

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЕЙ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ) В 2021 И 2004 ГГ.

Бессонов П.П.¹, Бессонова Н.Г.¹, Саввина И.Д.¹, Софронова А.А.¹

¹ФГАОУ ВО «Северо-Восточный федеральный университет им М.К. Аммосова», Якутск, e-mail: bessonovproc@mail.ru

С целью изучения распространенности желчнокаменной болезни (ЖКБ) проведен анализ результатов углубленных комплексных обследований сельских жителей Республики Саха (Якутия) за 2021 и 2004 гг. В 2021 г. обследованы жители двух поселков южной Якутии, в 2004 г. – трех поселков центральной Якутии. Всего обследованы 288 человек, 85 мужчин и 203 женщины, средний возраст 50,5 года. Проводилось анкетирование взрослого населения, анкета включала вопросы питания, наличие или отсутствие жалоб на органы пищеварения и факторы риска, а также ультразвуковое исследование органов брюшной полости. Установлена высокая распространенность ЖКБ у жителей южной Якутии – 28,3% в 2021 г. и у жителей центральной Якутии – 23,4% в 2004 г. Хронический калькулезный холецистит независимо от места проживания составляет 17%, чаще отмечается у женщин, его распространенность увеличивается с возрастом. ЖКБ клинически проявляется симптомами боли в области правого подреберья и подложечной области, тяжестью после еды, вздутием живота, нарушением стула. Высокая распространенность ЖКБ сохраняется в течение 17 лет и не имеет тенденции к снижению, в 2 раза увеличилось число холецистэктомий. Необходимо проведение дальнейших научных исследований, профилактических и лечебных мероприятий.

Ключевые слова: распространенность, желчнокаменная болезнь, хронический калькулезный холецистит, диспепсия, Якутия.

PREVALENCE OF GALLSTONE DISEASE IN RURAL RESIDENTS OF THE REPUBLIC OF SAKHA (YAKUTIA) IN 2021 AND 2004

Bessonov P.P.¹, Bessonova N.G.¹, Savvina I.D., Sofronova A.A.¹

¹North-Eastern Federal University named after M.K. Ammosov, Yakutsk, e-mail: bessonovproc@mail.ru

In order to study the prevalence of cholelithiasis (GSD), an analysis was made of the results of in-depth comprehensive surveys of rural residents of the Republic of Sakha (Yakutia) for 2021 and 2004. In 2021, residents of two villages in southern Yakutia were surveyed, in 2004 three villages in central Yakutia. A total of 288 people were examined, 85 men and 203 women, average age 50.5 years. A survey of the adult population was conducted, the questionnaire included nutrition, the presence or absence of complaints about the digestive organs and risk factors, as well as ultrasound examination of the abdominal organs. A high prevalence of cholelithiasis was established among residents of southern Yakutia – 28.3% in 2021 and 23.4% in 2004 among residents of central Yakutia. Chronic calculous cholecystitis, regardless of place of residence, is 17%, is more common in women and increases with age. GSD is clinically manifested by symptoms of pain in the right hypochondrium and epigastric region, heaviness after eating, bloating, and stool disorders. The high prevalence of cholelithiasis persists for seventeen years and does not tend to decrease; the number of cholecystectomy has doubled. Further scientific research, preventive and therapeutic measures are needed.

Keywords: prevalence, cholelithiasis, chronic calculous cholecystitis, dyspepsia, Yakutia.

Патология гепатобилиарного тракта остается значимой проблемой современной медицины. Несмотря на определенные успехи в терапии, устойчивая тенденция к росту заболеваемости желчевыводящей системы отмечается во всех странах мира.

Согласно данным научного прогнозирования, в структуре патологии пищеварительной системы это происходит за счет болезней, в основе которых лежат стрессорные, дискинетические и метаболические процессы. Это относится в первую очередь к заболеваниям гепатобилиарного тракта [1].

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) – распространенное заболевание гепатобилиарной системы с нарушением обмена холестерина и (или) билирубина, характеризующееся образованием камней в желчном пузыре и в желчном протоке. Серьезное эпидемиологическое изучение ЖКБ в мире началось в конце 1980-х гг. с внедрением в широкую практику ультразвукового исследования. С тех пор в мире проведено несколько десятков исследований, позволяющих установить закономерности в распространенности ЖКБ и его факторов риска [2, 3, 4].

