

Формирование атипичной клинической картины хронического холецистита у больных сахарным диабетом 2-го типа при наличии автономной диабетической нейропатии

Е.В. Жукова, М.А. Куницына, Е.И. Кашкина,
Т.М. Семикина
Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского, Саратов

Анализировались особенности клинического течения хронического холецистита у больных сахарным диабетом второго типа с наличием и отсутствием автономной диабетической нейропатии. Под наблюдением находилось 157 пациентов с сахарным диабетом второго типа. Диагноз холецистита устанавливали на основании жалоб, общеклинических и лабораторных методов исследования. Автономная диабетическая нейропатия диагностировалась согласно Ewing с использованием 5 стандартных тестов. Установлено, что при осложненном течении сахарного диабета второго типа в виде автономной диабетической нейропатии частота встречаемости хронического холецистита в два раза выше, чем при неосложненном. Атипичное течение хронического холецистита с преобладанием в клинической картине заболевания диспепсического, кардиалгического, неврастенического и вегетативного синдромов характерно для больных сахарным диабетом второго типа с наличием автономной диабетической нейропатии. Наличие диспепсического и вегетативного синдромов в качестве ведущего признака заболевания у больных хроническим холециститом в значительной мере ассоциировано с ваготонией и повышенной лабильностью ВНС, в то время как при кардиалгическом и неврастеническом синдроме на фоне ваготонии отмечается повышение реактивности ВНС.

Ключевые слова: сахарный диабет, хронический холецистит, автономная диабетическая нейропатия.

Formation an Atypical Clinical Picture of Chronic Cholecystitis in Patients Suffering From Type 2 Diabetes Mellitus Burdened with Diabetic Autonomic Neuropathy

E.V. Zhukova, M.A. Kunitsyna, E.I. Kashkina,
T.M. Semikina

Saratov State Medical University n.a.
V.I. Razumovsky, Saratov

The article analyzes the features of the clinical course of chronic cholecystitis with the presence or absence of signs and symptoms of diabetic autonomic neuropathy were analyzed. 157 patients with type 2 diabetes mellitus were under medical observation. The patients were diagnosed with cholecystitis on the basis of their complaints, general clinical diagnosis and laboratory tests. Autonomic diabetic neuropathy was diagnosed based on the five Ewing standardized tests. It was revealed that in case of type 2 diabetes mellitus complicated with diabetic autonomic neuropathy, the frequency of chronic cholecystitis is twice as high as in cases of uncomplicated diabetes. Atypical course of chronic cholecystitis with prevalence of dyspeptic, cardialgic, neurasthenic and vegetative syndromes is typical for patients with type 2 diabetes mellitus burdened with diabetic autonomic neuropathy. The presence of dyspeptic and vegetative syndromes as main signs of chronic cholecystitis is largely associated with vagotonia and enhanced lability of the vegetative nervous system, while in the case of cardialgic and neurasthenic syndromes, vagotonia is accompanied by hyperreactivity of the vegetative nervous system.

Keywords: diabetes mellitus, chronic cholecystitis, diabetic autonomic neuropathy.

Введение

По данным различных авторов, заболевания желчевыводящих путей и, в частности, хронический холецистит, встречаются у больных сахарным диабетом 2-го типа (СД2) в три раза чаще, чем при его отсутствии [1, 2]. Важным фактором высокого риска развития хронического холецистита при СД2 является наличие такого осложнения, как автономная диабетическая нейропатия [3–5].

В результате нарушения вегетативной регуляции снижается двигательная активность желчевыводящих путей, что способствует застою желчи, формированию камней, а также проникновению в желчный пузырь микроорганизмов, способствующих развитию холецистита. Остановившись на течении хронического холецистита, следует отметить, что в ряде случаев клиническая картина его проявлений носит атипичный характер и в качестве ведущих синдромов могут выступать кардиалгический, неврастенический, диспептический и другие. Однако значимость автономной диабетической нейропатии в формировании хронического холецистита и атипичной клинической картины его течения, в частности, изучена недостаточно.

Цель исследования. Проанализировать роль автономной диабетической нейропатии в формировании хронического холецистита у больных СД2 и его течения в атипичной клинической форме.

