

ДИСФУНКЦИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПО ГИПОМОТОРНОМУ ТИПУ: ВЗАИМОСВЯЗЬ КЛИНИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ И ПСИХОВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА

Лоранская И.Д., Панина Н.А., Кукушкин М.Л.

ГОУ ДПО Российская медицинская академия последипломного образования

Лоранская Ирина Дмитриевна
 107014, Москва, ул. Стромынка, д. 7
 Тел.: 8 (499) 268 5453
 E-mail: paninanat@rambler.ru

РЕЗЮМЕ

В статье представлен материал о взаимосвязи между нарушениями в психовегетативном статусе и клинической симптоматикой у больных с билиарными дисфункциями по гипомоторному типу. Подтверждено, что в развитии клинических проявлений при дисфункции желчного пузыря по гипомоторному типу немаловажную роль играют отклонения в психовегетативном статусе.

Ключевые слова: билиарные дисфункции; психовегетативный статус; желчный пузырь.

SUMMARY

Article presents data on connection between disorders of psychovegetative state and clinical symptomatic in the patients with hypomotor dysfunction of gallbladder. Participation of disorders of psychovegetative state in the development clinical symptomatic of hypomotor dysfunction of gallbladder was confirmed.

Keywords: functional biliary disorders; psychovegetative state; gallbladder.

В настоящее время отмечается повышенное внимание к функциональным расстройствам билиарного тракта в связи с их широкой распространенностью, особенно в промышленно развитых странах. С клинической точки зрения билиарные дисфункции (БД) представляют особый интерес, так как несвоевременная диагностика или неадекватная их коррекция приводят к формированию и прогрессированию целого ряда заболеваний органического характера. БД являются одним из обязательных факторов, участвующих в формировании билиарного литогенеза, особенно на его начальных стадиях.

Нарушение скоординированной работы желчного пузыря и сфинктерного аппарата желчных путей может сопровождаться изменением нормальных потоков желчи внутри билиарного тракта. Дисфункция сфинктера Одди и билиарно-панкреатические рефлюксы лежат в основе развития билиарного панкреатита, панкреато-билиарные рефлюксы — ферментативного холецистита, а по последним данным — и рака желчного пузыря.

Дискоординация в работе желчного пузыря и сфинктерного аппарата билиарного тракта является одной из причин формирования билиарной

недостаточности, так как нарушение желчеоттока приводит к несвоевременному и недостаточному количеству поступлению желчи в двенадцатиперстную кишку [1].

Функциональные заболевания желчных путей определяются как комплекс клинических симптомов, развившихся в результате моторно-тонической дисфункции желчного пузыря, желчных протоков и сфинктеров, без признаков органической патологии (воспаления, камнеобразования) (Римские критерии II, 1999).

В соответствии с Римским консенсусом III (Рим, 2006) в рубрику E «Функциональные расстройства желчного пузыря и сфинктера Одди (CO)» включены: E1 «Функциональное расстройство желчного пузыря»; E2 «Функциональное билиарное расстройство CO»; E3 «Функциональное панкреатическое расстройство CO» [7].

Общим признаком, присущим функциональным расстройствам желчного пузыря и CO, является наличие болей, локализованных в эпигастрии и /или в правом подреберье, продолжительностью 30 минут и более, интенсивность болей умеренная или сильная, боль не уменьшается после стула,

при перемене положения, после приема антацидов. Боли рецидивируют с разной частотой (необязательно ежедневно).

Боли могут сочетаться с одним или несколькими симптомами (подтверждающие критерии): тошнота и /или рвота, иррадиация в спину и /или в правую подлопаточную область. Возможно пробуждение пациента в середине ночи.

E1. Диагностическими критериями функционального расстройства желчного пузыря являются:

1. Болевой синдром, свойственный функциональным расстройствам желчного пузыря и СО.
2. Отсутствие органической патологии.
3. Нормальные показатели печеночных ферментов, конъюгированного билирубина и амилазы/липазы.
4. Нарушение функции желчного пузыря.

Ведущим патогенетическим механизмом развития болевого синдрома билиарного типа при функциональных расстройствах желчного пузыря является повышение давления в билиарной системе в результате нарушения оттока желчи в двенадцатиперстную кишку, обусловленное дискоординацией между сокращениями желчного пузыря и тонусом сфинктеров билиарной системы [5; 9].