Высокая распространенность ЖКБ (10–20%) отмечается в странах с западным стилем жизни (европейских странах, странах Северной Америки, в России), тогда как в Африке, странах Азии и Японии частота ЖКБ ниже и составляет от 3,5 до 5%. Высокую распространенность ЖКБ объясняют генетическими факторами, а также особенностями питания с употреблением большого количества высококалорийной пищи и простых углеводов, гиподинамией и абдоминальным ожирением. Соотношение заболеваемости среди мужчин и женщин составляет 1:3. В последние десятилетия отмечается рост частоты выявления ЖКБ у детей и подростков, что связано с доступностью ультразвукового исследования [5].

До настоящего времени не до конца выяснены механизмы образования стабильных ядер кристаллизации холестерина камней. В патогенезе ЖКБ имеют значение бактерии (*Helicobacter* spp. и др.) и воспаление, так называемый эффект Галкина–Чечулина [6]. Также важную роль в образовании камней играет нарушение моторики желчного пузыря, приводящее к неполному опорожнению желчного пузыря и застою желчи [7]. Различают холестериновые, кальциевые, коричневые и черные пигментные, а также смешанные камни. Часто при абдоминальном ожирении, высококалорийном рационе, приеме некоторых лекарственных препаратов выявляют холестериновые камни, связанные с пресыщением желчи холестерином. Литогенность желчи повышается вследствие снижения секреции желчных кислот и фосфолипидов, нарушения обмена веществ, в том числе и липидного обмена [8].

Выделяют нерегулируемые и регулируемые факторы риска ЖКБ. К нерегулируемым факторам относятся возраст, наследственность, женский пол, беременность. К модифицируемым, по отношению к которым возможно проведение профилактических мероприятий, относятся абдоминальное ожирение, гиподинамия, быстрое похудание, прием высококалорийной пищи и простых углеводов, прием эстрогенов, заместительная гормональная терапия, применение лекарственных средств, влияющих на концентрацию холестерина, поражение терминальных отделов толстой кишки, заболевания печени, сахарный диабет и др. [9]. Заболеваемость ЖКБ достоверно коррелирует с возрастом.

Высокую частоту клинических проявлений ЖКБ регистрируют в возрасте 40–69 лет, в пожилом возрасте выявляют до 30%. У 60–80% больных ЖКБ нет никаких клинических проявлений. Типичными симптомами ЖКБ считаются желчная колика, сильные боли в правом подреберье или эпигастральной области различной интенсивности и длительности (от 15 минут до 5 часов). Обычно боли появляются вечером или ночью после обильной еды, жирной пищи, физической нагрузки, тряской езды. Боли могут иррадиировать под правую лопатку, в правое плечо, реже – в область сердца и часто сопровождаются тошнотой, рвотой с примесью желчи, не приносящей облегчения [7]. Такие симптомы, как метеоризм, тошнота, непереносимость жирной пищи, неспецифичны и встречаются также у здоровых людей [10, 11].

Во всем мире ЖКБ относится к одному из самых распространенных заболеваний, по поводу которых проводится плановое или экстренное хирургическое лечение. Только в России ежегодно выполняется более 200 тыс. холецистэктомий, в основном лапароскопическим методом. Проблема хронического холецистита и ЖКБ определена длительным бессимптомным течением заболевания, что создает трудности в ранней диагностике и лечении заболевания [1, 12].

Цель исследования: изучить распространенность желчнокаменной болезни у сельских жителей Якутии за 2021 и 2004 гг.

Задачи исследования:

1. Изучить распространенность ЖКБ среди сельских жителей южной и центральной Якутии по данным опроса и ультразвукового обследования органов брюшной полости.
2. Оценить симптомы диспепсии у лиц с ЖКБ.
3. Оценить вклад некоторых факторов риска в распространенность ЖКБ.

