

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СИМУЛЬТАННОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ С ЖЕЛЧНО-КАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

*Кафедра хирургии № 1 ГУ «Крымский государственный медицинский университет имени С. И. Георгиевского»,
Россия, 295006, г. Симферополь, бульвар Ленина, 5/7;
тел. +79788565696. E-mail: oksana.gerbali@mail.ru*

В работе 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.

Ключевые слова: хронический калькулезный холецистит, ожирение, хирургическая тактика.

O. Y. GERBALI, A. V. KOSTYRNOY

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

*Chair of surgery № 1 the Crimean state medical university
of a name of S. I. Georgievsky,
Russia, 295006, Simferopol, Lenin's, 5/7 parkway;
tel. +79788565696. E-mail: oksana.gerbali@mail.ru*

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.

Key words: chronic calculous cholecystitis, obesity, operational tactics.

В последние годы в связи со значительным ростом численности людей с чрезмерной массой тела и ожирением возникла необходимость детального изучения лечения заболеваний, сопутствующих ожирению. Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) – одно из самых распространенных заболеваний человека, которое занимает третье место после сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета [3]. ЖКБ встречается у 10–20% взрослого населения [7, 11]. В России среди разных контингентов обследованных распространенность ЖКБ составляет 3–15% [6]. Установлено, что на Украине ЖКБ встречается у 33% больных с ожирением [1]. Ожирение сопровождается значительными изменениями углеводного обмена и липидного спектра крови, а абдоминальное ожирение считают основным клиническим симптомом метаболического синдрома [8]. Распространенность метаболического синдрома, по данным разных

авторов, колеблется от 5% до 30% среди населения [2, 9]. Метаболический синдром представляет собой комплекс метаболических, гормональных и клинических нарушений, которые являются фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета 2-го типа и внезапной смерти [4, 10].

Таким образом, хирургическое лечение ЖКБ у больных с метаболическим синдромом представляет собой сложную задачу. Выполнение операции на фоне сопутствующих соматических заболеваний осложняет течение болезней, сопровождающих метаболический синдром, что в дальнейшем ухудшает качество жизни пациента [5, 12].

Цель работы – оценить распространенность симультанной патологии у больных с ЖКБ и изучить влияние операционной травмы на течение раннего послеоперационного периода у этой группы пациентов.

Материалы и методы исследования

Для достижения поставленной цели проведен анализ лечения 383 пациенток с ЖКБ, поступивших в плановом порядке для оперативного лечения в ГП ОКБ станции Симферополь ДП «Приднепровская железная дорога» с 2007-го по 2012 год. Средний возраст пациенток составил $47,19 \pm 7,49$ года.

Все пациентки были разделены на две группы. В I группу ($n=185$ [48,3%]) вошли больные без признаков метаболического синдрома. Им произведена лапароскопическая холецистэктомия. Во II ($n=198$ [51,7%]) группу включены пациентки с метаболическим синдромом, которым также была выполнена лапароскопическая холецистэктомия. У больных I группы антропометрические параметры следующие: средняя масса тела – $65,81 \pm 3,02$ кг (от 57 до 72 кг); индекс массы тела (ИМТ) колебался от 20 до 24,8, в среднем $23,01 \pm 0,97$; окружность талии (ОТ) находилась в пределах от 62 до 75 см, в среднем $69,67 \pm 3,09$ см; отношение окружности талии к окружности бедер (ОТ/ОБ) в среднем составило $0,69 \pm 0,02$ (от 0,64 до 0,78).

