



ДАНИЛОВА М.Л., ТРУСОВ В.В., РУДЕНКО И.Б.

УДК 616.366

Кафедра внутренних болезней с курсами лучевых методов диагностики и лечения, военно-полевой терапии ГОУ ВПО ИГМА Росздрава, г. Ижевск, Россия

Патология заболевания желчного пузыря у больных сахарным диабетом 2-го типа

Актуальность: Внимание исследователей и клиницистов издавна привлекает нарушение функции печени при сахарном диабете (СД) как важного органа, принимающего участие во всех процессах, связанных с жизнедеятельностью организма. Вместе с тем процесс секреции желчных кислот, являющийся наиболее специфической функцией печени, остается мало освещенным при данном заболевании.

Цель исследования: изучение особенностей течения билиарной недостаточности у больных хроническим бескаменным холециститом (ХБХ) в сочетании с СД 2-го типа.

Материалы и методы: В условиях гастроэнтерологического отделения МУЗ МСЧ «Ижмаш» проведено обследование 127 пациентов с верифицированным диагнозом ХБХ и СД 2-го типа в возрасте от 36 до 65 лет (средний возраст — $51 \pm 1,5$ лет), в том числе 78 женщин и 49 мужчин. Продолжительность заболевания СД 2-го типа в среднем составила $7,8 \pm 1,6$ лет, ХБХ — $6,2 \pm 1,3$ лет. Группу сравнения составили 85 пациентов с ХБХ без сопутствующего диабета (55 женщин и 30 мужчин), с длительностью данного заболевания желчного пузыря $6,8 \pm 1,7$ лет. В работе использованы общеклинические лабораторные исследования, а также многофракционное дуоденальное зондирование (МФДЗ), динамическая эхохолецистография.

Результаты: В результате сбора анамнеза и физикального обследования установлено, что в клинической картине больных ХБХ с сочетанным СД 2-го типа достоверно чаще, чем в группе сравнения, встречалась слабоинтенсивная боль в области правого подреберья (85,8% и 16,5% соответственно, $p < 0,001$). У пациентов с ХБХ без сопутствующего СД 2-го типа наблюдались более выраженные и продолжительные боли с элементами колющих: в 31,7% выраженный болевой синдром, в 51,8% — умеренный.

При объективном исследовании у пациентов с ХБХ и СД 2-го типа при пальпации живота следует заметить менее выраженную болезненность в области правого подреберья, а также слабые положительные пузырные симптомы, которые были более интенсивными в группе сравнения (56% и 90,6% соответственно, $p < 0,001$).

По данным, полученным при проведении МФДЗ, у больных ХБХ и СД 2-го типа имеются нарушения моторики билиарного тракта преимущественно в виде гипокинетического типа дискинезии (65,4%). Гиперкинетическая дискинезия желчного пузыря выявлена в 34,6% случаев. Проведенные исследования качественного состава желчи у больных ХБХ и СД 2-го типа выявили достоверное снижение суммарного дебита холевой кислоты до $0,47$ ммоль/л ($p < 0,01$), что свидетельствует о средней степени тяжести билиарной недостаточности. В группе сравнения суммарный дебит холевой кислоты составил $0,89$ ммоль/л, что соответствовало легкой степени билиарной недостаточности.

Во время проведения динамической эхохолецистографии при вычислении коэффициента эффективности эвакуаторной функции желчного пузыря получены данные, которые свидетельствуют о выраженном снижении данного показателя у больных ХБХ и СД 2-го типа и умеренном — в группе сравнения ($K_{эф.} = 42,42 \pm 0,31\%$ и $K_{эф.} = 46,41 \pm 0,54\%$ соответственно, $p < 0,001$).

Выводы: Клинические проявления патологии билиарного тракта у больных диабетом имеют менее выраженный характер. Диагностированное по результатам МФДЗ и стимулированного дебита снижение билиарной секреции желчных кислот у пациентов с хроническим бескаменным холециститом и СД 2-го типа свидетельствует о средней степени тяжести билиарной недостаточности.