

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УО «ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
ОРДЕНА ДРУЖБЫ НАРОДОВ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

ДОСТИЖЕНИЯ ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ, КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ

Материалы 69-ой научной сессии сотрудников университета

29-30 января 2014 года

УДК 616+615.1+378
ББК 5Я431+52.82я431
Д 70

Редактор:

Профессор, доктор медицинских наук В.П. Дейкало

Заместитель редактора:

доцент, кандидат медицинских наук С.А. Сушков

Редакционный совет:

Профессор В.Я. Бекиш, профессор Г.Н. Бузук,
профессор С.Н. Занько, профессор В.И. Козловский,
профессор Н.Ю. Коневалова, д.п.н. З.С. Кунцевич,
д.м.н. Л.М. Немцов, профессор В.П. Подпалов,
профессор М.Г. Сачек, профессор В.М. Семенов,
доцент Ю.В. Алексеенко, доцент С.А. Кабанова,
доцент Л.Е. Криштопов, доцент С.П. Кулик,
ст. преп. Л.Н. Каныгина.

ISBN 978-985-466-694-5

Представленные в рецензируемом сборнике материалы посвящены проблемам биологии, медицины, фармации, организации здравоохранения, а также вопросам социально-гуманитарных наук, физической культуры и высшей школы. Включены статьи ведущих и молодых ученых ВГМУ и специалистов практического здравоохранения.

УДК 616+615.1+378
ББК 5Я431+52.82я431

ISBN 978-985-466-694-5

© УО “Витебский государственный
медицинский университет”, 2014

ВАРИАНТНОСТЬ КЛИНИЧЕСКОЙ МАНИФЕСТАЦИИ БИЛИАРНОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ НАРУШЕНИИ ДИСПЕРСНОСТИ СОДЕРЖИМОГО ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

Гирса В.Н., Немцов Л.М.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. Нарушение дисперсности содержимого желчного пузыря, то есть неоднородность желчи, выявляемую при эхографическом исследовании, обозначают термином "билиарный сладж" (БС). По данным скрининговых обследований частота БС не превышает 1,7–4% среди взрослого населения, а при различной билиарной патологии частота БС достигает 40%. [1,2].

Цель – определить характеристику вариантности клинической манифестации билиарной патологии при нарушении дисперсности содержимого желчного пузыря.

Материал и методы. Обследовано 249 пациентов (медиана возраста пациентов - 40,0 лет [28,0-48,0], соотношение мужчин и женщин - 123/126) с наличием хронической боли или дискомфорта в правом верхнем квадранте живота в течение не менее 6 месяцев, в том числе с диагнозом: желчнокаменная болезнь (ЖКБ; К80) – 99 пациентов, хронический холецистит (ХНХ; по МКБ-10 К81.1) – 47 пациентов, дисфункция желчного пузыря (ДЖП; К82.8) – 43 пациента, а также 60 пациентов с признаками билиарной патологии при других болезнях системы пищеварения, классифицированных в других рубриках (за исключением К80-К83) (К87.0).

При оценке клинической манифестации выделяли у обследованных пациентов классический симптомный вариант, который соответствовал

клиническим критериям функционального расстройства желчного пузыря (ЖП) и сфинктера Одди (СО) (Рим-II, 1999; Рим-III, 2006), и малосимптомный клинический вариант.

Нарушение дисперсности содержимого ЖП определяли по обнаружению билиарного сладжа (БС) в просвете ЖП и по обнаружению кристаллов холестерина и билирубината кальция в поле зрения микроскопа при 100-кратном увеличении или более 4 кристаллов в пробе дуоденального аспирата порции «В» («пузырная желчь»), полученного при многофракционном дуоденальном зондировании [1].

Клинико-лабораторные методы включали также общий и биохимический анализы крови, серологическое исследование на маркеры вирусных гепатитов (В,С,Д), инструментальные методы – трансабдоминальную эхографию органов верхнего этажа брюшной полости (УЗИ), динамическую эхографию с холекинетической пробой (20,0 г сорбита, растворенного в 200 мл воды) для оценки опорожнения ЖП. Определяли концентрацию холецистокинин-октапептида ССК–26–33 (Phoenix Pharmaceutical, Inc.; США) в плазме крови методом РИА.

Статистический анализ произведен с помощью программного обеспечения Statistica 6.0.

Результаты и обсуждение.

На основании оценки клинической манифестации и по данным УЗИ и микроскопии дуоденального аспирата порции «В» выделены

Таблица. Характеристики клинических вариантов с нарушением и без нарушения дисперсности содержимого желчного пузыря

Клинические характеристики	Билиарная дисмоторика	Состояние стенки ЖП	Содержимое ЖП	ССК-резистентность
Симптомный вариант с нарушением дисперсности желчи (n=77)				
Ургентные события (60,0%) Хронический панкреатит (22,1%)	Гипокинезия ЖП (67,6%) Спазм СО>8 минут (88,0%)	Стенка ЖП>3 мм (31,6%) Деформация ЖП (36,4%)	Конкременты (35,1%) БС (79,2%)	ССК-резистентность
Симптомный вариант без нарушением дисперсности желчи (n=22)				
Патология печени (34,7%) Ургентные события (29,3%) Перенесенная инфекция ВГ (27,6%)	Гипокинезия ЖП (60,9%) Спазм СО>8 минут (72,2%)	Стенка ЖП>3 мм (17,4%) Деформация ЖП (44,9%)	Эхонегативное содержимое (100%)	ССК-резистентность
Малосимптомный вариант с нарушением дисперсности желчи (n=98)				
Ургентные события (50,0%) Патология печени (18,2%)	Гипокинезия ЖП (70,0%) Спазм СО>8 минут (83,3%)	Стенка ЖП>3 мм (25,0%) Деформация ЖП (22,7%)	Конкременты (13,6%) БС (95,5%)	-
Малосимптомный вариант без нарушением дисперсности желчи (n=52)				
Ургентные события (14,3%) Патология печени и перенесенная инфекция ВГ (44,2%)	Гипокинезия ЖП (46,0%) Спазм СО>8 минут (50,0%)	Стенка ЖП>3 мм (9,6%) Деформация ЖП (25,0%)	Эхонегативное содержимое (100%)	ССК-резистентность

Примечание - для всех характеристик достоверность различий $p < 0,05$; ВГ – вирусный гепатит, ЖП – желчный пузырь, ССК – холецистокинин, ССК стим – стимулированная концентрация холецистокинина в плазме крови после приема 20,0 г сорбита внутрь.

