

© НИКОЛАЕВА Н. Н., БАЙКОВА О.А., НИКОЛАЕВА Л.В.

ОСОБЕННОСТИ МОТОРИКИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ У ЖЕНЩИН РАЗЛИЧНЫХ СОМАТОТИПОВ И ВОЗМОЖНОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КОРРЕКЦИИ ЕГО ГИПОКИНЕЗИИ.

Н. Н. Николаева, О.А. Байкова, Л.В. Николаева

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. Войно-
Ясенецкого, ректор – д.м.н., проф. И.П. Артюхов.

***Резюме.** В статье дана краткая характеристика некоторых клинических аспектов билиарной патологии. Представлены материалы исследования по изучению зависимости моторики желчного пузыря от типа конституции у женщин: у лептосомного соматотипа – преобладание гипокинезии, у мегалосомного (атлетического, субатлетического и эурипластического) – гиперкинезии, при этом у эурипластического соматотипа – гипо- и гиперкинезии разделились в зависимости от жирового компонента. Представлены также результаты исследования медикаментозной коррекции гипокинезии желчного пузыря.*

***Ключевые слова:** билиарная патология, конституция, соматотипы, лептосомный, атлетический и субатлетический, эурипластический, моторика желчного пузыря, хофитол.*

Николаева Нонна Николаевна – к.м.н., проф. кафедра терапии ИПО КрасГМУ; тел. 8(391)2644790.

Байкова Ольга Анатольевна – к.м.н., ассистент каф. терапии ИПО КрасГМУ; тел. 8(391)2644790.

Николаева Людмила Викторовна – к.м.н., доцент каф. внутренних болезней № 1 КрасГМУ; тел. 8(391) 2644790.

Заболевания желчевыводящих путей являются актуальной проблемой современной гастроэнтерологии. На долю бескаменного холецистита приходится до 15% всей гастроэнтерологической патологии. Функциональные нарушения моторики желчного пузыря (ЖП) встречаются в 20-25% в популяции. Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) по своей распространенности опережает язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, уступая лидерство лишь атеросклерозу. Актуальность своевременной диагностики и терапевтической коррекции функциональной дискинезии ЖП и хронического холецистита обусловлена тем, что они рассматриваются, как ранние эволюционные формы ЖКБ. Первичная профилактика ЖКБ сегодня – это своевременная диагностика и эффективная коррекция моторики ЖП.

Не случайно, впервые в Риме в 1988 году, в рамках согласительного рабочего совещания (Римский консенсус-I) в ряду других функциональных расстройств органов пищеварения были выделены и функциональные заболевания билиарного тракта. Римский консенсус-III от 2006 года детализировал терминологию билиарной патологии, исключив из обихода термин дискинезия желчевыводящих путей, и предложил рассматривать дифференцированно дискинезии ЖП, сфинктера Одди по билиарному и панкреатическому типу, определил характеристики билиарной боли. Алгоритм ведения больных также обсуждался [8, 9, 10]. Однако Римские критерии – III, как и Римские критерии – II от 1998 года, очень схематично рассматривают причины дискинезий, влияние различных факторов на моторику ЖП, не оценивают прогностический аспект данной патологии [6]. При хроническом холецистите характер моторики ЖП определяет клинику и особенности течения заболевания, при этом, при гипокинезии создаются условия для застоя желчи в Ж П, что приводит к риску развития ЖКБ.

Имеющиеся к настоящему времени сведения о влиянии возраста, пола, социальных, наследственных, профессиональных и других факторов на особенности моторно-эвакуаторной активности ЖП не систематизированы и не

дают полного представления об индивидуальных особенностях течения болезни, знание которых позволяет индивидуализировать лечебно-профилактические мероприятия как прогностическую оценку заболевания. Эти задачи успешно решает клиническая антропология, которая в настоящее время сформировалась в новое научное направление, изучающее границы индивидуально-типологической изменчивости и позволяющая рассматривать заболевание с позиции биологических особенностей организма. Билиарная патология, как правило, удел женского организма. Однако за последние 10 лет наблюдается рост ЖКБ и бескаменного хронического холецистита среди мужчин [3]. Возможно, это связано с ростом алкоголизации мужского населения и приёмом суррогатов алкоголя в условиях социального кризиса в России. В свете имеющихся сегодня знаний о дискинезиях ЖП нам по-прежнему видится актуальной проведённая нами в 1997-1998 г.г., работа по изучению зависимости моторно-эвакуаторной функции ЖП от конституции у женщин [1]. В связи с распространённостью билиарной патологии, важными являются задачи по совершенствованию методов её лечения и оценке эффективности различных групп лекарственных препаратов [5].

