УДК 616-08+577.115+616.366-002+615.322

Л.А.Баблюк

КЛІНІЧНО-СОНОГРАФІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО НЕКАЛЬКУЛЬОЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТУ

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини (зав. – проф. В.Є.Нейко)
Івано-Франківського національного медичного університету

Резюме. Практично у всіх хворих хронічний некалькульозний холецистит супроводжується больовим, диспепсичним та астеновегетативним синдромами. Доведено, що у хворих на хронічний некалькульозний холецистит кардіальний і алергічний синдроми трапляються в незначної частини осіб, проте загальнозапальний синдром спостерігається в половини обстежених. Найбільш інформативними сонографічними ознаками для встановлення діагнозу хронічного некалькульозного холециститу були потовщення і ущільнення стінки та змінені розміри жовчного міхура.

Ключові слова: хронічний холецистит, сонографія, жовчний міхур, діагностика.

Вступ. За останні роки виявлено зростання рівня первинної захворюваності та поширення хвороб органів травлення в багатьох країнах світу [1, 2]. На хронічний холецистит страждає до 20 % дорослого населення. В умовах змін соціально-економічної формації на території України хвороби органів шлунково-кишкового тракту посідають одне з перших місць у загальній структурі захворюваності, за частотою звернень і госпіталізації, восьме – серед причин тимчасової втрати непрацездатності, сьоме – у структурі первинної інвалідності, п'яте – серед причин смертності [3]. При тривалому перебігу захворювання, особливо при частих загостреннях запального процесу в жовчному міхурі, виникає ураження підшлункової залози з формуванням хронічного реактивного панкреатиту, печінки у вигляді хронічного неспецифічного реактивного гепатиту, гастродуоденіту. Це суттєво збільшує тимчасову непрацездатність хворих. Саме через поширеність і наявність ускладнень дане захворювання має в Україні характер медико-соціальної проблеми.

Мета дослідження. Вивчити особливості клінічної симптоматики і сонографічні ознаки хронічного некалькульозного холециститу та їх взаємозв'язок із протизапальним інтерлейкіном 10 (ІЛ-10). Порівняти сонографічні розміри жовчного міхура з IV фазою багатомоментного фракційного дуоденального зондування (БФДЗ).

Матеріал і методи. В умовах гастроентерологічного відділення обласної клінічної лікарні, терапевтичного відділення центральної міської клінічної лікарні м. Івано-Франківська, санаторіїв м. Моршина обстежено 126 пацієнтів з хронічним некалькульозним холециститом (ХНХ), з них 77 (61 %) жінок та 49 (39 %) чоловіків віком від 16 до 74 років. Середній вік хворих становив 37,43±5,12 року. Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб віком від 24 до 74 років. Відповідно до проведеної сонографії у пацієнтів виявлені два типи дискінезій жовчовідвідних шляхів (ДЖВШ): I – тип гіпотонічно-гіпокінетичний, II – тип змішаний гіпотонічно-гіперкінетичний.

Для встановлення діагнозу хронічного некалькульозного холециститу всім пацієнтам проводилося клінічне (скарги, анамнез захворювання, життя), фізикальне обстеження, ультразвукова діагностика органів черевної порожнини.

З метою вивчення скорочувальної функції та морфологічного стану ЖМ застосовували ультразвукову діагностику (УЗД) органів черевної порожнини, зокрема гепатобіліарної системи. УЗД органів черевної порожнини проводили на апараті «ALOKA» за загальноприйнятою методикою. Використали наступні УЗ критерії, характерні для хронічного холециститу: ущільнення та потовщення стінок жовчного міхура більше 3 мм, наявність перетинок та спайок, деформацію жовчного міхура, негомогенний вміст у порожнині міхура, жовчний осад та детрит, збільшення розмірів печінки та підвищення її ехогенності, дискінезії жовчовідвідних шляхів [5].

Функціональну активність жовчного міхура (ЖМ) оцінювали за допомогою багатомоментного фракційного дуоденального зондування (БФДЗ) за методом Мельтцера-Лайона (1919).

