

М.Б. Щербиніна, д.м.н., професор, І.Ю. Скирда, А.М. Буренко, ДУ «Інститут гастроентерології АМН України», м. Дніпропетровськ

Біліарна патологія: камінь спотикання на рівній дорозі сучасної гастроентерології?

Під біліарною патологією розуміють низку захворювань жовчного міхура та жовчовивідних шляхів. До найбільш поширених уражень цієї групи відносять функціональні розлади жовчного міхура та сфінктера Одді, хронічний некалькульозний (безкам'яний) холецистит та холангіти, холестероз жовчного міхура, жовчнокам'яну хворобу, постхолецистектомічний синдром. Значно рідше зустрічаються ксантогранульоматозний холецистит, первинний склерозуючий холангіт та онкологічні ураження біліарного тракту (поліпи, рак, тощо).

У розвинутих країнах відмічають потужне зростання кількості пацієнтів з указаною патологією, яке останнім часом набуває значення соціальної проблеми. Науковці досить часто обговорюють різноманітні аспекти цих недуг. Є певні успіхи, досягнуті у вивченні процесів жовчоутворення та жовчовиділення як у нормі, так і патології. Нові методи діагностики, що активно розробляються та впроваджуються у широку практику, дозволяють виявляти функціональні та органічні захворювання біліарного тракту, які раніше вважалися рідкісними патологією або складно діагностувалися. Більш досконалими стали оперативні втручання на жовчному міхурі та жовчних протоках, у тому числі із застосуванням робототехніки. Проте багато питань стосовно етіології, патогенезу, вибору адекватних методів

діагностики, лікування та профілактики захворювань біліарного тракту ще далекі від свого визначення. Однією з причин, яка стримує їх вирішення, є відсутність сучасної класифікації захворювань жовчного міхура та жовчовивідних шляхів.

Біліарні захворювання відносяться до хронічної неінфекційної патології, значущість якої, за прогнозом Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), у найближчі 20 років буде посилюватись. Саме хронічну неінфекційну патологію (77%) розглядають як важливу причину тягаря хвороб у країнах Європейського регіону ВООЗ, що зумовлює зростання економічних витрат для всього суспільства. Перш за все це пов'язано із зростанням рівня смертності від неінфекційних захворювань. Так, у цілому неінфекційні захворювання

стали причиною 86% з 9,6 млн смертей і 77% зі 150,3 млн потенційно втрачених років життя. Проте не тільки високою смертністю визначається вплив неінфекційних хвороб. Ці хвороби характеризуються тривалим перебігом, частими рецидивами й супроводжуються різноманітними ускладненнями. Вони стають причиною тривалих страждань великої кількості людей, щоденно значно погіршуючи якість їх життя. Саме до такого впливу на стан здоров'я призводять біліарні захворювання, які входять до класу хронічних захворювань органів травлення (ХЗОТ).

Загалом ХЗОТ виявляють у 40,6% населення земної кулі з тенденцією до неухильного зростання їх розповсюдженості. За даними Центра медичної статистики МОЗ України у нашій державі з 2006 по 2008 рік ХЗОТ посідають третє місце в загальній структурі хронічної захворюваності населення та друге – у структурі первинної хронічної захворюваності. У 2008 р. в Україні зареєстровано близько 7 млн осіб з ХЗОТ. Ситуація свідчить про те, що темп зростання загальної поширеності хвороб (усі зареєстровані класи) істотно поступається темпу зростання поширеності ХЗОТ. Так, якщо загальна поширеність хвороб за 2006–2008 рр. серед дорослих 18 років і старше збільшилася на 2,1%, то поширеність ХЗОТ за цей період зросла на 4,4% та становила у 2008 р. відповідно 179711,8 проти 18239,0 на 100 тис. дорослого населення. Показники поширеності ХЗОТ по областях і адміністративних територіях України у 2008 р. наведено на рисунку 1. До 2008 р. показник поширеності ХЗОТ зріс у переважній більшості областей України з коливанням від 0,2% у Тернопільській до 11,3% у Львівській областях. Найбільш виражені негативні зміни відбулися серед дорослого населення Львівської та Миколаївської областей (відповідно 15 082,7 та 14 635,1 на 100 тис. дорослого населення). Поширеність ХЗОТ у цих областях вища за середню по країні в 2,6 та 2,5 раза відповідно. У Києві поширеність ХЗОТ досягла 28 327,5 на 100 тис. дорослого населення, перевищивши загальноукраїнський показник у 1,6 раза. Серед інших виділяються також ще три області з високими показниками поширеності гастроентерологічної патології (на 100 тис. дорослого населення): Вінницька (24 572,3), Закарпатська (23 684,6), Одеська (23 365,5) з приростом у 3,6; 1,4 та 4,4 відсотки відповідно. Разом з цим у двох регіонах (Західному та Південному) відбулося деяке зниження поширеності ХЗОТ (у Закарпатській області – на 1,4%, Волинській та Автономній республіці Крим – на 1,8%, м. Севастополі – на 2,2% та Запорізькій області – на 4,0%). Така різноспрямована