Материалы и методы исследования

В 2021 г. проведены углубленные обследования и консультации населения 2 поселков южной Якутии – с. Сюльдюкан Мирнинского района и с. Малыкай Нюрбинского района. Всего гастроэнтерологом осмотрены 173 человека, 126 женщин и 47 мужчин, средний возраст мужчин – $55,5 \pm 13,0$ года; женщин – $54,5 \pm 13,9$ года. Для сравнения проведены подобные эпидемиологические исследования за 2004 г. среди взрослого населения трех поселков центральной Якутии: Тит-Ары, Чкалов и Тумул Хангаласского улуса. Всего в исследовании приняли участие 115 взрослых жителей: 77 женщин и 38 мужчин в возрасте от 25 лет до 79 лет, средний возраст мужчин – $46,1 \pm 15,5$ года; женщин – $46,7 \pm 13,4$ года. Из них ЖКБ выявлено: хроническим калькулезным холециститом (ХКХ), холецистэктомией по поводу ЖКБ в анамнезе (ПХЭ), подтвержденным ультразвуковым исследованием (УЗИ ОБП). Для лиц с жалобами проведены консультации врача-гастроэнтеролога со сбором жалоб, анамнеза,

с осмотром и пальпацией живота, с изучением амбулаторной карты, анализов, инструментальные методы исследования. Проведены эндоскопическое исследование (ФГДС) (47 человек), УЗИ ОБП (69 человек), а также лабораторные исследования. Анкетирование проводилось в бумажном варианте, анкета включала 56 пунктов по вопросам питания, наличия или отсутствия жалоб на органы пищеварения и по факторам риска. Заполняли анкеты сами обследуемые, после чего они проверялись исследователем с целью выявления пропущенных ответов и ошибок. Все участники анкетирования подписали информированное добровольное согласие на участие в исследовании.

Материалы исследования были подвергнуты статистической обработке с использованием методов параметрического и непараметрического анализа. Статистический анализ проводился с использованием программы IBM SPSS Statistics v.26 (разработчик – IBM Corporation). В случае описания количественных показателей, имеющих нормальное распределение, полученные данные объединялись в вариационные ряды, в которых проводился расчет средних арифметических величин (M) и стандартных отклонений (SD). Номинальные данные описывались с указанием абсолютных значений и процентных долей. Сравнение номинальных данных проводилось при помощи критерия χ^2 Пирсона. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

По нашим данным, среди сельских жителей южных и центральных улусов Якутии выявлена высокая распространенность ЖКБ (табл. 1). Желчнокаменная болезнь выявлена у 28,3% жителей южной и у 23,4% жителей центральной Якутии. У женщин ЖКБ распространена в 2 раза чаще, чем у мужчин, что отмечают многие исследователи [3, 4].

Таблица 1

Сравнение распространенности ЖКБ у жителей южной и центральной Якутии

№	Заболевание	Количество обследованных n	Женщины n /(%)	Мужчины n /(%)	Всего n /(%)	χ^2	p
	ЖКБ у жителей южной Якутии	173	43/34,1	6/12,7	49/28,3	7,78	0,006
	ЖКБ у жителей центральной Якутии	115	18/23,3	9/23,6	27/23,4	0,16	0,69
	ХКХ в южной Якутии	173	24/19,0	7/18,4	31/17,9	0,17*	0,68
	ХКХ в центральной Якутии	115	13/16,8	7/18,4	20/17,3	0,03	0,87
	ЖКБ. После холецистэктомии	173	18/14,2	2/5,2	20/11,5	2,46*	0,12

	(ПХЭ) в южной Якутии						
	ЖКБ. После холецистэктомии (ПХЭ) в центральной Якутии	115	5/6,4	2/5,2	7/6,0	0,21	0,65

Примечание: * – с поправкой Йетса на непрерывность

По нашим данным, в южной Якутии ЖКБ выявлена у 34,1% женщин и у 12,7% мужчин (табл. 2, 3), в центральной Якутии у женщин выявлена в 23,3% случаев, у мужчин – в 23,6% (табл. 4, 5). Наши данные сопоставимы с данными распространенности ЖКБ в Западной Сибири, где ЖКБ по данным аутопсии оказалась у 14,5% мужчин и у 19,6% женщин [4]. По нашим данным, ЖКБ независимо от пола выявляется с молодого возраста, в 25 лет, а в возрасте 45–54 лет достигает наиболее высокой распространенности, пациенты часто подвергаются холецистэктомии. Отмечается рост распространенности ЖКБ с возрастом.

