

УДК 616.366 – 003.7:617 – 089

© О.В. Костирний, О.Ю. Гербали, 2013.

ПОШИРЕНІСТЬ СИМУЛЬТАННОЇ ПАТОЛОГІЇ У ХВОРИХ З ЖОВЧНОКАМ'ЯНОЮ ХВОРОБОЮ ТА МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

О.В. Костирний, О.Ю. Гербали

Кафедра хірургії №1, (зав. кафедрою – проф. О.В. Костирний), ДУ «Кримський державний медичний університет імені С.І. Георгієвського», м. Сімферополь.

PREVALENCE SIMULATION OF PATHOLOGY OF PATIENTS WITH CHOLELITHIASIS AND THE METABOLIC SYNDROME

A.V. Kostyrnoy O.Y. Gerbali

SUMMARY

In publishing the comparative analysis of patients with gallstone disease with metabolic syndrome and without. Found, that in the presense of metabolic syndrome surgery performed on aggravated polymorbidity background, which makes it difficult for comorbidities and affects the quality of life in the postoperative period. That's why, it is critical to improve the immediate and long-term results of surgical treatment of patients with metabolic syndrome and gallstone disease by optimizing the operational tactics and observed of patients in the postoperative period.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СИМУЛЬТАННОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

А. В. Костирний, О.Ю. Гербали

РЕЗЮМЕ

В публикации приведен сравнительный анализ больных желчнокаменной болезнью с метаболическим синдромом и без него. Выявлено, что при наличии метаболического синдрома оперативное вмешательство осуществляется на отягощенном полиморбидном фоне, что осложняет течение сопутствующих заболеваний и ухудшает качество жизни в послеоперационном периоде. Следовательно, представляется крайне важным улучшение непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения пациенток с метаболическим синдромом и желчнокаменной болезнью путем оптимизации оперативной тактики и ведения больных в послеоперационном периоде.

Ключові слова: хронічний калькульозний холецистит, ожиріння, хірургічна тактика.

В останні роки, у зв'язку зі значним ростом кількості людей з надлишковою масою тіла та ожирінням, виникла необхідність детального вивчення питань лікування захворювань, супутніх ожирінню. Жовчнокам'яна хвороба (ЖКХ) – одно з самих розповсюджених захворювань людини, яке замає третє місце після серцево-судинних захворювань і цукрового діабету [2, 7, 9]. ЖКХ зустрічається у 10-20% дорослого населення [1]. В Росії серед різних контингентів обстежених розповсюденість ЖКХ коливається в межах 3-15% [3]. Встановлено, що на Україні ЖКХ зустрічається у 33% осіб з ожирінням [8, 12]. Ожиріння супроводжується значними змінами вуглеводного обміну та ліпідного спектру крові, а абдомінальне ожиріння вважають основним клінічним симптомом метаболического синдрому [5]. Поширеність метаболического синдрому, за даними різних авторів, коливається від 5 до 30% серед населення [4]. Метаболический синдром представляє собою комплекс метаболических, гормональних і клінічних порушень, що являються чинником ризику серцево-судинних захворювань, цукрового діабету 2 типу та раптової смерті [6, 11].

Таким чином, хірургічне лікування ЖКХ у хворих з метаболическим синдромом представляє собою складну задачу [10, 13]. Виконання операції на фоні супутніх соматичних захворювань ускладнює перебіг хвороб, які супроводжують метаболический синдром, що в подальшому погіршує якість життя пацієнта.

МЕТА РОБОТИ

Оцінити поширеність симультанної патології у хворих з ЖКХ та вивчити вплив операційної травми на перебіг раннього післяопераційного періоду у цієї групи пацієнтів.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Для досягнення поставленої мети проведено аналіз лікування 383 жінок з ЖКХ, які поступили в плановому порядку для оперативного лікування в ДЗ «ВКЛ станції Сімферополь ДП «Придніпровська залізниця» з 2007 по 2012 роки. Середній вік пацієнтів склав 47,19±7,49 роки.

