

УДК 616.234-4567.456-034

© Тищенко О.Б., Бурмак Ю.Г., Чернишова Н.В., Берест О.В., 2009

## КЛІНІКО-СОНОГРАФІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХРОНІЧНОГО НЕКАЛЬКУЛЬОЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТУ В СПОЛУЧЕННІ З СИНДРОМОМ ПІДВИЩЕНОЇ СТОМЛЮВАНОСТІ

Тищенко О.Б., Бурмак Ю.Г., Чернишова Н.В., Берест О.В.

*Луганський державний медичний університет*

**Тищенко О.Б., Бурмак Ю.Г., Чернишова Н.В., Берест О.В.** Клініко-сонографічні особливості хронічного некалькульозного холециститу в сполученні з синдромом підвищеної стомлюваності // Український морфологічний альманах. - 2009. - Том 7, № 2. - С. 105-107.

У статті представлені особливості клініко-сонографічного перебігу хронічного некалькульозного холециститу у сполученні з синдромом підвищеної стомлюваності.

**Ключові слова:** хронічний холецистит, синдром підвищеної стомлюваності, клініко-сонографічний перебіг.

**Тищенко О.Б., Бурмак Ю.Г., Чернишова Н.В., Берест А.В.** Клинико-сонографические особенности хронического некалькулезного холецистита в сочетании с синдромом повышенной утомляемости // Украинский морфологический альманах. - 2009. - Том 7, № 2. - С. 105-107.

В статье представлены особенности клинико-сонографического течения хронического некалькулезного холецистита в сочетании с синдромом повышенной утомляемости.

**Ключевые слова:** хронический некалькулезный холецистит, синдром повышенной утомляемости, клинико-сонографическое течение.

**Tishchenko O.B., Burmak Yu.G., Chernyshova N.V., Berest A.V.** Clinico-sonographical features of chronic uncalculosis cholecystitis, combined with syndrome of heightened tiredness // Украинский морфологический альманах. - 2009. - Том 7, № 2. - С. 105-107.

In article results of clinico-sonographical particularities of chronic uncalculosis cholecystitis, combined with syndrome of heightened tiredness are analyzed.

**Key words:** chronic uncalculosis cholecystitis, syndrome of heightened tiredness, clinico-sonographical current.

**Вступ.** За останні десятиріччя в Україні суттєво зросла захворюваність на хронічну патологію печінки та жовчовивідних шляхів, у тому числі на хронічний некалькульозний холецистит (ХНХ), особливо серед осіб молодого, найбільш працездатного віку [12], подібні тенденції щодо розповсюдженості ХНХ спостерігаються і в інших країнах світу [10,13,14].

Встановлено, що в сучасних екологічно несприятливих умовах регіону Донбасу ХНХ нерідко має тривалий перебіг, з частими загостреннями та недостатньою ефективністю загальноприйнятого лікування [2,4], що в теперішній час пов'язують з наявністю у таких хворих клініко-імунологічних синдромів підвищеної стомлюваності та хронічної [6,8].

Синдром підвищеної стомлюваності (СПС) – це патологічний стан, який розвивається при комбінованій дії на організм людини психоемоційного стресу, як правило, достатньо великої за часом тривалості (дистресс – синдром за термінологією Ганса Сельє) і екологічно несприятливих чинників зовнішнього середовища (забруднення атмосферного повітря, води і продуктів харчування хімічно шкідливими речовинами – ксенобіотиками, радіонуклідами, несприятливі кліматичні або біофізичні умови мешкання, недостатня або, навпаки, надмірна інсоляція, переохолодження, перегрів, різка зміна температурного режиму і т.д.) [5,6].

Відомо, що у пацієнтів з СПС дуже часто виявляється хронічна патологія гепатобілярної системи (ГБС) невірусного генезу, в тому числі стеатоз печінки, неалкогольний стеатогепатит та хронічний некалькульозний холецистит (ХНХ) [8,11]. Але детальної клініко-сонографічної ха-

рактеристики сполученої патології у вигляді ХНХ, поєднаного з СПС в літературі ми не знайшли. Тому ми вважали доцільним вивчити особливості кінетики жовчного міхура (ЖМ) при ХНХ, сполученому з СПС.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами:** робота виконувалась у відповідності до основного плану науково-дослідних робіт (НДР) Луганського державного медичного університету та являє собою фрагмент теми НДР «Синдроми хронічної втоми та підвищеної стомлюваності в умовах великого промислового регіону: епідеміологія, патогенез, клініка, лікування і профілактика» (№ держреєстрації 0102U003362).

