

Д.К. ВАЛИЕВА, К.А. АРЫКОВА, Ж.Т. АЛЬМАГАМБЕТОВА
Городская поликлиника №2 г. Костанай

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ХОЛЕЛИТИАЗА У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

В статье установлены клинические особенности сочетания холелитиаза и язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, предпринята попытка их патогенетического обоснования. Полученные данные демонстрируют менее «агрессивное» течение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, протекающей на фоне желчнокаменной болезни, обусловленное снижением числа обострений язвенной болезни и увеличение частоты ее стойкой ремиссии, а также уменьшением числа с грубой рубцовой-язвенной деформацией луковицы двенадцатиперстной кишки. В свою очередь, наличие язвенной болезни двенадцатиперстной кишки достоверно снижает частоту обострений желчнокаменной болезни, что и приводит к росту бессимптомного «каменносительства».
Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, язвенная болезнь, клиническое течение.

Одной из малоизученных проблем внутренних болезней является сочетанная патология. Тесная анатомо-морфологическая взаимосвязь гепатопанкреатодуоденальной зоны (ГПДЗ) является одной из причин формирования сочетанной патологии этой области. Так, течение холелитиаза - желчнокаменной болезни (ЖКБ) часто сопровождается моторными нарушениями в виде дуоденогастрального рефлюкса, а язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ЯБ ДПК), как правило, сочетается с дисфункцией желчного пузыря и сфинктерного аппарата желчных путей [1].

По последним данным течение ЯБ ДПК сопровождается не только нарушением функционального состояния желчного пузыря, но и изменением качественного состава желчи [2]. По мере увеличения числа обострений ЯБ ДПК усугубляются моторные нарушения ДПК, большого дуоденального сосочка, сфинктерного аппарата желчных путей, прогрессируют патологические изменения в желчном пузыре, вследствие чего усугубляется степень билиарной недостаточности [3]. В свою очередь, с точки зрения патогенеза ЖКБ принято рассматривать как многостадийный процесс, при котором периоду камнеобразования предшествуют физико-химические сдвиги, приводящие к повышению литогенности желчи и снижению сократительной способности желчного пузыря [4]. Повышение литогенности желчи обусловлено нарушением соотношения холестерина, желчных кислот и фосфолипидов. При наличии избытка холестерина желчь не может поддерживаться в солюбилизированном состоянии, а значит, осаждается в виде кристаллов моногидрата холестерина, создавая основу для формирования билиарного сладжа. При сохраненной сократительной активности желчного пузыря, агрегировавшие частицы эвакуируются в ДПК. Таким образом, персистенция билиарного сладжа возможна лишь в условиях билиарной дисфункции по гипокинетическому типу [5].

Частое вовлечение в патологический процесс желчного пузыря при ЯБ, особенно дуоденальной локализации, связывается с анатомо-эмбриональным единством ДПК и билиарного тракта. Помимо анатомического, существует тесное функциональное единство ГПДЗ. ДПК является регулирующим органом, соподчиненно с которым функционирует панкреатобилиарное звено пищеварительной системы. При ЯБ ДПК неизбежно страдает моторная функция пораженного органа, приводя к дуоденостазу и вторичной дисфункции сфинктера Одди и желчного пузыря [6]. Следовательно, течение ЖКБ, сопровождающееся билиарными дисфункциями в сочетании с моторными нарушениями ДПК, могут создавать условия для развития патологических дуоденогастрального рефлюкса [7], следствием которых может быть развитие поражений гастродуоденальной зоны [8].

Рецидивирующие заболевания ГПДЗ могут сопровождаться развитием патологических процессов, основу которых составляют общие механизмы патогенеза [5]. Если механизмы патогенеза как ЯБ ДПК, так и ЖКБ, протекающих самостоятельно достаточно хорошо изучены, то при сочетании двух заболеваний характер их взаимодействий остается неизвестен.

Рассматривая формирование сочетанной патологии с позиции единого патогенетического механизма, не всегда удается выяснить, какое заболевание является причиной, а какое следствием развившегося патологического процесса. В связи с тем, что дуоденальная и билиарная патологии достаточно широко распространены, нельзя, исключать как сочетания двух самостоятельно развившихся патологических процессов, так и общие механизмы их формирования. Так, существует мнение, что при сочетании ЖКБ и ЯБ ДПК основной патологией является ЖКБ, а ЯБ - сочетанным заболеванием [9]. В то время как другие авторы в качестве основной патологии считают ЯБ, а ЖКБ относят к сочетанным заболеваниям [10].

