

Янин Е.Л., Аутлев К.М., Кручинин Е.В., Носков В.С.

Лечение желчнокаменной болезни у больных с метаболическим синдромом

ГБОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, г. Тюмень

Yanin E. L., Autlev K.M., Kruchinin E.V., Noskov V.S.

Treatment of biliary stone illness patients with methabolic syndrome

Резюме

В данном исследовании представлен новый подход выбора оперативного пособия при желчнокаменной болезни, отражающий необходимость комплексной оценки метаболического статуса пациента.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, метаболический синдром, билиопанкреатическое шунтирование, холецистэктомия

Summary

This research is represent a new approach of a choice of operation handout at biliary stone illness, reflecting indispensability of a complex assessment of the metabolic status of the patient.

Key words: biliary stone illness, methabolic syndrome, biliopancreatic shunting, cholecystectomy

Введение

Желчнокаменная болезнь является одним из наиболее распространенных заболеваний органов пищеварительной системы. Основной проблемой современного общества является ожирение, которое в России констатируется у 25% трудоспособного населения. С увеличением распространенности ожирения прямолинейно растет количество больных желчнокаменной болезнью, среди которых 2-6% страдают морбидным ожирением. Продолжительность жизни при морбидном ожирении сокращается в среднем на 7-10 лет [2, 3]. В зависимости от величины ИМТ индекса массы тела определяют степень ожирения и риск ассоциированных заболеваний. Важное прогностическое значение в отношении развития сахарного диабета 2 типа и сердечно-сосудистых заболеваний имеет не только ожирение как таковое и его степень, но и характер распределения жира в организме. Повышенное накопление висцерального жира – основной фактор риска сопряженных с ожирением метаболических заболеваний и маркер метаболического синдрома. Последний представляет собой совокупность кардиометаболических факторов риска, приводящих в конечном счете к развитию сахарного диабета второго типа и сердечно-сосудистым заболеваниям. Очевидна мировая тенденция увеличения частоты заболеваемости желчнокаменной болезнью и роста послеоперационных осложнений у больных, страдающих желчнокаменной болезнью, морбидным ожирением с клиническими проявлениями заболеваний, трактуемых как проявление метаболического синдрома [1, 2].

Цель исследования - оценить эффекты операции билиопанкреатического шунтирования у пациентов желчнокаменной болезнью и метаболическим синдромом.

Задачи исследования:

1. Установить виды оперативных вмешательств для лечения желчнокаменной болезни у пациентов с морбидным ожирением.
2. Разработать алгоритм выбора способа оперативного лечения у больных желчнокаменной болезнью с морбидным ожирением

Материалы и методы

Аналізу подверглись медицинские карты стационарных пациентов и карты амбулаторных больных за 2007-2011 годы, находившихся на стационарном лечении по поводу хронического калькулезного неосложненного холецистита. Объектом настоящего исследования явились 2398 больных с калькулезным холециститом в возрасте от 18 до 65 лет, 297 мужчин и 2101 женщин. Для верификации желчнокаменной болезни всем пациентам проведено ультразвуковое исследование органов брюшной полости. Из них 309 пациентов имели развернутую клинику метаболического синдрома, для верификации которого использовались критерии «Национальных рекомендаций по метаболическому синдрому» (2009 года), включавшие наличие абдоминального ожирения, повышение уровня триглицеридов, низкий уровень холестерина липопротеинов высокой плотности, повышенный уровень холестерина липопротеинов низкой плотности, артериальной гипертензии, а также повышенной гликемии натощак. Наличие метаболического синдрома

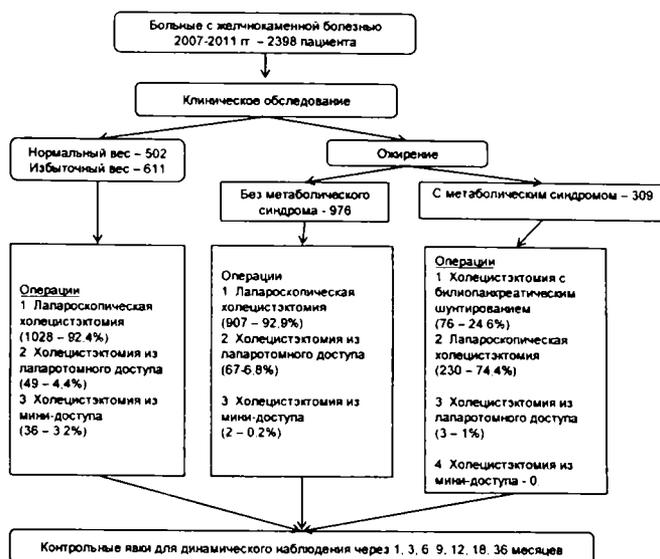


Рисунок 1. Алгоритм лечения желчнокаменной болезни в зависимости от степени ожирения и наличия метаболического синдрома

устанавливалось при обнаружении у больного трех из перечисленных критериев. Однако ключевым являлась диагностика выраженного ожирения абдоминального типа с индексом массы тела более 40 кг/м².

В представленном алгоритме ведения и обследования (рисунок №1) все пациенты желчнокаменной болезнью распределялись по трем группам в зависимости от массы тела и наличия метаболического синдрома.

