

УДК 616.37-02:616-056.52]-073.432.19

О.А.Бондаренко

ОСОБЕННОСТИ СОНОГРАФИЧЕСКИХ ДАННЫХ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ

Львовский национальный медицинский университет им. Д. Галицкого

Резюме. Автор обследовала 362 больных с хроническим панкреатитом на фоне ожирения, а также 82 больных с хроническим панкреатитом и нормальной массой тела. Выявлены различия результатов сонографии и ультразвуковой гистографии поджелудочной

железы в зависимости от того, какой тип ожирения имел место у пациентов (женский или мужской).

Ключевые слова: хронический панкреатит, ожирение, сонография поджелудочной железы, ультразвуковая гистография.

Введение. Рост частоты ожирения во всем мире является основанием для того, что его называют глобальной эпидемией неинфекционного характера [11]. Более 15,0 % населения стран мира имеют избыточный вес или ожирение. Ожирение может быть причиной сердечно-сосудистых, неврологических, кожных, психических заболеваний, патологии опорно-двигательного аппарата, то есть ожирение – междисциплинарная проблема [4, 10]. Оно может провоцировать развитие различных заболеваний органов пищеварения: неалкогольного стеатогепатита, желчнокаменной болезни, гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, функциональных нарушений пищеварительного тракта и др. [2, 7, 8].

Связь ожирения с заболеваниями поджелудочной железы (ПЖ), в т. ч. с хроническим панкреатитом (ХП), изучена недостаточно. Этой проблеме посвящены лишь единичные работы, результаты которых противоречивы [6, 9]. В то же время, в литературе активно обсуждается вопрос о влиянии адипоцитокинов на ПЖ, дискутируются другие возможные механизмы повреждения железы, развития ее аденокарциномы при ожирении [3, 5]. Лечение ХП, протекающего на фоне ожирения, не разработано.

Цель исследования. Проанализировать особенности структурных изменений ПЖ у больных с ХП на фоне ожирения по результатам сонографии и ультразвуковой гистографии.

Материал и методы. Обследованы 362 больных с ХП на фоне ожирения. I степень ожирения диагностирована у 153 (42,2%) больных, II степень – у 114 (31,5%) больных, III степень – у 73 (20,2%), IV степень – у 22 (6,1%) больных. Возраст больных составлял от 28 до 63 лет. Среди обследованных преобладали женщины: 224 (61,9%), обследованы также 138 (38,1%) мужчин. Давность ХП – от 3 до 22 лет.

В исследование вошли также 82 больных ХП без ожирения (группа сравнения). Возраст, пол больных и давность ХП были сопоставимы с больными, страдающими ХП на фоне ожирения.

Больные с ХП в сочетании с ожирением были разделены на 2 группы. В первую группу вошли 206 (56,9 %) больных с гиноидным (женским) типом ожирения. В этой группе преобладали женщины – 182 (88,3 % от всех пациентов первой

группы). Кроме того, в эту группу вошли 24 (11,7%) мужчин. Вторая группа состояла из 156 (43,1 %) пациентов с ХП на фоне висцерального (мужского) типа ожирения, из них 114 (73,1 %) мужчин и 42 (26,9 %) женщины.

Больным выполняли сонографию ПЖ (аппарат ALOKA SSD-630, Япония). Оценивали размеры ПЖ и ее частей (головки, тела, хвоста), четкость контуров, однородность структуры, эхогенность, диаметр вирсунгианова протока, наличие псевдокист, кальцификатов. Выполняли также ультразвуковую гистографию головки ПЖ с определением показателей L (наиболее характерного для данной области уровня серого), N (показателя однородности), K_{gst} (гистографического коэффициента) [1].

В контрольную группу вошли 30 практически здоровых, сопоставимых с больными по полу и возрасту.

Результаты исследования и их обсуждение. У больных первой группы увеличение всей ПЖ или ее части имело место у 112 (54,4 %) пациентов, во второй группе – у 41 (26,3 %) пациента. При ХП на фоне гиноидного типа ожирения увеличение ПЖ или преимущественно ее головки развивается в 2,07 раза чаще, чем при ХП на фоне абдоминального типа ожирения. В группе сравнения – у больных с ХП без ожирения частота этого сонографического симптома составила 35,4 % (29 больных). Этот показатель оказался промежуточным, т.е., увеличение ПЖ или ее части у больных ХП без ожирения развивается чаще, чем при ХП на фоне абдоминального типа ожирения, но реже, чем при ХП на фоне гиноидного типа ожирения.

Неровность контуров ПЖ определялась со сходной частотой во всех трех группах. В первой группе этот симптом был выявлен у 198 (96,1 %) больных, во второй группе – у 147 (94,2 %) больных, в группе сравнения – у 78 (95,1 %) больных. Следует отметить, что зубчатый контур ПЖ также определялся со сходной частотой в трех группах: соответственно у 118 (57,3 %), 93 (59,6 %) и у 49 (59,7 %) больных. Волнистый контур ПЖ выявлялся реже, но также со сходной частотой во всех группах. При ХП на фоне женского типа ожирения волнистый контур ПЖ определялся у 80 (38,8 %) больных, при ХП на фоне абдомина-

льного – у 54 (34,6 %) больных, в группе сравнения 29 (35,4 %) больных. Следовательно, наличие неровного, в т.ч. зубчатого или волнистого контура ПЖ, вероятно является симптомом ХП независимо от того, развилось ли заболевание на фоне ожирения или у пациента с нормальной массой тела, а также независимо от типа ожирения.