Таким образом, данные, подтверждающие или исключающие общие механизмы сочетания ЖКБ и ЯБ ДПК, отсутствуют. В большинстве случаев сочетание двух патологических процессов взаимоотягощает течение друг друга. Однако этот вопрос при сочетании ЖКБ и ЯБ ДПК остается открытым. Все вышеизложенное послужило основой для исследования.

Цель исследования – изучить клинические особенности при сочетании ЖКБ и ЯБ ДПК.

Материалы и методы исследования. Обследовано 98 больных с сочетанием ЖКБ и ЯБ ДПК (23 мужчины, средний возраст 58,3±14,4; 75 женщин, средний возраст 60,2±9,8). Больные были распределены на три группы (основную и две группы сравнения): I группа - 138 пациентов, у которых ЖКБ сочеталась с ЯБ ДПК (основная); II группа - 60 пациентов с ЖКБ (группа сравнения); III группа - 60 пациентов с ЯБ ДПК (группа сравнения). Для решения поставленных задач были подобраны группы, сопоставимые по полу и возрасту.

Критерии включения в исследование - сочетание ЖКБ с ЯБ ДПК. Критерии исключения: осложненное течение ЖКБ («отключенный» желчный пузырь, холедохолитиаз), больные, перенесшие холецистэктомию, язвенная болезнь желудка, больные с острым и осложненным течением панкреатита.

В работе использованы следующие методы исследования: клиническое обследование, включающее расспрос больных для выяснения жалоб и анамнеза заболевания и объективный осмотр; клинический и биохимический анализы крови проводили в рамках общеклинического обследования для постановки диагноза; эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС).

Статистическая обработка результатов исследования проводилась методом вариационной статистики на персональном компьютере с использованием компьютерной программы «Statistica 6.0». Количественные данные представлены в виде среднего значения ± стандартное отклонение (M±σ). Качественные признаки представлены в виде абсолютных значений с указанием частоты встречаемости в %. Сравнительный анализ частоты встречаемости исследуемых признаков проводили с помощью критерия χ^2 . Различия считали достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты исследований и их обсуждение. Изучение анамнеза основной группы больных (n=138) показало, что у 77,5% пациентов ЯБ ДПК предшествовала развитию холелитиаза. И только у 10,2% пациентов – по данным анамнеза ЖКБ выявлялась первично. У 12,3% пациентов ЖКБ и ЯБ ДПК выявлялись одновременно. Таким образом, на основании проведенных исследований установлено, что в большинстве случаев (в 77,5%) ЯБ предшествует развитию холецистолитиаза. Полученные результаты позволяют предположить, что ЯБ ДПК может быть одним из факторов риска развития ЖКБ.

При анализе частоты сочетания ЖКБ и ЯБ ДПК в зависимости от возраста, выявлено, что возраст больных при сочетании ЖКБ и ЯБ ДПК колебался от 20 до 70 лет и старше. Наиболее часто сочетание отмечено среди лиц зрелого и пожилого возраста (50-59 и 60-69 лет) – 69,6%

больных; наименее часто — среди лиц молодого возраста (20-29 лет и 30-39 лет) — 4,4% пациентов. При изучении частоты сочетания ЖКБ с ЯБ ДПК было выявлено, что наиболее часто это сочетание выявляется в возрастных категориях 50÷69 лет. Анализ распределения больных в зависимости от пола показал, что женщины достоверно преобладают в данных возрастных категориях над мужчинами ($p < 0,05$). В возрастной категории 50÷59 лет отмечается достоверное ($\chi^2=5,78$; $p=0,016$) преобладание женщин ($36,1\pm 4,7\%$) над мужчинами ($12,1\pm 5,7\%$).

Таким образом, с возрастом отмечается рост частоты сочетания ЖКБ и ЯБ ДПК, достигающего своего пика в 60-69 лет. Также обращает на себя внимание изменение гендерного состава больных с данной патологией: так, до 40 лет отмечается превалирование мужчин над женщинами, а после 40 лет ЖКБ, сочетающаяся с ЯБ ДПК встречается чаще среди женщин. Однако эти данные можно трактовать как тенденцию, так как статистическая обработка результатов не позволила выявить статистически значимые различия, что может быть обусловлено малой выборкой. Для типичного течения ЯБ ДПК характерно преобладание мужчин над женщинами, однако в группе обследуемых больных с сочетанной патологией отмечается превалирование женщин, что характерно для течения ЖКБ. Данная ротация может быть связана с тем, что женщины имеют больше факторов риска по возникновению холецистолитиаза, чем мужчины. Исходно анатомически объем желчного пузыря у женщин больше, во время беременности страдает эвакуаторная функция желчного пузыря, что способствует образованию билиарного сладжа а в последующем и желчных камней. Прием пероральных контрацептивов приводит к усилению литогенных свойств желчи. Период менопаузы, сопровождается изменением гормонального профиля, сопровождающегося снижением сократительной функции желчного пузыря. Прием эстрогенсодержащих препаратов в период менопаузы увеличивает риск образования желчных камней в 2,5 раза. Это объясняется тем, что эстрогены стимулируют рецепторы гепатоцитов к апополипротеинам, входящих в состав липопротеидов низкой плотности и липопротеидов очень низкой плотности и тем самым способствуют переходу холестерина через синусоидальную мембрану и повышенной его секреции в желчь.

