

Информация об авторах: 664003, Иркутск, ул. Красного восстания, 1, тел. (3952) 243447, e-mail: leventa@yandex.ru, Усов Лев Акимович – д.м.н., профессор; Левента Алексей Иванович – к.ф.н., заведующий кафедрой; Одинец Александр Дмитриевич – ассистент.

СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

© СВЯТЕНКО И.А., БЕЛОБОРДОВА Э.И., СВЯТЕНКО Л.А. – 2010

ОСОБЕННОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ КАРТИНЫ ПАТОЛОГИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ОПИСТОРХОЗНОЙ ИНВАЗИИ

И.А. Святенко, Э.И. Белобородова, Л.А. Святенко

(Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск, ректор – д.м.н., акад. РАМН, проф. В.В. Новицкий, кафедра терапии ФПК и ППС, зав. – д.м.н., проф. Е.В. Белобородова)

Резюме. Нами изучались особенности ультразвуковой картины (эхоструктура, функциональное УЗИ) желчевыводящих путей при хроническом описторхозе в зависимости от длительности инвазии. Обследовано 150 пациентов с диагнозом хронический описторхоз, тождественных по степени выраженности активности процесса и интенсивности инвазии. Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц. На основании критерия длительности паразитоза основная выборка пациентов подразделялась на три подгруппы: до 5 лет, от 5 до 10 лет, от 10 до 15 лет. Выявлена зависимость между длительностью описторхозной инвазии (с одной стороны) и степенью выраженности эхоструктурных изменений, а также типом моторно-тонических нарушений желчевыводящих путей (с другой стороны).

Ключевые слова: описторхоз, ультразвуковое исследование, хронический холецистит, желчевыводящие пути.

THE FEATURE OF ULTRASOUND CHARACTERISTIC OF PATHOLOGY OF BILE-EXCRETING TRACTS ACCORDING TO THE DURATION OF OPISTHORCHOSIS INVASION

I.A. Svyatenko, E.I. Beloborodova, L.A. Svyatenko

(Siberian State Medical University, Tomsk)

Summary: The investigation of feature of ultrasound characteristic (echo structure, functional ultrasound study) of bile-excreting tracts for chronic opisthorchosis according to the duration of invasion has been carried out. 150 patients with chronic opisthorchosis, monogenic to the extent of evidence of the process activity have been examined. The group for the control includes 30 practically healthy people. Three sub-groups have been chosen on the basis of the criterion of the duration of invasion: up to 5 years, from 5 to 10 years, from 10 to 15 years. There has been revealed the dependence between the duration of the opisthorchosis invasion on the one hand and the degree of manifestation of the echo structural changes as well as the type of motor-tonic disturbances of the bile-excreting tracts on the other hand

Key words: opisthorchosis, ultrasound study, chronic cholecystitis, bile-excreting tracts.

Описторхоз остается важной медико-социальной проблемой [1,6], актуальной для ряда краев и областей Российской Федерации, и, в частности, Западно-Сибирского региона. Проблемность ситуации, сложившейся по данному биогельминтозу, обусловлена двумя факторами: неблагоприятной эпидемиологической обстановкой и полиорганностью поражений, вызываемых повреждающими факторами гельминта.

Согласно эпидемиологическим данным, заболеваемость описторхозом имеет тенденцию к неуклонному росту и прогрессивному распространению на смежные с облигатными нозоареалами территории [1,6]. В России, в течение года, описторхозом дополнительно заражаются до 100 тыс. человек, и этот показатель ежегодно растет [1].

Приведем некоторые данные статистического анализа, характерные для Сибирского региона. Так, в Новосибирской области ежегодно из всех заболевших гельминтозами, регистрируемых в учреждениях здравоохранения, у 97,8% диагностируется заболевание описторхозом [2].

Поражение гепатобилиарной системы, является обязательным, но не единственным патогенетическим проявлением паразитоза. Данный биогельминтоз, обладая широким спектром повреждающих факторов (механический, иммуноаллергологический, интоксикационный, нейрогенный, вторично-инфекционный), вызывает полиорганные патологические процессы, характеризующиеся полиморфизмом и неспецифичностью клинических проявлений.