Всі пацієнтки були розділені на дві групи. І група – хворі без ознак метаболического синдрому. Їм проведена лапароскопічна холецистектомія. У II

групу включені пацієнтки з метаболічним синдромом, яким також була виконана лапароскопічна холецистектомія.

Структура і частота супутніх захворювань, які виявлені при обстеженні пацієнток, оперованих з приводу ЖКХ, представлена в таблиці 1.

Таблиця 1

Супутні захворювання у жінок, оперованих з приводу ЖКХ

Захворювання	Групи хворих	
	I (n = 185)	II (n = 198)
Артеріальна гіпертонія	25 (13,5 %)	46 (23,2 %)
Ішемічна хвороба серця	3 (1,6 %)	5 (2,5 %)
Цукровий діабет 2 типу	–	1 (0,5 %)
Варикозна хвороба вен нижніх кінцівок	1 (0,5 %)	5 (2,5 %)
Захворювання щитовидної залози	2 (1,1 %)	8 (4,0 %)
Хронічний гастрит	56 (30,3 %)	67 (33,8 %)
Виразкова хвороба шлунку і дванадцятипалої кишки	2 (1,1 %)	4 (2,0 %)
Нефроптоз	7 (3,8 %)	5 (2,5 %)
Остеохондроз	1 (0,5 %)	7 (3,5 %)
Деформуючий остеоартроз	–	1 (0,5 %)
Міома матки	10 (5,4 %)	15 (7,6 %)
Кісти яєчників	–	2 (1,0 %)
Полікістоз яєчників	–	12 (6,1 %)
Мастопатія	–	3 (1,5 %)
Опущення внутрішніх статевих органів I ступеню	1 (0,5 %)	1 (0,5 %)
Клімактеричний синдром	2 (1,1 %)	25 (12,6 %)

Як видно з таблиці, у жінок з метаболічним синдромом і ЖКХ артеріальна гіпертонія зустрічалась частіше (у 46 (23,2 %) в II групі), ніж у пацієнток без метаболічного синдрому (в I групі артеріальна гіпертонія зафіксована у 25 (13,5 %) осіб). Крім того, у II групі 5 (2,5 %) пацієнток страждали ішемічною хворобою серця, тоді як в I групі – 3 (1,6%). Цукровий діабет 2 типу відмічено у 1 (0,5 %) хворої II групи. Захворювання щитовидної залози, варикозна хвороба вен нижніх кінцівок, остеоохондроз також переважали у пацієнток з метаболічним синдромом. У II групі у 1 (0,5 %) пацієнтки зафіксовано деформуючий остеоартроз. Міома матки зафіксована у 15 (7,6 %) пацієнток у II групі та у 10 (5,4 %) – в I групі. Полікістоз яєчників відмічено лише у пацієнток з метаболічним синдромом (у 12 (6,1 %)). Кісти яєчників виявлені у 2 (1,0 %) хворих у II групі. При обстеженні молочних залоз у 3 (1,5 %) пацієнток з II групи виявлена мастопатія. Прояви клімактеричного синдрому встановлені у 25 (12,6 %) жінок II групи.

Для встановлення діагнозу та показників до хірургічного втручання проведено ретельне вивчення анамнезу, загальноклінічні, лабораторні та інструментальні обстеження. Статистичну обробку даних проводили з використанням пакету програм Statistica for Windows 6,0 фірми Statsoft та пакету програм Microsoft Exel (2002) корпорації Microsoft.

МАТЕРІАЛИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

З метою вивчення впливу операційної травми на функціональний стан організму та перебіг найближчого післяопераційного періоду у груп хворих, які вивчаються, нами була проведена порівняльна оцінка перебігу післяопераційного періоду у 383 пацієнток за наступними параметрами: активізація хворих, оцінка клінічних ознак відновлення евакуаторної функції шлунково-кишкового тракту, кількість ускладнень, тривалість післяопераційного ліжкодня.