Отриману під час БФДЗ жовч 6-ї фази (залишкову міхурову жовч центрифугували 10 хв із швидкістю 2000 об/хв та поміщали в морозильну камеру при температурі -20^{0}С. Після розморожування жовчі протягом 1 год проводили визначення IL-10 методом імуноферментного аналізу на аналізаторі Stat Fax 303 Plus (США) з використанням наборів реагентів IL-10 ELISA kit (Diaclon Франція).

Результати дослідження та їх обговорення. Із даних анамнезу встановлено, що 98 пацієнтів (77,7 %) у минулому перенесли напади гострого некалькульозного холециститу, частота загострення захворювання у 32 (25,4 %) пацієнтів спостерігалась 2 рази на рік, у 56 (44,4 %) пацієнтів – 1 раз на рік, у 29 (23 %) пацієнтів – 1 раз на два роки і в 9 (7,2 %) пацієнтів рідше, ніж один раз на два роки. Практично у всіх пацієнтів відзначали порушення режиму харчування (нерегулярне вживання їжі, зловживання гострим, смаженим та жирним) і наявність стресового чинника, 21,4 % чоловіків зловживали алкоголем, 34,1 % осіб курили. У 11,9 % жінок була харчова алергія, яка проявлялася свербежем шкіри і папульозною висипкою на обличчі, кистях рук, у ділянці лопаток. При загальному огляді у 22,2 % пацієнтів відмі-

© Л.А.Баблюк, 2010

Таблиця

Сонографічні ознаки у хворих на хронічний некалькульозний холецистит (n, %)

Синдроми	ДЖВШ за I типом (n=89)		ДЖВШ за II типом (n=37)		Всього (n=126)	
	n	%	n	%	n	%
Потовщення стінки >3 мм	82	65,1	31	24,6	113	89,7
Ущільнення стінки	82	65,1	31	24,6	113	89,7
Деформація контуру	82	65,1	31	24,6	113	89,7
Негомогенність вмісту	82	65,1	31	24,6	113	89,7
Болючість при натисканні датчиком у проекції жовчного міхура	16	12,7	3	2,4	19	15,1
Збільшення об´єму жовчного міхура >60мл	77	61,1	28	22,2	105	83,3
Зменшення об´єму жовчного міхура <20мл	3	2,4	2	1,6	5	4,0
Незмінений об´єм жовчного міхура, 40мл	9	7,1	7	5,6	16	12,7
Наявність перетяжки	26	20,6	7	5,6	33	26,2
Наявність перегину	17	13,5	12	9,5	29	23,0
ДЖВШ	76	60,3	29	23,0	105	83,3

Примітки. n – кількість хворих на ХНХ

чалися прояви холестатичного синдрому у вигляді жовтяничності шкірних покривів, субіктеричності склер і слизової оболонки м'якого піднебіння.

Хронічний некалькульозний холецистит у 94,4 % випадків проявлявся больовим синдромом, диспепсичний синдром траплявся у 71,4 % обстежених. Прояви астеновегетативного синдрому спостерігали в 72,2 % пацієнтів. У 20,6 % пацієнтів були скарги, які стосувалися кардіального синдрому. Практично у половини пацієнтів жіночої статі фіксувалася зайва маса тіла. Загальнозапальний синдром виявлено у 54,8 % хворих на ХНХ.

Больовий синдром проявлявся тупим болем у правому підребер´ї в 65,9 % пацієнтів, переймоподібним – 20,6 % пацієнтів, який виникав через 45-60 хв після вживання жирної і смаженої їжі, іррадіював у праву лопатку 32,5 %, дозаду – 26,2 %, праве плече – 15,9 %, надпліччя – 7,9 %, праву половину грудної клітки – 11,1 %.

