

Возможности ультразвукового метода исследования в диагностике заболеваний желчного пузыря в условиях поликлиники

О.Н. Минушкин², И.В. Андреева¹, Т.М. Гранкова¹, И.В. Рыженкова¹, О.Г. Туркина¹

¹ФГБУ «Поликлиника №1» УД Президента РФ, ²ФГБУ «Учебно-научный медицинский центр» УД Президента РФ

Целью проведенного исследования являлось получение собственных данных о частоте выявления заболеваний желчного пузыря, в частности холестероза, при использовании ультразвукового метода исследования в поликлинике. Использованы, кроме стандартного режима серой шкалы, режим доплеровского сканирования и ультразвуковое исследование со снижением мощности сигнала аппарата, что позволяет точнее отличить холестероз от воспалительных изменений стенки желчного пузыря.

Ключевые слова: холестероз, ультразвуковое исследование со снижением мощности сигнала аппарата, доплеровское сканирование.

The aim of the present study was to collect data so as to find out how frequently gallbladder pathologies, namely, cholesterosis, can be revealed with ultrasound equipment installed in the out-patient unit. In addition to the standard regime of "grey scale" the researchers used Doppler scanning and ultrasound examination with decreased signal power. Such an approach has made it possible to more precisely differentiate cholesterosis and inflammatory changes in gallbladder walls.

Key words: cholesterosis, ultrasound examination with decreased signal power, Doppler scanning.

В 1857 г. Р. Вирхов впервые описал холестероз желчного пузыря (ХЖП). Для ХЖП характерно накопление в собственной пластинке слизистой желчного пузыря липидов, особенно эфиров холестерина. Современное определение холестероза ограничивают в основном морфологической сущностью заболевания. Мы в 2000 г. попытались привнести в определение патогенетические и функциональные аспекты [7]. Суть его заключается в следующем: холестероз желчного пузыря – патологическое состояние, которое связано с абсорбцией и накоплением в стенке желчного пузыря липидов из желчи под влиянием изменения концентрации аполипопротеинов и сопровождающееся изменением его функций, что формирует клиническую картину и способствует камнеобразованию.

Отложение липидов в стенке желчного пузыря впервые описано патоморфологами более 150 лет назад. Анализ современной литературы убеждает в широком распространении холестероза желчного пузыря. Он встречается во всех возрастных группах (от 13 до 94 лет), при этом наибольший процент заболеваемости приходится на лиц молодого и среднего возраста (30–50 лет) [3]. По данным разных авторов, частота встречаемости холестероза желчного пузыря колеблется от 2,4 до 39% случаев при холецистэктомии и от 2,1 до 46% случаев при аутопсии [1]. По результатам последних исследований установлено, что среди пациентов с заболеваниями желчного пузыря холестероз встречается в 40,3% случаев, причем среди мужчин в 44,3%, а среди женщин в 38,5%, в возрасте от 40 до 59 лет [8].

Р.А. Иванченкова выделяет три варианта течения ХЖП: бессимптомный, неосложненный и осложненный [4]. По ее данным, возможно длительное бессимптомное течение ХЖП, выявляемое лишь случайно при ультразвуковом исследовании, которое наблюдается примерно у 5% больных. Этот вариант характерен для очаговых и диффузно-сетчатых форм, однако встречается и при сетчато-полипозных формах с одиночными и множественными полипами.

Неосложненные формы ХЖП могут проявляться диспепсией: снижением аппетита, ощущением чувства горечи во рту, неустойчивым стулом со сменой запоров поносами, метеоризмом. Нередко диспепсия является единственным на протяжении нескольких лет симптомом заболевания, предшествующим появлению болей. По мере прогрессирования заболевания появляются боли в эпигастрии или правом подреберье, которые возникают при погрешностях в диете (прием острой, жирной пищи) или эмоциональном напряжении [9]. Боль имеет тупой, ноющий или давящий характер, иррадирует в правое плечо или правую лопаточную область. Возникновение болей связывают с липоидной инфильтрацией, препятствующей сокращению желчного пузыря, периферической закупоркой протока слизистым эпителием [4, 10]. Этот вариант обычно характерен для диффузно-сетчатых и сетчато-полипозных форм ХЖП с небольшим количеством (1–2) мелких полипов, но значительным утолщением стенки желчного пузыря. ХЖП часто осложняется развитием хронического холецистита, желчнокаменной болезни. При осложненных формах ХЖП интенсивность клинических проявлений значительно увеличивается. Часто первые клинические признаки появляются только после присоединения указанных осложнений. Полипы больших размеров или скопление липидов в области шейки желчного пузыря нарушают эвакуацию желчи из пузыря и формируют картину «желчной колики». Возможно отключение желчного пузыря вследствие обтурации его шейки большим полипом [4].

Холестероз желчного пузыря широко распространен, но отмечается значительный разброс частоты его встречаемости по данным публикаций. Выявление холестероза в начале заболевания, особенно у лиц молодого возраста, важно для своевременного назначения лечения.

Целью настоящего исследования было получение собственных данных о частоте выявления заболевания с использованием ультразвукового исследования (УЗИ).

