

КЛИНИЧНА МЕДИЦИНА **CLINICAL MEDICINE**

УДК 616.366-089-008.616.381.072.1

ГОМЕОСТАЗ У ПАЦИЕНТОВ МЕТАБОЛІЧЕСКОЇ БОЛЕЗНЬЮ (СИНДРОМОМ) С ХОЛЕЦИСТИТАМИ ДО ОПЕРАЦІЙ І ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ

М. А. Дудченко, С. В. Байдо, М. А. Дудченко, Н. Г. Третяк, В. Петренко, А. Робинська
ВГУЗ «Українська медичинська стоматологічна академія», г. Полтава

Хронічний холецистит, в більшості випадків, є наслідком затихаючого гострого процесу і характеризується майже постійним станом хронічного запалення [3].

Хронічний безкам'яний холецистит складає близько 5-10% всіх випадків хронічного холециститу. Довготривалий запальний процес в жовчному бульбашці призводить до утолщення її стінок, фіброзу, гіпертрофії складок. Часто в запальний процес залучається брижіна, що покриває бульбашку, розвивається перихолецистит і виражений спайковий процес навколо бульбашки з залученням реактивних змін у функції печінки.

Довготривале консервативне лікування пацієнтів з хронічним холециститом зазвичай призводить тільки до ремісії. З підвищенням віку і наростанням кількості і тяжкості супутніх захворювань ризик операції зростає. Крім цього, завжди існує небезпека розвитку гострого перебігу хвороби і тяжкості її ускладнень. Тому, всім пацієнтам з діагнозом калькульозний холецистит показано оперативне втручання – холецистектомія. При хронічному безкам'яному холециститі основними показаннями до холецистектомії є часті повторювані приступи болю в правому подребер'ї і несприятливий результат консервативного лікування. Крім того, з впровадженням малоінвазивної хірургії в практику, з'являється можливість виконати лапароскопічні холецистектомії всім пацієнтам, крім тих, у яких наявний рак жовчного бульбашки. Як будь-який запальний процес різної локалізації, в більшості випадків надає негативний вплив на функції відповідного органу і організму в цілому, так і холециститу, що виникає в зв'язку з функцією печінки, нерідко викликає реактивні гепатити і зміни в діяльності печінки, регулюючої багато обмінних процесів в організмі, які у пацієнтів метаболічною хворобою з холециститом ще не вивчені.

Цілью роботи було вивчення стану імунітету, ферментативної активності і обмінних процесів у пацієнтів метаболічною хворобою (МБ) з холециститом після холецистектомії для корекції їх в передопераційний і реабілітаційний періоди.

Матеріал і методи дослідження. Під наглядом перебувало 35 пацієнтів МБ з супутнім хронічним безкам'яним холециститом. Чоловіків було 8, жінок – 27. Вік їх становив: до 40 років – 4 осіб, від 41 до 50 років – 11 осіб, від 51 і більше – 20 осіб. Довготривалість захворювання до 1 року була відзначена у 7% пацієнтів, від 1 до 5 років – у 27%, від 6 до 10 років – у 31%, від 11 років і більше – у 35% пацієнтів.

Більшість пацієнтів до операції перебували на амбулаторному, стаціонарному і санаторно-курортному лікуванні.

Незалежно від попередніх досліджень, всі госпіталізовані пацієнти були піддані клінічному дослідженню і лабораторно-інструментальним дослідженням, що дозволило точно встановити клінічний діагноз. Для уточнення соматичних захворювань приверталося консультанти різного профілю.

Клініка холециститів відрізнялася різноманітністю форм і різною ступенем вираженості найбільш типових її проявів. До прийому в клініку у 19% пацієнтів первинне визначення холециститу було випадковою знахідкою при обстеженні їх по інших причинах.