В международном консенсусе по функциональным расстройствам билиарного тракта отмечено, что дисфункции желчевыводящих путей протекают преимущественно по гипокинетическому типу с нарушением сократимости или опорожнения желчного пузыря [8].

Рассматривая причину первичных функциональных расстройств желчевыводящих путей (ЖВП), следует в первую очередь учитывать:

- Нейрогуморальные нарушения регуляции моторной функции билиарного тракта.
- Изменение висцеро-висцеральных связей.
- Снижение чувствительности к нейрогуморальным стимулам.
- Дискоординацию желчного пузыря и пузырного протока.
- Увеличение сопротивления пузырного протока.

Ведущим является влияние психогенных факторов, таких как неврозы, депрессии, стрессовые факторы, отрицательные эмоции, формирующих очаги застойного возбуждения в гипоталамусе, ретикулярной формации [1; 3; 4].

В большинстве случаев функциональные расстройства билиарного тракта носят вторичный характер и либо являются следствием органической патологии билиарной системы, например желчно-каменной болезни (ЖКБ), либо обусловлены заболеваниями других органов пищеварения — чаще поджелудочной железы, желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) или кишечника.

В настоящее время не вызывает сомнения, что желчный пузырь, являясь висцеральным органом, находится под контролем многочисленных регулирующих влияний со стороны центральной нервной системы, периферической и энтеральной

нервной системы, гормонов и желудочно-кишечных пептидов, которые обеспечивают синхронизацию последовательных физиологических процессов желчевыделения. Таким образом, в регуляции моторной функции выделяют два пути — нервный и гуморальный [2].

Установлено, что характер моторно-эвакуаторной функции желчного пузыря определяется чувствительностью нервно-мышечного аппарата билиарного тракта к увеличению концентрации холецистокинина при воздействии различных желчегонных стимулов. На чувствительность гладкой мускулатуры к холецистокинину у пациентов с билиарными дисфункциями может влиять состояние вегетативной нервной системы [5].

Учитывая сложный нервный и гуморальный механизм регуляции моторики желчного пузыря, целью нашего исследования явилось определение взаимосвязи между отклонениями в сфере психовегетативного статуса, клиническими проявлениями билиарных дисфункций, в том числе болевого синдрома, и нарушением моторной функции желчного пузыря.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Всего обследован 41 пациент с дисфункцией желчного пузыря по гипомоторному типу в возрасте от 18 до 55 лет. Из них 28 женщин и 13 мужчин. У всех больных отмечались нормальные показатели печеночных ферментов, конъюгированного билирубина и амилазы, отсутствовала органическая патология гепатобилиарной системы, по данным динамического ультразвукового исследования (УЗИ) функция желчного пузыря была снижена.

У 30 из обследованных присутствовал абдоминальный болевой синдром билиарного типа, обусловленный нарушением функции желчного пузыря (первая группа), 11 пациентов не предъявляли никаких жалоб (вторая группа).

Для уточнения типа нарушения сократительной способности проводилось динамическое ультразвуковое исследование желчного пузыря, позволяющее оценить моторную функцию органа. Исследование проводилось на аппарате SSD-650 фирмы *Aloka*, Япония. В качестве желчегонного завтрака применялось 2 сырых куриных желтка. Коэффициент опорожнения желчного пузыря рассчитывался по формуле: $K = (V_n - V_k) / V_n \times 100\%$, где V_n — начальный объем, V_k — конечный объем. Моторно-эвакуаторная функция желчного пузыря считается нормальной, если он сократился на 50–67% через 30–40 минут после пробного завтрака.

Для оценки психовегетативного статуса использовались: опросник для выявления признаков вегетативных изменений (А. М. Вейн), индекс Кердо, клиническая шкала самоотчета SCL-90, шкала ситуативной и личностной тревожности Спилбергера.