Материалы и методы

Исследование выполнено на базе отделения эндокринологии ГУЗ «Областная клиническая больница» (г. Саратов). Под наблюдением находилось 157 пациентов (99 женщин и 58 мужчин) с СД2 в сочетании с хроническим холециститом в возрасте 40–67 лет (средний возраст – $53,5 \pm 2,5$ лет). Длительность заболевания СД2 составила в среднем – $8,7 \pm 2,4$ года. На момент обследования у 73% пациентов с СД2 отсутствовали целевые показатели углеводного обмена (уровень HbA_{1c} – $8,6 \pm 0,2\%$), целевые показатели углеводного обмена имели 27% обследованных

Таблица 1. Частота встречаемости хронического холецистита с учетом наличия и отсутствия автономной диабетической нейропатии у больных СД2

Группы обследованных	157	Частота встречаемости холецистита			
		Калькулезный		Бескаменный	
		абс	%	абс	%
Сахарный диабет второго типа	58	33	38,3	25	35,8
Сахарный диабет второго типа + автономная диабетическая нейропатия	99	53	61,7*	46	64,2*

Примечание. * достоверность различий между группами ($p < 0,05$).

Таблица 2. Частота встречаемости атипичных клинических синдромов хронического холецистита у больных СД2 с наличием и отсутствием автономной диабетической нейропатии

Преобладающие клинические синдромы хронического холецистита	N	Частота встречаемости у больных СД2			
		наличие диабетической нейропатии		отсутствие диабетической нейропатии	
		абс	%	абс	%
Калькулезный:	86	53	61,6	33	38,4
болевой	57	31	58,4	26	78,7*
диспептический	19	14	26,4	5	15,1*
вегетативной дистонии	4	4	7,5	–	–
кардиалгический	4	2	3,7	2	6,0
неврастенический	2	2	3,7	–	–
Бескаменный	71	46	64,7	25	35,8
болевой	39	21	45,6	18	72,0*
диспептический;	14	9	19,5	5	20,0
вегетативной дистонии	10	10	21,7	–	–
кардиалгический	6	4	8,6	2	8,0
неврастенический.	2	2	4,6	–	–

Примечание. * достоверность различий между группами ($p < 0,05$).

($HbA_{1C} - 7,1 \pm 0,1\%$). 63 (40,1%) пациента с СД2 находились на комбинированной сахароснижающей терапии (различные комбинации таблетированных сахароснижающих средств с базальным инсулином); 41 (26,1%) пациент находились на терапии таблетированными сахароснижающими средствами, у 53 (33,8%) пациентов была инсулинотерапия. Диагноз хронического холецистита устанавливался на основании жалоб, клинического осмотра, лабораторных и биохимических исследований и был подтвержден результатами ультразвукового исследования, аппарат Medison Eko-7 (Medison, Корея) [6, 7]. В ходе клинического осмотра устанавливался ведущий синдром заболевания. При этом выделялись следующие типы: болевой, диспептический, вегетативной дистонии, кардиалгический, неврастенический. Для диагностики автономной диабетической нейропатии проводились исследования кардиоваскулярных рефлексов (5 стандартных тестов по Ewing), изменение ЧСС при глубоком дыхании, тест Вальсальвы, тест Шелонга, тест 30:15, проба с изометрической нагрузкой. Использование данных тестов считается достаточным для выявления раннего субклинического вегетативного поражения (Сан-Антонио, 1998). Реактивность вегетативной нервной системы, лабильность оценивались в ходе ортоклино-статической пробы, тонус с помощью индекса Кердо [8]. Статистическая обработка материалов с помощью пакета прикладных программ Microsoft Excel 7.0.

Результаты и обсуждение

В табл. 1 представлены результаты обследования больных СД2 на наличие автономной диабетической нейропатии и хронического холецистита.

Как следует из табл. 1, на фоне СД2 с осложнением в виде автономной диабетической нейропатии

хронический холецистит встречался практически в два раза чаще, чем при неосложненном течении. Так, при отсутствии автономной диабетической нейропатии калькулезный холецистит был выявлен в 38,3% случаев, бескаменный – у 35,8% обследованных, на фоне автономной диабетической нейропатии эти показатели составили 61,7% и 64,2%, соответственно ($p < 0,05$). Таким образом, наличие автономной диабетической нейропатии в значительной мере ассоциировано с развитием хронического холецистита у больных СД2.

Важно отметить, что наряду с ведущим болевым клиническим синдромом хронический холецистит может протекать в атипичной форме с преобладанием вегетосудистой дистонии, кардиалгии, неврастении и других синдромов. В табл. 2 представлена частота встречаемости ведущих атипичных клинических синдромов при хроническом холецистите.