М.Б. Щербиніна

динаміка потребує окремого аналізу причин, що її зумовлюють, з урахуванням екологічних, кліматичних та інших особливостей регіонів, а також медико-соціальних чинників.

Показник захворюваності ХЗОТ у цілому в Україні за 2006–2008 рр. знизився на 0,5%, а у 2008 р. становив 2446,4 на 100 тис. дорослого населення. За аналізом первинної захворюваності у розрізі регіонів також виявлено певну різноспрямованість (рис. 2). У багатьох областях спостерігалось зростання показника захворюваності. За найвищим його рівнем у 2008 р. виділяються області Західного регіону (на 100 тис. дорослого населення): Закарпатська (5373,1), Івано-Франківська (3506,1), Рівненська (3416,9). Проте за 3 роки захворюваність у цих областях знизилася відповідно на 19,5; 9,8 та 0,2%. Найбільший темп приросту захворюваності за 2006–2008 рр. спостерігався у Полтавській області (16,2%). Чітку тенденцію до зниження захворюваності ХЗОТ зареєстровано у 12 областях (від 0,8% у Черкаській до 16,3% у Закарпатській областях) і містах Києві та Севастополі (на 1,3 та 6,2% відповідно). Як правило, таку ситуацію пояснюють передусім зменшенням з різних причин звернень населення за медичною допомогою. Це може бути зумовлене також погіршенням якості діагностики захворювань органів травлення внаслідок відсутності сучасного діагностичного обладнання або спеціалістів достатньої кваліфікації.

За аналізом показників ХЗОТ приріст їх поширеності за 2008 р. випередив приріст захворюваності у 4 рази. Важливість проблеми, що розглядається, визначається також питомою вагою ХЗОТ у структурі всіх зареєстрованих хвороб серед населення працездатного віку, яка у 2008 р. становила 10,8% (рис. 3). За 2006–2008 рр. темп приросту поширеності ХЗОТ серед цього контингенту виявився високим – 2,8%. Проте кількість таких хворих з уперше встановленим діагнозом знизилася за цей період на 0,8%. Певною мірою така ситуація є наслідком змін, що відбуваються в суспільстві. Характерним є зменшення звернень за медичною допомогою саме працездатного населення. Оскільки в сучасних соціально-економічних умовах стан здоров'я стає фактором професійної придатності, для забезпечення свого іміджу перед роботодавцем людина не звертається за медичною допомогою. Крім того, чинниками виступають неякісне харчування та порушення його режиму, низка психологічних факторів (стреси, проблеми на роботі, зниження життєвого рівня сім'ї тощо), хронічні захворювання та їх неповноцінне лікування та інші.