В настоящее время отмечается тенденция к латентному и субклиническому течению данного паразитоза [1], что затрудняет своевременную диагностику, но не является гарантом отсутствия прогрессирования патоморфологических изменений панкреато-гепатобилиарной системы. Установление длительности описторхозной инвазии является важным критерием, определяющим выбор медикаментозной тактики ведения пациента. Однако, анамнестические данные не всегда достаточно информативны, особенно в случаях стертых форм течения заболевания. Необходим метод диагностики и дополнительные критерии, позволяющие повысить достоверность полученной при сборе анамнеза информации.

Ультразвуковое исследование является высокоинформативным методом в оценке анатомо-функционального состояния гепатобилиарной системы. Данный вид диагностического исследования обладает широким спектром преимуществ перед другими интросоматическими методами оценки абдоминальной области: широкая доступность практическому здравоохранению, неинвазивность, отсутствие рисков связанных с проведением процедуры (побочных проявлений), отсутствие противопоказаний.

Целью проводимой нами работы являлось: изучение эхолокационных особенностей гепатобилиарной системы в группах пациентов с различным анамнестическим стажем описторхозной инвазии. Выявление специфичной ультразвуковой картины, позволит повысить достоверность имеющихся диагностических методов оценки длительности пара-

зитоза. В медицинских информационных источниках отсутствуют данные о проведении аналогичных исследований.

Материалы и методы

Нами обследовано 180 человек, мужчин и женщин, в возрасте от 18 до 40 лет. Основная группа состояла из 150 человек и подразделялась на три равные по численности подгруппы, в зависимости от анамнестической длительности описторхозной инвазии: до 5 лет, от 5 до 10 лет, более 10 лет. В контрольную группу вошло 30 человек, обследование которых не выявило описторхозной инвазии и иной патологии.

Обязательными условиями для включения в репрезентативную выборку являлись: наличие верифицированного диагноза хронического описторхоза; низкая степень интенсивности инвазии; холецистопатический вариант заболевания (установленный клинически), протекающий по типу хронического некалькулезного холецистита, умеренной степени активности. Критерии – низкая степень инвазии и холецистопатический тип течения паразитоза – выбраны для изучения, как наиболее часто встречающиеся в настоящее время [5].

Из исследования исключались лица:

- с состоянием, затрудняющим проведение ультразвуковой диагностики (УЗД), либо способным исказить его результаты (эмфизема легких, выраженный метеоризм);

- имеющие противопоказания к проведению хотя бы одного метода обследования;

- манифестные и осложненные формы описторхозной инвазии;

- другая органическая (системные заболевания, постоперационные состояния желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), инфекционные процессы, заболевания и аномалии развития органов брюшной полости) и функциональная (неврозы, гиподинамия, переедание, голодание) патология, входящая в спектр причинных факторов первичной и вторичной дискинезии желчевыводящих путей;

- не подписавшие информированное согласие на участие в исследовании.

Обследование пациентов включало в себя следующие этапы: 1) диагностику описторхозной инвазии; 2) предварительное скрининговое УЗИ абдоминальной области, с целью выявления других возможных причин билиарной дисфункции; 3) последующее проведение (в сформированных группах исследования) комплексного УЗ-сканирования, оценивающего анатомические и функциональные особенности гепатобилиарной системы.

Верификация и расширенная диагностика описторхоза осуществлялась лицам всех подгрупп исследования и основывалась на данных: анамнеза, объективного осмотра, комплекса паразитологических и иммунологических исследований.