клинико-лабораторные симптомный и малосимптомный варианты как с нарушением, так и без нарушения дисперсности желчи (см. Таблица).

В целом, клинические варианты с нарушением дисперсности содержимого ЖП, по сравнению с вариантами без нарушения дисперсности, отличались ($p < 0,05$) большей частотой гипокинезии ЖП, морфологических изменений стенки ЖП, определяемых по ее утолщению более 3 мм по данным УЗИ, urgentных событий и острой патологии, и хронического панкреатита.

Клинические варианты без нарушения дисперсности содержимого ЖП отличались ($p < 0,05$) от вариантов с нарушением дисперсности содержимого ЖП более частой перенесенной инфекцией вирусных гепатитов и сопутствующей патологией печени.

Для симптомных вариантов, как с нарушением, так и без нарушения дисперсности содержимого ЖП, по сравнению с малосимптомными вариантами, характерны ($p < 0,05$) более высокая частота гипокинезии ЖП и спазма сфинктера Одди; морфологических изменений желчного пузыря, определяемых при эхогра-

фии по утолщению стенки более 3 мм и деформации; повышения резистентности нейромышечного аппарата ЖП к холецистокинину, и более высокой частотой конкрементов ЖП.

Выводы:

1. Клинические варианты билиарной патологии с нарушением дисперсности содержимого ЖП, по сравнению с вариантами без нарушения дисперсности, отличались ($p < 0,05$) большей частотой гипокинезии ЖП, утолщения более 3 мм стенки ЖП, urgentных событий и сопутствующего хронического панкреатита.

2. Клинические варианты без нарушения дисперсности содержимого ЖП характеризуются ($p < 0,05$) более высокой частотой перенесенной инфекции вирусных гепатитов и сопутствующей патологией печени.

Литература:

1. Ко, С.W. Biliary sludge/ С.W. Ko, J.H. Sekijima, S.P. Lee // Annals of Internal medicine. – 1999. – Vol. 130, №4. – P. 301-311.

2. Ильченко, И.И. Клинические аспекты билиарного сладжа / И.И. Ильченко, О.В. Делюкина // Consilium medicun. – 2007. – Т. 9, №7. – С. 23-32.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВАРИАНТОВ КЛИНИЧЕСКОЙ МАНИФЕСТАЦИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БИЛИАРНОЙ ПАТОЛОГИИ

Гирса В.Н., Немцов Л.М.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. По данным скрининговых обследований частота манифестных форм хронической билиарной патологии не превышает 2–5% среди взрослого населения [1]. Течение хронической билиарной патологии может привести к острым панкреатобилиарным осложнениям (в 15–45% случаев), таким как желчная колика, панкреатит, стеноз сфинктера Одди, «акалькулезный» холецистит, «отключенный желчный пузырь», холангит [1, 2].

Цель – установить частоту классического симптомного и малосимптомного вариантов клинической манифестации хронической билиарной патологии и сравнить ассоциированные с ними факторы.

Материал и методы. Обследовано 249 пациентов (медиана возраста пациентов - 40,0 лет [28,0–48,0], соотношение мужчин и женщин - 123/126) с наличием хронической боли или дискомфорта в правом верхнем квадранте живота в течение периода не менее 6 месяцев, в том числе с диагнозом: желчно-каменная болезнь (ЖКБ; K80) – 99 пациентов, хронический холецистит (ХНХ; по МКБ-10 K81.1) – 47 пациентов, дисфункция желчного пузыря (ДЖП; K82.8) – 43 пациента, а также 60 пациентов с синдромом правого подреберья при других болезнях системы пищеварения, классифицированных в других рубриках (за исключением K80–K83) (K87.0).

При оценке клинической манифестации выделяли у обследованных пациентов классический симптомный вариант, который соответствовал клиническим критериям функционального расстройства желчного пузыря (ЖП) и сфинктера Одди (СО) (Рим-II, 1999; Рим-III, 2006). Малосимптомный клинический вариант, характерный для части пациентов с билиарной патологией (Ю.Х. Мараховский, 1995; Н.Б. Губергриц, П.Г. Фоменко, 2009), выделяли при наличии периодической боли и/или дискомфорта в правом верхнем квадранте живота неустойчивого уровня интенсивности и длительности (от 5–10 до 30 минут и более) в сочетании с диспепсической симптоматикой.

Клинико-лабораторные методы включали общий и биохимический анализы крови, серологическое исследование на маркеры вирусных гепатитов (В,С, D), инструментальные методы – трансабдоминальную эхографию органов верхнего этажа брюшной полости (УЗИ), динамическую эхографию желчного пузыря с холекинетической пробой (20,0 г сорбита). Определяли концентрацию холецистокинин-октапептида ССК–26–33 (Phoenix Pharmaceutical, Inc.; США) в плазме крови методом РИА. Вегетативный тонус пациентов исследовали на основании спектрального анализа вариабель-