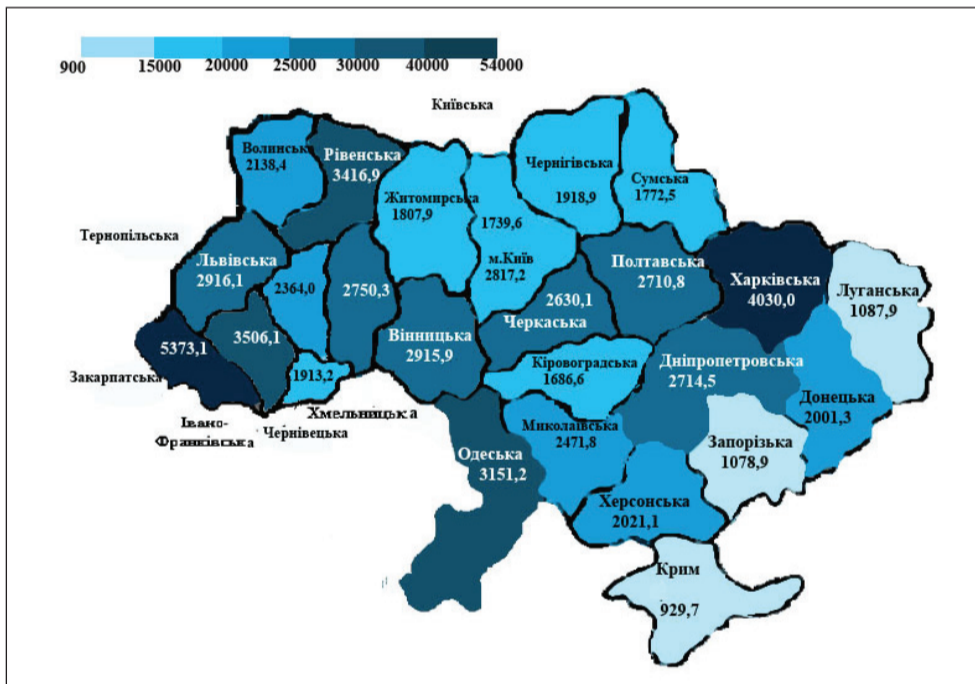


Рис. 1. Показники поширеності хвороб органів травлення по адміністративних територіях України у 2008 р. на 100 тис. дорослого населення

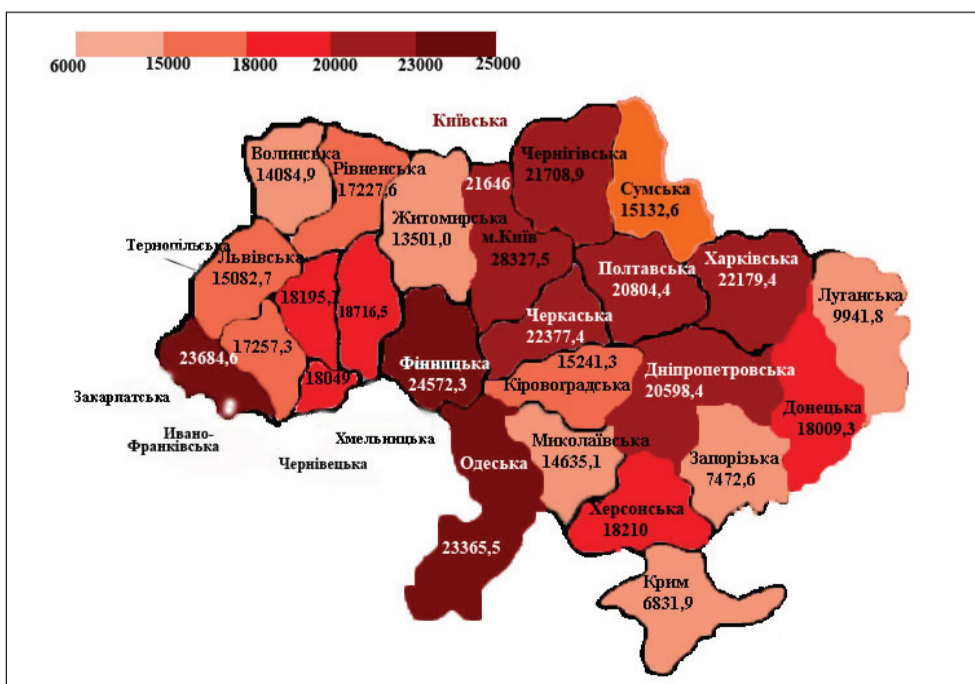


Рис. 2. Показники захворюваності на хвороби органів травлення по адміністративних територіях України у 2008 р. на 100 тис. дорослого населення

Упродовж 2006-2008 рр. показник смертності населення від ХЗОТ стабілізувався на рівні 110-111 випадків на 100 тис. населення і посідає п'яте місце в загальній структурі причин смерті. Смертність міського населення, спричинена ХЗОТ, у 2008 р. становила 62,5 випадку на 100 тис. населення. Аналіз залежності смертності від структури зайнятості підтвердив підвищену смертність осіб, професійна діяльність яких пов'язана з підвищеним психоемоційним навантаженням. Ці показники помітно вищі, ніж для відповідних груп у сільській субпопуляції, де число померлих на відповідну кількість населення становило 48,2 осіб. Такі цифри підтверджують, що мешканці міста мають підвищений ризик смерті через ХЗОТ, особливо ті, які переїхали з сільської місцевості.