Аналізуючи вираженість диспепсичного синдрому, встановлено, що апетит знижений у 76,2 % осіб, печія спостерігалась у 47,6 % обстежених, відрижка гірким у більш ніж половини пацієнтів, тухлим у – 23,0 %. Скарги на нудоту подавали 85,7 % осіб, блювання − 22,2 % осіб, гіркоту в роті у 92,9 % обстежених, метеоризм і проноси відповідно 70,6 % і 51,6 % осіб.

Кардіальний синдром проявлявся болем у ділянці серця у 8,0 % випадків, який виникає після вживання смаженої чи гострої і жирної їжі, а також серцебиттям чи перебоями в роботі серця у 9,5 % і 3,2 % обстежених. Астено-вегетативний синдром проявлявся загальною слабкістю у більш ніж половини осіб, депресією – у 15,1 % пацієнтів.

У 42 (33,3 %) осіб спостерігали підвищення температури тіла до 37,8ºС, загальну слабкість та озноб. При лабораторному обстеженні в 64,3 % пацієнтів у загальному аналізі крові відмічалися помірний лейкоцитоз із збільшенням кількості паличкоядерних нейтрофілів, підвищення ШОЕ, у 10,3% осіб у біохімічному аналізі крові відмічали появу гострофазових показників запалення (С-реактивного білка, сіалової кислоти).

При фізикальному обстеженні у хворих на ХНХ виявлені наступні симптоми: симптоми Кера і Мерфі діагностувавалися найчастіше відповідно у 99 (78,0 %) і 91 (72,2 %) пацієнта. У 80 (63,5 %) осіб діагностувався симптом Ортнера – Грекова, Георгієвського-Мюсі − у 42 (33,3 %) осіб симптоми Айзенберга I, Айзенберга II відповідно у 30 (23,8 %) і 23 (18,3 %) пацієнтів, болючість у точці Маккензі проявлялась у 38 (30,2 %), Боаса − 17 (13,5 %) випадках.

При УЗД-дослідженні (табл.) у 113 (89,7 %) обстежених реєстрували потовщення більше 3 мм та ущільнення стінки жовчного міхура, нерівність та деформацію його контуру, негомогенність вмісту. У 19 (15,1 %) обстежених відмічено болючість при натисканні датчиком на ділянку проекції жовчного міхура, у 77 (61,1 %) пацієнтів реєстрували збільшення розмірів міхура, у 5 (4,0 %) – зменшення, у 16 (12,7 %) пацієнтів розміри міхура були незміненими. У 33 (26,2 %) хворих на ХНХ діагностовано перетяжку в жовчному міхурі, у 29 (23,0 %) − перегин. ДЖВШ за гіпотонічним типом, за даними сонографічного обстеження, реєструвалися в 60,3 % пацієнтів, за змішаним типом – у 23,0 % обстежених.

Найбільш інформативними і діагностично важливими маркерами запального процесу в жовчному міхурі були такі сонографічні ознаки, як потовщення стінки і розміри жовчного міхура, що є свідченням хронізації запалення. Ми поста-

вили собі за мету дослідити кореляційну залежність між потовщенням стінки ЖМ і вмістом ІЛ-10 у жовчі, як показника хронізації процесу [4, 6]. Наростання інтенсивності даного цитокіну є свідченням переходу гострого процесу в хронічний, незважаючи на те, що він є протизапальним інтерлейкіном. Потовщення стінки ЖМ у хворих на ХНХ складало 4,1±0,3 мм, що було достовірно вищим, ніж у здорових (2,8±0,5 мм, $p<0,001$). Об´єм ЖМ за даними сонографії складав 70,8±5,1 мл, та був достовірно більшим від показника здорових (54,3±3,2 мл, $p<0,01$). При зіставленні розмірів ЖМ за даними УЗД органів черевної порожнини та об´ємом виділеної жовчі під час IV фази БФДЗ (70,8±5,1 і 75,4±2,0) достовірної різниці не виявлено ($p>0,05$). Встановлено, що між потовщенням стінки жовчного міхура й інтенсивністю вмісту ІЛ-10 у жовчі має місце сильний зворотний кореляційний зв´язок ($r=-0,927$, $p<0,001$).