Анализируя представленные в табл. 2 данные, можно отметить, что как при калькулезном, так и некалькулезном холецистите, наличие автономной диабетической нейропатии накладывало существенный отпечаток на клиническую картину заболевания. Так, болевой синдром в качестве ведущего признака заболевания у больных с калькулезным холециститом при отсутствии автономной диабетической нейропатии выступал в 78,7% случаев, при наличии данного осложнения СД2 – у 58,4% больных. На фоне бескаменного холецистита перечисленные показатели составили 45,6 и 72,0%, соответственно ($p < 0,05$). В то же время такие атипичные синдромы в качестве ведущего признака хронического холецистита, как диспептический, кардиалгический, неврастенический и синдром вегетативной дистонии, встречались значительно чаще. Так, на фоне отсутствия диабетической нейропатии при калькулезном холецистите синдром вегетативной дистонии заре-

Таблица 3. Показатели, отражающие состояние вегетативной нервной системы при различных преобладающих клинических синдромах хронического холецистита у больных СД2

Преобладающий клинический синдром у больных хроническим холециститом	N	Показатели вегетативной нервной системы							
		Тонус (индекс Кердо)	Реактивность			Обеспечение деятельности			
			Глазосердечный рефлекс	Синокардиальный рефлекс	Соляный рефлекс	Ортостатическое ускорение	Ортостатическая разница	Ортостатический индекс лабильности	Клиностатический индекс лабильности
Болевой	96	18,4±1,6	3,6±0,4	3,2±0,4	2,3±0,6	16,7±2,1	3,6±0,4	3,1±0,4	3,2±0,6
Диспептический	33	-9,6±2,1	3,8±0,6	2,6±0,2	3,3±0,9	9,4±0,6	6,1±0,2*	6,4±0,2*	7,1±0,8*
Вегетативной дистонии	14	-3,7±1,6	2,2±0,6	2,8±0,4	1,8±0,4	6,8±0,8*	3,3±0,3	6,7±0,8*	7,1±0,4*
Кардиалгический	10	21,8±0,6	6,6±0,8*	7,1±0,8*	3,3±0,6	21,8±2,4*	3,0±0,6	4,1±0,4	4,0±0,6
Неврастенический	4	-6,6±1,3	5,1±0,4*	6,1±0,4*	5,7±0,6*	17,3±3,1	4,4±0,8	3,6±0,5	3,8±0,6

Примечание. * достоверность различий с болевым синдромом ($p < 0,05$).

гистрирован у четырех больных (7,5%), неврастенический – у 3,7%, в то время как у больных СД2 без нейропатии – не наблюдались. При бескаменном холецистите частота выявления заболевания в атипичной форме на фоне нейропатии оказалась еще выше. В данной группе вегетативная дистония в качестве ведущего синдрома заболевания наблюдалась у 21,7% обследованных, кардиалгический синдром – в 8,6% случаев, неврастенический – у 4,6% больных СД2 и диспептический – у 15,1% больных.

Суммируя полученные данные, можно констатировать, что атипичные клинические проявления хронического холецистита как калькулезного, так и некалькулезного, характерны для больных СД2 с наличием автономной диабетической нейропатии, что связано с поражением периферических нервов, в том числе отвечающих за болевые ощущения. Следствием этих нарушений является снижение болевых ощущений, и на первый план в клинике хронического холецистита выступают синдромы второго порядка.

В ходе дальнейшего исследования нами была предпринята попытка установить, какие изменения со стороны вегетативной нервной системы способствуют развитию конкретного атипичного синдрома у больных хроническим холециститом в сочетании с СД2. Для решения поставленной задачи в ходе ортоклиностатической пробы оценивались показатели лабильности, реактивности, вегетативного обеспечения деятельности и тонуса ВНС с помощью индекса Кердо (табл. 3).

При анализе полученных данных в качестве контрольной группы выступали пациенты с ведущим болевым синдромом в клинике хронического холецистита. Как следует из табл. 3, атипичное клиническое течение хронического холецистита в большинстве случаев наблюдалось на фоне преобладания парасимпатической активности, на что указывают отрицательные значения индекса Кердо. Повышение реактивности ВНС оказалось характерным для больных хроническим холециститом при наличии в качестве ведущих кардиалгического и неврастенического синдромов. У данной категории больных глазосердечный рефлекс составил 6,6±0,8 ед и 5,1±0,4 ед, соответственно. Синокардиальный рефлекс при кардиалгической форме холецистита был равен 7,1±0,8 ед, неврастенический – 6,1±0,4 ед.

