез, дієтична корекція, фітотерапевтична корекція.

Вступ. В останні десятиріччя в розвинутих країнах світу констатується зростання частоти захворювань гепатобіліарної та сечостатевої систем [2, 3]. Як правило, патологічні стани зазначених систем розглядаються відповідними спеціалістами як незалежні явища. Незважаючи на значні досягнення в діагностиці й лікуванні за окремими нозологічними формами, на взаємозв'язок між патологіями цих систем (окрім важких клінічних ситуацій у вигляді гепаторенального синдрому) звертається мало уваги [1, 3, 4]. Зазвичай до цього немає достатнього клінічного спонукання. Проте за результатами широкого впровадження в клінічну практику ультрасонографії органів черевної порожнини окремі патологічні явища-знахідки потребують уваги, патогенетичного осмислення та корекцій лікувально-профілактичних заходів. Одними з таких є явища сладж-феномену при холецистопатіях та сечокиислому діатезі (СКД) [5].

Мета дослідження. Вивчити частоту зустрічальності ультрасонографічних явищ сечокиислового діатезу та сладж-феномену при холецистопатіях, дослідити можливі спільні етіопатогенетичні ланки розвитку та розробити шляхи їх корекції.

Матеріал і методи. Упродовж п'яти років спостереження проведені в 340 хворих на хронічний некалькульозний холецистит та дискінезію жовчовивідних шляхів (29 осіб із загального числа) з явищами сладж-феномену в період помірного загострення або нестійкої ремісії. Вікові коливання обстежених були в межах 22-70 років, давність захворювань – 3-29 років, домінуючий контингент хворих – жінки, 210 (61,76 %). Діагностичний комплекс передбачав програмне обстеження органів черевної порожнини, загальні аналізи крові та сечі, дуоденальне зондування, визначення біохімічних параметрів фракцій білірубину, глюкози, загального холестерину та тригліцеридів, активності лужної фосфатази, аланінової, аспарагінової трансамінази, гаммаглутамілтранспептидази (ГГТП), креатиніну, рівнів сечової кислоти, сечовини, кальцію, фосфору, заліза та магнію в сироватці крові. Спостереження проведені в амбулаторному режимі: тривалістю від 0,5 до 2 років з контрольними візитами кожні 3-4 місяці.

Результати дослідження та їх обговорення. Встановлено, що у всіх хворих домінуючою була

клініка торпідних рецидивних холецистопатій і лише 38 пацієнтів на цьому фоні відзначали нетривалі дизуричні явища, однобічні короткочасні болі в попереку, іноді незначний тупий біль у попереку, які пацієнти оцінювали як прояви остеохондрозу хребта та не звертали на зазначене належної уваги, іноді з успіхом використовували спазмолітики. Проте в 319 (93,8 %) від загального числа при УЗ-дослідженні виявлено явища сладж-феномену від $\frac{1}{4}$ до $\frac{1}{2}$, іноді більше, об'єму жовчного міхура на тлі помірного збільшення його об'єму, товщини та щільності стінки при нормальній ехоструктурі печінки, але нерідко – з ущільненням стінок внутрішньопечінкових жовчних протоків. У всіх цих хворих виявлені також мікроліти в чашко-мискових системах нирок, часто доволі інтенсивної щільності. Однак у 21 пацієнта без явищ біліарного сладж-феномену лише в 6 осіб були незначні УЗ-ознаки сечокиислового діатезу. Характерно, що в неодноразових загальних аналізах сечі особливих патологічних змін не виявлено, а сольовий осад (переважно оксалатурия) був лише помірним. Але при цьому в порціях (особливо міхуровій) жовчі візуально констатувався рясний осад, мікроскопічно – солі білірубінату кальцію, холестерину, згустки слизу, скупчення епітелію тощо.

У загальному аналізі крові в 112 (32,94 %) осіб зафіксовано тенденцію до верхньої межі норми еритроцитів та зниження ШОЕ до 2-3 мм/год, переважно в жінок. Біохімічні дослідження в 92(27,06 %) осіб за параметрами лужної фосфатази та ГГТП вказували на помірні явища холестази (перевищення норми в 1,5-3 рази), виявлена чітка тенденція до збереження креатиніну, сечової кислоти на верхніх межах норми, помірне підвищення рівнів загального холестерину ($6,3 \pm 0,21$ ммоль/л) та тригліцеридів ($2,29 \pm 0,16$ ммоль/л).

У віковому та статевому аспектах частота поєднання цих явищ була найвищою у віці 35-60 років, переважно в жінок зі схильністю до надмірної маси тіла чи ожирінням I-II ступеня. Малорухомиї спосіб життя зафіксовано лише в половині з обстежених. Пологи та вагітність у прояви досліджуваних явищ помітного внеску не склали.