У I групу (n = 185 (48,3 %)) увійшли хворі без ознак метаболічного синдрому. Їм проведена лапароскопічна холецистектомія. У II (n = 198 (51,7 %)) групу включені пацієнтки з метаболічним синдромом, яким також була виконана лапароскопічна холецистектомія. У хворих I групи антропометричні параметри наступні: середня маса тіла – 65,81±3,02 кг (від 57 до 72 кг); індекс маси тіла (ІМТ) коливався від 20 до 24,8, в середньому – 23,01±0,97; обхват талії (ОТ) знаходився в межах від 62 до 75 см, в середньому – 69,67±3,09 см; відношення обхвату талії до обхвату стегон (ОТ/ОС) в середньому склало 0,69±0,02 (від 0,64 до 0,78). Серед хворих II групи маса тіла коливалась від 72 до 120 кг (середня 98,90±14,20 кг). Надлишкова маса тіла (25 ≤ ІМТ < 30, кг/м²) виявлена у 36 (18,2 %) пацієнток, ожиріння I

ступеню ($30 \leq \text{ІМТ} < 35$, кг/м²) зареєстровано у 42 (21,2 %) осіб, ожиріння II ступеню ($35 \leq \text{ІМТ} < 40$, кг/м²) зустрічалось у 53 (26,8 %) обстежених хворих, ожиріння III ступеню, морбідне ожиріння ($\text{ІМТ} \geq 40$, кг/м²) відмічено у 37 (18,7 %) осіб. У 30 (15,1 %) пацієток з $\text{ОТ} \geq 90$ см посередньо визначено вісцеральне ожиріння.

Активізацію пацієток починали в першу добу після операції у всіх групах хворих. Лікування в найближчому післяопераційному періоді враховувало антибактеріальну, інфузійну і симптоматичну терапію. Враховуючи відсутність вираженого больово-

го синдрому, призначення наркотичних анальгетиків не потрібно було ні в одній групі пацієток. Таких ускладнень, як парез кишечника і гостра затримка сечі, в нашому дослідженні не було.

Тривалість перебування хворих в стаціонарі склала, в середньому, $6,83 \pm 1,19$ ліжко-днів у I групі та $6,84 \pm 0,97$ ліжко-днів у II групі.

В нашому дослідженні не було летальних наслідків. Не відмічалось ні одного переходу до лапаротомії.

Структура і число ускладнень у пацієток, які включені в дослідження, представлені в таблиці 2.

Таблиця 2

Ускладнення найближчого післяопераційного періоду у груп хворих, які вивчались

Ускладнення	Групи хворих	
	I (n = 185)	II (n = 198)
Інфільтрат ран черевної стінки	1 (0,5 %)	4 (2,0 %)
Післяопераційна пневмонія	–	2 (1,0 %)
Сірома	1 (0,5 %)	5 (2,5 %)
Нагноєння післяопераційної рани	–	2 (1,0 %)

Утворення запальних інфільтратів черевної стінки зафіксовано в I групі у 1 (0,5 %) пацієтки, у II групі – у 4 (2,0 %) хворих. Пневмонія в післяопераційному періоді та нагноєння післяопераційної рани діагностовані у 2 (1,0 %) пацієток II групи. Сірома була у 5 (2,5 %) жінок II групи, тоді як в I групі – у 1 (0,5 %) хворої. Ці дані відповідають даним інших авторів [3, 8].

Аналізуючи результати обстеження пацієток, встановлено, що при наявності метаболічного синдрому оперативне втручання здійснюється на обтяжувальному поліморбідному фоні, що ускладнює перебіг супутніх захворювань і погіршує якість життя у віддаленому післяопераційному періоді. По даним Р. Я. Федорика, ранній післяопераційний період у хворих з метаболічним синдромом також характеризувався зниженням усіх параметрів якості життя. Як наслідок, представляється найважливішим покращення безпосередніх і віддалених результатів хірургічного лікування пацієток з метаболічним синдромом і жовчнокам'яною хворобою шляхом оптимізації оперативної тактики та ведення хворих в післяопераційному періоді.

