

**КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ СОНОГРАФІЧНИХ  
ПОКАЗНИКІВ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ  
НЕКАЛЬКУЛЬОЗНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ В  
СПОЛУЧЕННІ З СИНДРОМОМ ПІДВИЩЕНОЇ  
СТОМЛЮВАНОСТІ**

**О.Б.Гіщенко, Ю.Г.Бурмак, Н.В.Чернишова,  
Ю.В.Берест, Є.Г.Берест**

*Луганський державний медичний університет*

**Вступ**

Ультразвукове сканування (сонографія) є найбільш поширеним неінвазивним інструментальним методом дослідження гепатобілярної системи людини [1,2]. При достатній кваліфікації дослідника діагностична цінність методу складає 70-75%. До безперечних достоїнств сонографії слід віднести відсутність протипоказань і ускладнень, можливість проведення в будь-яку фазу захворювання у тому числі і у ліжка хворого, з оцінкою динамічних змін в процесі лікування, відсутність складної підготовки фахівця до дослідження. Безперечною перевагою є дешевизна методу і, особливо, можливість селективного скринінгу, коли об'єктом дослідження є певний контингент хворих, серед яких очікується виявлення певних захворювань [1].

З огляду на постійне невпинне зростання захворюваності на хронічну патологію печінки та жовчовивідних шляхів, у тому числі на хронічний некалькульозний холецистит (ХНХ) в Україні та інших країнах світу постає актуальне питання щодо своєчасності та точності діагностування патології гепатобілярної системи [10-12]. При цьому в сучасних екологічно несприятливих умовах регіону Донбасу ХНХ нерідко має тривалий перебіг, з частими загостреннями та недостатньою ефективністю загальноприйнятого лікування [8], що в теперішній час пов'язують з наявністю у таких хворих клініко-імунологічних синдромів підвищеної стомлюваності та хронічної [3,4].

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) [6,9]. Тому ми вважали доцільним визначити роль сонографічного обстеження в діагностиці патології ГБС 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 даних сонографічного обстеження хворих на ХНХ, сполучений з СПС та визначення їх ролі в лікувально-діагностичному процесі.

**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 [1]. Усі хворі, що були під наглядом, знаходилися на диспансерному обліку у лікаря-гастроентеролога. Водночас у цих пацієнтів було констатовано СПС згідно існуючих клініко-лабораторних критеріїв та виключено наявність іншої патології, що може проявлятися подібною симптоматикою [3].

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 і його кінетику [1,5].

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 Exel Stadia 6.1/prof та Statistica) [7].

#### Отримані дані та їх обговорення

У хворих на ХНХ, сполучений з СПС (основна група), відмічалися скарги больового та диспепсичного характеру, що було пов'язано з хронічною патологією ЖМ. Так, в 90,3% пацієнтів мали місце тяжкість у правому підребер'ї, більш, ніж у третини (35%) хворих була постійно або періодично виникаюча гіркота у роті. 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, метеоризм після вживання їжі мав місце у 37,5% випадків, на сухість у роті, в тому числі сухість язика, що погіршувало процес жування та ковтання, скаржилися 35,5% пацієнтів. Наявність металевого присмаку у роті відмічали 18,8% хворих. При цьому клінічна картина мала виражене психо-емоційне забарвлення: досить часто у хворих (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 страхіттями у значній кількості обстежених мала місце наявність підвищеної сонливості в день або навіть повне перекручення формули сну, коли хворі практично не спали вночі, але мали потребу для денного сну (81,3%). Більш, ніж у половини хворих 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 хво-

рих із глибокими порушеннями сну та неадекватними емоційними реакціями на зовнішні подразники був характерним дифузний головний біль постійного ніякого, 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 переважній більшості хворих обох груп виявлені УЗД-ознаки ХНХ.

Серед сонографічних ознак ХНХ основними були наступні:

1. Збільшення розмірів жовчного міхура, що пов'язано з порушенням еластичності його стінки і фіброзом шийки (54,8%).