Интенсивность болевого синдрома оценивалась по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) от 0 до 10 баллов. Статистическую обработку проводили с помощью *t*-критерия Стьюдента (для количественных признаков в случае их нормального распределения) и критерия χ^2 (для качественных признаков). Достоверными считались различия при $p < 0,05$. Для статистической обработки использован пакет программ *Statistica 6.0*.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При оценке сократительной функции желчного пузыря выявлено, что у пациентов обеих групп коэффициент опорожнения желчного пузыря был меньше 50%. При этом не было выявлено статистически значимых различий между сократительной способностью желчного пузыря в обеих группах ($p > 0,05$).

Пациенты первой группы предъявляли разнообразные жалобы, которые представлены в *таблице*.

Как видно из таблицы, наиболее частыми были жалобы на боль, дискомфорт в виде распираания, тяжести в правом подреберье, которые отмечались у всех (100%) больных. Среди диспепсических

явлений в большинстве случаев отмечались запоры у 11 (36,7%) больных. С одинаковой частотой встречались горечь во рту, отрыжка воздухом, чувство кома в горле, реже метеоризм и поносы.

Оценка изменения интенсивности болевого синдрома у пациентов первой группы проводилась по визуальной аналоговой шкале боли (ВАШ). Уровень интенсивности боли колебался от минимального до среднего, то есть от 1 до 5 баллов, средний балл составил 4,6.

По данным опросника А. М. Вейна, вегетативная дисфункция выявлялась у 73,3% (22 человека) пациентов с гипофункцией желчного пузыря с наличием жалоб, а в группе с гипофункцией, но без клинических проявлений, у 45% обследуемых (5 человек).

У пациентов первой группы отмечалось преобладание парасимпатического тонуса вегетативной нервной системы (ВНС) — 69% обследуемых, симпатический тонус — 31%, эйтония — 0%. В группе больных с гипофункцией желчного пузыря, но без клинических проявлений парасимпатикотония отмечалась у 53%, симпатикотония — у 29% больных, эйтония — в 18% случаев (*рис. 1*).

По данным клинической шкалы самоотчета SCL-90 оценивались такие параметры, как соматизация, обсессивно-компульсивный параметр,

ЖАЛОБЫ БОЛЬНЫХ		
Жалобы	N = 30	
	абс.	%
Дискомфорт, боли в правом подреберье	30	100
Запоры	11	36,7
Чувство кома в горле	5	16,66
Горечь во рту	5	16,66
Отрыжка	5	16,66
Метеоризм	2	6,67
Поносы	2	6,67

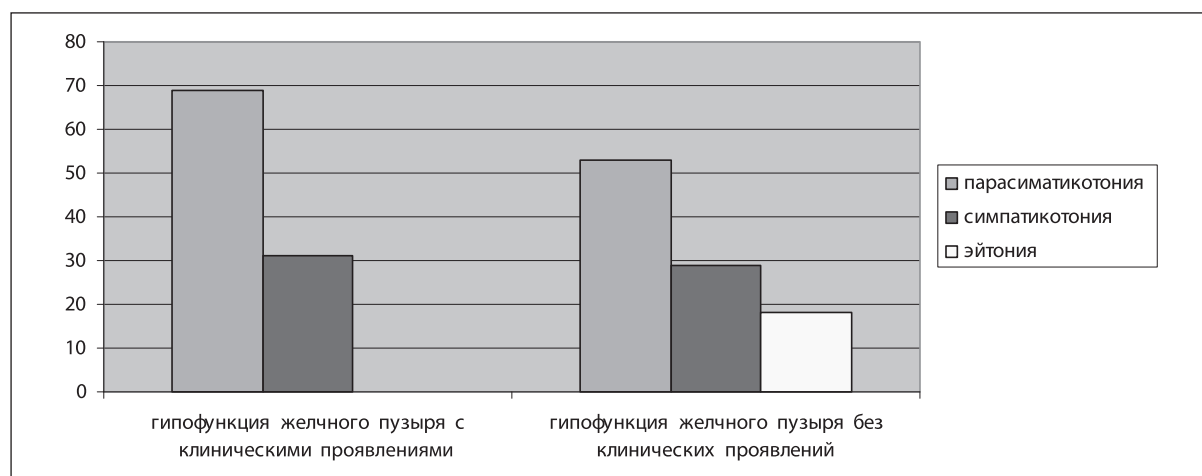


Рис. 1. Варианты вегетативного обеспечения

интерперсональная сенситивность, депрессия, тревога, враждебность, фобическая тревога, параноидное мышление, психотицизм. Максимальные показатели по всем параметрам отмечались в группе пациентов с наличием жалоб по сравнению с группой больных без жалоб. Статистически значимые отличия ($p < 0,05$) между группами отмечались по всем шкалам, кроме шкал фобической тревоги и параноидного мышления.