Хронічні безкам'яні холециститу в період загострення супроводжувалися у більшості пацієнтів підвищенням температури, болювим синдромом, іноді з

желчной коликой, диспепсией, вегетативно-невротическим синдромом, холецистопанкреатитом, холецисто-коронарным синдромом, лейкоцитозом со сдвигом влево, увеличением СОЭ, положительными острофазными реакциями. На ЭКГ, особенно у пациентов с холецисто-коронарным синдромом и у пожилых людей, отмечались умеренные диффузные изменения в миокарде, гипертрофия желудочков и у многих - ишемия и гипоксия миокарда, нарушение ритма и проводимости в сердце.

Холецистэктомии проводили лапароскопическим методом с использованием карбоксиперитонеума и механического подъемника брюшной стенки – зонтичного лапаролифта, разработанного одним из авторов этой статьи (Дудченко М. А., патент № 26235 от 10.09.07). При выполнении операции учитывали абсолютные и относительные ограничения использования карбоксиперитонеума, который оказывает многостороннее отрицательное воздействие на целый ряд систем жизнеобеспечения организма [1,2,5,6].

Тем пациентам, которым карбоксиперитонеум противопоказан, для выполнения лапароскопической холецистэктомии применяли механический подъемник. Показаниями к безгазовой лапароскопической холецистэктомии с помощью зонтичного лифтинга включали пациентов с ожирением III-IV степени, с сердечно-сосудистой патологией и дыхательной недостаточностью, а также возрастную группу старше 60 лет.

Лабораторные и биохимические анализы проводили по общепризнанным методам исследования, которые широко описаны в литературе.

Результаты исследования и их обсуждение. К настоящему времени предложено большое количество клинко-анатомических классификаций воспаления желчного пузыря [4]. В наших наблюдениях у оперированных больных хроническим бескаменным холециститом установлены: катаральный (Зчел), деструктивный (2Зчел) и флегмонозный холециститы (9чел).

При катаральном холецистите отмечались увеличение в размерах пузыря, отечность его стенок, гиперемия желчного пузыря с наличием в нем мутной жидкости. Микроскопически определяли отек, полнокровие, лейкоцитоз, инфильтрацию слизистого и подслизистого слоев.

Хронический деструктивный холецистит характеризовался уменьшением в размерах желчного пузыря, с нахождением в просвете мутной желчи. Стенки пузыря утолщены, сероза часто спаяна с сальником, двенадцатиперстной кишкой, желудком. Наблюдались выраженные морфологические изменения во всех слоях желчного пузыря. Слизистая оболочка, как правило, изъязвлена с образованием грануляций, местами заменена рубцовой тканью. Мышечный слой при длительном течении заболевания истончен, резко выражен миофиброз, что приводило к нарушению сократительной функции желчного пузыря. Утолщена и склерозирована наружная оболочка желчного пузыря. В некоторых случаях желчный пузырь представлял собой склерозированный и деформированный мешочек.

При флегмонозном холецистите желчные пузыри были увеличены в размере, резко напряжены, стенки их утолщены, покрыты фибрином, зелеными пятнами. Микроскопически вся стенка инфильтрирована лейкоцитами, иногда происходило отслоение слизистой оболочки. В просвете пузыря - мутная жидкость, гной.

Сопоставляя морфологические изменения с клинической картиной холецистита четко вырисовывается зависимость проявления течения болезни от выраженности воспалительного процесса в желчном пузыре, длительности заболевания, вовлечения в патологический процесс печени, желчных протоков.

У пациентов пожилого возраста часто наблюдалось несоответствие между клинической картиной и патологическими изменениями в желчном пузыре и чаще развивались жизненно опасные осложнения.

Сроки лечения в стационарах и длительность общей нетрудоспособности у пациентов, которым лапароскопическая холецистэктомия была проведена с зонтичным лапаролифтингом наполовину было меньше, чем у лиц при применении карбоксиперитонеума.

Что касается изменений в лабораторно – биохимических показателях и инструментальных исследованиях, то после оперативных вмешательств, наряду с улучшением клинических проявлений болезни, отмечались положительные сдвиги в сторону уменьшения или нормализации их величин.