Повышенная лабильность ВНС в значительной мере была связана с ведущими синдромами в виде диспептического и вегетативной дистонии. При преобладании диспептического синдрома ортостатиче-

ский индекс лабильности составил 6,4±0,2 ед, клиностатический – 7,1±0,8 ед ($p < 0,05$). При вегетативной дистонии в качестве ведущего синдрома холецистита ортостатический индекс был равен 6,7±0,8 ед, клиностатический – 7,1±0,4 ед ($p < 0,05$).

Выводы

1. При осложненном течении СД2 в виде автономной диабетической нейропатии частота встречаемости хронического холецистита в два раза выше, чем при неосложненном.
2. Атипичное течение хронического холецистита с преобладанием в клинической картине заболевания диспептического, кардиалгического, неврастенического и вегетативного синдромов характерно для больных СД2 с наличием автономной диабетической нейропатии.
3. Наличие диспептического и вегетативного синдромов в качестве ведущего признака заболевания у больных хроническим холециститом в значительной мере ассоциировано с ваготонией и повышенной лабильностью ВНС, в то время как при кардиалгическом и неврастеническом синдроме на фоне ваготонии на первый план выступает повышение реактивности ВНС.

Литература

1. Данилова М. Л., Трусов В.В. Билиарная патология у больных сахарным диабетом 2-го типа и пути ее коррекции с применением курортных факторов. Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. 2011; 3: 15–18. / Danilova M. L., Trusov V.V. Biliarnaya patologiya u bol'nykh sakharnym diabetom 2-go tipa i puti ee korrektsii s primeneniem kurortnykh faktorov. Voprosy kurortologii, fizioterapii i lechebnoj fizicheskoy kul'tury. 2011; 3: 15–18. [in Russian]
2. Liu C.M., Li C.Y., Chen C.C. et al. A population-based cohort study of symptomatic gallstone disease in diabetic patients. World J. Gastroenterol. 2012; 18: 1652–1659.
3. Ткачева О.Н., Верткин А.Л. Диабетическая автономная нейропатия. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009; 176. / Tkacheva O.N., Vertkin A.L. Diabeticheskaya avtonomnaya nejropatiya. M.: GEHOTAR-Media, 2009; 176. [in Russian]
4. Chhabra A., Grover S., Vij A. et al. Gallbladder disease in type-2 Diabetes mellitus patients. IJMDS. 2013; 2 (1): 7–15. www.ijmids.org
5. Wen Wang M.M., Nianfeng Li M.D. The association of gallstone disease and diabetes mellitus. A meta-analysis. Saudi Med. J. 2014; 35 (9): 1005–1012.
6. Ивашкин В.Т. (ред) Гастроэнтерология. Клинические рекомендации. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008; 208 / Ivashkin V.T. (red) Gastroenterologiya. Klinicheskie rekomendatsii. M.: GEHOTAR-Media, 2008; 208. [in Russian]

7. Ивашкин В.Т. (ред) Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению жёлчнокаменной болезни. М.: 2016; 17 / Ivashkin V.T. (red) Rekomendatsii Rossijskoj gastroehnterologicheskoy assotsiatsii po diagnostike i lecheniyu zhyolchnokamennoj bolezni. M.: 2016; 17. [in Russian]
8. Вейн А.М., Вознесенская Т.Г., Воробьева О.В. Вегетативные расстройства: Клиника, диагностика, лечение. М.: Медицинское информационное агенство, 2003; 749. / Vejn A.M., Voznesenskaya T.G., Vorob'eva O.V. Vegetativnye rasstrojstva: Klinika, diagnostika, lechenie. M.: Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo, 2003; 749. [in Russian]

Сведения об авторах:

Жукова Елена Викторовна – соискатель кафедры госпитальной терапии лечебного факультета ФГБОУ ВО «Саратовский Государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского Минздрав России», Саратов

Куницына Марина Алексеевна – д.м.н., доцент; профессор кафедры госпитальной терапии лечебного факультета ФГБОУ ВО «Саратовский Государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского Минздрав России», Саратов

Кашкина Елена Игоревна – д.м.н., профессор; профессор кафедры госпитальной терапии лечебного факультета ФГБОУ ВО «Саратовский Государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского Минздрав России», Саратов

Семикина Татьяна Михайловна – соискатель кафедры госпитальной терапии лечебного факультета ФГБОУ ВО «Саратовский Государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского Минздрав России», Саратов