

ВПЛИВ ОСОБЛИВОСТЕЙ РАЦІОНУ НА СТАН ЖОВЧНОГО МІХУРА У ХВОРИХ НА МЕТАБОЛІЧНИЙ СИНДРОМ

©Л. В. Журавльова, Т. А. Моїсеєнко

Харківський національний медичний університет

Метаболічний синдром (МС) у клінічній практиці часто поєднується із ураженнями жовчного міхура (ЖМ) – холестерозом і жовчнокам'яною хворобою.

Метою даного дослідження було визначення впливу особливостей раціону пацієнтів на функціональний стан ЖМ у хворих на МС.

Матеріали та методи. Було обстежено в умовах поліклінічного відділення обласної клінічної лікарні м. Харкова 72 хворих середнього віку, які мали ожиріння I–II ступеня, із ознаками МС. До групи обстежених не включали пацієнтів із цукровим діабетом, перенесеними раніше вірусними гепатитами та/або алкоголізмом. За результатами анкетування хворих та проведення з ними уточнювальних співбесід визначали характер щоденного раціону. Аналіз отриманих даних дозволив ретроспективно поділити обстежених хворих на 2 групи – пацієнтів із раціональним раціоном (група РР, 34 хворих) та пацієнтів із збільшеною часткою вуглеводів у раціоні (група ВР, 38 хворих). Хворі на МС мали ожиріння I–II ступеня із переважним накопиченням жирової клітковини у абдомінальній ділянці, збільшенням співвідношення ОТ/ОС та артеріальну гіпертензію 1–2 ступеня. Ультразвукове дослідження ЖМ, жовчовивідних шляхів і печінки здійснювали методом суцільного динамічного сканування на сканері SL-450 "Siemens" в режимі реального часу. Для оцінки моторно-евакуаторної функції ЖМ використали метод динамічної ехохолецистографії та багатофракційне дуоденальне зондування за методом В. А. Максимова.

Результати. За результатами комплексного обстеження у всіх хворих на МС виявлені ознаки гіпотонії ЖМ (достовірне збільшення об'єму ЖМ) та гіпокінезії ЖМ (зменшення коефіцієнта випорожнення ЖМ при замірах через 30, 45 та 60 хвилин). Тонус сфінктера Одді не відрізнявся від контрольних значень. Хворі на МС дотримувались дієтичних обмежень – не вживали смажених

страв, обмежували кількість тугоплавких жирів у раціоні. Група хворих на МС збільшила частку вуглеводів у раціоні за рахунок страв, що дозволені при дискінезії ЖМ (каші та страви із круп та борошна, овочеві страви з картоплі, моркви, буряків з мінімальним вмістом жирів) до $(72,56 \pm 2,2) \%$ (група хворих на МС із ВР). Інша частина хворих змогла дозволити собі більш дорогий раціон із збільшенням вмісту білкових продуктів харчування (нежирний домашній сир, нежирні кисломолочні напої, нежирні сорти птиці, нежирні морепродукти) та збільшення частки у раціоні сирих фруктів (яблука, садові ягоди) та зелених свіжих овочів (огірки, різновиди капусти) та свіжої зелені навіть у осінньо-зимовий сезон. Даний варіант раціону дозволяв утримувати частку вуглеводів у межах раціонального харчування $(60,5 \pm 2,8) \%$ (група хворих на МС із РР). У хворих на МС з переважанням вуглеводів у раціоні виявлено більш значне зниження скорочувальної здатності ЖМ, ніж у хворих на МС із раціональним раціоном (коефіцієнт випорожнення ЖМ на 60 хв становив відповідно $(16,2 \pm 0,3) \%$ та $(21,0 \pm 0,4) \%$, в нормі $(67,4 \pm 2,4) \%$). У групі хворих на МС із ВР виявлено феномен ареактивного ЖМ – у відповідь на введення стандартних холекінетиків не відбувається виділення міхурової жовчі. В цій групі є певні клінічні особливості – часте відчуття голоду, постійне відчуття важкості та здуття живота, неприємний присмак у роті.

Висновки. У хворих на МС є ознаки гіпотонічно-гіпокінетичної дискінезії ЖМ. Вираженість дискінезії залежить від характеру раціону хворого і є найбільшою при збільшенні частки вуглеводів у раціоні. У хворих на МС із ВР були виявлені достовірно нижчі показники скорочувальної функції та тонусу ЖМ, що свідчить про прогресуюче зниження кінетичної функції ЖМ. Надлишок вуглеводів у раціоні хворих на МС поглиблює порушення скоротливої функції ЖМ і може сприяти прогресуванню захворювання.