Висновки

1. Хронічний некалькульозний холецистит здебільшого супроводжується больовим, диспепсичним, астеновегетативним синдромами, які в пацієнтів із гіпотонічно-гіпокінетичним типом дискінезії жовчовідвідних шляхів виражені більшою мірою, ніж у пацієнтів із змішаним типом.

2. Діагностично важливими ознаками запального процесу в жовчному міхурі є потовщення стінки і збільшення розмірів жовчного міхура, наявність негомогенного осаду, що є свідченням хронізації запалення.

3. Достовірної різниці між сонографічними розмірами жовчного міхура і об’ємом виділеної жовчі під час IV фази багатомоментного фракційного дуоденального зондування не спостерігається.

Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні взаємозв´язку між прозапальними інтерлейкінами і вираженістю клінічно-сонографічної симптоматики.

Література

1. Хронічні захворювання жовчовивідної системи: проблеми лікування / І.І.Гриценко, Ю.М.Степанов, С.В.Косинська [та ін.] // Сучасна гастроентерологія. – 2003. – № 1. – С. 49-55.
2. Галкин В.А. Современные методи диагностики дискинезии желчного пузыря и некалькулезного холецистита / В.А.Галкин // Терапевт. арх. – 2001. – № 8. – С. 37-38.
3. Картиш А. До питання якості надання медичної допомоги при захворюваннях, які формують рівень і структуру основних показників здоров'я населення України / А.Картиш // Вісн. сан. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2000. – № 2. – С. 13-16.
4. Круглова О.В. Інтерлейкіновий профіль хворих на хронічний некалькульозний холецистит, сполучений з дизбіозом кишечнику / О.В.Круглова // Укр. мед. альманах. – 2004. – № 5. – С. 83-84.
5. Лемешко З.А. Стандартные протоколы ультразвукового исследования желчного пузыря и внепеченочных протоков / З.А.Лемешко, Э.Я.Дубров // Рос. ж. гастроэнтерол., гепатол. и колопроктол. – 2001. – № 2. – С. 88-90.
6. Ногаллер А.М. Иммунологическая реактивность и аутоиммунные нарушения у больных с хроническими заболеваниями органов пищеварения / А.М.Ногаллер // Клин. мед. – 2001. – № 10. – С. 50-54.

КЛИНИКО-СОНОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО НЕКАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Л.А.Баблюк

Резюме. Практически у всех случаях хронический некалькулезный холецистит сопровождается болевым, диспепсическим и астено-вегетативным синдромами, а кардиальный и аллергический синдромы встречаются редко, общевоспалительный синдром регистрировался практически у половины обследованых.

Более информативным для установления диагноза хронического некалькулезного холецистита были такие сонографические признаки, как уплотнение и утолщение стенки и увеличение размеров желчного пузыря.

Ключевые слова: хронический холецистит, сонография, желчный пузырь, диагностика.

CLINICO-SONOGROPHIC CHARACTERICTIC OF THE COURSE OF CHRONIC CALCULOUS CHOLECYSTITIS

L.A.Babliuk

Abstract. Chronic acalculous cholecystitis is accompanied with pain, dyspeptic and asthenovegetative syndromes in practically all patients. It has been corroboroted that cardial and allergic syndromes occur in an insignificant part in persons afflicted with chronic acalculous cholecystitis, however, general inflammatory syndrome was observed in a half of those examined. The most infermative sonographic signs for establishing the diagnosis of chronic acalculous cholecystitis were thickenings and indurations of the wall and changed dimensions of the gallbladder.

Key words: chronic cholecystitis, sonography, galleblodder, diagnostics.

National Medical University (Ivano-Frankivsk)

Рецензент – проф. О.І.Волошин

Buk. Med. Herald. – 2010. – Vol. 14, № 1 (53). – P. 6-8

Надійшла до редакції 29.10.2009 року

© Л.А.Баблюк, 2010