2. Зміни стінки жовчного міхура - є найвірнішою сонографічною ознакою даної патології. Потовщення стінок складало від 3 до 5 мм та більше. Так, у 56,3% товщина стінки складала 2 мм, у 28,1% - 3 мм, та у 15,6% спостерігалась гіпертрофічна форма ХНХ, тобто товщина стінок сягала 4-5 мм. Водночас у переважній більшості пацієнтів (80,6%) стінки жовчного міхура були ущільнені.

3. Ознаки перифокального запалення (нерівний і нечіткий зовнішній контур жовчного міхура) - виявлені в 29% випадків.

Часто спостерігалось, також збільшення жовчного міхура у поєднанні з потовщенням стінки і негомогенністю вмісту жовчного міхура (гіперехогена жовч). Деформація жовчного міхура поєднувалася з потовщенням стінки міхура і нерідко підвищеною ехогенністю приміхуровій тканині печінки, що свідчило про наявність перифокального запалення. При хронічному холециститі в порожнині жовчного міхура визначалися різні включення (65,6%) - мікроліти та детрити у просвіті, застійна, замазкоподібна жовч. У частини хворих (53,1%) виявлялась деформація жовчного міхура, наявність перетинок та спайок.

Слід зауважити, що сонографія дозволяє вивчити не тільки морфологію ЖМ, але й дослідити його кінетичну активність за допомогою проби зі сніданком. Так, у хворих на ХНХ в сполученні з СПС виявлені порушення кінетичної функції ЖМ,

що проявлялось збільшенням об'ємів ЖМ, порушенням його випорожнення та гіпокінетичним типом кінетики.

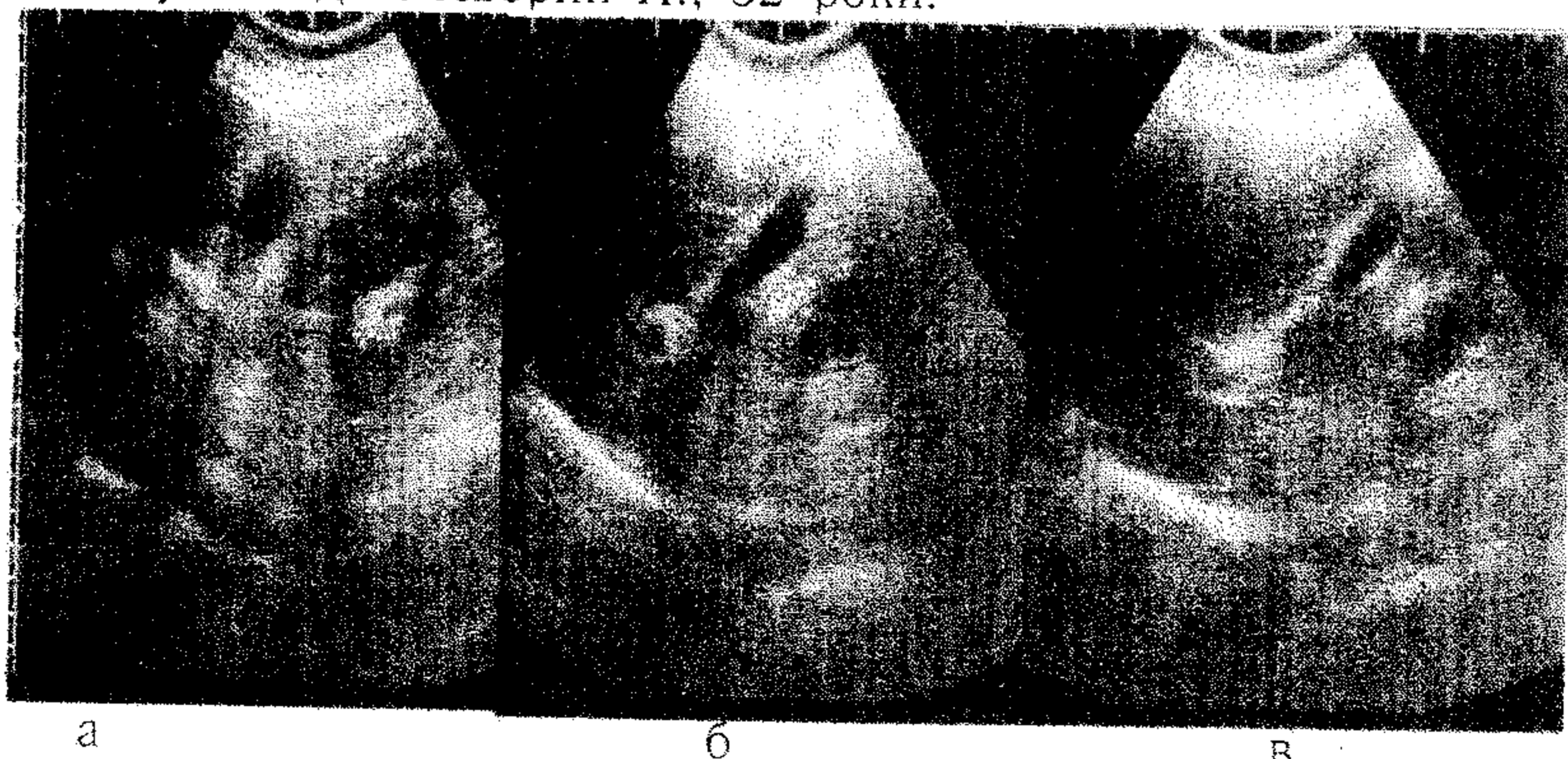
Наводимо приклади сонографічної картини ЖМ в динаміці проведення пробного сніданку.