ВИСНОВКИ

1. Наявність жовчнокам'яної хвороби у жінок з $\text{ІМТ} \geq 25$ слід розглядати як одне з проявів метаболічного синдрому.
2. У хворих з метаболічним синдромом кількість ускладнень була значно більше ніж у пацієнтів без метаболічного синдрому: інфільтрат ран черевної стінки у 4 рази, післяопераційна пневмонія та нагноєння післяопераційної рани у 2 рази, сірома у 5 разів.
3. При виявленні захворювань, що асоційовані з метаболічним синдромом і потребують хірургічного лікування, слід прагнути виконувати симультанні

лапароскопічні операції, що дозволить значно покращити результати лікування та якість життя хворих.

4. Виконання симультанного етапу операції значно не впливає на перебіг раннього післяопераційного періоду як в плані розвитку післяопераційних ускладнень, так і на терміни перебування в стаціонарі.

ЛІТЕРАТУРА

1. Аббасова С. Ф. Лапароскопическая холецистэктомия у больных старших возрастных групп – С. Ф. Аббасова // Хирургия. – 2011. – № 9. – С. 83-85.
2. Сопко О. І. Випадок успішного оперативного лікування пацієтки з гострим калькульозним холециститом при повній транспозиції внутрішніх органів – О. І. Сопко // Хірургія України. – 2011. – № 2 (38). – С. 108-110.
3. Федорика Р. Я. Вплив лапароскопічної холецистектомії на якість життя пацієнтів у ранньому та віддаленому післяопераційному періодах – Р. Я. Федорика // Галицький лікарський вісник. – 2012. – Т. 19, № 3 (ч. 1). – С. 141-143.
4. Затолокин П. А. Оценка влияния лапароскопического гастрощунтирования на показатели качества жизни пациентов при метаболіческом синдроме / П. А. Затолокин, Л. С. Литвинова, Е. В. Кириенкова // Клінічна хірургія. – 2012. – № 8. – С. 16-17.
5. Кайдашев И. П. Эволюция понятия «метаболический синдром» и его современное значение / И. П. Кайдашев // Український медичний часопис. – 2012. – № 2 (88). – С. 157-160.
6. Горбатюк І. Б. Клінічна та морфологічна характеристика хронічного холециститу та холестерозу жовчного міхура у хворих на ішемічну хворобу

серця та ожиріння – І. Б. Горбатюк // Український медичний альманах. – 2012. – Т. 15, № 2. – С. 39-42.

7. Чубенко С. С. Возможности прогнозирования постхолецистэктомического синдрома, его профилактика и лечение – С. С. Чубенко // Сучасна гастроентерологія. – 2011. – № 5 (61). – С. 89-97.

8. Щербинина М. Б. Качество жизни пациентов после холецистэктомии / М. Б. Щербинина, Н. В. Горач, Е. В. Закревская // Сучасна гастроентерологія. – 2012. – № 4 (66). – С. 101-112.

9. Comitalo J. B. Laparoscopic cholecystectomy and newer techniques of gallbladder removal / J. B. Comitalo // JSLS. – 2012. – Vol. 16, № 3. – P. 406-412.

10. Ebrahimifard F. Postoperative pain after laparoscopic cholecystectomy: a randomized clinical trial

comparing intraperitoneal bupivacaine versus intravenous pethidine / F. Ebrahimifard, N. Nooraei // Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Tech. – 2013. – Vol. 23, № 1. – P. 88-92.

11. Korsic M. Gene expression in visceral and subcutaneous adipose tissue in overweight women / M. Korsic // Front Biosci (Elite Ed). – 2012. – № 4. – P. 2834-2844.

12. Tarantino I. Is routine cholecystectomy justified in severely obese patients undergoing a laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass procedure? A comparative cohort study / I. Tarantino // Obes. Surg. – 2011. – Vol. 21, № 12. – P. 1870-1878.

13. Brescia A. Laparoscopic cholecystectomy in day surgery: Feasibility and outcomes of the first 400 patients / A. Brescia // Surgeon. – 2013. – Vol. 11, Suppl. 1. – P. 14-18.