Материалы и методы

Объектом обследования явились 97 женщин, поступивших в гастроэнтерологическое отделение городской клинической больницы № 20 в 1997–1998 г.г., в возрасте от 16 до 35 лет, с диагнозом хронического холецистита и длительностью заболевания до 5-ти лет. У них установлено незначительное усиление эхоструктуры стенки ЖП и её толщины (не более 3 мм), т.е. без выраженных деструктивных изменений в стенке ЖП и без признаков острого холецистита. Моторно-эвакуаторная функция ЖП оценивалась методами фракционного дуоденального зондирования с метиленовым синим и с помощью динамического УЗИ с холеретической пробой. Антропометрия с последующим соматотипированием проводилась по методу В. П. Чтецова с соавт. [2, 7] с использованием схемы женских конституций И.Б. Галанта [4].

Была проведена сравнительная характеристика влияния хофитола и аллохола на моторику ЖП, клинику и показатели УЗИ у больных с хроническим холециститом.

Хофитол – препарат растительного происхождения, приготовленный из очищенного экстракта свежих листьев артишока. Основными компонентами, обуславливающими системное действие на организм, являются кафеоловая и хинная кислоты, флавоноиды, секвитерпенлактон, витамины и микроэлементы. Хофитол является гепатопротектором, холеретиком, обладает мягким диуретическим эффектом, проявляет антиоксидантную активность.

На базе гастроэнтерологического отделения городской клинической больницы №20 г. Красноярск за период 2007 года терапию хофитолом получили 17 больных хроническим холециститом (8 мужчин, 9 женщин) от 41 до 71 года с гипомоторной дисфункцией ЖП в стадии ремиссии [15] и обострения [2]. Диагноз верифицировался клинико – эхографически с проведением УЗИ ЖП до и после лечения хофитолом и анализом клинической динамики. Утолщение стенки ЖП (12мм и 9мм) было у 2 больных (с обострением), уплотнение – у 15, эховзвесь – у 9. Показатели исходного объема ЖП отмечены у исследуемых: от 173,4 см³ max до 41,4 см³ min. Хофитол назначался по 5 мл в/в 10 инфузий на курс. Группу сравнения, сопоставимую с основной группой по возрасту, полу и клиническому статусу, составили 11 больных, принимающих аллохол по 2 таблетке 3 раза в день. Эффективность терапии оценивали по степени сокращения объёма ЖП. При статистической обработке материала, определялись средние величины (M), средняя ошибка средней величины (m), достоверность различий по критерию Фишера–Стьюдента.

Результаты и обсуждение

У женщин лептосомного соматотипа выявлено преобладание гипокинезии ЖП над гиперкинезией (11 и 6 соответственно) в сочетании со спланхноптозом. Для женщин атлетического и субатлетического соматотипов характерно преобладание гипер- над гипокинезией (15 и 9) в сочетании с выраженными

явлениями вегетососудистой дистонии. Для женщин эурипластического соматотипа (рис.1) характерно также преобладание гиперкинезии над гипокинезией ЖП (23 и 13). При этом у женщин эурипластического соматотипа установлена четкая зависимость функционального состояния ЖП от жировой массы. Так, вероятность гипокинезии возрастала с увеличением жировой массы и наоборот. Общее количество жирового компонента у обследуемых данной группы с гипокинезией ЖП было $39 \pm 4,4$ кг, с гиперкинезией – $25,0 \pm 1,7$ кг ($p < 0,01$). Выявлены также конституциональные закономерности типа желчевыделения, размеров ЖП, клинической картины и особенностей течения заболевания. У женщин мезосомного соматотипа функциональные и клинические проявления дискинезий желчного пузыря не имеют ярких характерных особенностей.