Таблица 2

Распространенность ЖКБ у женщин (n=126) в южной Якутии

Возраст	Обнаружены конкременты		После ХЭ		Всего ЖКБ	
	n	%	n	%	n	%
18–44 (n=23)	1	4,3	1	4,3	2	1,5
45–59 (n=52)	15	28,8	2	3,8	17	13,4
60–74 (n=44)	9	20,4	13	29,5	22	17,4
75–89 (n=8)	0	0	2	25	2	1,5
$\chi^2 = 11,84; p = 0,008$						
Всего	25	19,8	18	14,2	43	34,1

Таблица 3

Распространенность ЖКБ у мужчин (n=47) в южной Якутии

Возраст	Обнаружены конкременты		После ХЭ		Всего ЖКБ	
	n	%	n	%	n	%
18–44 (n=9)	0	0	0	0	0	0
45–59 (n=20)	3	15	0	0	3	6,8
60–74 (n=17)	1	5,8	2	11,7	3	6,3
75–89 (n=1)	0	0	0	0	0	0
$\chi^2 = 0; p = 1,0$						

Всего (n=38)	4	8,5	2	5,2	6	12,7
-----------------	---	-----	---	-----	---	------

Таблица 4

Распространенность ЖКБ у женщин (n=78) в центральной Якутии

Возраст	Обнаружены конкременты		После ХЭ		Всего	
	n	%	n	%	n	%
25–34 (n=10)	3	30	0	0	3	30
35–44 (n=17)	2	11,7	0	0	2	11,7
45–54 (n=26)	3	11,5	5	19,2	8	30,7
55–64 (n=14)	3	21,4	0	0	3	21,4
65–74 (n=5)	0	0	0	0	0	0
>75 (n=5)	2	40	0	0	2	40
$\chi^2=11,1; p>0,05$						
Всего	13	16,8	5	6,4	18	23,3

Примечание. $\chi^2=115,1; p<0,001$

Таблица 5

Распространенность ЖКБ у мужчин (n=45) в центральной Якутии

Возраст	Обнаружены конкременты		После ХЭ		Всего ЖКБ	
	n	%	n	%	n	%
25–34 (n=5)	1	20	0	0	1	20
35–44 (n=5)	0	0	0	0	0	0
45–54 (n=14)	5	35,7	2	14,2	7	50
55–64 (n=6)	1	16,6	0	0	1	16,6
65–74 (n=4)	0	0	0	0	0	0
>75 (n=4)	0	0	0	0	0	0
$\chi^2=11,1; p>0,05$						
Всего (n=38)	7	18,4	2	5,2	9	23,6

Примечание. $\chi^2=101,4; p<0,001$

Известно, что латентное (бессимптомное) течение ЖКБ встречается у 60–80% больных с камнями в желчном пузыре и у 10–20% больных с камнями в желчных протоках. Желчные камни являются случайной находкой при обследовании по поводу других заболеваний.

Период латентного камненосительства в среднем продолжается 10–15 лет [13]. Ведущим симптомом ЖКБ, по мнению многих авторов, служит желчная колика, то есть болевой синдром [3, 4, 5]. По нашим данным, основным симптомом у лиц с заболеваниями ЖКБ являются боли в животе и симптомы диспепсии. По характеру преобладают боли в эпигастральной области и в правом подреберье, в 75% случаев боли в области живота являются непродолжительными и в 19% случаев продолжаются от одних до нескольких суток. Преобладание симптома боли в эпигастрии можно связать с развитием рефлюкс-гастрита или гастропатией в результате повышения внутрибрюшного давления и застоя желчи при формировании конкрементов в желчном пузыре.

Периодические боли беспокоят 94% человек, постоянный характер болей отметили 6% жителей. По характеру боли часто тупые, ноющие (у 69% человек), реже – острые боли (у 31% человек), часто боли появляются после употребления жирной, жареной, острой пищи либо натощак (рис. 1).