С целью выявления клинических особенностей заболеваний при их сочетании были проанализированы основные показатели, характеризующие эти особенности. Так при ЯБ ДПК у больных основной группы были изучены: длительность «язвенного» анамнеза; стадия заболевания (обострения или ремиссия); частота обострения ЯБ ДПК; наличие рубцово-язвенной деформации луковицы ДПК.

Наиболее длительный (10-20 и более лет) «язвенный» анамнез был выявлен у 69% больных I группы (основной). Тогда как у больных III группы сравнения (ЯБ ДПК), длительность «язвенного анамнеза» от 10-20 и более лет выявлялась в 36,3% случаев ($p=0,0001$). Таким образом, исследования показали, что при сочетании ЖКБ с ЯБ ДПК последняя у большинства больных (69%) характеризуется длительным (10-20 и более лет) «язвенным» анамнезом, что при соответствующих условиях может способствовать формированию камней в желчном пузыре. Эти данные позволяют предполагать, что сочетание двух заболеваний не является случайным совпадением и может быть обусловлено наличием при ЯБ ДПК патогенетических механизмов, способствующих формированию холецистолитиаза. Выявление этих механизмов, подтверждающих указанное предположение, позволило бы считать ЯБ ДПК фактором риска по развитию холецистолитиаза.

Другой клинической особенностью является снижение частоты обострения ЯБ ДПК, протекающей на фоне ЖКБ. Так, частота обострения ЯБ ДПК у больных этой группы более 2-х раз в год составила 12%, что было достоверно меньше, чем в группе сравнения (III) - 40% ($p<0,001$). Число больных у которых ЯБ ДПК протекала без обострений более 3-х лет было достоверно больше ($p<0,001$) в I группе больных и составило 53%, тогда как в III группе больных только в 7% случаев. Таким образом, анализ клинической картины основной группы больных (I) не позволил выявить предполагаемого синдрома взаимоотношения при сочетании двух заболеваний, а, наоборот, было установлено достоверное снижение частоты обострений ЯБ ДПК и увеличение длительности ее ремиссии.

Установлено, что у больных I группы (основной) течение язвенного процесса сравнительно реже осложняется рубцово-язвенной деформацией, и для развития этого осложнения необходим более длительный «язвенный анамнез». Так, при течении ЯБ ДПК более 5 лет у них достоверно реже ($p<0,005$) формируется рубцово-язвенная деформация луковицы двенадцатиперстной кишки (12%), чем в III группе больных (ЯБДПК) (44%).

Таким образом, в 77,5% случаев ЯБ ДПК предшествует холецистолитиазу, у 10,2% ЖКБ развивается первично и у 12,3% сочетанная патология выявляется одновременно. При наличии ЖКБ отмечается достоверное снижение частоты обострения ЯБДПК (12%) и увеличение частоты ее стойкой ремиссии в 53% ($p<0,001$). В свою очередь, наличие ЯБДПК достоверно снижает частоту обострений ЖКБ, что и приводит к росту бессимптомного «камненосительства» (42%) ($p<0,05$). Течение ЯБ ДПК более 5 лет у больных с ЖКБ, сочетающейся с ЯБ ДПК, приводит к достоверному уменьшению формирования рубцово-язвенной деформации луковицы двенадцатиперстной кишки (12%), по сравнению с изолированной ЯБДПК (44%) ($p<0,05$).