Клінічною особливістю такого поєднання зазначеної патології була схильність до торпідно-

го, рецидивного перебігу холецистопатій, зниженої ефективності гепатопротекторної та жовчогінної терапії, потреба подовженого її застосування, зниження якості життя пацієнтів та схильність до астенодепресивних явищ. Спроби частини пацієнтів неодноразово застосовувати в лікувальному комплексі 4-6 дуоденальних зондувань, тубажів давали короткочасне покращення.

Отже, торпідність перебігу холецистопатій, явища сладж-феномену, ущільнення внутрішньопечінкових жовчних протоків, біохімічне підтвердження синдрому холестазу та результати дуоденального зондування можуть розглядатися як ознаки зниження якості жовчі та функціонування стабілізаційних систем жовчного міхура. Однак, яке це може мати відношення до проявів СКД? З точки зору виявлених біохімічних порушень зв'язку не видно, але при УЗ-дослідженні констатується висока частота поєднання цих явищ.

У пошуках можливого зв'язку нами проаналізовано стиль життя та харчової поведінки обстежених. На нашу думку, найбільш важливу роль відігравали порушення ритму і характеру харчування. Майже у всіх пацієнтів у силу звичок і професійних обставин відзначено зміщення основних прийомів їжі з першої половини дня на вечірній час із великими проміжками між прийомами їжі (8 і більше годин: 1-, 2- разове харчування), переїдання на ніч, неповноцінний сніданок, часто без нього, невчасний або неповноцінний обід. Особливо вираженим сладж-феномен виявився в любителів харчуватись фаст-фудами.

Не менш важливим було ігнорування хворими рідинного компонента їжі: майже у всіх, його квота складала 0,7-1,5 літра на добу, часто була їжа всухом'ятку, недостатньо фруктів, овочів, соків, рослинних олій, молочної продукції, чаїв, звичайної чи мінеральної води тощо. Переважав монотонний тип харчування, схильність до пікантної їжі: у 187 (55,0 %) відзначалися хронічні запори. Недостатня фізична активність у більшості мала професійний відтінок. Не відзначена залежність проявів СКД чи сладж-феномену від зони проживання та надмірної кількості осаду при кип'ятінні вживаної в їжу води. При опитуванні встановлено, що майже всі пацієнти мали слабку уяву про принципи здорового харчування, значення його для здоров'я, не вбачали в їхньому стилі харчування основних причин негараздів свого здоров'я та не шукали освітянських джерел для самоосвіти. У 1/3 з обстежених такий спосіб життя і харчування був сімейною традицією.

З урахуванням вищенаведеного нами розроблено програму оздоровлення досліджуваного контингенту хворих, в якій основна увага приділялася нормалізації та урізноманітненні харчового раціону, часових аспектів харчування, особливо збільшенню добової квоти рідинного компонента до 2,2-3,0 літра залежно від індексу маси тіла. Одну третину з цієї квоти визначали на перші страви та молочнокислі продукти, друга третина – це 500-700грамів фруктово-овочевої маси згід-

но із сезоном з нахилом до притаманним їм сечогінною чи послаблюючою дією, останню третину-трав'яних чаїв із жовчогінною дією до 500мл та 300-500 мл доброякісної води. Обов'язково здійснювалася корекція функції кишечника за рахунок рослинних олій, молочно-кислих продуктів та пектинового компонента їжі. Пацієнтам сидячих професій постійно пропонувалося щоденне підвищення фізичних навантажень, особливо біг, ходьба, дихальна гімнастика за йогою, чи помірна фізична праця.

Додатково призначалися рослинні засоби гепатопротекторної, жовчогінної та сечогінної дії (гепабене, гепатофіт, сирін, уронефрон, фітолізин, тринефрон тощо) упродовж 1,5-3 місяців. Результати оцінювалися за принципом випадок-контроль.

Належний комплайєнс витримали 206 (60,59%) пацієнтів, переважно чоловіки – 119 (57,8 %). Встановлено, що в них досягнуто суттєве клінічне покращення впродовж 2-3 – місячного курсу реабілітації, УЗ-динаміка сладж-феномену та СКД також була позитивною, але для усунення цих явищ потребувалося не менше півроку. Ця тенденція була більш повільною у пацієнтів старше 60 років та в молодшій віковій категорії (35-50 років) зі схильністю до ожиріння, чи з ожирінням I-II ступеня. Важливо, що в цій групі хворих комплайєнс щодо подальшого підтримувана стану свого здоров'я за даною програмою був досить високим, а рецидиви холецистопатій були в 2-3 рази рідшими, коротшими та м'якшими

В іншій частини пацієнтів (98 осіб), яким у силу різних обставин лише частково вдалося реалізувати запропоновану програму, результати реабілітації виявилися слабшими, покращення настало пізніше та було нестійким. Недоліки в стилі харчування та життя слабо компенсувало навіть лікування в санаторіях Трускавця та Сатаніва. Ультрасонографічна картина покращувалась, але ні в одному з випадків не вдалося ліквідувати явища сладж-феномену чи СКД.