УЗИ проводилось на диагностическом приборе Philips (Ultrasound Inc., Medison Co. Ltd. США, Республика Корея), в двумерном режиме (2D) серой шкалы реального времени, конвексным датчиком, с частотой от 3,5 до 5 МГц. Данный диапазон частот обладает оптимальной разрешающей способностью для оценки гепатобилиарной системы. УЗ-сканирование оценивало стандартные анатомические параметры печени (топографию, размеры и их соотношение, архитектуру органа), состояние протоковой системы и желчного пузыря (структуру, эхогенность стенки, содержимое полости, форму, размер, диаметр) и моторно-тоническое состояние желчевыводительной системы (функциональное УЗИ). Подготовка пациентов к эхолакационному обследованию, его проведе-

ние и трактовка полученных результатов соответствовали общепринятым методикам и оценочным нормативам. Для достижения наиболее оптимального уровня исследования различных анатомо-функциональных частей гепатобилиарной системы использовали различные доступы: косое, поперечное, продольное сканирование. Нами применялась традиционная методика оценки моторики билиарной системы, основанная на изменении волюметрических показателей желчного пузыря после холецистокинетического завтрака, как наиболее доступная для практического здравоохранения. Исследование осуществлялось натощак – при воздержании от приема пищи в течение 6-10 часов.

Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с использованием пакета прикладных компьютерных программ SNANISTICA. Количественные параметры оценивали в процентах. Отличия сравниваемых показателей считали значимыми при $p < 0,05$ [4].

Результаты и обсуждение

В качестве эталона для сравнения принимали эхолакационные характеристики, полученные при обследовании контрольной группы, и не выявившие отклонений в анатомо-функциональных параметрах гепатобилиарной системы от существующих региональных норм.

У всех пациентов с описторхозной инвазией наблюда-

Таблица 1

Ультразвуковая характеристика тубулярного компонента билиарного тракта у пациентов с хроническим описторхозом, чел. (%)

Показатель УЗД	Частота встречаемости признака		
	1 подгруппа (n=50)	2 подгруппа (n=50)	3 подгруппа (n=50)
Повышение эхогенности стенок протоков	50 (100%)	50 (100%)	50 (100%)
Утолщение стенок протоков	5 (10%)	15 (30%)	30 (60%)
Расширение диаметра внутрипеченочных протоков	0 (0%)	10 (20%)	15 (30%)

лись той или иной степени выраженности эхографические признаки анатомо-структурных и /или моторно-тонических изменений желчевыводительной системы. Выраженность УЗ-изменений в исследуемых группах прогрессировала в зависимости от длительности описторхозной инвазии и достоверно отличалась от контрольной группы ($p < 0,05$).

В основной группе эхо-картина холецистита наблюдалась в 145 (96,6%) случаях. Отсутствие сонографических признаков воспаления желчного пузыря было выявлено только у

Таблица 2

Ультразвуковая картина желчного пузыря в исследуемых подгруппах пациентов, чел. (%)

Показатель УЗД	Частота встречаемости признака		
	1 подгруппа (n=50)	2 подгруппа (n=50)	3 подгруппа (n=50)
Повышение эхогенности стенок	45 (90%)	50 (100%)	50 (100%)
Утолщение стенок	1 (2%)	5 (10%)	17 (34%)
Форма	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Увеличение объема	0 (0%)	2 (4%)	6 (12%)
Уменьшение объема	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Содержимое полости:			
- эхонегативное, однородное (норма)	42 (84%)	14 (28%)	0 (0%)
- неоднородное (сладж, осадок)	8 (16%)	36 (72%)	50 (100%)

пациентов первой подгруппы (n=5). Ультразвуковые проявления холангиохолецистита отмечались в 7 (4,66%) случаях и соответствовали давности инвазии более 10 лет (пациенты третьей подгруппы).

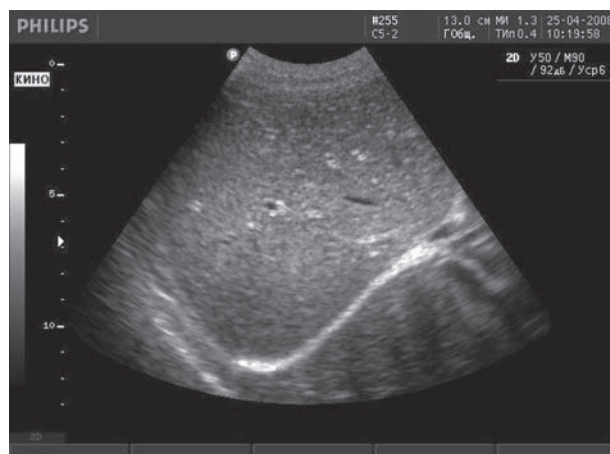


Рис. 1. Эхограмма правой доли печени (RLL), наблюдаемая у пациентов с длительностью описторхозной инвазии до 5 лет. Незначительное уплотнением стенок желчных протоков.