Среди больных II группы масса тела колебалась от 72 до 120 кг (средняя $98,90 \pm 14,20$ кг). Избыточная масса тела ($25 \leq \text{ИМТ} < 30$, кг/м²) выявлена у 36 (18,2%) пациенток, ожирение I степени ($30 \leq \text{ИМТ} < 35$, кг/м²) зарегистрировано у 42 (21,2%) человек, ожирение II степени ($35 \leq \text{ИМТ} < 40$, кг/м²) встречалось у 53 (26,8%) обследованных больных, ожирение III степени, морбидное ожирение ($\text{ИМТ} \geq 40$, кг/м²) отмечено у 37 (18,7%) человек. У 30 (15,1%) пациенток с ОТ ≥ 90 см косвенно определено висцеральное ожирение.

Структура и частота сопутствующих заболеваний, обнаруженных при обследовании пациенток, оперированных по поводу ЖКБ, представлены в таблице 1.

Как видно из таблицы, у женщин с метаболическим синдромом и ЖКБ артериальная гипертония встречалась гораздо чаще (у 46 (23,2%) во II группе), чем у пациенток без метаболического синдрома (в I группе артериальная гипертония зафиксирована у 25 (13,5%) человек). Кроме того, во II группе 5 (2,5%) пациенток страдали ишемической болезнью сердца, тогда как в I группе – 3 (1,6%). Сахарный диабет 2-го типа отмечен у 1 (0,5%) больной II группы. Заболевания щитовидной железы, варикозная болезнь вен нижних конечностей, остеохондроз также преобладали у пациенток с метаболическим синдромом. Во II группе у 1 (0,5%) пациентки зафиксирован деформирующий остеоартроз. Миома матки зафиксирована у 15 (7,6%) пациенток во II группе и у 10 (5,4%) – в I группе. Поликистоз яичников отмечен лишь у пациенток с метаболическим синдромом (у 12 [6,1%]). Кисты яичников обнаружены у 2 (1,0%) больных во II группе. При обследовании молочных желез у 3 (1,5%) пациенток из II группы выявлена мастопатия. Проявления климактерического синдрома установлены у 25 (12,6%) женщин II группы.

Для установления диагноза и показаний к хирургическому вмешательству проведены тщательное изучение анамнеза, общеклинические, лабораторные и инструментальные обследования. Статистическую обработку данных проводили с использованием пакета программ «Statistica for

Таблица 1

Сопутствующие заболевания у женщин, оперированных по поводу ЖКБ

Заболевания	Группы больных	
	I (n = 185)	II (n = 198)
Артериальная гипертония	25 (13,5 %)	46 (23,2 %)
Ишемическая болезнь сердца	3 (1,6 %)	5 (2,5 %)
Сахарный диабет 2-го типа	-	1 (0,5 %)
Варикозная болезнь вен нижних конечностей	1 (0,5 %)	5 (2,5 %)
Заболевания щитовидной железы	2 (1,1 %)	8 (4,0 %)
Хронический гастрит	56 (30,3 %)	67 (33,8 %)
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки	2 (1,1 %)	4 (2,0 %)
Нефроптоз	7 (3,8 %)	5 (2,5 %)
Остеохондроз	1 (0,5 %)	7 (3,5 %)
Деформирующий остеоартроз	-	1 (0,5 %)
Миома матки	10 (5,4 %)	15 (7,6 %)
Кисты яичников	-	2 (1,0 %)
Поликистоз яичников	-	12 (6,1 %)
Мастопатия	-	3 (1,5 %)
Опущение внутренних половых органов I степени	1 (0,5 %)	1 (0,5 %)
Климактерический синдром	2 (1,1 %)	25 (12,6 %)

Осложнения ближайшего послеоперационного периода у изучаемых групп больных

Осложнения	Группы больных	
	I (n = 185)	II (n = 198)
Инфильтрат ран брюшной стенки	1 (0,5 %)	4 (2,0 %)
Послеоперационная пневмония	–	2 (1,0 %)
Серома	1 (0,5 %)	5 (2,5 %)
Нагноение послеоперационной раны	–	2 (1,0 %)

Windows 6,0» фирмы «Statsoft» и пакета программ «Microsoft Excel» (2002) корпорации «Microsoft».