Существенным является изменение гомеостаза у исследуемых пациентов до операции и после оперативных вмешательств спустя 7-10 дней.

У пациентов МБ с холециститами имеет место снижение всех показателей иммунитета по сравнению с контрольной группой здоровых лиц. После проведенной холецистэктомии наблюдается повышение в показателях иммунитета: Т – лимфоцитов на 13,4%, В- лимфоцитов - на 11,1%, Ig А- на 13,3%, Ig М-на 17,7%, Ig G- на 10,9%, ЦИК- на 16,2%, что свидетельствует о постепенном улучшении иммунитета у пациентов после холецистэктомии.

Содержание печеночных ферментов в сыворотке крови пациентов увеличивалось с понижением антиоксидантного фермента церулоплазмينا по сравнению с контрольной группой здоровых людей. После проведения холецистэктомии отмечается понижение содержания ферментов в сыворотке крови : АлАт на 32,1%, АсАт – на 11,2%, ЛДГ – на 7,8%, щелочная фосфатаза – на 41,8%, с повышением количества церулоплазмينا на 18,9%. Приведенные данные говорят о том, что при заболеваниях желчных путей, как единой гепатопортобилиарной системы, имеет место изменение ферментативной активности в результате возникновения патофизиологических процессов в печени, обусловленных холестазом и патологическими веществами в желчи, за счет нарушения обмена веществ.

У пациентов нарушается липидный обмен в сторону повышения отдельных его компонентов в крови с послеоперационным их снижением: общие липиды на 12,6%; общий холестерин – на 11,8%; β-липопротеиды – на 9,3%; фосфолипаза – на 24,3%; триглицериды – на 11,9% , что свидетельствует о существенной реакции печени на воспалительный процесс в билиарной системе.

Происходит достоверная активность антиоксидантных факторов с послеоперационным понижением в сыворотке крови их концентрации : малонового диальдегида на 41,8% , диеновых конъюгат – на 32,7%; перекисной резистентности эритроцитов – на 45,6% , с повышением ферментов супероксиддисмутаза на 47,1% , что говорит не только о патологической перестройке липопероксидации, но и об истощении механизмов естественной антирадикальной защиты.

О дискоординации в свертывающей и противосвертывающей системах крови свидетельствуют :

- повышение времени лизиса эуглобулинового сгустка на 21,1% ; протромбинового времени – на 15,6% ; фибриногена – на 14,9% ; антитромбина III – на 11,9%;

- понижение времени рекальцификации на 15,6% , этанолового теста на 7 и фибриногена В на 14 показателей. Приведенные данные показывают о выравнивании системы гемокоагуляции после холецистэктомии.

Как свидетельствуют более подробные исследования, при использовании механического фиксатора брюшной стенки для увеличения объема абдоминальной полости, способствующего успешным манипуляциям хирурга во время выполнения операции при эндовидеолапароскопической холецистэктомии, все изучаемые данные были лучше, по сравнению с карбоксиперитонеумом, хотя группа пациентов, которым применяли зонтичный лапаролифтинг, была значительно тяжелее по сравнению с пациентами МБ с холециститами.

Таким образом, результаты исследования обменных процессов клеточного и гуморального иммунитета и других физиологических констант свидетельствуют о существенных изменениях в организме пациентов МБ с холециститами.

Выводы

1. Исследования гомеостаза у пациентов МБ с холециститами свидетельствуют о выраженных гемореологических и обменных изменениях в их организме, которые имеют тенденцию к нормализации после холецистэктомии (нормализация иммунитета, ферментативной активности, липидного обмена, перекисного окисления, гемокоагуляции и фибринолиза).

2. Указанные показатели могут быть использованы в прогнозировании заболеваний билиарной системы, обострений болезни, эффективности консервативного и хирургического лечения.