Основними нозологіями, що формують поширеність та захворюваність ХЗОТ в Україні, є ураження верхніх відділів травного каналу (хронічний гастрит і дуоденіт, пептична виразка), хвороби біліарного тракту та підшлункової залози. У цілому на зазначену групу припадає понад 80,0% усіх випадків ХЗОТ. Таке сполучення нозологічних форм є не випадковим. Вважають, що воно зумовлене тісними морфо-функціональними взаємозв'язками та загальною нейрогуморальною регуляцією цих відділів травної системи. Хронічний гастрит або дуоденіт виявляється у 60% пацієнтів з біліарним сладжем. Одним з факторів ризику холелітазу є пептична виразка дванадцятипалої кишки. Так, її частота як при холецистолітазі, так і після вилучення жовчного міхура з приводу жовчнокам'яної хвороби досягає 17-20%. Інтерес до проблеми біліарних дисфункцій дозволив виявити внутрішньопотокові порушення руху жовчі, що пояснило розвиток так званого біліарнозалежного панкреатиту і ферментативного холециститу.

Разом з тим за останні роки спостерігаються певні зміни у структурі захворюваності ХЗОТ. Якщо у 2006-2007 рр. гастрит і дуоденіт у структурі ХЗОТ посідали перше місце (29,1 та 28,6% відповідно), то у 2008 р. їх випередили хвороби біліарного тракту (рис. 4), досягнувши 25,1% від загальної кількості дорослих пацієнтів. З одного боку, це відбулося завдяки впровадженню в клінічну практику визначення статусу пацієнта за *Helicobacter pylori* та проведення антихелікобактерної терапії, що дало позитивну динаміку зниження кількості пацієнтів з виразковою хворобою. З іншого – завдяки поширенню ультразвукового дослідження органів черевної порожнини стали більш доступні до виявлення малосимптомні випадки перебігу жовчнокам'яної хвороби. Загалом за 2006-2008 рр. відбулося зростання поширеності хвороб біліарного

тракту на 10,9% (рис. 5), при цьому показник захворюваності на них збільшився на 0,1%.

При розгляді проблеми ХЗОТ з'ясувалося, що у 2008 р. в Україні операції на органах травлення та черевної порожнини становили 13,4% від загальної кількості операційних втручань (відповідно 72,3 та 539,0 на 10 тис. населення). При цьому в структурі операцій на органах травлення та черевної порожнини перше місце посіли холецистектомії (9,5%), з яких 97,5% були виконані з приводу жовчнокам'яної хвороби. Хоча вдалося добитися очевидних успіхів в ендоскопічному хірургічному лікуванні низки захворювань органів травлення, у тому числі й холецистектомії, у 2008 році кількість померлих від операцій на органах травлення та черевної порожнини та окремо на біліарній системі відповідно становила 6905 та 86 осіб, післяопераційна летальність – 2,07 та 0,27%. Висока післяопераційна летальність зареєстрована при операціях на жовчних протоках (2,1%), яких виконано в Україні 4102 (показник на 10 тис. населення – 0,9). Для пацієнтів після холецистектомії гострою проблемою стають прояви постхолецистектомічного синдрому.