УЗ-сканирование показало наличие диффузных изменений печени (за счет усиления эхосигнала от протокового компонента) у всех пациентов основной группы.

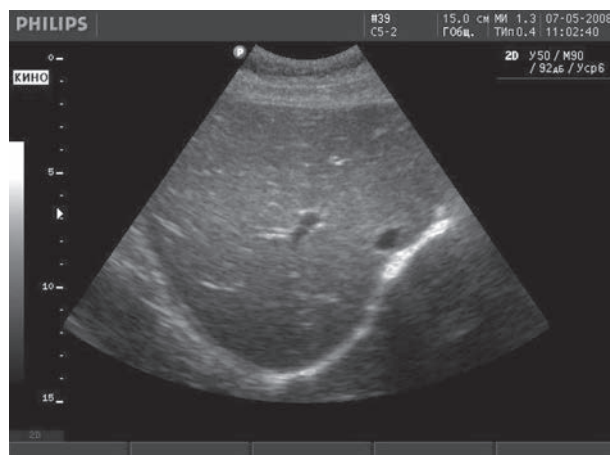


Рис. 2. Вариант сонографической картины печени, наблюдаемой в группе пациентов с длительностью описторхозной инвазии от 5 до 10 лет. Умеренно выраженные изменения стенок внутрипеченочных желчных протоков.

Незначительное увеличение размеров печени (без расширения протоковой системы) отмечалось во второй ($n=2$) и третьей ($n=3$) подгруппах пациентов и отсутствовало у испытуемых с давностью описторхоза менее 5 лет. У пациентов с длительностью инвазии более 10 лет в двух случаях ($n=2$) визуализирована эхо-картина перидуктального фиброза.

Особенности распределения типа моторно-тонических нарушений билиарного тракта в зависимости от длительности описторхозной инвазии, чел. (%)

Тип функционального состояния билиарного тракта	Частота встречаемости		
	1 подгруппа ($n=50$)	2 подгруппа ($n=50$)	3 подгруппа ($n=50$)
Норма	5 (10%)	0 (0%)	0 (0%)
Гиперкинетический	45 (90%)	2 (4%)	0 (0%)
Гипокинетический	0 (0%)	48 (96%)	50 (100%)

Эхоструктурные изменения желчевыведительной системы (протоков и желчного пузыря) наблюдались у всех пациентов основной группы и зависели от длительности инвазии. Результаты УЗ-исследования билиарной системы представлены в таблицах 1 и 2.

На рисунках 1, 2, 3 приведены, визуализируемые нами, варианты эхограмм динамики изменений тубулярного компонента билиарной системы у пациентов с различной продолжительностью описторхозной инвазии.

Результаты функционального УЗИ (табл. 3) значительно отличались ($p<0,05$) у пациентов с давностью описторхозной инвазии до 5 лет (1 подгруппа) и при более длительной продолжительности заболевания (2 и 3 подгруппы). Нами наблюдалась зависимость между типом моторно-тонических нарушений ЖВП и длительностью описторхозной инвазии. При анамнезе описторхоза до 5 лет преобладал гиперкинетический тип билиарной дисфункции, при более длительном течении паразитоза – гипокинетический.