**Метою** роботи було вивчення особливостей кінетики ЖМ у хворих на ХНХ, сполучений з СПС у порівнянні з ізольованим перебігом ХНХ поза періоду загострення.

**Матеріали та методи дослідження.** Під наглядом знаходилося 65 хворих на ХНХ віком від 18 до 76 років, з них жінок - 38, чоловіків - 27. Діагноз ХНХ було встановлено за даними анамнезу, клініко-лабораторного обстеження і результатів сонографічного дослідження стану органів черевної порожнини, в тому числі ЖМ [3]. Усі хворі, що були під наглядом, знаходилися на диспансерному обліку у лікаря-гастроентеролога.

У пацієнтів основної групи (31 особа) водночас було констатовано СПС згідно існуючих клініко-лабораторних критеріїв та виключено наявність іншої патології, що може проявлятися подібною симптоматикою [5]. Хворі контрольної групи (33 особи) страждали лише на ізольований ХНХ.

Сонографічне дослідження ЖМ проводилось ранком, через 12 годин після останнього

прийому їжі та через 45 хв. і 75 хв. після прийому жовчогінного сніданку, в якості якого застосовували 2 яєчних жовтка по стандартних методиках в положенні лежачи на спині, а при необхідності положенні на лівому чи правому боці та стоячи. При сонографічному дослідженні у всіх обстежених хворих вивчали стан стінок, просвіту та об'єм ЖМ та його кінетику [1].

Для визначення об'єму ЖМ використовували формулу:

$$V_{\text{ЖМ}} = \pi (p/2)^2 L,$$

де  $V_{\text{ЖМ}}$  – об'єм ЖМ,  $p$  – ширина ЖМ,  $L$  – довжина ЖП,  $\pi$  – 3,14 (стандартна фізична величина) [7].

Статистичну обробку отриманих результатів дослідження здійснювали на персональному комп'ютері AMD Athlon 2000+ MHz за допомогою дисперсійного аналізу (пакети ліцензійних програм Microsoft Windowsxp professional, Microsoft Office 2003, Microsoft Excel Stadia 6.1/prof та Statistica) [9].

**Отримані дані та їх обговорення.** У хворих на ХНХ як ізолюваній (контрольна група), так і сполученій з СПС (основна група), відмічалися скарги больового та диспептичного характеру, що було пов'язано з хронічною патологією ЖМ. Так, в 87,5% випадків контрольної групи та 90,3% основної групи місце тяжкості у правому підребер'ї, більш, ніж у третини пацієнтів була постійно або періодично виникаюча гіркота у роті (35% серед хворих основної групи і 33,9% - контрольної). Досить часто в обстежених хворих зустрічалися такі скарги диспептичного характеру, як відрижка, метеоризм, сухість у роті. Так, відрижка повітрям та рідше їжею була у 36,3% хворих основної групи та 35,5% пацієнтів контрольної групи, метеоризм після вживання їжі мав місце у 37,5% випадків основної групи та 38,7% в групі зіставлення. На сухість у роті, в тому числі сухість язика, що погіршувало процес жування та ковтання, скаржилися 35,5% пацієнтів основної групи та 35% хворих контрольної групи. Наявність металевого присмаку у роті відмічали 18,8% хворих основної групи та 17,7% - групи зіставлення. Тобто вірогідних розбіжностей між частотою зустрічання симптоматики з боку шлунково-кишкового тракту не

встановлено. Але слід відмітити, що у пацієнтів з ХНХ в сполученні з СПС, клінічна картина мала виражене психо-емоційне забарвлення на відміну від ізолюваного перебігу хронічного запального процесу в ЖМ. Дійсно, досить часто у хворих основної групи (95% випадків) відмічалися скарги на надмірну дратівливість, зниження працездатності (93,8%), зниження загального емоційного тону (95,0%), зниження апетиту (93,8%), порушення сну у вигляді пізнього засинання, раннього пробудження, поверхневого сну з частими пробудженнями вночі, після якого не було відчуття ранкової свіжості, наявність страхіть під час нічного сну, що негативно впливало на самопочуття (87,5%). Поряд з поганим нічним сном зі страхітками у значній кількості обстежених мала місце наявність підвищеної сонливості в день або навіть повне перевертання формули сну, коли хворі практично не спали вночі, але мали потребу для денного сну (81,3%). Більш, ніж у половини хворих основної групи відмічалися значні розлади в емоційній сфері, які характеризувалися постійним негативним тужливо-тривожним настроєм (56,3%), який нерідко сполучався з експлозивністю (за типом роздратованої слабкості), що відмічалось в 52,5% випадків. Для хворих із глибокими порушеннями сну та неадекватними емоційними реакціями на зовнішні подразники був характерним дифузний головний біль постійного нічного, тупого характеру (52,5%). У хворих на ХНХ з II стадією СПС на тлі частих загострень хронічного запального процесу в ГБС порушення емоційного тону досягали ступеня апатії та байдужості до оточуючого (41,3%). Таким чином, у хворих на ХНХ в сполученні з СПС була типова клінічна картина психоемоційних порушень, яка характерна саме для даного патологічного стану.

