

Нурматова Л.А.,
Султонов И.И.,
Тоиров Э.С.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ

Самаркандский государственный медицинский институт

Хронический гепатит (ХГ) представляет собой одну из наиболее сложных и нерешенных проблем современной гастроэнтерологии. Заболевание характеризуется диффузным поражением печени, различной степенью выраженности гепатоцеллюлярного некроза и воспаления, при котором в течение 6 месяцев не наступает улучшения и эволюции в цирроз печени (ЦП) (1).

ХГ имеет различную этиологию: если применение вредных химических веществ в промышленности, сельском хозяйстве, а также в медицине приводит к токсическому гепатиту, то нарушение рационального питания, несоблюдение необходимых мер при проведении различных медицинских и немедицинских процедур приводит к вирусным заболеваниям, в том числе к заражению вирусным гепатитом. Чрезмерное потребление спиртных напитков, увеличение наркомании и токсикомании среди молодежи также являются причиной увеличения хронического гепатита (2). Вирусная форма гепатита среди других заболеваний занимает второе место в мире после гриппа и эта ситуация неуклонно ухудшается.

Учитывая анатомо-физиологическое единство гепатобилиарной системы и желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) можно априори предположить, что наличие патологического процесса в печени способствует развитию заболеваний в ЖКТ и наоборот (3,4).

Как известно, основными причинами смерти больных при заболеваниях печени является ЦП и развитие портальной гипертензии (ПГ). Современные клинические и экспериментальные исследования подтверждают важную роль нарушений пищеварения и состава микрофлоры кишечника в патогенезе таких осложнений как ПГ, печеночная энцефалопатия, гепаторенальный синдром, спонтанный бактериальный перитонит. В большинстве исследований было показано, что изменения функционального состояния и морфологии слизистой оболочки кишечника являются потенциальным фактором риска для развития желудочно-кишечных кровотечений. Учитывая роль нарушений пищеварения и нормального состава кишечных бактерий в патогенезе осложнений ХГ, терапия, направленная на восстановление диспептических нарушений и кишечной микрофлоры, является патогенетически обоснованной (5).

Цель работы. Изучение клинико-лабораторных признаков нарушений пищеварения при хроническом гепатите и изучить эффективность различных препаратов пищеварительной активностью в комплексном лечении больных.

Материалы и методы исследования. Были обследованы 37 больных (19 женщин 51,6%, 18 мужчин, 48,6%) с хроническим гепатитом. Критериями для постановки диагноза явились жалобы больных, данные анамнеза, объективные симптомы, увеличение печени и селезенки, гиперферментемия (АСТ, АЛТ), анти-ВГС, наличие HBsAg в крови сроком не менее 6 месяцев, при исключении других хронических заболеваний печени, согласно международной классификации 1994 года. Верификация диагноза была проведена при помощи классификации, предложенной Всемирным конгрессом гастроэнтерологов (Лос-Анджелос, 1994). Возраст пациентов варьировал от 15 до 60 лет и в среднем составил $37,8 \pm 3,7$ лет. Продолжительность заболевания составила от 6 месяцев до 25 лет (в среднем – $6,4 \pm 0,6$ лет). В исследованиях преобладали больные с продолжительностью заболевания от 2 года до 5 лет (17 больных, 46,0%). С продолжительностью заболевания от 1 года был 1 больной (2,7%), от 6 до 10 лет – 2 больных (5,4%), свыше 10 лет – 8 больных (22,0%). Основное число обследованных проживали в сельской местности: 26 пациентов (70,0%).

Хронический активный гепатит был выявлен у 81,0%, персистирующий гепатит – у 19% больных. Заболевание было связано: с перенесенным гепатитом – у 20 больных (54%), со злоупотреблением спиртных напитков – у 7 больных (19,0%), с перенесенными операциями – у 6 больных (16,0%). У 4 больных (11%) при анамнестическом исследовании не удалось выяснить причину заболевания. Согласно клинической классификации, хронический активный гепатит вирусной этиологии был определен у 22 больных (59,0%), персистирующий гепатит вирусной

этиологии - у 3 больных (8,0%), хронический активный гепатит неизвестной этиологии - у 8 больных (22,0%), персистирующий гепатит неизвестной этиологии - у 4 больных (11,0%).

62,0% больных имели различные факторы риска и вредные привычки. Из факторов риска больные отмечали частые стрессы, недостаточный прием горячей пищи, злоупотребление пищи перед сном, малое употребление молока и молочных продуктов, злоупотребление соляной, острой и кислой пищи, недостаточное употребление мяса и мясных продуктов. К вредным привычкам, способствующим развитию ХГ, прежде всего, можно отнести курение и злоупотребление алкоголем.