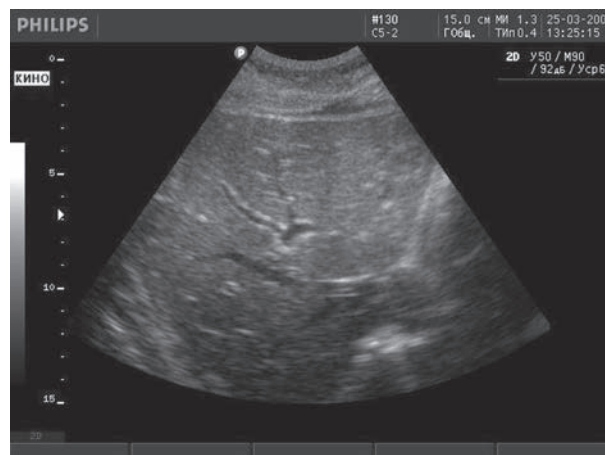


Рис. 3. Эхографическая картина диффузных изменений печени за счет выраженного уплотнения и утолщения стенок желчных протоков. Длительность описторхозной инвазии 10 лет.

Воспалительные изменения в желчном пузыре – динамичный процесс, который в большинстве случаев активно меняет свою эхографическую картину, как в сторону улучшения, так и в сторону ухудшения [2].

Литературные данные [3,5] свидетельствуют о неизбежности отрицательной динамики патоморфологических изменений желчевыведительной системы на фоне хронического описторхоза. Описторхоз является причиной развития моторно-тонических нарушений ЖВП [7].

Так, несмотря на низкую степень интенсивности паразитарной инвазии, в сравниваемых подгруппах пациентов, выявлена тенденция к прогрессированию ультразвуковых проявлений патологических изменений билиарной системы. Однако, наблюдаемая нами при хроническом описторхозе эхо-картина структурных изменений печени и желчевыведительной системы, была не специфичной и соответствовала унифицированным критериям вторичных дискинезий различной этиологии.

По мере прогрессирования процесса постепенно утрачиваются функции желчного пузыря, в первую очередь сократительная и всасывательная [5]. Гипотония желчного пузыря и гипомоторные нарушения ЖВП, с одновременным гипертонусом сфинктера Одди являются часто наблюдаемыми состояниями при хроническом течении описторхозной инвазии [7].

Результаты проведенного нами функционального УЗИ, подтверждают имеющиеся в литературе данные [5], о наличии определенной динамики моторных нарушений в зависимости от длительности паразитарного поражения ЖВП, с преобладанием гипотонически – гипокинетических форм (в 87% случаев) после 5-7 летнего анамнеза описторхоза.

Таким образом, эхоструктурные изменения билиарной системы прогрессируют по мере увеличения продолжительности инвазии, однако не являются специфичными исключительно для описторхоза и не могут быть использованы как критерии дополнительной диагностики в установлении длительности паразитоза. Тип

моторных нарушений билиарной системы при хроническом описторхозе достоверно зависит от длительности инвазии: гиперкинетический – при давности инвазии до 5 лет, гипокINETический – при длительности паразитоза более 5 лет. Выявленная закономерность динамики моторных наруше-

ний желчевыводящих путей может быть использована в качестве дополнительного диагностического критерия в оценке длительности описторхозной инвазии. Функциональное УЗИ является важным уточняющим методом диагностики в определении давности гельминтоза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Коненков В.И., Бородин Ю.И., Горчаков В.Н. и др. Паразитарные инвазии: лямблиоз, описторхоз (научно-информационное издание) – Новосибирск, 2006. – 40 с.
2. Практическое руководство по ультразвуковой диагностике. Общая ультразвуковая диагностика / Под ред. В.В. Митькова. – М.: Издательский дом Видар-М, 2003. – 720 с.
3. Ильченко А.А. Хронический бескаменный холецистит // Consilium Medicum. – 2005. – Т. 7. №6. – С.456-459.
4. Майборода А.А., Калягин А.Н., Зобнин Ю.В., Щербатых А.В. Современные подходы к подготовке оригинальной статьи в журнал медико-биологической направленности в свете

концепции «доказательной медицины» // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2008. – Т. 76. №1. – С.5-8.

5. Пальцев А.И. Хронический описторхоз с позиций системного подхода. Клиника, диагностика, патоморфоз, лечение // Русский медицинский журнал. – 2005. – Т. 7. №2. – С.96-100.