Материалы и методы

Настоящее исследование выполнено в ФГУ «Поликлиника № 1» УД Президента РФ на аппарате «Logic 7» в стандартном режиме серой шкалы и дополнительно в режиме снижения мощности сигнала аппарата до 8–10 дБ при подозрении на патологию стенки желчного пузыря. Обнаружение единичных или множественных экзогенных включений, отличающихся небольшими размерами (1–3 мм), на ограниченных участках стенки желчного пузыря являлось признаком очаговой формы ХЖП. Захват большей части стенки пузыря, протяженность включений, превышающих 0,5–1,5 см, свидетельствовали о диффузно-сетчатой форме ХЖП. Исчезновение при этом очаговых изменений стенки пузыря в режиме снижения мощности говорит об их воспалительном характере. При обнаружении полипов (экзогенных структур, расположенных пристеночно, не смещаемых при изменении положения тела) проводилось УЗИ в режиме доплеровского сканирования для дифференциальной диагностики холестериновых и аденоматозных полипов. Критериями холестероза являлись: неравномерное, очаговое или диффузное утолщение и/или уплотнение стенки желчного пузыря, сохраняющееся при снижении мощности аппарата до 8–10 дБ, и/или холестериновые (гиперэхогенные) полипы, не имеющие признаков кровотока в режиме доплеровского сканирования (Б. Блок, 2007). Вероятность диагноза «холестероз» повышалась при обнаружении нескольких (2–4) полипов (см. рисунок).

В работе использована удобная и широко применяемая в отечественной медицине классификация, предложенная Н.К. Пермяковым и А.Е. Подольским (1968 г.), согласно которой выделяют следующие формы ХЖП:

- 1) очагово-сетчатая форма;
- 2) диффузно-сетчатая форма;
- 3) смешанная сетчато-полипозная форма;
- 4) полипозная форма.

Данная классификация проста и удобна в практическом отношении, так как позволяет условно определить стадию болезни, провести необходимые диагностические исследования и выбрать способ лечения.

В исследование включена группа пациентов поликлиники, обследованных за 4 мес (январь–апрель 2010 г.), которым проводилось УЗИ желчного пузыря по направлению терапевтов и врачей других специальностей.

Результаты и обсуждение

Всего за 2010 г. в поликлинике врачами ультразвуковой диагностики проведено 13 944 УЗИ органов брюшной полости, в том числе желчного пузыря. Проанализированы результаты 1180 исследований, что составило 8,46% от всей группы. Распределение по полу: мужчины 517 человек (43,8%), женщины – 663 (56,2%). Возраст пациентов – от 16 до 93 лет, средний – 53,1 года. Распределение пациентов по возрасту представлено в табл. 1.

Таблица 1

Распределение изученных больных по возрасту

Количество пациентов	Всего	Возраст, годы							
		16–20	21–30	31–40	41–50	51–60	61–70	71–80	81–93
Абс.	1180	52	128	95	188	359	162	128	68
%	100	4,4	10,8	8,1	15,9	30,4	13,7	10,8	5,8

Таблица 2

Результаты УЗИ желчного пузыря у анализируемой группы больных

Параметры	Норма	Желчный пузырь удален	Конкременты	Холестероз, все формы	Аденоматоз	Холецистит
Число исследований	260	112	92	352	75	96
% от общего числа исследований	22	9,5	7,8	29,8	6,4	8,1

Как видно из табл. 1, основную массу больных (60%) составили лица от 41 года до 70 лет, группа молодых (от 16 до 30 лет) составила 15,2%, а лица старше 70 лет – 16,6%.

Анализ результатов УЗИ показал (табл. 2), что нормальный желчный пузырь установлен у 260 пациентов (22% от общего числа пациентов), удаленный желчный пузырь – у 112 пациентов (9,5%), камни желчного пузыря – у 92 (7,8% исследований), в том числе в сочетании с холестерозом желчного пузыря – 20 случаев (из них в 5 случаях имелось сочетание ЖКБ с холестериновыми полипами).

Равномерное уплотнение стенки желчного пузыря, без или с утолщением ее до 0,4 см обнаружено у 304 пациентов. При снижении мощности посылаемого сигнала сохранение участков очагового или диффузного уплотнения стенки, что является признаком холестероза, установлено у 123 пациентов (10,4% от общего числа) из 304. У остальных (181 пациент – 15,3%) описываемое уплотнение стенки может быть признаком хронического холецистита (что необходимо уточнять с помощью клинических данных).

Неравномерное уплотнение стенки желчного пузыря, сохраняющееся при изменении режима УЗ-датчика



Рис. Холестероз желчного пузыря. Холестериновый полип.

Таблица 3

Распределение пациентов с ХЖП по возрасту

Количество пациентов	Всего	Возраст, годы						
		16–20	21–30	31–40	41–50	51–60	61–70	71–90
Абс.	372	4	18	29	77	135	74	35
%	100	1	4,8	7,8	20,1	36,3	19,9	9,4

(признак холестероза), отмечалось у 229 (19,4%) пациентов, в том числе в 89 случаях в сочетании с гиперэхогенными полипами. Аденоматозные изоэхогенные полипы выявлены в 75 исследованиях (6,4%).