В формировании психологического профиля у пациентов с гипофункцией желчного пузыря и клинической симптоматикой преобладали наиболее высокие показатели по шкалам соматизации, тревоги и депрессии.

Уровень тревожности оценивался по шкале самооценки ситуативной и личностной тревожности Спилбергера.

В первой группе больных при оценке ситуативной тревожности низкий уровень встречался у 6,67% (2 человека), средний — у 46,6% (14 человек), высокий — у 46,6% обследуемых. Во второй группе пациентов высокий уровень ситуативной тревожности встречался в 9% случаев, средний — в 64%, низкий — в 27% (рис. 2).

Высокий уровень личностной тревожности в первой группе встречался у 53%, средний — у 30%, низкий уровень — в 17% случаев. Во второй группе

высокий уровень личностной тревожности выявлялся у 9% больных, средний — 55%, низкий — у 36% (рис. 3).

Таким образом, у больных без клинической симптоматики низкий (нормальный) уровень как ситуативной, так и личностной тревожности встречался достоверно чаще, чем в группе с наличием жалоб: $p = 0,04$ и $p = 0,03$ (критерий Пирсона) соответственно. Повышенный уровень как ситуативной, так и личностной тревожности (высокий и средний) встречался достоверно чаще в группе больных с гипофункцией желчного пузыря и клиническими проявлениями: $p = 0,03$ и $p = 0,02$ соответственно.

Средний уровень личностной тревожности был достоверно выше в первой группе: $p = 0,009$.

ВЫВОДЫ

- Нами не выявлено корреляционной зависимости интенсивности болевого синдрома от степени нарушения функции желчного пузыря. Однако отмечена прямая корреляционная

