

О.М. Сироїд

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЖОВЧНОКАМ'ЯНОЮ ХВОРОБОЮ ТА МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

Військово-медичний клінічний центр Західного регіону, Львів

ВСТУП

Метаболічний синдром (МС) діагностують у 20-30% населення економічно розвинених країн [1]. Клінічними та епідеміологічними дослідженнями доведено роль МС у виникненні серцево-судинних захворювань і цукрового діабету (ЦД) [2]. Крім цього, окремі компоненти МС (абдомінальне ожиріння, гіперінсулінемія, гіперглікемія, дисліпідемія) є важливими чинниками розвитку жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ) [1]. Тому поєднання МС і холелітіазу діагностують доволі часто. Зокрема, Mendez-Sanchez N. et al. [3] виявили МС у 40% пацієнтів із ЖКХ. Наявність в одного хворого зазначених патологічних станів створює передумови для їх взаємного обтяження та сприяє виникненню ускладнень після операцій з приводу холелітіазу.

Мета роботи — аналіз безпосередніх результатів хірургічного лікування пацієнтів із симптомним холелітіазом і МС.

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ

У період із січня 2007 року до липня 2008 року у клініці торакоабдомінальної хірургії оперовано 117 осіб із ЖКХ. Хворих із післяхолецистектомічним синдромом і гострим біліарним панкреатитом не включено у дослідження. Пацієнтів розподілено на дві групи. Основну групу утворили 50 (42,7%) осіб із МС. До контрольної групи увійшли 67 (57,3%) хворих без МС.

МС констатували за поєднання абдомінального ожиріння (окружність талії у чоловіків понад 94 см, у жінок — понад 80 см) щонайменше з двома із таких чотирьох патологій: 1) артеріальна гіпертензія (рівні систолічного тиску понад 130 мм рт. ст. і/або діастолічного тиску понад 85 мм рт. ст.) або гіпотензивна терапія; 2) підвищення концентрації тригліцеридів у сироватці крові понад 1,7 ммоль/л або специфічне лікування дисліпідемії; 3) зниження рівня ліпопротеїнів високої щільності до 1,03 ммоль/л у чоловіків і до 1,29 ммоль/л у жінок; 4) гіперглікемія (концентрація глюкози натще понад 5,6 ммоль/л) або раніше виявлений ЦД 2-го типу [2].

Крім загальноклінічних досліджень, пацієнтам проводили антропометричні вимірювання, вираховували індекс маси тіла (ІМТ), здійснювали загаль-

ний аналіз крові та сечі, визначали біохімічні показники сироватки крові, виконували електрокардіографію, флюорографію органів грудної клітки, ультрасонографію панкреато-біліарної ділянки, фіброгастродуоденоскопію. За необхідності виконували ендоскопічну ретроградну холангіопанкреатикографію та комп'ютерну томографію органів черевної порожнини.

Статистичну обробку отриманих результатів виконували за допомогою програми SPSS 10.0 for Windows. У випадку нормального розподілу варіаційного ряду визначали середнє арифметичне (М) і стандартне відхилення середнього арифметичного (SD), якщо дані не підпорядковувалися нормальному розподілу — вираховували медіану (Me). Для порівняння параметричних показників здійснювали t-тест Стюдента, непараметричних — U-тест Манна та Уїтні, відносних — хі-квадрат тест. Вірогідність розбіжностей (p) вважали статистично значущою за $p \leq 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Ургентно госпіталізовано 16 (32,0%) пацієнтів основної та 15 (22,4%) осіб контрольної групи ($p=0,244$). Вік хворих із МС становив 34-85 ($57,7 \pm 12,5$) років, пацієнтів без МС — 22-94 ($50,4 \pm 14,8$) років. В обох групах переважали жінки: 39 (78,0%) і 48 (71,6%) осіб відповідно ($p=0,436$). Абдомінальне ожиріння діагностовано в усіх хворих основної та у 47 (70,1%) пацієнтів контрольної групи ($p<0,001$), окружність талії у середньому дорівнювала $102,0 \pm 9,5$ см і $91,3 \pm 10,9$ см ($p<0,001$) відповідно. ІМТ осіб із МС сягав $31,9 \pm 4,6$ кг/м², хворих без МС — $27,7 \pm 5,4$ кг/м² ($p<0,001$).

В оперованих пацієнтів найчастіше діагностовано такі супутні захворювання: артеріальна гіпертензія, ішемічна хвороба серця, ожиріння, жировий гепатоз і ЦД (табл. 1).

