

АНТРОПОЛОГИЯ И ЭТНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

© ШЕХОВЦОВА Ю.А., ГОРБУНОВ Н.С.

УДК 616.366-003.7:612.014.5

КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Ю.А. Шеховцова, Н.С. Горбунов

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф.

Войно-Ясенецкого, ректор – д.м.н., проф. И.П. Артюхов;

кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии, зав. – д.м.н.,

проф. П.А. Самотесов.

Резюме. Изучены формы живота и толщина стенки желчного пузыря у мужчин и женщин второго периода зрелого возраста с камнями в желчном пузыре и без конкрементов. Выявлена морфологическая предрасположенность к формированию камней в желчном пузыре.

Ключевые слова: форма живота, желчный пузырь, желчнокаменная болезнь.

Шеховцова Юлия Александровна – ассистент каф. оперативной хирургии и топографической анатомии КрасГМУ; e-mail: uyum@rambler.ru.

Горбунов Николай Станиславович – д.м.н., проф. каф. оперативной хирургии и топографической анатомии КрасГМУ; e-mail: gorbunov_ns@mail.ru.

В биомедицинской и клинической антропологии неоднократно прослежены связи между строением тела человека и склонностью к ряду соматических заболеваний [1,8]. Так, основываясь на индивидуальных особенностях организма, одни исследователи в группу риска по желчнокаменной болезни

(ЖКБ) включают лиц определенного соматотипа [3,6], другие – лиц с избытком или особенностями распределения жировой ткани [7, 10].

Неуклонный рост заболеваемости ЖКБ ведет к постоянному поиску и внедрению в медицинскую практику новых методов диагностики и лечения [9]. Однако, несмотря на колоссальные достижения современной медицины, количество неблагоприятных исходов лечения все еще велико, а результаты лечения не всегда соответствуют желаемым [4,5].

Это обуславливает актуальность дальнейшего изучения конституциональных особенностей организма при ЖКБ, поскольку новые данные, возможно, позволят выявить дополнительные факторы, влияющие на формирование камней в желчном пузыре, и, следовательно, улучшить профилактику данной патологии.

Исходя из актуальности, целью настоящего исследования явилось изучение форм живота и толщины стенки желчного пузыря у мужчин и женщин второго периода зрелого возраста с камнями в желчном пузыре и без конкрементов.

Материалы и методы

Обследовано 37 человек (11 мужчин и 26 женщин) II периода зрелого возраста, у которых, по данным ультразвукового исследования, имелись камни в желчном пузыре. Группу сравнения составили 35 человек (15 мужчин и 20 женщин) аналогичного возраста, не имевших конкрементов в желчном пузыре.

Для определения размеров передней брюшной стенки у всех обследованных использовался плоскостной (фронтальный) метод [2]. В положении лежа измерялись *distancia bicostarum* (DBc) и *distancia bispinarum* (DBs), после чего вычислялся индекс фаса живота (If) [1]: $If = (DBc/DBs) \times 100$. В зависимости от величины индекса фаса выделялись основные типы форм живота: расширенная вниз ($If < 97,5$), овоидная ($If = 97,5-102,5$) и расширенная вверх ($If > 102,5$).

Изучены срезы стенки желчного пузыря трупов людей II периода зрелого возраста с камнями в желчном пузыре (13 гистологических препаратов) и без конкрементов (9 гистологических препаратов). Забор материала производился от трупов людей, смерть которых наступила вследствие причин, не связанных с

патологией органов брюшной полости, давность смерти колебалась от 6 до 20 часов, отсутствовали прижизненные оперативные вмешательства на органах брюшной и грудной полостей. В процессе изготовления гистологических препаратов желчные пузыри, после удаления из них содержимого и промывания проточной водой, фиксировали в нейтральном 10% растворе формалина в течение 7 дней. Далее перпендикулярно продольной оси желчного пузыря в области тела органа вырезались кусочки размером 0,5×0,5 см. Гистологические препараты изготавливались по стандартным методикам и окрашивались гематоксилином Эрлиха и эозином, после чего изучались с помощью светового микроскопа Ломо-2. В процессе изучения определялась абсолютная толщина стенки желчного пузыря в 10 полях зрения.