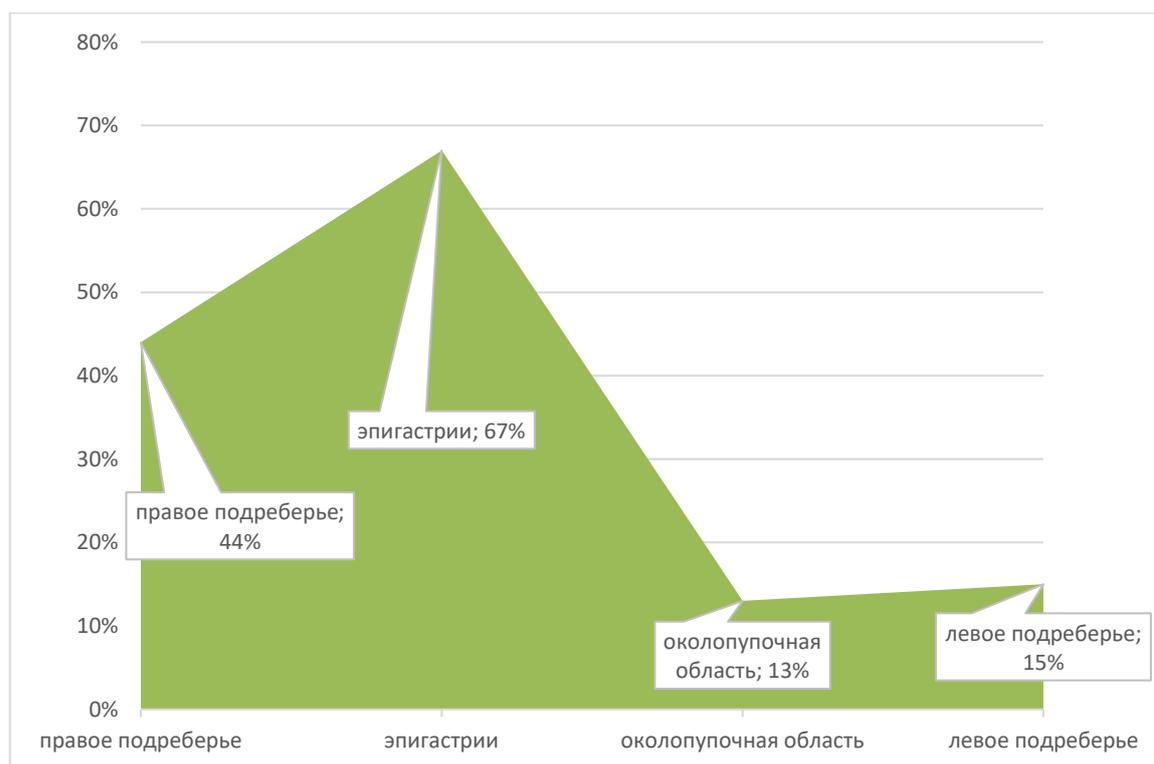


Рис. 1. Локализация боли у лиц с ЖКБ ($\chi^2=101,4$; $p<0,001$)

Болевая форма с типичными желчными коликами в общей популяции больных ЖКБ встречается в 7–10% случаев. Проявляется внезапно возникающими и обычно периодически повторяющимися болевыми приступами желчной колики. Приступ обычно провоцируется погрешностью в диете или физической нагрузкой, иногда развивается без видимых причин [8, 10, 13].

По нашим данным, сильный приступ болей в правом подреберье однократно отмечали 46% человек, многократные приступы случались у 13%, у 28% человек приступ сопровождался рвотой, у 13% – ознобом, у 10% обследованных – лихорадкой. Связь между появлением болей и нарушением привычной диеты отмечают 64% человек, с перееданием – 15% человек, появление болей после употребления жирной, жареной, острой пищи отмечают 41%, после употребления алкоголя – 5% обследованных.

Диспепсические симптомы при ЖКБ колеблются в широких пределах (30–80%) и зависят от тщательности собранного анамнеза. Для этой формы характерен так называемый синдром правого подреберья в виде чувства тяжести, дискомфорта в правом подреберье, связанного или не связанного с приемами пищи. Треть больных жалуются на ощущение горечи во рту [1, 13]. По нашим данным, на долю синдрома диспепсии у опрошенных лиц больше всего жалоб связано с органами желудочно-кишечного тракта. Таковыми являются периодическая изжога, тяжесть после еды, отрыгивание пищей, тошнота и рвота. Большинство (82% человек) жалуются на метеоризм и нерегулярный стул, у 72% исследуемых отмечены как обстипация, так и диарея, у 39% лиц болезнь проявляется их чередованием (рис. 2).