Концентрація загального холестерину, тригліцеридів, глюкози і фібриногену у сироватці крові пацієнтів основної групи була істотно вищою, ніж в осіб контрольної групи (табл. 2)

Гострий калькульозний холецистит констатовано у 13 (26,0%) хворих із МС і у 12 (17,9%) пацієнтів

Таблиця 1

Супутні захворювання в оперованих хворих

Захворювання	Основна група (n=50)	Контрольна група (n=67)	p
Артеріальна гіпертензія	45 (90,0%)	23 (34,3%)	<0,001
Ішемічна хвороба серця	34 (68,0%)	40 (59,7%)	0,357
Ожиріння (ІМТ≥30 кг/м ²)	33 (66,0%)	17 (25,4%)	<0,001
Жировий гепатоз	27 (54,0%)	10 (14,9%)	<0,001
Цукровий діабет	10 (20,0%)	1 (1,5%)	0,001

Таблиця 2

Біохімічні показники сироватки крові оперованих пацієнтів

Показник	Основна група (n=50)	Контрольна група (n=67)	p
Білірубін (мкмоль/л), max-min (Me)	5,0-48,9 (12,0)	4,1-150,0 (12,8)	0,823
АлАТ (од./л), max-min (Me)	11-152 (27,5)	11-240 (24,0)	0,479
Тригліцериди (ммоль/л), M±SD	1,6±0,9	1,2±0,3	0,019
Холестерин (ммоль/л), M±SD	5,9±0,9	4,9±1,0	<0,001
Глюкоза (ммоль/л), max-min (Me)	4,1-13,6 (5,8)	3,9-8,9 (5,1)	<0,001
Фібриноген (г/л), max-min (Me)	2,2-11,0 (3,8)	1,8-7,3 (3,3)	0,003

без МС, хронічний калькульозний холецистит — у 37 (74,0%) і у 55 (82,1%) осіб ($p=0,291$). Холедохолітиаз діагностовано у двох (4,0%) і п'яти (7,5%) хворих відповідно ($p=0,435$). Показаннями до операції вважали: перенесені печінкові кольки, періодичний біль у правому підребер'ї, симптоми гострого холециститу, ознаки біліарної гіпертензії. З метою корекції проявів МС і супутньої соматичної патології здійснювали передопераційне підготування. Його проводили амбулаторно, в умовах терапевтичного або хірургічного стаціонару.

Лапароскопічним методом операцію розпочато у 40 (80,0%) осіб основної та у 58 (86,6%) хворих контрольної групи ($p=0,341$), конверсію виконано у чотирьох (10,0%) і у двох (3,4%) пацієнтів ($p=0,184$) відповідно. Відкриту холецистектомію (у т.ч. із міні-доступу) здійснено у 10 (20,0%) осіб із МС та у дев'яти (13,4%) хворих без МС. Симультанні операції проведено у восьми (16,0%) і у семи (10,4%) пацієнтів ($p=0,374$) відповідно. Тривалість операції в осіб основної групи склала 30-165 (Me=72,5) хв., у хворих контрольної групи — від 40 хв. до 140 хв. із медіаною 65,0 хв. ($p=0,027$).

Поопераційні ускладнення (ПОУ) виникли в 11 (22,0%) пацієнтів із МС і у чотирьох (6,0%) осіб без МС ($p=0,010$). Загалом гнійно-запальні ПОУ (серома, запальний інфільтрат, нагноєння рани) констатовано у дев'яти хворих, серцево-судинні ПОУ (порушення серцевого ритму, ішемія міокарда, гіпертонічний криз) — у шести пацієнтів. Хворі основної

групи перебували у стаціонарі протягом 2-34 (Me=10,0) діб, пацієнти контрольної групи — від трьох до 32 діб із медіаною 7,0 діб ($p=0,039$). Летальних наслідків не було.

Отже, МС констатовано у 50 (42,7%) осіб, оперованих з приводу симптомного холелітіазу. Це узгоджується з літературними повідомленнями про частоту цього синдрому серед хворих на ЖКХ [3]. Пацієнти із МС були істотно ($p=0,006$) старшими (середній вік 57,7±12,5 року) від осіб без МС (середній вік 50,4±14,8 року). Мамедов М.Н. [2] вказує, що захворюваність на МС збільшується з віком, адже процес формування синдрому доволі тривалий і проходить певні стадії. Зокрема, перші прояви МС (абдомінальне ожиріння, артеріальна гіпертензія) встановлено не лише в осіб основної групи, але й відповідно у 70,1% і 34,3% хворих контрольної групи. Натомість порушення ліпідного та вуглеводного обміну тривалий час (щонайменше п'ять років) перебігають без клінічної маніфестації, і лише їх декомпенсація призводить до виникнення МС.

Для пацієнтів із МС характерна поліморбідність [1]. У них істотно частіше діагностували артеріальну гіпертензію ($p<0,001$), ожиріння ($p<0,001$), жировий гепатоз ($p<0,001$) і ЦД ($p=0,001$). Проте, на відміну від інших авторів [3], ми серед оперованих у клініці хворих із ЖКХ не відзначили взаємозв'язку між МС та ішемічною хворобою серця ($p=0,357$).