Изменения экзогенности ткани ПЖ определялось у всех больных, вошедших в наше исследование. Однако, различалась частота различных вариантов изменения экзогенности ПЖ у больных трех групп. Так, у больных первой группы преобладало снижение экзогенности ПЖ, которое было выявлено у 121 (58,7 %) пациентов этой группы. Этот симптом реже определялся у больных второй группы – у 53 (34,0 %) пациентов. В группе сравнения частота снижения экзогенности ПЖ составила 54,9 % (у 45 больных). Следовательно, у больных с ХП на фоне гиноидного типа ожирения частота снижения экзогенности ПЖ в 1,73 раза выше, чем при ХП на фоне абдоминального ожирения, тогда как при ХП у больных с нормальной массой тела частота снижения экзогенности ПЖ сходна с частотой этого симптома в первой группе. В отношении частоты повышения экзогенности ПЖ мы получили обратную ситуацию у больных первой и второй групп. Т.е., частота этого симптома была в 1,60 раза выше при абдоминальном типе ожирения. Он определялся у 85 (41,3 %) больных первой группы, у 103 (66,0 %) больных второй группы и у 37 (45,1 %) больных группы сравнения. Обращает на себя внимание тот факт, что частота повышения экзогенности ПЖ при ХП у больных с нормальной массой тела сходна с частотой определения этого симптома у больных с ХП на фоне гиноидного ожирения.

Неоднородная структура ПЖ также определялась у всех обследованных больных, причем частота выявления мелкозернистой, крупнозернистой структуры ПЖ, а также сочетания мелкозернистой структуры с участками сниженной и повышенной экзогенности, крупнозернистой структуры с участками различной экзогенности была сходной у больных всех трех обследованных групп.

Тяжистость структуры ПЖ определялась у 122 (59,2 %) больных первой группы, у 108 (69,2 %) больных второй группы и у 42 (51,2 %) больных группы сравнения. Следовательно, этот симптом был более характерен для ХП на фоне абдоминального ожирения, так как в этом случае он определялся в 1,17 раз чаще, чем во второй группе. Тяжистость структуры ПЖ с элементами фиброза чаще (1,92 раза) была выявлена также у больных с ХП на фоне абдоминального ожирения – в 18,6 % случаев (у 29 больных), тогда как в первой группе – в 9,7 % случаев (у 20 больных). В группе сравнения частота определения тяжистости структуры ПЖ с элементами фиброза составила 11,0 % (у 9 больных).

Расширение вирсунгианового протока определялось у 63 (30,6 %) больных первой группы, у 28 (17,9 %) больных второй группы. При ХП у

больных с нормальной массой тела частота этого симптома составила 19,5 % (у 16 больных). В отношении этого симптома мы получили данные о том, что он формируется в 1,71 раза чаще у больных с гиноидным, чем с абдоминальным типом ожирения. Важно, что расширение главного протока ПЖ развивается при ХП на фоне женского типа ожирения также в 1,57 раза чаще, чем при ХП у больных с нормальной массой тела.

Кальцификация ПЖ выявлена у 25 (12,1 %) больных первой группы, у 29 (21,8 %) больных второй группы и у 14 (17,1 %) больных группы сравнения.

Псевдокисты ПЖ выявлены у 14 (11,7 %) больных первой группы, у 11 (7,1 %) больных второй группы и у 8 (9,8 %) больных группы сравнения.

Показатель L в области головки ПЖ у больных первой группы снижен $14,3 \pm 0,4$ (норма $17,3 \pm 0,5$; $p < 0,05$), у больных второй группы повышен до $32,9 \pm 0,2$ ($p < 0,05$), у больных группы сравнения повышен до $29,3 \pm 0,3$ ($p < 0,05$). Причем, различия показателя L достоверны между данными больных первой и второй группы ($p < 0,05$). Показатель однородности N снижен в первой группе до $3,28 \pm 0,05$ %, во второй группе – до $3,36 \pm 0,07$ %, в группе сравнения – до $3,41 \pm 0,06$ % (норма $15,20 \pm 0,05$ %; во всех случаях $p < 0,05$). Показатель N не отличался достоверно в трех группах больных. Показатель K_{gst} у здоровых составил $122,4 \pm 12,3$, у больных первой группы – $46,2 \pm 5,8$, у больных второй группы – $31,1 \pm 4,8$, у больных группы сравнения – $32,8 \pm 8,1$. У больных всех трех групп K_{gst} был существенно ниже ($p < 0,05$), чем у здоровых. Что касается различия K_{gst} между группами, то оно было достоверным только между показателями первой и второй группы ($p < 0,05$).