В условиях амбулаторно-поликлинической службы проведение ранней диагностики сочетания ЖКБ и ЯБ ДПК и сопровождающих их моторно-эвакуаторных нарушений со стороны верхних отделов пищеварительного тракта позволят осуществить профилактические мероприятия, направленные на снижение обострений язвенного поражения двенадцатиперстной кишки, повышения сократительной функции желчного пузыря. Для профилактики холелитиаза больным с длительным анамнезом ЯБ ДПК, сопровождающимся частыми обострениями, необходимо проводить скрининговое ультразвуковое исследование билиарной системы на предмет выявления билиарного сладжа и конкрементов в желчном пузыре.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Селезнева Э.Я., Ильченко А.А. Желчнокаменная болезнь, сочетающаяся с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (обзор литературы) // Эксперимент. и клин. гастроэнтерология. 2008. № 5. С. 48-55.
- 2 Лобанков В.М., Призенцов А.А., Анджум В. Язвенная и желчнокаменная болезнь у женщин: клинико-эпидемиологические параллели // Хирургия Восточная Европа. 2012. № 2. С. 6-10.
- 3 Козлова И.В., Граушкина Е.В. Клинические особенности и диагностические критерии патологии эзофагогастродуоденальной зоны у больных желчнокаменной болезнью, перенесших операцию холецистэктомии // РЖГГК. 2010. Т. 20. № 3. С. 37-45.
- 4 Маев И.В., Дичева Д.Т. и др. Диагностика и лечение билиарного сладжа у больных язвенной болезнью // РЖГГК. 2007. Т. 17. № 4. С. 68-72.
- 5 Махов В.М., Гапеева М.Б. Терапевтические аспекты желчнокаменной болезни // Русский медицинский журнал. 2010. Т. 18. № 13. С. 806-809.
- 6 Кривигина Б.В., Жигаев Г.Ф. Роль фиброэзофагогастродуоденоскопии в диагностике дуоденального стаза у больных с заболеваниями органов гепатогастропанкреатобилиарной зоны // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН. - 2008. - №3. С. 86-87.
- 7 Вахрушев Я.М. Исследование функционального состояния гепатобилиарной системы в динамике лечения больных язвенной болезнью // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. -2005.-№2.- С. 44-48.
- 8 Лоранская И.Д., Вишневская В.В. Изучение моторной функции желчевыделительной системы и гастродуоденальной зоны при патологии би-лиарного тракта //РМЖ. 2005. - Том 7. - № 1. - С. 1-7
- 9 Эльштейн Н.В. Множественность заболеваний как одна из ключевых проблем современной гастроэнтерологии//Гастробюллетень.2001.№2-3. С.99.
- 10 Parker J.P., McCombs J.S., Graddy E.A. Can pharmacy data improve prediction of hospital outcomes? Comparisons with a diagnosisbased comorbidity measure // Med. Care. — 2003. — Vol. 41 (3). — P. 407-419.

ХОЛЕЛИТИАЗДЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ АҒЫСЫН ЕРЕКШЕЛІК ЖАРАЛЫ АУРУДЫҢ НАУҚАСТАРЫНДА

Түйін: Холелитиаздың тіркесінің орнатылған клиникалық ерекшеліктерін мақалада және патогенетикалық дәлелдеу әрекет жасалатын ұлтабар ұш жаралы ауру. Алынған мәліметтерлердің кем көрсет өтке тас байланудың фонында, жаралы ауруының асқынуларын санын мерзімді төмендету ағатын ұлтабар ұшқа жаралы аурудың ағысы «агрессивті» және ремиссияның тіреуі, сонымен бірге ұлтабар ұштың баданасын дөрекі тыртық - жаралы өзгерумен санның кішірейтуімен оны жиілігінің көбеюі. Өз кезегінде, ұлтабар ұштың жаралы аурудың бар болуы өсуге белгісіз алып кел «камненосительства» өтке тас байланудың асқынуларын жиілікті сенімді арзандатылады.

Түйінді сөздер: өтке тас байлану, жаралы ауру, клиникалық ағыс.

FEATURES OF THE CLINICAL CURRENT OF THE CHOLELITHIASIS AT PATIENTS WITH THE PEPTIC ULCER

Resume: In article clinical features of a combination of a cholelithiasis and a peptic ulcer of a duodenum are established, attempt of their pathogenetic justification is made. The obtained data show less "aggressive" current of a peptic ulcer of the duodenum proceeding against a cholelithiasis, caused by depression of number of exacerbations of a peptic ulcer and augmentation of frequency of its permanent remission, and also number decrease with rasping cicatricles and ulcerative deformation of a bulb of a duodenum. In turn, existence of a peptic ulcer of a duodenum authentically reduces the frequency of exacerbations of a cholelithiasis, as leads to body height of asymptomatic "carriage of stones".

Keywords: cholelithiasis, peptic ulcer, clinical current.