Острый холецистит (утолщение стенки 0,5–0,8 см в сочетании с болевым синдромом) обнаружен у 5 пациентов (0,4% всех исследований) – больные были госпитализированы по экстренным показаниям. Невозможно было оценить стенку желчного пузыря у 7 человек (0,6%) (в результате его сокращения пациент обследован после еды).

Явления холецистита (равномерное уплотнение и/или утолщение стенки, исчезающее при изменении УЗ-сигнала, часто в сочетании с осадком, сладжем) наблюдались в 96 (8,1%) случаях.

Таким образом, холестероз желчного пузыря в сумме выявлен у 372 пациентов (31,5%), из них полипозная и смешанная сетчато-полипозная форма холестероза выявлена у 94 пациентов (25,3%). Возрастное распределение больных с ХЖП представлено в табл. 3.

Основную массу больных – 84,1% – составили лица от 31 года до 70 лет, 5,8% – молодые больные до 30 лет и 9,4% – лица старше 70 лет.

В работе представлена частота выявления различных форм патологии желчного пузыря, в первую очередь холестероза, по данным ультразвукового исследования. Сравнительная наши данные с литературными, следует признать, что они в основном аналогичны [3, 5]. Доля пациентов с неизменной стенкой составила 22%. Представленные данные должны привлечь внимание врачей-терапевтов, гастроэнтерологов и призвать к активной профилактике патологии желчного пузыря.

Как видно из табл. 3, подавляющую часть больных с ХЖП составили лица от 31 года до 70 лет (84,1% от всех больных); при этом особого внимания заслуживают лица молодого возраста (от 16 до 30 лет), которые составили 5,8%. Особенно интересна эта группа с практических позиций, так как пациенты этого возраста нуждаются в эффективной профилактике и лечении. Оставив их без лечения, мы обрекаем их на формирование осложненных форм, причем при быстром прогрессировании болезни с заметным снижением сократительной способности желчного пузыря они должны будут подвергнуться оперативному лечению.

Выводы

1. При ультразвуковом исследовании больных (случайная выборка) патология желчного пузыря выявлена у 78% пациентов.

2. Холестероз желчного пузыря составляет 31,5% и встречается во всех возрастных группах (наиболее часто у лиц 31–70 лет – 84,1%).

3. ЖКБ сочетается с холестерозом желчного пузыря в 21,7% случаев, что можно рассматривать как осложненный вариант холестероза.

4. Полипозная и смешанная сетчато-полипозная форма холестероза по данным УЗИ составляет 25,3% от всех форм холестероза.

5. Данные УЗИ необходимо уточнять данными анамнеза и клинико-лабораторным обследованием, особенно в части выявления хронического холецистита.

6. У больных с установленным холестерозом желчного пузыря необходимо изучать сократительную способность желчного пузыря, так как ее нарушения определяют развитие осложнений и являются показанием к хирургическому лечению.

Литература

1. Байбеков И. Т. О холестерозе желчного пузыря / И. Т. Байбеков, В. Т. Ворожейкин, Б. К. Алтаев, В. А. Хорошаев // *Архив патологии*. – 1985. № 6.
2. Демидов В. Н., Сидорова Г. П. Желчный пузырь // в книге: *Клиническая ультразвуковая диагностика: Руководство для врачей / под ред. проф. Н. М. Мухарлямова*. – М.: Медицина. – 1987. – С. 254–262.
3. Иванченкова Р. А., Свиридов А. В., Грачев С. В. Холестероз желчного пузыря: современный взгляд на патогенез, клинику, диагностику и лечение – М.: ООО «Медицинское информационное агентство» – 2005. – 200 с.
4. Иванченкова, Р. А. Хронические заболевания желчевыводящих путей // М.: Изд-во Атмосфера. – 2006. – 416 с.
5. Методические рекомендации № 5 Холестероз желчного пузыря. Патогенез, диагностика и лечение // ЦНИИГ – Москва. – 2008. – 44 с.
6. Минушкин О. Н. Холестероз желчного пузыря: возможности консервативного лечения // журнал «Медицинский совет» – 2010. № 5, 6 – С. 12–14.
7. Минушкин О. Н., Прописнова Е. П. Холестероз желчного пузыря (обзор) // *Кремль. медицина*. – 2000. № 1. – С. 55–57.
8. Орлова Ю. Н. Клинико-сонографическое исследование // *Дисс. ... канд. мед. наук*. – Москва. – 2004.
9. Овсянникова О. Н. Холестероз желчного пузыря у больных с атерогенной дислипидемией: патогенез, клиника, лечение // *Дисс. ... канд. мед. наук*. – Москва. – 2007.
10. Пермяков, Н. К., Подольский А. Е. К этиологии и патогенезу холестероза желчного пузыря // *Хирургия*. – 1968. № 3. – С. 79–84
11. Свиридов А. В. Холестероз желчного пузыря: патогенез, лечение // *Дисс. ... канд. мед. наук*. – Москва. – 2002.