Життєві докази малої та нестійкої ефективності такого затратного підходу до оздоровлення спонукало 48 осіб із цієї групи таки здійснити заходи щодо реалізації запропонованої програми і досягти подібних першій групі хворих результатів реабілітації.

Отже, холецистопатії з явищами сладж-феномену як можлива початкова стадія калькульозного холециститу та СКД мають високий ступінь поєднання, в основі якого переважають екзогенні чинники у вигляді значних і багаторічних порушень хроноаспектів харчування, якості їжі, ігнорування рідинним компонентом їжі, гіподинамія, низький освітній ценз щодо здорового способу життя та харчування, соціально-виробничі фактори. Зазначені чинники з віком надають стійкості хворобливих змін на рівні гепатобіліарної і сечостатевої систем, а також призводять до порушення ліпідного обміну в організмі та розвитку атеросклерозу.

Висновки

1. Холецистопатії з явищами сладж-феномену та сечокислий діатез є частим поєднанням в клініці, вираженість і частота яких зростає з віком хворих. У виявленні цих патологічних станів визначальною є роль ультразвукового методу дослідження.

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

3. Одним із ефективних шляхів підвищення ефективності реабілітації таких хворих є корекція часових і якісних аспектів харчування з підвищеним рідинним компонентом в поєднанні із застосуванням рослинних засобів гепатопротекторної, жовчогінної, сечогінної та послаблюючої дії. Важливим аспектом успішності такого підходу є усвідомлена хворим постійна потреба в опануванні сучасних знань здорового способу життя та харчування.

Перспективи подальших досліджень. Подальше продовження досліджень дозволить ви-

явити нові механізми взаємозв'язку сладж-феномену при холецистопатіях та сечокислого діатезу, що дасть змогу вдосконалити і покращити підходи до медикаментозної і фітотерапевтичної корекції, буде сприяти розробці нових профілактичних заходів стосовно цих патологічних явищ.

Література

1. Волошин О.І. Оздоровче харчування: стан і перспективи XXI століття / О.І. Волошин, Т.М. Бойчук, Л.О. Волошина. – Чернівці: Букрек, 2014. – 523 с.
2. Мак Нелли П.Р. Секрети гастроентерології / П.Р. Мак Нелли. – 2 изд. – М.: Бином, 2005. – С. 334-351.
3. Нейко Є.М. Хронічний холецистит / Є.М. Нейко, Н.В. Скробач // Архів клін. мед. – 2003. – № 1. – С. 6-14.
4. Основи фітотерапії і гомеопатії / О.І. Волошин, В.Л. Васюк, Н.М. Малкович, Б.П. Сенюк – Вишніця: Черемош, 2011. – 625 с.
5. Hill P.A. Clinical Importance and Natural History of Biliary Sludge in Outpatients / P.A. Hill, R.D. Harris [Electronic resource] // J. Ultrasound Med. – 2016. – Vol. 35(3). – P.605-610. Access mode: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26903661>.

ДИЕТИЧЕСКАЯ И ФИТОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ СЛАДЖ-ФЕНОМЕНА ПРИ ХОЛЕЦИСТОПАТИИ И МОЧЕКИСЛОМ ДИАТЕЗЕ

А.И. Волошин, Б.П. Сенюк, Е.В. Глубоченко, И.В. Лукашевич, С.В. Юрнюк

Резюме. Рассмотрены возрастные, гендерные и профессиональные особенности формирования холецистопатий с явлениями сладж-феномена и мочекислотного диатеза. Установлены положительные эффекты устранения нарушений здорового образа жизни и питания в дополнении с фитотерапевтическими средствами желчегонного, мочегонного и слабительного действия на фоне повышенного жидкостного компонента пищи.

Ключевые слова: сладж-феномен, функциональные нарушения желчного пузыря, мочекислотный диатез, диетическая коррекция, фитотерапевтическая коррекция.

DIETARY AND PHYTOTHERAPEUTIC CORRECTIONS OF SLUDGE-PHENOMENON IN FUNCTIONAL DISORDERS OF GALLBLADDER AND URINE DIATHESIS

O.I. Voloshyn, B.P. Seniuk, O.V. Hlubochnenko, I.V. Lukashevych, S.V. Yurniuk

Abstract. Age, gender and professional peculiarities of functional disorders of gallbladder with of sludge phenomenon and urine diathesis formation have been studied. The positive effects of healthy lifestyle violations eliminating in addition to phytotherapeutic agents with choleretic, diuretic and laxative actions together with an increased amount of water intake were established.

Key words: sludge-phenomenon, functional disorders of gallbladder, urine diathesis, dietary corrections, phytotherapeutic corrections.

Higher State Educational Institution of Ukraine “Bukovinian State Medical University” (Chernivtsi)

Рецензент – проф. О.І. Федів

Buk. Med. Herald. – 2017. – Vol. 21, № 2 (82), part 2. – P. 22-24

Надійшла до редакції 19.04.2017 року