При сонографічному дослідженні у переважної більшості хворих обох груп виявлені УЗД-ознаки хронічного холециститу. Зокрема, у хворих відмічалось дифузне потовщення стінок ЖМ, його деформація, наявність перетинків та спайок, неомогенна порожнина ЖМ за рахунок мікролітів та детритів у просвіті. Нижче наведено дані щодо інструментального обстеження пацієнтів з ХНХ (табл. 1).

**Таблиця 1.** Показники УЗД органів черевної порожнини у обстежених хворих на ХНХ.

Показники УЗД	Групи хворих			
	основна (n = 32)		контрольна (n = 33)	
	абс.	%	абс.	%
Жовчний міхур:				
- потовщення стінок до 2 мм	18	56,3	22	66,7
- 3 мм	9	28,1	8	24,2
- 4-5 мм та більше	5	15,6	3	9,1
Наявність перетинків та спайок у ЖМ	21	65,6	18	54,5
Деформація ЖМ	17	53,1	15	45,5
Мікроліти і детрит у просвіті міхура	21	65,6	16	48,5

Як видно з таблиці 1, при ХНХ, сполученому з СПС, частіше спостерігається більш виражене потовщення стінки жовчного міхура 3 та більше мм – 43,7% проти 33,3% в контрольній групі, наявність перетинків та інших УЗД ознак хронічного запального процесу ЖМ, але ця різниця не була достовірною внаслідок невеликої кількості спосте-

режень ( $P > 0,05$ ). У цілому, зміни з боку жовчного міхура відмічені в 100% випадків в основній групі та лише в 83,8% - контрольній ( $P < 0,05$ ).

Під час сонографічного дослідження також виявлено певний вплив СПС на об'єми ЖМ у хворих на ХНХ, тобто у пацієнтів основної групи, у яких ХНХ перебігав в сполученні з СПС,

об'єм ЖМ до проведення пробного сніданку був більше ніж у пацієнтів контрольної групи в середньому в 1,6 рази ( $P < 0,05$ ). При чому ця особливість зберігалась і під час проведення сніданкової проби: кратність різниці між об'ємами ЖМ у хворих досліджуваних груп збергалась у межах 1,63 ( $P < 0,05$ ) та 1,6 ( $P < 0,05$ ) рази відповідно через 45 хв. та 75 хв (табл.2).

**Таблиця 2.** Вплив СПС на об'єм ЖМ при проведенні проби зі сніданком.

Термін обстеження	Групи хворих		P
	основна (n = 32)	контрольна (n = 33)	
До сніданку	33,04±	20,86±	<0,05
Через 45 хв	16,01±	9,82±	<0,05
Через 75 хв	7,36±	4,58±	<0,05

Таким чином, після проведення проби у хворих на ХНХ, сполучений з СПС, залишається суттєво більший об'єм ЖМ, тобто не відбувається повноцінного випорожнення під впливом пробного сніданку, що свідчить про порушення скоротливої здатності ЖМ. Це також підтверджується більшою частотою гіпокінетичного типу дискінезії ЖМ у хворих на ХНХ, сполучений з СПС, ніж у пацієнтів з ізольованим ХНХ – 81,5 % проти 57,6 % ( $P < 0,05$ ) (табл.3).

**Таблиця 3.** Вплив СПС на частоту різних типів дискінезій ЖМ у хворих на ХНХ.

Тип кінетики	Групи хворих			
	основна (n = 32)		контрольна (n = 33)	
	абс.	%	абс.	%
Норма	-	0	7	21,2
Гіперкінетичний	6	18,75	7	21,2
Гіпокінетичний	26	81,25	19	57,6

Зауважимо, що у всіх пацієнтів зі сполученою патологією у вигляді ХНХ та СПС констатовано дискінезію ЖМ, тоді як при ізольованому перебігу ХНХ у 21,2% хворих порушень кінетики не виявлено ( $P < 0,001$ ).

