

ДІАБЕТИЧНИЙ ЖОВЧНИЙ МІХУР – ДИСПЕПСИЧНІ ПРОБЛЕМИ ТА МЕТАБОЛІЧНІ НАСЛІДКИ

Журавльова Л.В., Моїсеєнко Т.А.

Харківський національний медичний університет

Цукровий діабет 2 типу (ЦД-2) та ожиріння у вигляді метаболічного синдрому (МС) супроводжуються різноманітними ураженнями органів травлення, особливо печінки. Стан жовчного міхура (ЖМ) є менш дослідженим. **Метою** даного дослідження було визначення функціонального стану ЖМ у хворих на ЦД-2 у поєднанні з ожирінням та МС.

Матеріали та методи. Було обстежено в умовах ендокринологічного відділення ОКЛ м. Харкова 40 хворих на ЦД-2 та ожиріння I-II ступеню, із ознаками МС. До групи не включали пацієнтів з тяжкими супутніми нефропатіями, перенесеними раніше вірусними гепатитами або алкоголізмом. Контрольна група складалася з 20 здорових донорів.

Ультразвукове дослідження ЖМ, жовчовивідних шляхів і печінки здійснювали методом суцільного динамічного сканування. Для оцінки моторно-евакуаторної функції ЖМ використали метод динамічної ехохолецистографії із стимуляцією ЖМ холекінетичним сніданком Бойдена - 2 сирих яєчних жовтки. Рухова функція ЖМ оцінювалась за коефіцієнтом випорожнення ($K_{\text{вип}} = (V_c) / V_0 \times 100\%$) та індексом скоротності ($IC = V_{\text{max}} / V_{\text{min}}$). Також виконувалося багатомоментне дуоденальне зондування за методом Максимова В.А. Біохімічне дослідження крові полягало у загального холестерину (ХС), холестерину ЛПВЩ та холестерину ЛПНЩ, тригліцеридів (ТГ). Визначали амплітуду коливань глікемії протягом доби та рівень глікозильованого гемоглобіну (HbA_{1c}).

Результати та їх обговорення. За результатами динамічної ехолокації ЖМ у хворих на ЦД-2 та МС були виявлені ознаки гіпотонії ЖМ - достовірне збільшення початкового об'єму ЖМ до $80,2 \pm 1,1 (\text{см}^3)$ при контролі $25,9 \pm 1,9 (\text{см}^3)$ ($P < 0,05$). Ознаками гіпокінезії ЖМ є низький темп випорожнення ЖМ із зниженням коефіцієнтів випорожнення ЖМ на 30-ій

хвилині дослідження ($0,6\pm 0,1$ при контролі $49,2\pm 2,5$ ($P<0,05$)), на 45-ій хвилині ($7,8\pm 0,3$ при контролі $61,2\pm 2,7$ ($P<0,05$)) та 60-ій хвилині ($17,2\pm 0,4$ при контролі $67,4\pm 2,4$ ($P<0,05$)). Зниження пропульсивної функції ЖМ підтверджувалось збільшенням кінцевого об'єму ЖМ до $66,3\pm 0,9$ (см^3) при контролі $8,1\pm 0,8$ (см^3) ($P<0,05$), збільшенням тривалості латентного періоду ЖМ до $28,2\pm 0,2$ (хвилин) при контролі $12,6\pm 0,5$ (хвилин) ($P<0,05$) та зниженням індексу скорочення ЖМ V_{\max}/V_{\min} до $1,21\pm 0,1$ при контролі $3,1\pm 0,3$ ($P<0,05$). Гіпотонічно-гіпокінетичний характер дискінезії ЖМ у підтверджується зменшенням товщини стінки ЖМ (2-3 мм) і частою наявністю феномена перегину ЖМ.

Характерним є безбольовий перебіг захворювання внаслідок ураження сенсорних закінчень вегетативних нервів, що збіднює характер суб'єктивних відчуттів. Найбільш типовими клінічними проявами були різноманітні диспепсичні прояви та астеничний синдром.

Наявність дискінезії ЖМ у хворих на ЦД-2 та МС супроводжувалась значними коливаннями рівня глікемії на протязі доби (феномен "глікемічної гойдалки"), що свідчить про незадовільний стан вуглеводного контролю. Також у даних хворих виявлені ознаки дисліпідемії: вірогідне збільшення вмісту ТГ, загального холестерину та холестерину ЛПНЩ відносно контрольних значень.

Висновки. У хворих на ЦД-2 із МС є ознаки дискінезії ЖМ із дилатацією та зниженням скоротливої функції ЖМ, які асоціюються із порушенням вуглеводного та ліпідного балансу.