Специальные методы исследования включали целенаправленный опрос больного относительно сроков заболевания, характера питания и трудовой деятельности, наличие токсических вредностей на производстве, употребление медикаментов, в частности, антибактериальных средств (дисбактериоз). Особое внимание было уделено нарушениям пищеварения: желудочно-кишечной диспепсии, мальабсорбции и синдрому анулярного стоматита.

Исследование кала проводилось по следующим направлениям: исследовались изменения частоты стула (менее чем 3 раза в неделю или более чем 3 раза в день), изменения продолжительности акта дефекации, обращалось внимание на продолжительность натуживания. Для определения форм кала была использована Бристольская шкала, которая была принята в Риме (III Конгрессе гастроэнтерологов в 2006 году). Эта шкала позволяет различать 7 типов кала. Тип 1: отдельные твердые комки, как орехи, трудно продвигаются; тип 2: в форме колбаски, но комковатый; тип 3: в форме колбаски, но с ребристой поверхностью; тип 4: в форме колбаски или змеи, гладкий и мягкий; тип 5: мягкие маленькие шарики с ровными краями; тип 6: рыхлые частицы с неровными краями, кашицеобразный стул; тип 7: водянистый, без твердых частиц (полностью жидкий). В процессе анализа исследовался внешний вид и консистенция кала, наличие патологических примесей и микроорганизмов. Определялось суточное количество, цвет, запах и форма кала, наличие непереваренных остатков пищи и паразитов. При выделении более 200 граммов в сутки общая масса кала считалась повышенной. Статистическая обработка цифровых данных была проведена на персональном компьютере Р-IV с использованием программных пакетов StatGraf.

Результаты и обсуждение. Самыми частыми симптомами при нарушениях пищеварения у больных хроническими гепатитами являются снижение аппетита (89,2%), вздутие живота (81,0%), чувство переполнения и дискомфорта после еды (57,0%), тошнота (48,6%) и урчание в животе (46,0%). Боль в эпигастральной области, изжога, отрыжка, горечь во рту и запоры встречаются от 3 до 25% больных. Боль и тяжесть чаще обнаруживается у мужчин, запоры – у женщин.

У 37,8% больных отмечалось склонность к запорам, при этом у 24,3% – задержка стула нами был определен как запор. При этом у всех 37,8% больных продолжительность времени натуживания составила более 25% от времени акта дефекации. У 51,4% больных было характерно нормальные формы кала (по Бристольской шкале тип 3 и тип 4). 18,9% пациентов отмечали затвердение кала в виде отдельных, твердых каловых комков, как орехи (I тип), 10,8% - в виде комковатых каловых масс в форме колбаски (II тип) и 8,1% – в виде маленьких шариков с ровными краями (V тип). У 10,8% кал имел рыхлые частицы с неровными краями (кашицеобразный стул, VI тип). У 46,0% больных масса кала была более 200 граммов.

При качественном анализе у 32,4% больных обнаружен остаток пищи (детрит) в кале, у 37,8% больных – мышечные волокна, у 16,2% больных – жиры и жирные кислоты, у 35,1% больных – не перевариваемая клетчатка, у 8,1% - перевариваемая клетчатка, у 35,1% – наличие крахмала. У 70,3% больных было характерно уменьшение числа бифиди- и лактобактерий. Эти данные в свою очередь указали о грубом нарушении пищеварения при ХГ, обусловленное ферментативной недостаточностью, воспалением и дисбактериозом. О наличии дисбактериоза и воспаления также свидетельствуют повышение числа дрожжевых грибов (27,0%) и наличие лейкоцитов (21,6%).

В стандарты лечения больных ХГ наряду с витаминами, гепатопротекторами, лекарственными травами включались препараты, нормализующие деятельность желудочно-кишечного тракта, препятствующие дисбактериозу и пищеварительные ферменты. В зависимости от проведенного лечения все больных ХГ были разделены на 2 группы: первая группа больных получала лечение витаминами, гепатопротекторами, лекарственными травами (18 больных), вторая

– помимо вышеуказанных препаратов, принимала препараты, нормализующие деятельность желудочно-кишечного тракта (дюфалак, эспумизан), препятствующие дисбактериозу (хилак форте) и ферменты (креон, мезим) (19 больных).

После стационарного лечения у больных обеих групп наблюдалось улучшение общего состояния больных, повышение аппетита, уменьшалось чувство вздутия живота, чувство переполнения и дискомфорта после еды, тошнота и урчание в животе. В первой группе у 37,5% больных наблюдалось нормализация аппетита, а во второй группе – у 65,0% больных. Другие же жалобы диспепсического характера, как чувство вздутие живота, дискомфорт после еды, тошнота и урчание в животе также больше части улучшались среди больных второй группы (64,0- 80,0% – во второй, 33,0-50,0% – в первой группе). Боль или тяжесть в подложечной области, изжога и запоры полностью исчезли только среди лиц второй группы.