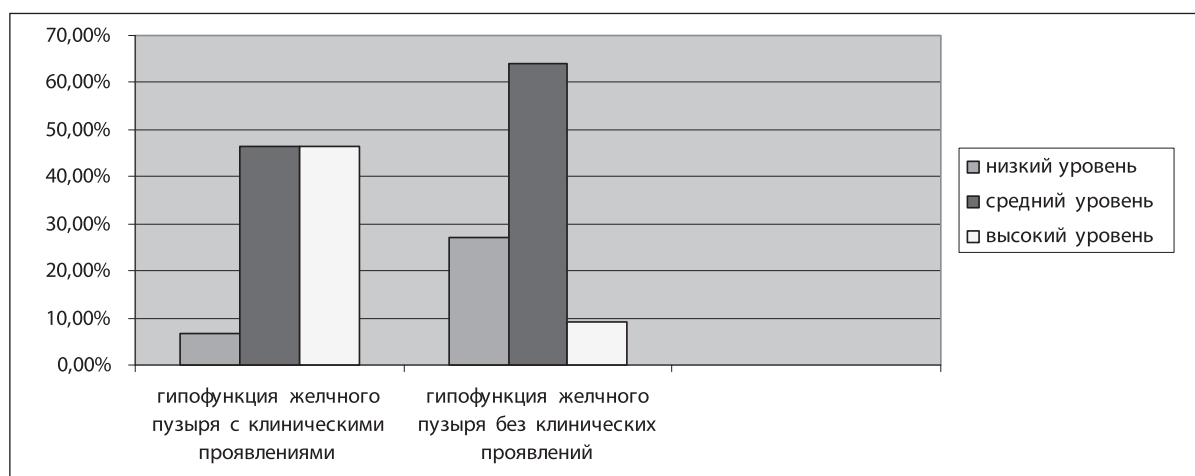


Рис. 2. Ситуативная тревожность

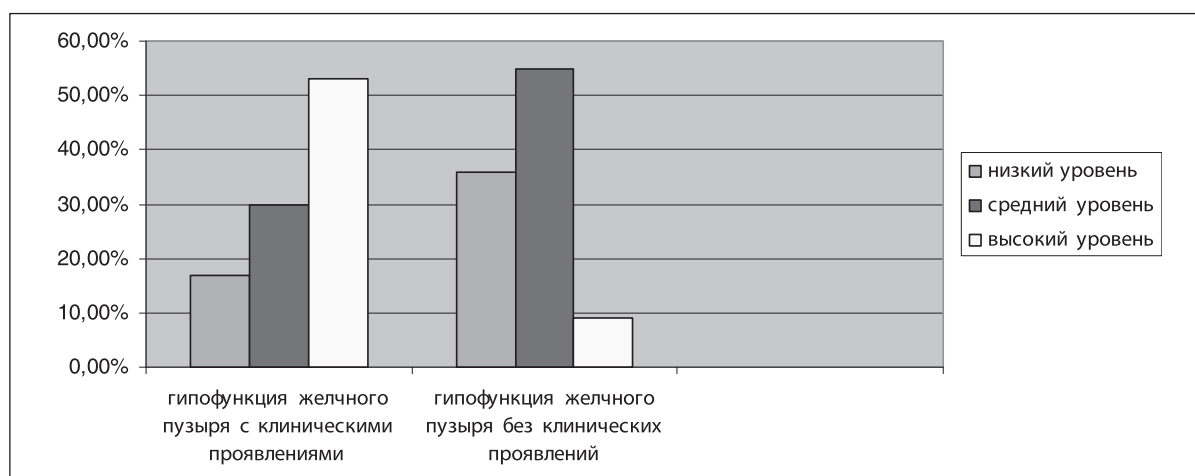


Рис. 3. Личностная тревожность

зависимость между уровнем тревожности и интенсивностью болевого синдрома.

- В формировании психологического профиля у больных с гипомоторной дисфункцией желчного пузыря, имеющих соответствующую клиническую картину, преобладают соматизация, депрессия, тревога.
- У пациентов с гипофункцией желчного пузыря, имеющих клинические проявления, психовегетативные отклонения встречаются чаще, чем у пациентов без жалоб.

- Таким образом, в развитии клинических проявлений при билиарных дисфункциях, помимо нарушения сократительной функции, немаловажную роль играют отклонения в психовегетативном статусе, особенно повышение уровня тревожности, что требует проведения необходимой коррекции, привлечения к лечению пациентов таких специалистов, как неврологи, психологи, психотерапевты. При необходимости в терапию включаются антидепрессанты, анксиолитики, седативные препараты.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ильченко А. А. Дисфункциональные расстройства билиарного тракта // *Concilium medicum*. — 2002. — № 1. — С. 20–23.
2. Минушкин О. Н. Функциональные расстройства ЖКТ // *Concilium medicum*. — 2004. — Т. 6, № 6. — С. 376–381.
3. Охлбыстин А. В. Расстройство моторики желчевыводящих путей: классификация, диагностика, лечение // *Рус. мед. журн.* — 2003. — № 5, № 2. — С. 1–6.
4. Фадеенко Г. Д. Возможности патогенетической терапии дисфункции желчевыводящих путей // *Сучасна гастроентерол.* — 2000. — № 2. — С. 20–25.
5. Федоров Н. Е., Немцов Л. М. Влияние вегетотропных фармакологических препаратов на моторно-эвакуаторную функцию желчного

пузыря у больных с хронической патологией билиарного тракта // *Эксперим. и клин. гастроентерол.* — 2003. — № 2. — С. 52–55.

6. Corazziari E., Shaffer E. A., Hogan W. J. et al. Functional Disorders of the biliary tract and pancreas. *Gut*. — 1999. — Vol. 45, Suppl. II. — P. 48–50.
7. Drossman D. A. The Functional Gastrointestinal Disorders and the Rome III Process // *Gastroenterology*. — 2006. — Vol. 130, № 5. — P. 1377–1390.
8. Drossman D. A. The Functional Gastrointestinal Disorders and the Rome II Process // *Gut*. — 1999. — Vol. 45, Suppl. II. — P. 1–5.
9. Stotland B. R., Kochman M. B. L. Biliary motility // *Cur. Opin. Gastroenterol.* — 1996. — Vol. 12, № 5. — P. 482–490.