Все описанные жалобы беспокоят опрошенных длительно – от 1 года до 10 лет и более, что, возможно, связано с образованием в желчном пузыре конкрементов. 51% опрошенных отмечают сезонный характер, боли усиливаются в весенне-осенний период.

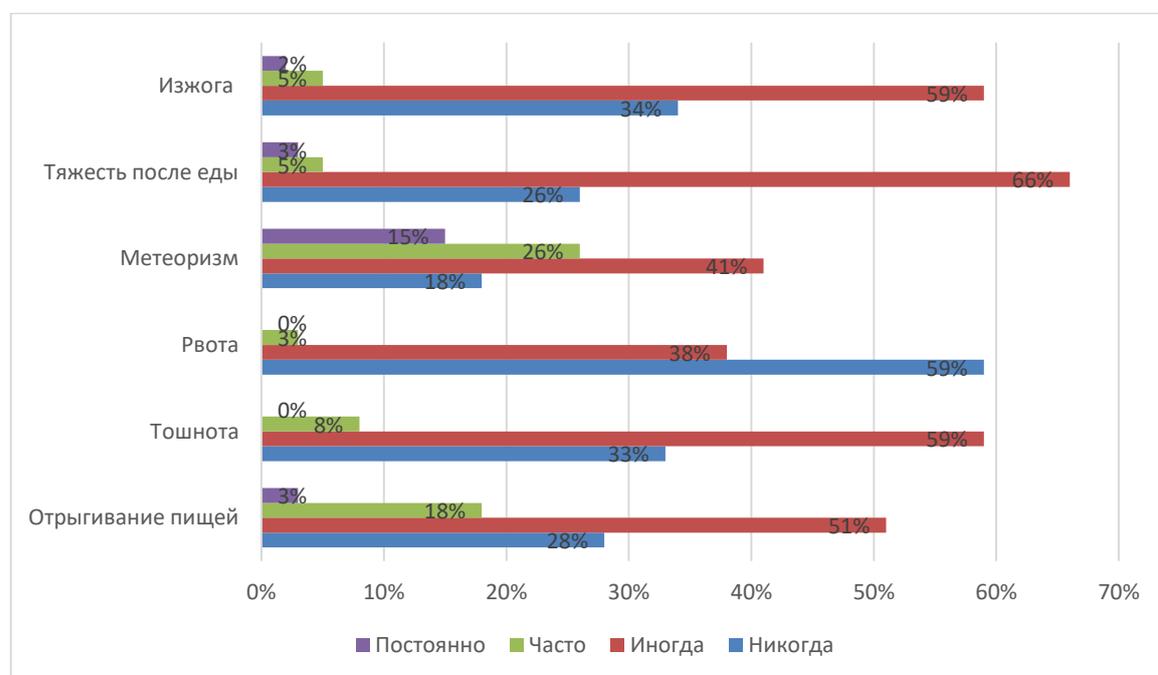


Рис. 2. Симптомы диспепсии у лиц с ЖКБ ($\chi^2=115,1$; $p<0,001$)

По нашим данным, около половины исследованных в 44% случаев отметили наличие сопутствующих заболеваний сердечно-сосудистой системы, наличие в анамнезе ревматизма – 31%, 26% страдают хроническими заболеваниями верхних дыхательных путей, такими как хронический тонзиллит, гайморит, фарингит; заболевания легких отметили в 13% случаев, что, возможно, связано с суровыми климатическими условиями и другими факторами.

Большинство опрошенных не нарушают режима питания. По нашим данным, в 64% случаев обследуемые употребляют жирную, жареную, острую пищу чаще 3 раз в неделю или ежедневно и в последнее время стали хуже ее переносить. Среди опрошенных 67% лиц с ЖКБ употребляют данные продукты чаще 3 раз в неделю или каждый день. В 44% случаев – принимают пищу за 1 час и менее до сна. Плохое состояние зубов отметили 36% опрошенных.

Вышеперечисленные данные являются известными факторами риска, провоцирующими обострение хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта [4].

Из анамнестических данных известно, что у 33% жителей обследованных поселков хотя бы один раз в жизни был синдром желтухи, что свидетельствует о перенесенном заболевании печени и/или желчного пузыря. К генетическим факторам в нашем исследовании можно отнести тяжелые заболевания печени у кровных родственников: у 31% опрошенных – заболевания печени, у 26% – заболевания желчных путей.