Статистическая обработка результатов производилась при помощи пакетов программ Microsoft Excel 2007, Statistica v.6.0 (StatSoft). Сравнение выборочных долей проводилось с использованием z-критерия. Корреляционный анализ проводился с помощью вычисления ранговой корреляции Спирмена (r_s). Для сравнения признаков применялся критерий Краскела–Уоллиса. Принимались во внимание уровни значимости: $p < 0,05$, $p < 0,01$, $p < 0,005$, $p < 0,001$.

Результаты и обсуждение

На основании полученных результатов установлено, что у взрослых II периода зрелого возраста, имеющих камни в желчном пузыре, наиболее часто (в 89,2%) встречается расширенная вверх форма живота, что в 5,2 раза чаще ($p < 0,001$), чем в группе сравнения. В то же время овоидная форма живота наблюдается в 6,3 раза реже, а расширенная вниз – в 8,1 раза ($p < 0,001$) реже, чем в группе сравнения (рис. 1).

Рис. 1. Частота встречаемости форм живота у взрослых II периода зрелого возраста.

При этом между наличием камней в желчном пузыре и формой живота расширенной вверх установлена сильная корреляционная связь ($r_s = 0,74$).

Данные особенности наблюдаются и у мужчин, и у женщин. Так, у мужчин с камнями в желчном пузыре преобладает расширенная вверх форма живота, встречающаяся в 90,9% случаев, что в 4,5 раза чаще ($p < 0,005$), чем в группе сравнения. Овоидная форма живота у мужчин исследуемой группы наблюдается в 9,1% случаев, что в 2,2 раза реже, чем в группе сравнения. При этом расширенная вниз форма живота у мужчин с камнями в желчном пузыре не отмечена, в то время как в группе сравнения данная форма преобладает, наблюдаясь в 60,0% случаев. У женщин с камнями в желчном пузыре также преобладает расширенная вверх форма живота. Данная форма встречается в 88,5% случаев, что чаще, чем в группе сравнения, в 5,9 раза ($p < 0,001$). Овоидная форма живота у женщин исследуемой группы не отмечена, а в группе сравнения наблюдается у 15,0% обследованных. Расширенная вниз форма живота у женщин с камнями встречается в 11,5% случаев. Это в 6,1 раза реже ($p < 0,001$), чем в группе сравнения, в которой данная форма живота преобладает. При этом между наличием камней в желчном пузыре и формой живота расширенной вверх сильная корреляционная связь наблюдается как у мужчин, ($r_s = 0,72$), так и у женщин ($r_s = 0,70$).

Также установлено, что частота встречаемости камней в желчном пузыре возрастает с увеличением индекса фаса живота ($r_s = 0,64$). Данная особенность характерна и для мужчин ($r_s = 0,57$), и для женщин ($r_s = 0,69$).

У трупов людей толщина стенки желчного пузыря без конкрементов равна в среднем $1874,09 \pm 154,05$ мкм. Причем с увеличением индекса фаса живота толщина стенки желчного пузыря уменьшается ($r_s = -0,47$). Так, толщина стенки желчного пузыря, при расширенной вверх форме живота, равна $1464,75 \pm 180,03$ мкм, что в 1,2 раза меньше, чем при овоидной и в 1,6 раза меньше, чем при расширенной вниз форме живота (рис. 2).

Рис. 2. Толщина стенки желчного пузыря у трупов людей II периода зрелого возраста с разной формой живота.

Толщина стенки желчного пузыря с камнями равна $2172,62 \pm 112,62$ мкм. При этом у 100% обследованных выявлена расширенная вверх форма живота. Следовательно, стенка желчного пузыря с камнями в 1,5 раза толще ($p < 0,01$) стенки органа без конкрементов у людей с расширенной вверх формой живота. Причем данные различия связаны с утолщением серозной и мышечной оболочки и истончением слизистой оболочки желчного пузыря. Так, серозная оболочка желчного пузыря с камнями имеет толщину $1587,58 \pm 95,52$ мкм, что в 1,3 раза больше толщины аналогичной оболочки органа без конкрементов. Толщина мышечной оболочки при наличии камней равна $544,04 \pm 47,80$ мкм, что в 2,6 раза больше ($p < 0,001$) толщины данной оболочки желчного пузыря без камней. В то же время слизистая оболочка желчного пузыря с конкрементами имеет толщину $41,0 \pm 1,33$ мкм, что меньше аналогичного параметра органа без камней в 1,6 раза ($p < 0,001$).