Выводы

1. У больных хроническим панкреатитом на фоне ожирения развиваются типичные для панкреатита структурные изменения поджелудочной железы, частота которых различается в зависимости от типа ожирения. При гиноидном типе ожирения чаще, чем при абдоминальном типе у больных хроническим панкреатитом определяются увеличение поджелудочной железы или ее части, повышение экзогенности железы, расширение главного панкреатического протока, формирование псевдокист. При абдоминальном типе ожирения чаще наблюдаются повышение экзогенности поджелудочной железы, ее кальцификация, тяжистость ткани железы, в т.ч. с элементами фиброза.

2. При хроническом панкреатите на фоне ожирения происходит существенное изменение показателей ультразвуковой гистографии в области головки поджелудочной железы: снижение показателей N и K_{gst} . Показатель L при хроническом панкреатите на фоне гиноидного типа ожирения снижен, а на фоне абдоминального ожирения повышен.

Перспективи дослідження состоять в изучении связи сонографических и гистографических изменений поджелудочной железы при хроническом панкреатите на фоне ожирения с клиническими и функциональными показателями, а также в анализе динамики этих изменений под влиянием лечения.

Литература

1. Клинико-патогенетическая оценка информативности и современные возможности оптимизации ультразвуковой диагностики хронического рецидивирующего панкреатита / Н.Б.Губергриц, Н.Е.Барина, В.В.Беляев [и др.] // Мед. визуализация. – 2002. – № 1. – С. 48-58.
2. Особенности течения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у больных с ожирением / Е.Ю.Бондаренко, Ю.В.Таранченко, Б.З.Чикунова [и др.] // Эксперим. и клин. гастроэнтерол. – 2007. – № 1. – С. 47-50.
3. Ожирение и болезни поджелудочной железы / И.В.Маев, А.Б.Москалёва, Е.А.Сальникова [и др.] // Consilium medicum. – 2008. – Прилож. Гастроэнтерология, № 1. – С. 24-29.
4. Передерий В.Г. Ожирение: междисциплинарный вызов медицине XXI века / В.Г.Передерий // Здоров'я України. – 2010. – № 10. – С. 22-24.
5. Передерий В.Г. Возможные механизмы развития неалкогольной жировой болезни поджелудочной железы / В.Г.Передерий, С.М.Ткач // Вестн. Клуба Панкреатологов. – 2011. – № 1. – С. 50-54.
6. Свиридюк В.З. Корекція розладів внутрішньоклітинного травлення і дисліпідемії при хронічному панкреатиті, поєднаному з метаболічним синдромом, ліпосомними фосфоліпідами / В.З.Свиридюк // Практ. мед. – 2006. – Т. 12, № 3. – С. 90-100.
7. Ткач С.М. Гастроентерологические последствия избыточной массы тела и ожирения / С.М.Ткач, В.Г.Передерий // Здоров'я України. – 2007. – № 1. – С. 54-55.
8. Харченко Н.В. Метаболический синдром в практике гастроэнтеролога / Н.В.Харченко // Здоров'я України. – 2008. – № 19/1. – С. 5-6.
9. Юрьева А.В. Корреляционные связи между клиническими, лабораторными и инструментальными данными у больных хроническим панкреатитом на фоне постхолестеромиического синдрома и повышенной массы тела / А.В.Юрьева // Укр. мед. альманах. – 2008. – № 4. – С. 199-203.
10. Hainer V. Ожиріння: у чому причина / V.Hainer // Внутрішня медицина. – 2007. – № 6. – С. 86-92.
11. Management of obesity in adults: European clinical practice guidelines / C.Tsigos, V.Hainer, A.Basdevant [et al.] // Obesity Facts. – 2008. – Vol. 1, № 2. – P. 106-116.

ОСОБЛИВОСТІ СОНОГРАФІЧНИХ ДАНИХ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ НА ТЛІ ОЖИРІННЯ

О.О.Бондаренко

Резюме. Автор обстежила 362 хворих на хронічний панкреатит на тлі ожиріння, а також 82 хворих на хронічний панкреатит із нормальною масою тіла. Виявлено розбіжності результатів сонографії та ультразвукової гістографії підшлункової залози залежно від того, який тип ожиріння мав місце в пацієнтів (жіночий або чоловічий).

Ключові слова: хронічний панкреатит, ожиріння, сонографія підшлункової залози, ультразвукова гістографія.

PECULIARITIES OF SONOGRAPHIC DATA IN PATIENTS WITH CHRONIC PANCREATITIS AGAINST BACKGROUND OF OBESITY

О.А.Бондаренко

Abstract. The author has examined 362 patients with chronic pancreatitis with obesity and also 82 patients with chronic pancreatitis and normal body weight. Differences have been discovered in the results of sonography and ultrasound histography of the pancreas, depending on what type of obesity occurred in the patients (female or male).

Key words: chronic pancreatitis, obesity, pancreatic sonography, ultrasound hystography.

Danylo Galyts'kyi National Medical University (L'viv)

Рецензент – проф. О.І.Федів

Buk. Med. Herald. – 2011. – Vol. 15, № 2 (58). – P. 193-195

Надійшла до редакції 12.04.2011 року