**Приклад 1.** Хвора У., 22 роки.



Візуалізується жовчний міхур середніх розмірів, овальної форми, стінки потовщені до 5 мм, в порожнині визначається гомогенна жовч. Ознак перифокального запалення немає. Об'єм ЖМ - 13,5 см<sup>3</sup> (а), через 45 хв. (б) після прийому жовчогінного сніданку об'єм складає 8,8 см<sup>3</sup> (скорочення на 35 %), через 90 хв. (в) - 5,7 см<sup>3</sup> (скорочення на 58 %). **Заключення:** ХНХ, дискінезія за гіпомоторним типом.

**Приклад 2.** Хворий А., 52 роки.



Візуалізується жовчний міхур середніх розмірів, непра-

Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології

вильної форми, неповний перегиб ЖМ, стінки рівномірно потовщені до 5 мм, їх ехогенність підвищена. Ознак перифокального запалення немає. В порожнині негетогенна жовч. детрит. Об'єм ЖМ - 30,5 см<sup>3</sup> (а), через 45 хв. (б) після прийому жовчогінного сніданку об'єм складає 19,8 см<sup>3</sup> (скорочення на 35 %), через 90 хв. (в) - 16 см<sup>3</sup> (скорочення на 47 %). **Заключення:** ХНХ, дискінезія за гіпомоторним типом.

#### Висновки

1. У хворих на ХНХ в сполученні з СПС клінічна картина характеризувалась крім типового больового 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 перетинок та спайок, негетогенна порожнина ЖМ за рахунок мікролітів та детритів у просвіті.

3. Сонографічне обстеження дозволяє виявити у хворих на ХНХ в сполученні з СПС порушення кінетичної функції ЖМ, що проявлялось збільшенням об'ємів ЖМ, порушенням його випорожнення та гіпокінетичним типом кінетики.

4. Вважаємо доцільним та перспективним в подальшому продовжити дослідження в напрямку визначення ролі різних діагностичних методів у клінічній практиці при ХНХ та СПС.