Таким образом, у людей II периода зрелого возраста с камнями в желчном пузыре выявлены конституциональные особенности, заключающиеся в преобладании у них расширенной вверх формы живота. Установлено, что с переходом от расширенной вниз к расширенной вверх форме живота уменьшается толщина стенки желчного пузыря. Полученные результаты дают основание предположить, что при расширенной вверх форме живота имеется такое взаимоотношение органов брюшной полости и передней брюшной стенки, при котором уменьшается подвижность и снижается сократительная функция желчного пузыря. А нарушение сокращения желчного пузыря в свою очередь является фактором, предрасполагающим к образованию холестериновых камней [11]. В то же время при наличии камней стенка желчного пузыря утолщается по сравнению со стенкой органа без конкрементов у людей с расширенной вверх формой живота. Это, по-видимому, связано с компенсаторной гипертрофией мышечной оболочки желчного пузыря, развивающейся в связи с механическим препятствием оттоку желчи.

PHYSIQUE PECULIARITIES OF PATIENTS WITH CHOLELITHIASIS

Yu.A. Shehovtsova, N.S. Gorbunov

Krasnoyarsk State Medical University named after prof. V.F. Voino-Yasenetsky

Abstract. We studied abdominal form and gallbladder wall thickness in adult men and women with and without gallstones. We revealed morphological predisposition to form gallstone disease.

Key words: abdominal form, gallbladder, cholelithiasis.

Литература

1. Жуков В. М. Формы живота у взрослых людей разного возраста // Вопр. клинич. анатомии: матер. науч. конф. – Краснодар, 1971. – С. 63-70.
2. Лаврова Т. Ф. Клиническая анатомия и грыжи передней брюшной стенки. – М.: Медицина, 1979. – 104 с.
3. Лапешин П. В., Гаврилюк Д. В., Николаев В. Г. Соматотип и желчнокаменная болезнь // Актуальные вопросы интегративной антропологии: матер. конф. – Красноярск, 2001. – Т. 1. – С. 123-125.
4. Литвинова Н. В., Осипенко М. Ф., Жук Е. А. и др. Оценка качества жизни больных, перенесших холецистэктомию по поводу желчнокаменной болезни // Эксперим. и клинич. гастроэнтерология. – 2004. – №1. – С. 60.
5. Магомедов М. С., Чуриков Д. А., Устинов Ф. С. и др. Результаты лечения функциональных изменений поджелудочной железы при желчнокаменной болезни // Анналы хирургии. – 2008. – №3. – С. 55-60.
6. Николаева Н. Н., Байкова О. А. Конституциональные особенности моторики желчного пузыря у женщин с хроническим холециститом // Актуальные вопросы интегративной антропологии: матер. конф. – Красноярск, 2001. – Т. 1. – С. 138-142.
7. Поляруш Н. А., Дворяшина И. В., Мочалов А. А. и др. Особенности моторной функции желчного пузыря и характера распределения жировой ткани при желчнокаменной болезни и ожирении // Эксперим. и клинич. гастроэнтерология. – 2004. – №1. – С. 64.

8. Фандюхин С. А., Николаев В. Г. История и современное состояние проблемы психосоматических взаимоотношений // Актуальные вопросы интегративной антропологии: матер. конф. – Красноярск, 2001. – Т. 2. – С. 178-182.
9. Bodmer M., Brauchli Y. B., Krahenbuhl S. et al. Statin use and risk of gallstone disease followed by cholecystectomy // JAMA. – 2009. – Vol. 302, №18. – P. 2001-2007.
10. Ruhl C. E., Everhart J. E. Relationship of serum leptin concentration and other measures of adiposity with gallbladder disease // Hepatology. – 2001. – Vol. 34, №5. – P. 877-883.
11. Xiao Z., Schmitz F., Pricolo V. E. et al. Role of caveolae in the pathogenesis of cholesterol-induced gallbladder muscle hypomotility // Am. J. Physiol. Gastrointest. Liver Physiol. – 2007. – Vol. 292. – P. 1641-1649.