Перспективы дальнейших исследований. Проведенные исследования показали необходимость продолжения изучения этой проблемы с целью возможности использования комплекса лечебных средств для предоперационной подготовки и реабилитации послеоперационных пациентов МБ, направленных на успешное выздоровление оперированных и профилактики возникновения постхолецистэктомического синдрома.

Литература

1. Грубник В.В., Ильяшенко В.В., Мельниченко Ю.А. Возможности выполнения лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите. // Клінічна хірургія. – 1995. - №4. – С. 7-9.
2. Иваненко В.В., Скворцов К.К., Скворцов К.К.(млад.). К вопросу об отношении к конверсии в лапароскопической хирургии желчнокаменной болезни. // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. – 1999. – Т.3. - №3. – С.52.
3. Козырев М.А. Заболевания печени и желчных путей. – Минск. – 2002. – 250с.
4. Королев Б.А., Корепанова Н.В., Козырева Д.Ф. Безкаменный холецистит как проблема хирургическая. // Вест. хирургии им.Грекова. – 1985. - №3. – С.119-122.
5. Ничитайло М.Е., Дьяченко В.В., Литвиненко А.Н. Уроки лапароскопической холецистэктомии. // Клінічна хірургія. – 2001. - №10. – С.6-9.
6. Williams O.L., Vellacott K.D. Selective operative cholangiography and perioperative emlo-Hopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) during laparoscopic cholecystectomy I viable option for choledocholithiasis. // Surg. Endosc – 2002. – Vol. 16. - №3. - P.465-467.

Реферати

ГОМЕОСТАЗ У ПАЦІЄНТІВ МЕТАБОЛІЧНОЮ ХВОРОБОЮ (СИНДРОМОМ) З ХОЛЕЦИСТИТАМИ ДО ОПЕРАЦІЇ І ПІСЛЯ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ

Дудченко М.О., Байдо С.В., Дудченко М.А., Третяк Н.Г., Петренко В.А., Ровинська А.И.

Під наглядом перебувало 35 пацієнтів МХ з холециститом. Холецистектомії проводили лапароскопічним методом.

Дослідження виявили виражені гемореологічні та обмінні зміни у пацієнтів МХ. Після холецистектомії імунітет, ферментативна активність, ліпідний обмін, перекисне окислення, гемокоагуляція і фібриноліз мають тенденцію до нормалізації після холецистектомії.

Ключові слова: гомеостаз, метаболічна хвороба, лапароскопічний метод, холецистектомія.

HOMOEOSTASIS OF PATIENTS BY METABOLIC ILLNESS (SYNDROME) WITH CHOLECYSTITIS BEFORE OPERATION AND AFTER CHOLECYSTECTOMY

Dudchenko M.A., Baydo S.V., Dudchenko M. A., Tretyak N., Petrenko V., Rovinskaya A.I.

Under supervision there were 35 patients of MI with cholecystitis. Cholecyst-ectomy conducted by laparoscopic method.

Researches are set expressed haemoreologic and exchange changes of the patients with MI. After cholecystectomy immunity, enzymatic activity, lipid exchange, peroxidation, haemocoagulation and fibrinolysis, have a tendency to normalization after cholecystectomy.

Keywords: homoeostasis, metabolic illness, laparoscopic method, cholecystectomy.

УДК 616.12-008.331.1:616.74-008.9]-084

ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ДОМИНАНТЫ МЫШЕЧНОГО МЕТАБОЛИЗМА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

М.П. Кириченко

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

Лечение больных артериальной гипертензией (АГ) требует тщательно разработанного и адекватного подхода к немедикаментозным методам контроля артериального давления (АД) [1-10].

В клинической практике все чаще встречаются пациенты с нечетко выраженной клинической картиной АГ, у которых зачастую отсутствуют гемодинамически и морфологически значимые поражения [4, 6, 8-10]. Особенно это касается лиц молодого возраста с выраженным статическим мышечным перенапряжением [1, 2, 5, 9, 11]. У них