Заключение

1. Впервые с соблюдением критериев эпидемиологического исследования изучена распространенность желчнокаменной болезни среди сельских жителей Якутии. Выявлена высокая частота ЖКБ, у жителей южной Якутии она составляет 26,5%: хронический калькулезный холецистит – у 17,9%, после холецистэктомии – у 11,5%. У жителей центральной Якутии в 2004 г. ЖКБ составляет 23,4%: хронический калькулезный холецистит обнаружен у 17,3% населения, после холецистэктомии по поводу ЖКБ – у 6%. Высокая распространенность ЖКБ отмечается в возрасте 45–54 лет и увеличивается с возрастом.

2. Ведущими симптомами ЖКБ являются боли в области эпигастрия и правом подреберье, чаще тупого, ноющего характера, возникающие после еды либо натощак, а также вздутие живота или метеоризм, диспепсические симптомы, такие как отрыжка, изжога и нарушение стула.

3. Факторами риска возникновения ЖКБ у сельских жителей являются ежедневное или чаще 3 раз в неделю потребление жирной, жареной, острой пищи, обильный прием пищи перед сном, плохое состояние зубов, наследственность, женский пол, а также сопутствующие сердечно-сосудистые заболевания.

Полученные данные о широкой распространенности, клинических проявлениях и факторах риска ЖКБ должны учитываться в терапевтической практике для своевременного

выявления и лечения лиц с ЖКБ и проведения санитарно-просветительной работы среди населения с целью профилактики ЖКБ.

Список литературы

1. Грищенко Е.Б. Терапия желчнокаменной болезни: трудности и перспективы. *Consilium Medicum*. 2018. Т. 20. № 8. С. 42-52.
2. Гастроэнтерология. Национальное руководство [Электронный ресурс] / под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2018. 464 с.
3. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Баранская Е.К., Охлобыстин А.В., Шульпекова Ю.О., Трухманов А.С., Шептулин А.А., Лапина Т.Л. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению желчнокаменной болезни // *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. 2016. № 26 (3). С. 64-80.
4. Курилович С.А., Решетников О.В. Эпидемиология заболеваний органов пищеварения в Западной Сибири / под ред. академика РАМН Ю.П. Никитина. Новосибирск, 2000. 165 с.
5. Никитин И.Г., Волнухин А.В. Желчнокаменная болезнь: эпидемиологические данные, ключевые аспекты патогенеза и коморбидности, актуальные терапевтические мишени // *Русский медицинский журнал. Медицинское обозрение*. 2020. № 4 (5). С. 290-296. DOI: 10.32364/2587-6821-2020-4-5-290-296.
6. Тихонов Д.Г. Патогенез желчнокаменной болезни//*Якутский медицинский журнал*. 2015. № 4 (52). С. 91-96.
7. Сторожаков Г.И., Чукаева И.И., Александров А.А. Поликлиническая терапия: учебник. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. 640 с.
8. Общая врачебная практика: национальное руководство: в 2 т. Т. 1 / под ред. О.Ю. Кузнецовой, О.М. Лесняк, Е.В. Фроловой. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. (Серия "Национальные руководства"). 1024 с. DOI: 10.33029/9704-5520-3-1VP-2020-1-1024.
9. Бурдюков М.С., Нечипай А.М. Холедохолитиаз: обзор литературы // *Доказательная гастроэнтерология*. 2020. № 9 (4). С. 55-66.
10. Пахомова И.Г., Варламова Н.Н. Особенности ведения пациентов с желчнокаменной болезнью: клинический пример // *Медицинский совет*. 2022. № 16 (7). С. 84-91. DOI: 10.21518/2079-701X-2022-16-7-84-91.
11. Скворцов В.В., Халилова У.А. Диагностика и лечение желчнокаменной болезни // *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. 2018. № 157 (9). С. 142-150.

12. Циммерман Я.С. Постхолецистэктомический синдром, его сущность, клинические проявления, диагностика и лечение // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2017. № 8 (144). С. 4-11.
13. Бордин Д.С. Рекомендации научного общества гастроэнтерологов России по диагностике и лечению желчнокаменной болезни // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2012. № 4. С. 114-123.