При контрольном исследовании у 17 больных с хроническим холециститом, с гипокинезией ЖП, получавших терапию хофитолом, после проведения курса препарата отмечалось достоверное уменьшение его объема в среднем в 2,65 раза у 13 больных: с $81,6 \pm 11 \text{ см}^3$ до $30,4 \pm 5 \text{ см}^3$ ($p < 0,05$) (рис.2), в 7,4 – у одного больного: с $85,3 \text{ см}^3$ до $11,5 \text{ см}^3$ и в 8,1 – у 1: с $173,4 \text{ см}^3$ до $21,4 \text{ см}^3$. У двоих больных объем ЖП не изменился. У больных с обострением (2) уменьшилась толщина стенки с 12 мм до 7 мм и с 9 мм до 3 мм. Из 15 у 8 больных с эховзвесью в желчном пузыре просвет стал свободен от нее. У трех больных выявлены единичные пристеночные эхоструктуры. У всех 17 больных отмечалась положительная клиническая динамика. В группе сравнения – у больных, получавших аллохол в течение 10 дней, отмечалось уменьшение объема ЖП в среднем в 1,2 раза: с $80,3 \pm 9 \text{ см}^3$ до $66,1 \pm 6 \text{ см}^3$ ($p < 0,01$), что свидетельствует о достоверно меньшей эффективности таблетированного аллохола по сравнению с в/в инфузией хофитола. При этом в группе сравнения просвет ЖП у всех 11 при динамическом УЗИ не был освобожден от эховзвеси.

Результаты исследования показали, что хофитол является эффективным препаратом в коррекции гипомоторной дисфункции ЖП. Курсовое применение препарата приводит к сокращению объема ЖП более, чем в 2,5 раза, о чем

свидетельствует также тенденция к освобождению просвета ЖП от эховзвеси в результате лечения.

Хофитол способствует купированию обострения хронического холецистита, что подтверждается уменьшением толщины стенки ЖП.

Улучшение моторики ЖП на фоне хофитола дает дополнительные возможности для диагностики различных его эхогенных структур в ЖП.

Таким образом, функциональные дискинезии ЖП и хронический холецистит являются одними из самых распространенных гастроэнтерологических патологий. Актуальность проблемы дискинезий ЖП и хронического холецистита обусловлена тем, что они рассматриваются, как ранние эволюционные формы ЖКБ. Заболеваемость ЖКБ неуклонно возрастает, в том числе и мужского населения. Таким образом, первичная профилактика ЖКБ сегодня – это своевременная диагностика и эффективная коррекция моторики ЖП. Принятые Римские критерии – III от 2006г. слишком схематично раскрывают вопросы этиологии и прогноза дисфункции желчного пузыря. Поэтому актуальным сегодня является конституциональный подход в изучении данной патологии, позволяющий рассматривать заболевание с позиции биологических особенностей организма, индивидуализировать лечебно-профилактические мероприятия и детализировать прогностическую оценку заболевания. Выявленные нами конституциональные закономерности моторно – эвакуаторной функции ЖП позволяют дифференцированно оценивать клинико – функциональные проявления его нарушений моторно-эвакуаторной функции у женщин и прогнозировать течение заболевания. Важной задачей является оптимизация терапии дискинезий ЖП. Препаратом выбора для коррекции гипокинезии ЖП является хофитол, курсовое применение которого приводит к сокращению его объема более, чем в 2,5 раза, а также и освобождению просвета желчного пузыря от эховзвеси, способствует купированию обострения хронического холецистита.

MOTILITY OF GALLBLADDER IN WOMEN OF DIFFERENT SOMATOTYPES AND DRUG CORRECTION OF ITS HYPOKINESIAS.