Улучшение диспепсических симптомов сопровождалось улучшением акта дефекации и нормализацией формы кала. Это прежде всего касается для больных с I, II и V типом кала (при затвердении каловых масс). После лечения при I типе кала в первой группе нормализация формы кала наблюдалась всего лишь у 33,0% пациентов, а во – у 75,0% пациентов. При II типе кала в первой группе пациентов нормализация кала не наблюдалась, а во второй группе у 67,0% пациентов этот тип кала превратился в III и IV тип (нормализация). При V типе кала у больных первой группы нормализация кала также не наблюдалась, во второй – нормализация наступила у 100,0% пациентов. Проведенное лечение в обеих группах больных способствовало улучшению формы VI типа кала (рыхлые частицы с неровными краями): в первой группе у 100,0%, во второй – у 67,0% пациентов.

После лечения у 66,7% больных наблюдалось исчезновение детрита, у 71,4% – мышечных волокон, у 66,7% – исчезновение жира, у 33,3% – клетчатки, у 61,5% – крахмала. Показатели кала показывающие улучшение переваривания наиболее часто были выражены среди больных второй группы. В первой группе больных улучшение микроскопической картины кала по вышеперечисленным показателям наблюдалось от 40 до 60,0% больных, во второй (в 1,2-1,4 раза больше) – от 50,0 до 77,8% больных.

После проведенного лечения наблюдалось улучшение микроскопической картины кала характеризующий дисбактериоз кишечника. У 57,6% больных наблюдалось повышение числа полезной йодофильной флоры: у 40,0% больных первой и у 68,8% больных второй группы. Улучшение процессов кишечного переваривания и дисбактериоза сопровождалось уменьшением признаков воспаления в кишечнике (уменьшение числа дрожжеподобных грибов у 50,0% больных в первой, у 83,3% больных – во второй группе; лейкоцитов – у 33,3% больных в первой, у 80,0% больных – во второй группе). В конце курса лечения из 37 больных хроническим гепатитом 30 (81,0%) пациентов отмечали улучшение общего состояния, а 7 (19,0%) пациентов результаты лечения отмечали как «без улучшения». В первой группе больных положительный результат лечения отмечали 72,2%, во второй группе – 89,5% больных.

В заключении следует отметить, что печень играет огромную роль в пищеварении, следовательно, при ее заболеваниях непременно будет страдать функция пищеварения. При хронических гепатитах нарушения пищеварения заметно протекают – диспепсическими явлениями, которые могут проявляться как неоформленным стулом, так и запорами, метеоризмом (вздутием живота), отрыжкой, тяжестью в эпигастрии (верхней части живота между реберными углами). Меняется количество и качество стула – появляются жиры, крахмал, мышечные волокна, что связано с нарушением всасывания и расщепления жиров, белков и углеводов. Нарушается перистальтика, секреторная функция кишечника, ухудшается всасывание питательных веществ – все это ведет к похудению. При этом минимизируется бактериостатическое влияние желчи, что способствует заселению тонкого кишечника избыточной флорой. Это приводит к возникновению энтероколита со свойственной ему симптоматикой. Длительный патологический процесс в печени неуклонно ведет к расстройству функции поджелудочной железы. На основании вышесказанного становится ясно, что при хронических заболеваниях печени симптоматика разнообразна, в патологический процесс вовлекаются другие органы, и поэтому сложно распознать проявления, характерные исключительно для печени.

Для улучшения процессов пищеварения и усвоения всех ингредиентов пищи при хроническом гепатите рекомендуется использование ферментных препаратов, лактулозу и улучшающие моторику кишечника. Эти препараты обладают холеретическим действием, то есть сами

стимулируют экскрецию желчи, а также способствуют активации некоторых панкреатических ферментов. Они улучшают сократительную функцию желчного пузыря, что позволяет успешно применять их для лечения гипомоторной дискинезии (гипокинезии) желчевыводящих путей. При их применении усиливается моторика кишечника, что приводит к разрешению запора. Действие этих препаратов также проявляется бактерицидным и бактериостатическим эффектом на патогенную флору кишечника, что способствует нормализации микрофлоры.

Использованная литература

1. Серов В.В., Апросина З.Г. Хронический вирусный гепатит. Москва.: Медицина; 2002. 234 с.
2. Мишнаевский А.Л., Погромов А.П., Мустафин Х.Х. Особенности патологии печени при опийной наркомании. Российский гастроэнтерологический журнал. 1999; № 4: С 132.
3. Доклад о состоянии здравоохранения, Европа, 2009. С 123-128.
4. Яременко М. В. Оценка состояния желудка, двенадцатиперстной кишки и желчевыводящих путей при хроническом гепатите С у лиц молодого возраста: Диссертация кандидата медицинских наук. Санкт-Петербург. 2003.
5. Апросина З.Г., Серов В.В. Хронические вирусные заболевания печени: пато- и морфогенез, клиническая характеристика. Терапевтический архив. 1995; № 5: С 45-47.