Результаты исследования

С целью изучения влияния операционной травмы на функциональное состояние организма и течение раннего послеоперационного периода у группы исследуемых больных нами была проведена сравнительная оценка течения послеоперационного периода у 383 пациенток по следующим параметрам: активизация больных, оценка клинических признаков восстановления эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта, количество осложнений, длительность послеоперационного койко-дня.

Активизацию пациенток начинали в первые сутки после операции во всех группах больных. Лечение в ближайшем послеоперационном периоде включало антибактериальную, инфузионную и симптоматическую терапию. С учетом отсутствия выраженного болевого синдрома назначения наркотических анальгетиков не требовались ни в одной группе пациенток. Такие осложнения, как парез кишечника и острая задержка мочи, в нашем исследовании отмечены не были.

Длительность пребывания больных в стационаре составила в среднем $6,83 \pm 1,19$ койко-дня в I группе и $6,84 \pm 0,97$ койко-дня во II группе. В нашем исследовании не было летальных исходов. Не отмечалось ни одного перехода к лапаротомии.

Структура и число осложнений у пациенток, включенных в исследование, представлены в таблице 2.

Образование воспалительных инфильтратов брюшной стенки зафиксировано в I группе у 1 (0,5%) пациентки, во II группе – у 4 (2,0%) больных. Пневмония в послеоперационном периоде и нагноение послеоперационной раны диагностированы у 2 (1,0%) пациенток II группы. Серома была у 5 (2,5%) женщин II группы, тогда как в I группе – у 1 (0,5%) больной.

Обсуждение

Анализируя результаты обследования пациенток, установили, что при наличии метаболического синдрома оперативное вмешательство осуществляется на отягощенном полиморбидном

фоне, что осложняет течение сопутствующих заболеваний и ухудшает качество жизни в отдаленном 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.

Таким образом, можно сделать следующие выводы:

1. Наличие желчнокаменной болезни у женщин с ИМТ 25 следует рассматривать как одно из проявлений метаболического синдрома.

2. У больных с метаболическим синдромом количество осложнений было значительно больше, чем у пациентов без метаболического синдрома: инфильтрат ран брюшной стенки – в 4 раза, послеоперационная пневмония и нагноение послеоперационной раны – в 2 раза, серома – в 5 раз.

3. При выявлении заболеваний, ассоциируемых с метаболическим синдромом, которые нуждаются в хирургическом лечении, следует стремиться выполнять симультанные лапароскопические операции, что позволит значительно улучшить результаты лечения и качество жизни больных.

4. Выполнение симультанного этапа операции значительно не влияет на состояние раннего послеоперационного периода как в плане развития послеоперационных осложнений, так и на срок пребывания в стационаре.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аббасова С. Ф. Лапароскопическая холецистэктомия у больных старших возрастных групп // Хирургия. – 2011. – № 9. – С. 83–85.
2. Вдовиченко Ю. П. Метаболический синдром и патология матки в постменопаузальном периоде // Педиатрия, акушерство и гинекология. – 2012. – № 3. – С. 90–93.
3. Горбатюк И. Б. Клиническая и морфологическая характеристика хронического холецистита и холестероза желчного пузыря у больных с ишемической болезнью сердца и ожирением // Украинский медицинский альманах. – 2012. – Т. 15, № 2. – С. 39–42.
4. Курмасова А. В. Принципы терапии эндокринных и метаболических нарушений у больных репродуктивного возраста.

та с синдромом поликистозных яичников // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2010. – № 6. – С. 63–67.

5. Ничитайло М. Ю. Особенности выполнения лапароскопических операций у больных с ожирением // Клиническая хирургия. – 2012. – № 8. – С. 32–33.

6. Полова И. Р. Распространенность заболеваний органов пищеварения у пациентов с избыточной массой тела и ожирением // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2012. – № 5. – С. 24–29.