Таким чином, встановлено негативний вплив СПС на клінічний перебіг та кінетику ЖМ у хворих на ХНХ. Вважаємо доцільним та перспективним в подальшому продовжити дослідження в напрямку вивчення основних патогенетичних ланок сполученої патології у вигляді ХНХ та СПС з метою удосконалення існуючих методів лікування та медичної реабілітації.

#### Висновки:

1. У хворих на ХНХ в сполученні з СПС клінічна картина характеризувалась крім типового болювого та диспептичного синдромів наявністю психоемоційних порушень, які характерні саме для СПС.

2. При сонографічному дослідженні у переважній більшості хворих виявлені УЗД-ознаки хронічного холециститу: дифузне потовщення стінок ЖМ, його деформація, наявність перетинків та спайок, негомогенна порожнина ЖМ за рахунок мікролітів та детритів у просвіті.

3. Встановлено негативний вплив СПС на кінетику ЖМ у хворих на ХНХ, що проявлялось збільшенням об'ємів ЖМ, порушенням його випорожнення та більшою частотою гіпокіне-

тичного типу кінетики.

4. Вважаємо доцільним та перспективним в подальшому продовжити дослідження в напрямку з'ясування основних патогенетичних ланок сполученої патології у вигляді ХНХ та СПС з метою удосконалення існуючих методів лікування та медичної реабілітації.

#### ЛИТЕРАТУРА:

- Бацков С.С. Ультразвуковой метод исследования в гастроэнтерологии / С.С. Бацков. – СПб. : Основа, 1995. – 152 с.
- Боброннікова Л.Р. Патогенетичні механізми хронічного безкам'яного холециститу / Л.Р.Боброннікова, В.М.Хворостина, І.А.Ільченко // Сучасна гастроентерологія. – 2002. – №2 (8). – С. 88 – 89.
- Галкин В.А. Современные методы диагностики дискинезии жёлчного пузыря и некалькулёзного холецистита / В.А. Галкин // Терапевтический архив. – 2001. – Т. 73, № 8. – С. 37 – 38.
- Губергриц Н.Б. К вопросу о клинических «масках» хронического холецистита / Н.Б. Губергриц // Провизор. – 2002. – № 1. – С. 42 – 44.
- Дранник Г.Н. Синдром повышенной утомляемости в клинической практике: клинико-эпидемиологические и иммунологические исследования / Г.Н. Дранник, В.М. Фролов // Проблемы экологичної та медичної генетики і клінічної імунології: зб. наук. праць. - Київ; Луганськ; Харків, 2002. - Вип.6 (45).- С. 71-80.
- Дранник Г.М. Синдром підвищеної стомленості в практичній медицині / Г.М.Дранник, В.М.Фролов // Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології: зб.наук.праць. - Київ; Луганськ; Харків, 2003. - Вип.1 (47).- С. 74-82.
- Кошкин Н.И. Справочник по элементарной физике / Н.И.Кошкин, М.Г.Ширкевич. – М. : Наука, 1972. – 241 с.
- Краснова С.П. Синдром підвищеної стомленості у хворих з поєднаною патологією гепатобілярної та гастродуоденальної зони : автореф. дис ... канд. мед. наук : спец. 14.01.02 «Внутрішні хвороби» / С.П.Краснова. - Луганськ, 2003. - 21 с.
- Лапач С.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С.Н. Лапач, А.В. Чубенко, П.Н. Бабич. – Киев : Морион, 2000. – 320 с.
- Полунина Т.Е. Хронический холецистит / Т.Е. Полунина, Е.В. Полунина // Лечащий врач. – 2004. - № 4. – С. 40-44.
- Стеатоз печінки та неалкогольний стеатогепатит на тлі рецидивуючих респіраторних інфекцій: клініка, патогенез, оптимізація лікування та медичної реабілітації : автореф. дис ... докт. мед. наук: спец. 14.01.02 «Внутрішні хвороби» / В.О.Терешин. – Луганськ, 2007. – 32 с.
- Філіппов Ю.О. Основні показники гастроентерологічної захворюваності в Україні / Ю.О.Філіппов, І.Ю.Скирда, Л.М.Петречук // Гастроентерологія: Міжвід. збірник. - Дніпропетровськ, 2006. - Вип. 37. - С. 3 - 9.
- Tsimmmerman I.S. Chronic cholecystitis and its clinical masks: diagnosis and differential diagnosis / I.S. Tsimmmerman // Clin. Med. – 2006. – V.84(5). - P.4-12.
- Elwood D.R. Cholecystitis. / D.R. Elwood // Surg. Clin North. - 2008. - V.88, № 6. – P. 1241-1252.

Надійшла 14.02.2009 р.

Рецензент: доц. А.І.Чистолінова