

О КОМОРБИДНОСТИ ПРИ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ И САХАРНОМ ДИАБЕТЕ.

Бовтюк Н.Я., Лемешевский А.И., Шкода Д.А., Ляховец Е.С.
УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск,
Республика Беларусь

Актуальность. Под понятием коморбидность понимают сочетание у одного больного двух и/или более хронических заболеваний, патогенетически взаимосвязанных между собой или совпадающих по времени у одного пациента вне зависимости от активности каждого из них (Н.С. Kraemer, M. Van den Akker, 1996 г.). Как единого определения, так и единой классификации коморбидности не существует. Среди известных классификаций [2] условно выделяют причинную, осложненную, ятрогенную, неуточненную и «случайную» коморбидность. Рядом исследователей отмечено, что сочетание желчекаменной болезни (ЖКБ), которая признана неэндэмической пандемией 21 века, и сахарного диабета (СД), частота которого ежегодно увеличивается, можно определить как коморбидная патология [3].

Также ряд авторов отмечают повышение заболеваемости сахарным диабетом у пациентов после лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) [1].

Таким образом, анализ заболеваемости ЖКБ с наличием СД и развитие СД после ХЭ остаётся актуальной проблемой и требует дальнейшего изучения механизмов патогенеза, обуславливающих коморбидность ЖКБ и СД.

Цель. Провести ретроспективный анализ стационарных медицинских карт пациентов с ЖКБ в клинической стадии острого калькулёзного холецистита. Изучить возможные механизмы патогенеза развития СД при ЖКБ.

Материалы и методы. В работу включены материалы лечения 130 пациентов с острым калькулёзным холециститом, находившихся на лечении в хирургическом отделении в УЗ «3-я ГКБ им. Е.В.Клумова» в 2020 году.

Результаты. В изучаемой группе (n=130) пациенты были в возрасте от 21 до 97 лет, из них трудоспособных – 91 (32,2%) случаев. Мужчины составили 64 (49,2%), женщины – 66 (50,8%).

После первичного анализа направительного и заключительного диагнозов было сформировано две группы. В первую группу (n=102) включены пациенты с наличием острого калькулёзного холецистита (ОКХ) без осложнений в области поджелудочной железы, во вторую (n=28) – пациенты с наличием острого калькулёзного холецистопанкреатита (ОКХП), у которых преобладала клиника различных форм острого панкреатита. Во второй группе у всех пациентов клинически определялся инфильтрат в области поджелудочной железы. При ультразвуковом исследовании, которое выполнялось в течение первых и третьих суток от поступления, визуализировался расширенный вирсунгов проток и жидкостные образования в проекции поджелудочной

железы. Компьютерная томография (КТ) поджелудочной железы пациентам не выполнялась.

В первой группе (n=102) мужчин было 61 (59,8%), женщин – 41 (40,2%). При поступлении был диагностирован СД 2 типа у 9 (8,8%) исследуемых, из них женщины составили 5 (55,6%), мужчины – 4 (44,4%) случаев. В этой группе у 91 (89,2%) пациентов была выполнена ЛХЭ, из них у 4 (4,4%) пациентов с СД 2 типа.

Во второй группе (n=28) мужчины составили 3 (10,7%), женщины – 25 (89,3%). При поступлении СД 2 типа был выявлен у 2 (7,1%) женщин. В этой группе 19 (67,8%) женщин были в репродуктивном возрасте [4], у одной ОКХП сочетался с беременностью. Всем пациентам этой группы проведено консервативное лечение, которое позволило устранить имеющуюся билиарную и панкреатическую гипертензию без применения малоинвазивных транслюминальных технологий и без открытых или лапароскопических операций. Беременная пациентка с улучшением переведена в гинекологическое отделение, остальные выписаны с улучшением и рекомендациями по выполнению ЛХЭ по поводу ЖКБ в «холодном» периоде. Из анамнеза установлено, что у 18 (64,3%) исследуемых длительность камненосительства была более 5 лет, также имелись указания в период камненосительства на госпитализацию в хирургические отделения (не менее одного раза) с диагнозом ОКХП.

Анализ проведенных исследований позволяет определить возможный патогенез развития СД при ЖКБ, в частности при длительном камненосительстве и наличии ОКХП с визуально доказанными признаками билиарной и панкреатической гипертензии. Более объективным визуализирующим методом является КТ с усилением и оценкой локализации степени поражения поджелудочной железы по Бальтазару. Этот механизм развития панкреатита, последствием которого может быть повреждение островков Лангерганса, можно отнести к понятию сложной коморбидности при ЖКБ и СД [2].

Выводы. В группе с острым калькулёзным холецистопанкреатитом вероятность развития СД более выражена, чем в группе с острым калькулёзным холециститом.

Обоснованность такого предположения может быть доказана выполнением КТ по Бальтазару, позволяющей выявить преимущественное поражение тела и хвоста поджелудочной железы, патогенетическим обоснованием которого может быть протоковая гипертензия в связи с блоком и спазмом на уровне Фатерова соска.

Пациенты с острым калькулёзным холецистопанкреатитом могут быть группой риска (осложненная коморбидность) по СД и подлежат дальнейшему дообследованию, в первую очередь у врача-эндокринолога.

Литература.

1. Каменских Я.А. Особенности формирования и течения сочетанной патологии – сахарного диабета 2-го типа и желчнокаменной болезни: автореф. дис.: 14.01.02 / Я. А. Каменских; Мин. здравоохран. РФ, Пермский гос. мед. университет им. Акад. Е. А. Вагнера– Пермь, 2017. – 128 с.
2. Коморбидность – актуальная научная и научно-практическая проблема медицины XXI века/ Ю.Т. Щарабчиев [и др.] // Медицинские новости– 2014. – № 8 – С. 6–11.
3. Сахарный диабет 2-го типа и проблема коморбидной патологии/ Г.И. Климентьева [и др.] // Кубанский научн. мед. вестник №1 – 2012. – № 130 – С. 81–84.
4. Серова, О.Ф. Исходы беременности у женщин в старшем репродуктивном возрасте/ Серова, О.Ф., Седая Л.В., Шутикова Н.В. //Доктор.Ру, Акушерство и гинекология. – 2020. – Т. 19, № 1. – С. 12–15.