#### Література

1. Бацков С.С. Ультразвуковой метод исследования в гастроэнтерологии / С.С. Бацков. - СПб. : Основа, 1995. - 152 с.

2. Галкин В.А. Современные методы диагностики дискінезии жёлчного пузыря и некалькулёзного холецистита / В.А. Галкин // Терапевтический архив. - 2001. - Т. 73, № 8. - С. 37 - 38.

3. Дранник Г.Н. Синдром повышенной утомляемости в клинической практике: клинко-эпидемиологические и им-

Екологічні проблеми експериментальної та клінічної медицини

мунологические исследования / Г.Н. Дранник, В.М. Фролов // Проблемы экологической та медичної генетики і клінічної імунології: зб. наук. праць. - Київ; Луганськ; Харків, 2002. - Вип.6 (45).- С. 71-80.

4. Дранник Г.М. Синдром підвищеної стомлюваності в практичній медицині / Г.М.Дранник, В.М.Фролов // Проблемы экологической та медичної генетики і клінічної імунології: зб.наук.праць. - Київ; Луганськ; Харків, 2003. - Вип.1 (47).- С. 74-82.

5. Кошкин Н.И. Справочник по элементарной физике / Н.И.Кошкин, М.Г.Ширкевич. - М. : Наука, 1972. - 241 с.

6. Краснова С.П. Синдром підвищеної стомленості у хворих з поєднаною патологією гепатобіліарної та гастро-дуоденальної зони : автореф. дис ... канд. мед. наук : спец. 14.01.02 "Внутрішні хвороби" / С.П.Краснова. - Луганськ, 2003. - 21 с.

7. 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.

8. Полунина Т.Е. Хронический холецистит / Т.Е. Полунина, Е.В. Полунина // Лечащий врач.- 2004.- № 4. - С.40-44.

9. Терьошин В.О. 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.Терьошин. - Луганськ, 2007. - 32 с.

10. 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.

11. Tsimmerman I.S. Chronic cholecystitis and its clinical masks: diagnosis and differential diagnosis / I.S.Tsimmerman // Clin. Med. - 2006. - V.84(5). - P.4-12.

12. Elwood D.R. Cholecystitis. / D.R. Elwood // Surg. Clin North. - 2008. - V.88, № 6. - P. 1241-1252.

#### Резюме

**Тіщенко О.Б., Бурмак Ю.Г., Чернишова Н.В., Берест Ю.В., Берест Є.Г.** Клінічне значення сонографічних показників у хворих на хронічний некалькульозний холецистит в сполученні з синдромом підвищеної стомлюваності.

У статті доведено суттєву роль сонографічного обстеження у хворих на хронічний некалькульозний холецистит у сполученні з синдромом підвищеної стомлюваності.

**Ключові слова:** хронический холецистит, синдром підвищеної стомлюваності, діагностика, сонографія.

#### Резюме

**Тіщенко О.Б., Бурмак Ю.Г., Чернишова Н.В., Берест Ю.В., Берест Є.Г.** Клиническое значение сонографических показателей у больных хроническим некалькулезным холециститом в сочетании с синдромом повышенной утомляемости.

В статье доказана существенная роль сонографического обследования у больных хроническим некалькулезным холециститом в сочетании с синдромом повышенной утомляемости.

**Ключевые слова:** хронический некалькулезный холецистит, синдром повышенной утомляемости, диагностика, сонография.

#### Summary

**Tishchenko O.B., Burmak Yu.G., Chernyshova N.V., Berest Yu.V., Berest E.G.** Clinical value of sonographical indexes at patients with chronic uncalculous cholecystitis, combined with syndrome of heightened tiredness.

In the article the substantial role of sonographical inspection at patients with chronic nekalkuleznim holetsistitom in combination combined with syndrome of heightened tiredness is proved.

**Key words:** chronic uncalculous cholecystitis, syndrome of heightened tiredness, diagnostics, sonography.

**Рецензент: д.мед.н., проф.Л.М.Іванова**