Таким чином, наведені показники ХЗОТ свідчать про значне погіршення за останні роки стану здоров'я населення України у частині гастроентерологічних захворювань, зокрема біліарної системи. Більшість захворювань органів травлення має багаточинну етіологію і виникає внаслідок складної взаємодії людини та середовища її існування. Проведений експертами ВООЗ аналіз з використанням показника DALY (Disability-Adjusted Life Years – число років здорового життя, втрачених внаслідок хвороб, інвалідності та передчасної смерті) свідчить, що майже 60% загального тягаря хвороб у Європі припадає на 7 провідних чинників ризику, а саме: на високий артеріальний тиск (12,8%), тютюнокуріння (12,3%), зловживання алкоголем (10,1%), підвищений рівень холестерину в крові (8,7%), надмірну масу тіла (7,8%), недостатнє споживання фруктів і овочів (4,4%), малорухомий спосіб життя (3,5%). Кожне з провідних захворювань пов'язане принаймні з двома та більше чинниками ризику. За прогнозними розрахунками, якщо не протидіяти багатьом чинникам ризику, то їх негативний вплив на здоров'я ще сильніше проявлятиметься в майбутньому. Тому встановлення ролі певних чинників ризику у формуванні пов'язаної з ними патології є найоптимальнішим методом розкриття причин і сучасних закономірностей епідеміологічних процесів, їх прогнозування тенденцій та обґрунтування напрямів профілактики. У вітчизняній системі охорони здоров'я профілактичний напрям задекларовано в низці

стратегічних документів державного рівня, зокрема в Концепції розвитку охорони здоров'я населення України, Міжгалузевій комплексній програмі «Здоров'я нації» та інших важливих стратегічних і нормативних документах.

Хворобам біліарного тракту притаманний певний природний перебіг. Порушення холецистеміки, які не пов'язані з первинно-органічними змінами біліарного тракту, із самого початку мають функціональний характер. Проте, як правило, вони стають першою ланкою патогенетичного ланцюга та призводять до подальшого прогресування патологічних процесів: обмінно-запальних змін стінки жовчного міхура, появи біліарного сладжу та жовчнокам'яної хвороби. Динамічні спостереження за пацієнтами, у яких виявлено біліарний сладж, свідчать про можливість формування конкрементів у кожного п'ятого хворого.

Чисельні дослідження дозволили визначити щонайменше чотири основні групи факторів, що мають найбільш суттєвий вплив на формування холестеринових камінців:

- фактори, які сприяють перенасиченню жовчі холестерином;
- фактори, які сприяють осаду холестерину і формуванню ядра кристалізації;
- фактори, які призводять до порушення основних функцій жовчного міхура (скорочення, всмоктування, секреція);
- фактори, які призводять до порушення ентерогепатичної циркуляції жовчних кислот.

Встановлено, що провідним фактором у біліарному літогенезі є моторна дисфункція жовчного міхура та сфінктерного апарату жовчних шляхів. Тому усунення на ранніх етапах функціональних порушень має особливу цінність для профілактики формування жовчнокам'яної хвороби. При адекватному консервативному лікуванні пацієнта можливе відновлення функції скорочення жовчного міхура, повна елімінація біліарного сладжу з його порожнини. Це дозволяє запобігти розвитку жовчнокам'яної хвороби та оперативному втручанню.

В останніх зарубіжних дослідженнях показано, що навіть безсимптомний перебіг біліарних захворювань дуже відносний. При ретельному розпитуванні в значній частині пацієнтів вдається виявити різноманітні скарги диспепсичного характеру – буркотіння кишечника, надлишкове газоутворення, проноси, які чергуються із закрепамми, що суттєво знижують якість життя. Однією з причин подібних скарг є біліарна недостатність, тобто зменшення пулу жовчних кислот, що циркулюють в організмі людини. Наслідком біліарної недостатності є й розвиток певної

клінічної симптоматики, яку зазвичай позначають синдромом порушеного травлення.

Відомо, що дефіцит жовчних кислот, який виникає при формуванні жовчнокам'яної хвороби, не усувається після холецистектомії і може тривати роками. Клінічну симптоматику, що має місце, лікарі, як правило, помилково розцінюють як синдром подразненого кишечника, а при наявності дисбіотичних порушень мікрофлори – як дисбіоз кишечника. Вважають, що корекція біліарної недостатності має містити такі основні заходи: відновлення метаболічних функцій гепатоциту (пригнічення синтезу холестерину та стимуляція синтезу жовчних кислот), заміщення дефіциту жовчних кислот та відновлення нормального жовчовідтоку. На жаль, доводиться констатувати, що на практиці діагностика біліарної недостатності та її корекція проводиться далеко не завжди та не в повному обсязі.