6. Поляков Е.В., Лысенко А.Я., Константинова Т.Н. и др. Описторхоз у детей и подростков // Мед. помощь. – 2002. – №6. – С.31-34.

7. Яковенко Э.П., Григорьев П.Я. и др. Место желчегонных препаратов в клинической практике // Лечащий врач. – 2005. – №6. – С.62-67.

Информация об авторах: Белобородова Эльвира Ивановна – д.м.н., профессор; Святенко Ирина Александровна – заочный аспирант, e-mail: irinasvyatenko@mail.ru

ЛЕКЦИИ

© ХАРЬКОВ Е.И., ДАВЫДОВ Е.Л., ГРИНШТЕЙН Ю.И., КУСАЕВ В.В. – 2010

ОСОБЕННОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ (СООБЩЕНИЕ I)

Е.И. Харьков, Е.Л. Давыдов, Ю.И. Гринштейн, В.В. Кусаев

(Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого – ректор – д.м.н., проф. И.П. Артюхов; кафедра внутренних болезней педиатрического факультета, зав. – д.м.н., проф. Е.И. Харьков; кафедра терапии ИПО, зав. – д.м.н., проф. Ю.И. Гринштейн)

Резюме. В первой части обзора представлены данные об особенностях применения лекарственных средств у лиц старшего возраста. Рассматриваются вопросы режима дозирования лекарств, полипрагмазии, приверженности к лечению пожилых пациентов, проблемы взаимодействия лекарств с пищей.

Ключевые слова: пожилой и старческий возраст, фармакотерапия, приверженность к лечению, полипрагмазия.

FEATURES OF PHARMACOTHERAPY IN ELDERLY AND SENILE AGE (THE MESSAGE I)

E.I. Kharkov, E.L. Davidov, Yu.I. Grinshteyn, V.V. Kusaev

(Krasnoyarsk State Medical University named after prof. V.F. Voyno-Yasensky)

Summary. In the first part of the review the data of features of use of drugs in persons of advanced age has been presented. The questions under consideration were the mode of drugs dosage, polypragmasia, adherence to treatment of elderly patients, problems of interaction of drugs with food.

Key words: elderly and senile age, pharmacotherapy, adherence to treatment, polypragmasia.

Пожилые люди представляют наиболее гетерогенную группу больных. Даже находясь в одинаковом возрасте, различные индивидуумы в физиологическом отношении являются более молодыми или старыми по сравнению друг с другом. В отличие от детского возраста – процесс старения органов и систем может начинаться с 40 лет и протекать совершенно по-разному у различных людей. Кроме того, пожилые больные страдают от множественных заболеваний и возрастных изменений психики, что создает значительные трудности при их лечении [1].

Большую часть лекарственных средств (ЛС), производимых фармацевтическими компаниями, принимают люди старших возрастных групп, однако до сих пор довольно редко можно встретить в листе-вкладыше рекомендации по применению препаратов в пожилом и старческом возрасте. Основной причиной этого является то, что в начальные фазы клинических испытаний ЛС проводятся на молодом контингенте испытуемых, не имеющих возрастных измене-

ний фармакокинетики и фармакодинамики, свойственной пожилым людям, поэтому рекомендации по их применению в данных возрастных категориях очень часто отсутствуют [18,20]. Подбор адекватной терапии у пожилых людей затруднен, поскольку результаты клинических исследований не всегда можно экстраполировать на больных-геронтов с соответствующей патологией. При мета-анализе 214 рандомизированных исследований, в которых изучались подходы к лечению острого инфаркта миокарда, выяснилось, что в 2/3 случаев из них исключали пациентов в возрасте старше 75 лет [16].

В контролируемых исследованиях недостаточно изучены эффективность и безопасность нестероидных противовоспалительных средств, противоопухолевой терапии у пожилых больных. Долгое время вызвала сомнение польза антигипертензивной терапии (АГТ) у людей старческого возраста, еще в 1999 г. F. Gueyffier и соавт. в исследовании INDANA (Individual Data Analysis of Antihypertensive Drug Intervention