N.N. Nikolaeva, O.A. Baykova, L.V. Nikolaeva
Krasnoyarsk State Medical University named after
Prof. V.F. Voyno-Yasenetsky

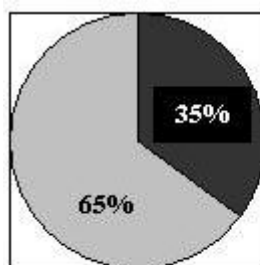
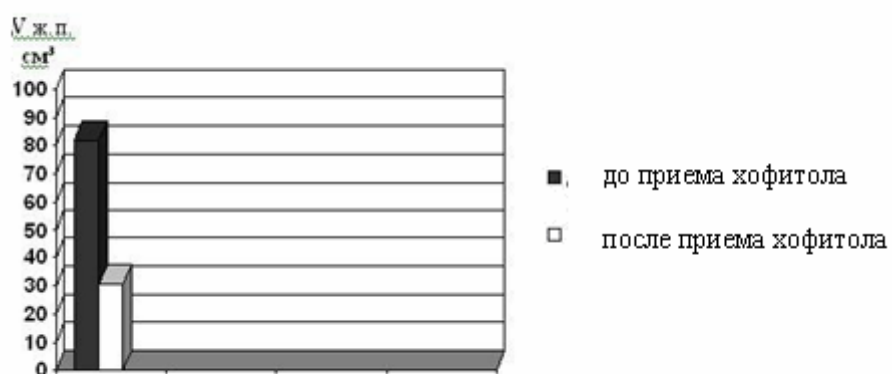
Abstract. *The paper presents a brief clinical characteristic of biliar pathology. We studied the dependence of gallbladder motility on constitutional type of women. We revealed the predominance of hypokinesias in leptomorphic somatotype, predominance of hyperkinesias in megalomorphic (athletic, subathletic and euriplastic) one. In euriplastic somatotype, hypo- and hyperkinesias separated depending on the fat component. The results of drug correction of gallbladder hypokinesias are described.*

Key words: *biliar pathology, constitution, leptomorphic, athletic, and subathletic, euriplastic somatotypes, gallbladder motility, Artichoke (leaves) extract (hofitol).*

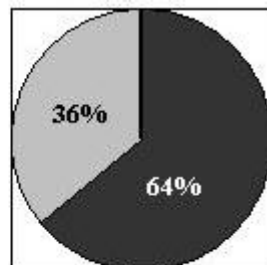
Литература

1. Байкова О.А. Конституциональные особенности моторно-эвакуаторной функции желчного пузыря у женщин с хроническим холециститом: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Красноярск, 1998.–25с.
2. Бунак В.В. Методика антропометрических исследований. – М. – Л. : Наука, 1931. – 222 с.
3. Ветшев П.С. Желчнокаменная болезнь и холецистит // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. – 2005.– №1. – С.16-23.
4. Галант И.Б. Новая схема конституциональных типов женщин // Казанск. мед. журн.– 1927.–№5.– С.547-557.
5. Ильченко А. А. Дисфункции билиарного тракта и их медикаментозная коррекция // Клин. персп. гастроэнтерол., гепатол. – 2002.– № 5.– С. 25-29.

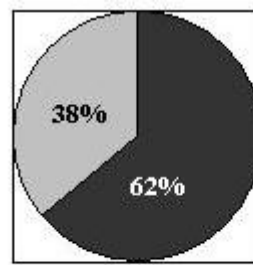
6. Лейшнер У. Практическое руководство по заболеваниям желчных путей / Пер. с нем. – М.: Гэотар-мед, 2001. – 264 с.
7. Чтецов В. П. Морфология человека. – М.: изд. МГУ, 1983. – 274 с.
8. Behar J, Corazziari E, Guelrud M , et al . Functional gallbladder and sphincter of oddi disorders // Gastroenterology.– 2006.–Vol. 130. – P.1498-1509.
9. Drossman DA. AGA Clinical Symposium.– Rome III: New Criteria for the Functional GI Disorders. Program and abstracts of Digestive Disease Week; May 20-25, 2006. – Los Angeles, California. – S.461-469
10. Drossman DA. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process // Gastroenterology.– 2006.– Vol. 130.–1377-1390.



**Лептосомный
соматотип**



**Эурипластический
соматотип**



**Атлетический и
субатлетический
соматотипы**

■ Гиперкинезия
□ Гипокинезия

Рис.1. Частота гипо- и гиперкинезий желчного пузыря у женщин различных соматотипов.

Рис.2. Объёмы желчного пузыря до и после приёма хофитола.