Слід зазначити, що постійним супутником жовчнокам'яної хвороби, яка має тривалий перебіг, є хронічний біліарний панкреатит. Його формування відбувається вже на стадії біліарного сладжу. Близько 75% так званих криптогенних панкреатитів зумовлені мікролітазом. Тут необхідно звернути увагу на те, що у структурі загальної захворюваності (вперше виявленої патології) у 2008 р. хронічний холецистит має однаковий відсоток з цукровим діабетом (0,4%), а хвороби підшлункової залози – з інсультами (0,3%). Проте у клінічній практиці біліарному сладжу не приділяється належної уваги.

Таким чином, проведений аналіз засвідчив, що в Україні біліарні захворювання мають значну розповсюдженість та стійку тенденцію до збільшення захворюваності. Це дозволяє віднести їх до розряду медико-соціально значущих. Серед усієї групи біліарної патології центральне місце посідає жовчнокам'яна хвороба. У цьому зв'язку є необхідним розробляти чіткі програми епідеміологічних та лікувально-профілактичних заходів, які будуть спрямовані на зниження захворюваності жовчнокам'яною хворобою. Діагностика на передкам'яній стадії (формування біліарного сладжу) та цілеспрямоване лікування вже сьогодні можуть дати суттєві результати з первинної та вторинної профілактики холелітазу та значно зменшити кількість оперативних втручань. Медико-економічний аналіз підтверджує, що лікування на стадії біліарного сладжу не тільки більш ефективніше, а й економічно обґрунтоване. Вирішення низки питань своєчасної діагностики, адекватного лікування та цілеспрямованої профілактики може значно покращити стан здоров'я населення України.

Список літератури знаходиться в редакції.

37

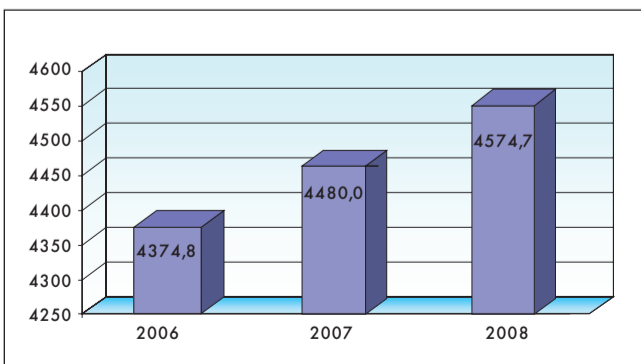


Рис. 3. Динаміка показника поширеності хвороб біліарного тракту у 2006-2008 рр. на 100 тис. дорослого населення

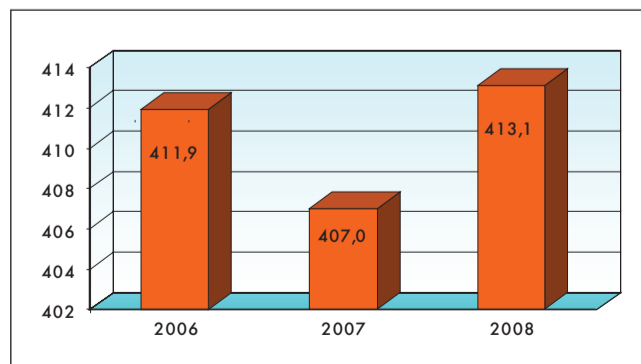


Рис. 4. Динаміка показника захворюваності хвороб біліарного тракту у 2006-2008 рр. на 100 тис. дорослого населення

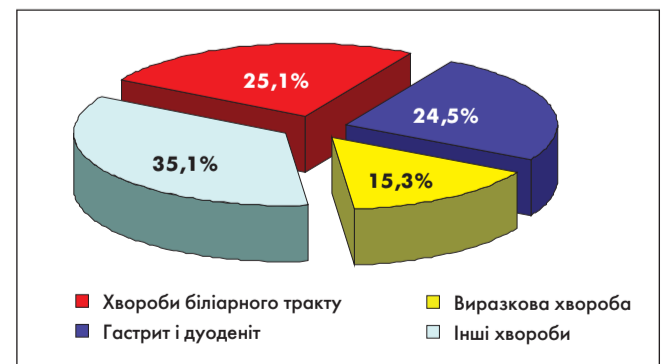


Рис. 5. Питома вага основних ХЗОТ у 2008 р.