Обсяг операцій у пацієнтів основної та контрольної груп статистично не відрізнявся ($p=0,341$),

але втручання в осіб із МС тривали істотно довше (Me=72,5 хв. проти Me=65,0 хв.; $p=0,027$). У хворих основної групи частіше ($p=0,01$) діагностували ПОУ. Такі відмінності обумовлено низкою чинників. Похилий і старечий вік, тривала операція, ЦД спричинюють погіршення мікроциркуляції у ділянці операційної рани і створюють передумови для виникнення гнійно-запальних ПОУ [4]. Натомість артеріальна гіпертензія, гіперглікемія та порушення зсідання крові сприяють розвитку серцево-судинних ПОУ [4, 5].

Згідно з повідомленням Liu B. et al. [6], пацієнти із надмірною масою тіла довше перебувають на стаціонарному лікуванні з приводу біліарної патології. Тяжкий перебіг поопераційного періоду в осіб із МС, оперованих з приводу симптомного холелітазу, також обумовив їх триваліше лікування (Me=10,0 діб проти Me=7,0 діб; $p=0,039$).

Отже, наявність МС погіршує безпосередні результати хірургічного лікування хворих із ЖКХ. Це вказує на необхідність вдосконалення передопераційного підготування таких пацієнтів і корекції компонентів МС у поопераційний період.

ВИСНОВКИ

1. МС діагностовано у 42,7% пацієнтів, оперованих з приводу симптомного холелітазу.

2. В осіб із ЖКХ і МС істотно частіше діагностували артеріальну гіпертензію ($p<0,001$), ожиріння ($p<0,001$), жировий гепатоз ($p<0,001$) і ЦД ($p=0,001$).

3. У хворих із поєднанням холелітазу та МС поопераційний період перебігав тяжче: ПОУ діагностовано у 22,0% осіб ($p=0,010$), а медіана перебування пацієнта у стаціонарі становила 10,0 діб ($p=0,039$).

ЛІТЕРАТУРА

1. Grundy S.M. Metabolic syndrome pandemic // *Arterioscler. Thromb. Vasc. Biol.* — 2008. — Vol. 28. — P. 629-626.
2. Мамедов М.Н. Значимость метаболического синдрома в клинической практике: диагностические основы и пути медикаментозной коррекции // *Новости медицины и фармации.* — 2007. — №10 (214). — С. 16-17.
3. Mendez-Sanchez N., Chavez-Tapia N.C., Motola-Kuba D. et al. Metabolic syndrome as a risk factor for gallstone disease // *World J. Gastroenterol.* — 2005. — Vol. 11, №11. — P. 1653-1657.

4. *Осложнения в хирургии живота: Руководство для врачей* / В.В. Жебровский, А.Д. Тимошин, С.В. Готье и др. — М., 2006. — 448 с.
5. Noordzij P.G., Eric Boersma E., Schreiner F. et al. Increased preoperative glucose levels are associated with perioperative mortality in patients undergoing noncardiac, nonvascular surgery // *Europ. J. Endocrinol.* — 2007. — Vol. 156, №1. — P. 137-142.
6. Liu B., Balkwill A., Spencer E., Beral V. Relationship between body mass index and length of hospital stay for gallbladder disease // *J. Public Health.* — 2008. — Vol. 30, №2. — P. 161-166.

РЕЗЮМЕ

Хирургическое лечение пациентов с желчнокаменной болезнью и метаболическим синдромом

А.М. Сыроид

В период с января 2007 по июнь 2008 года в клинике оперированы 117 пациентов с желчнокаменной болезнью. Метаболический синдром (МС) диагностирован у 50 (42,7%) больных. Пациенты с МС были старше, у них чаще выявляли артериальную гипертензию, ожирение, жировой гепатоз и сахарный диабет. Лапароскопическая холецистэктомия выполнена у 40 (80,0%) больных с МС и у 58 (86,6%) пациентов без МС. Длительность операции у больных с МС составила 30-165 (Me=72,5) мин., у пациентов без МС — 40-140 (Me=65,0) мин. Послеоперационные осложнения констатированы у 11 (22,0%) и 4 (6,0%) больных соответственно. Тяжелое течение послеоперационного периода привело к более длительному стационарному лечению больных с холелитиазом и МС.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, хирургическое лечение, метаболический синдром.

SUMMARY

The surgical treatment of patients with gallstone disease and metabolic syndrome

O. Syroid

117 patients with symptomatic gallstone disease were operated in our clinic from January 2007 to July 2008. The metabolic syndrome (MS) was diagnosed in 50 (42.7%) cases. The patients with MS were older than patients without MS. They had more often arterial hypertension, obesity, steatohepatosis and diabetes mellitus. The laparoscopic cholecystectomy was performed in 40 (80.0%) cases with MS and in 58 (86.6%) cases without MS. The operating time was 30-165 (Me=72.5) min at patients with MS and 40-160 (Me=65.0) min at patients without MS. Postoperative complications were diagnosed in 11 (22.0%) and in four (6.0%) cases respectively. The severe postoperative period caused to prolonged hospital stay of patients with cholelithiasis and MS.

Key words: gallstone disease, surgical treatment, metabolic syndrome.

Дата надходження до редакції 10.09.2008 р.