7. Сирод А. Н. Хирургическое лечение женщин с желчно-каменной болезнью и абдоминальным ожирением // Практическая медицина. – 2010. – Т. XVI. № 4. – С. 37–46.

8. Di Vita G. Changes of inflammatory mediators in obese patients after laparoscopic cholecystectomy // World j. surg. – 2010. – Vol. 34. № 9. – P. 2045–2050.

9. Paajanen H. Impact of obesity and associated diseases on outcome after laparoscopic cholecystectomy // Surg. laparosc. endosc. percutan. tech. – 2012. – Vol. 22. № 6. – P. 509–513.

10. Subhas G. Prolonged (longer than 3 hours) laparoscopic cholecystectomy: reasons and results // Am. surg. – 2011. – Vol. 77. № 8. – P. 981–984.

11. Yi F. Complications of laparoscopic cholecystectomy and its prevention: a review and experience of 400 cases // Hepatogastroenterology. – 2012. – Vol. 59. № 113. – P. 47–50.

12. Zdichavsky M. Impact of risk factors for prolonged operative time in laparoscopic cholecystectomy // Eur. j. gastroenterol. hepatol. – 2012. – Vol. 24. № 9. – P. 1033–1038.

Поступила 11.09.2014

Ф. С. ДАТИЕВА¹, Л. Г. ХЕТАГУРОВА²

ПАТОЛОГИЯ ПЛАЗМЕННОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ОЖОГОВОЙ ТРАВМЕ В РАЗЛИЧНЫЕ СЕЗОНЫ ГОДА. ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ КОМПЛЕКСНЫМИ ФИТОАДАПТОГЕНАМИ

¹Отдел биологически активных соединений ФГБУН

Института биомедицинских исследований ВНИЦ РАН и РСО-А
Россия, 362019, РСО – Алания, г. Владикавказ, ул. Пушкинская, 47;
тел. 8 (8672) 537335. E-mail: faaroo@mail.ru;

²кафедра патологической физиологии ГБОУ ВПО «Северо-Осетинская государственная
медицинская академия» Министерства здравоохранения России,
Россия, 362019, РСО – Алания, г. Владикавказ, ул. Пушкинская, 40

Для изучения нарушений плазменного гемостаза при экспериментальной ожоговой травме в зимний и летний сезоны и возможности их коррекции с использованием фитоадаптогенов воспроизвели модель ожога у крыс. Изучена динамика показателей гемостаза в 1, 7 и 21-е сутки после травмы. Использованы комбинации приема комплексных фитоадаптогенов в виде фитококтейлей «Биоритм-Э» и «Биоритм-РС» для коррекции развивающегося ДВС-синдрома. Лечебно-профилактический прием был более продуктивен и имел сезонные отличия: внутренний путь свертывания и активность фибринолиза восстанавливались быстрее зимой, коррекция антикоагулянтной активности и конечного этапа свертывания происходила летом, нормализующее влияние на внешний путь свертывания проявлялось в оба сезона. Из препаратов более эффективен «Биоритм-РС».

Ключевые слова: комплексные фитоадаптогены, плазменный гемостаз, сезонная динамика, экспериментальная ожоговая травма.

F. S. DATIEVA¹, L. G. KHETAGUROVA²

THE PATHOLOGY OF PLASMIC HEMOSTASIS WHILE THE EXPERIMENTAL BURN TRAUMA
IN DIFFERENT SEASONS OF THE YEAR. THE POSSIBILITIES OF IMPAIRMENTS
CORRECTION BY COMPLEX PHYTOADAPTOGENS

¹Bioactive compounds department of Institute of biomedical research VSC RAS and RNO – Alania,
Russia, 362019, RNO – Alania, Vladikavkaz, Pushkinskaya st., 47;
tel. 8 (8672) 537335. E-mail: faaroo@mail.ru;

²pathophysiology department of North Ossetian state medical academy,
Russia, 362019, RNO – Alania, Vladikavkaz, Pushkinskaya str., 40