Результаты и обсуждение

Нормальная масса (индекс массы тела 22-28 кг/м²) выявлена у 1113 пациентов. Большинство пациентов имело избыток массы тела и ожирение – 1285 пациентов. При этом максимальный индекс массы тела в группе обследованных составил 76,4 кг/м². Морбидное ожирение (индекс массы тела 40 кг/м² и более) было у 258 пациентов – все они страдали метаболическим синдромом. В группе обследованных с ожирением 3 ст (индексом массы тела 35-40 кг/м²) метаболический синдром выявлен не у всех, а у 51 пациента. Таким образом, пациентов желчнокаменной болезнью с метаболическим синдромом выявлено в данном исследовании 309.

Для данной группы пациентов характерно развитие большого количества заболеваний - компонентов метаболического синдрома. Встречаемость заболеваний представлена в таблице №1.

Пациенты являются тяжело больными людьми, часть из них имеют инвалидность по соматической патологии. Данной группе пациентов выполнение только холецистэктомии считаем недостаточным вмешательством. Пациентам желчнокаменной болезнью на фоне метаболического синдрома нами предлагалась и при согласии больного выполнялась операция холецистэктомии с билиопанкреатическим шунтированием.

В результате операции холецистэктомии с билиопанкреатическим шунтированием уменьшаются проявления ассоциированной патологии (таблица №2). При этом отмечается полная компенсация сахарного диабета 2 типа, артериальной гипертензии через год после операции и уменьшение выраженности поражения опорно-двигательного аппарата в виде артроза коленных суставов и остеохондроза позвоночника.

При исследовании качества жизни у пациентов желчнокаменной болезнью с метаболическим синдромом после операции холецистэктомии с билиопанкреатическим

Таблица 1. Характеристика сопутствующей патологии у больных желчнокаменной болезнью с метаболическим синдромом

Сопутствующие заболевания	Больные с морбидным ожирением (n=309)	%
Сахарный диабет 2 типа	167	54
Нарушение гликемии натощак	207	67
Артериальная гипертензия	302	97,7
Остеохондроз позвоночника	186	60,2
Артроз коленных суставов	112	36,2
Жировой гепатоз	309	100
ЯБЖ, вне обострения	16	5,2
Подагра	23	7,4

Таблица 2. Выраженность ассоциированной патологии у больных желчнокаменной болезнью и метаболическим синдромом после операции холецистэктомии с билиопанкреатическим шунтированием

Сопутствующие заболевания	Пациенты желчнокаменной болезнью с морбидным ожирением, перенесшие операцию билиопанкреатического шунтирования (n=76)		Пациенты желчнокаменной болезнью с морбидным ожирением, перенесшие операцию холецистэктомии без бариатрического компонента (n=233)	
	До операции	Через 1 год после операции	До операции	Через 1 год после операции
Сахарный диабет 2 типа, нарушение гликемии натощак	52 (57,9%)	0	155 (66,5%)	142 (60,9%)
Артериальная гипертензия	74 (97,4%)	2 (0,6%)	228 (97,9%)	230 (98,7%)
Остеохондроз позвоночника	45 (59,2%)	13 (4,2%)	141 (60,5%)	145 (62,2%)
Артроз коленных суставов	28 (36,8%)	2 (0,6%)	84 (36,1%)	84 (36,1%)
Подагра	6 (7,9%)	0	17 (7,3%)	18 (7,7%)

шунтированием (76 случаев) в сравнении с пациентами желчнокаменной болезнью с метаболическим синдромом после холецистэктомии без бариатрического компонента (233 случая) установлено достоверное улучшение качества жизни через 1 год по всем параметрам после операции холецистэктомии с билиопанкреатическим шунтированием. Показатели качества жизни после холецистэктомии без бариатрического компонента изменений не претерпели.

Улучшение качества жизни обусловлено достоверным улучшением основных показателей жизнедеятельности и метаболических процессов в организме больных после операции билиопанкреатического шунтирования. Эффекты операции сохраняются навсегда, а так же операция позволяет жить оперированным больным в дальнейшем без ограничений в пищевом рационе, что создаст психологический комфорт.

Выводы

1. У пациентов желчнокаменной болезнью с морбидным ожирением на фоне метаболического синдрома операций выбора является холецистэктомия с билиопанкреатическим шунтированием, а при отказе - выполняется лапароскопическая холецистэктомия.

2. При развитии метаболического синдрома на фоне морбидного ожирения у больных с желчнокаменной болезнью операцией выбора является холецистэктомия с билиопанкреатическим шунтированием, что приводит к компенсации клинических проявлений метаболического

синдрома, и к уменьшению риска возникновения поздних послеоперационных осложнений.

3. Разработан алгоритм выбора способа оперативного лечения больных желчнокаменной болезнью в зависимости от степени ожирения, проявлений метаболического синдрома.

4. В результате оперативного лечения желчнокаменной болезни у пациентов с морбидным ожирением отмечается возрастание качества жизни при всех способах хирургического лечения, однако необходимо отметить, что колоссальное возрастание качества жизни наблюдается у пациентов перенесших операцию холецистэктомии с билиопанкреатическим шунтированием.■

Янин Е.Л. – к.м.н., доцент кафедры факультетской хирургии ГБОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Тюмень; Аутлев К.М. – д.м.н., профессор кафедры госпитальной хирургии ГБОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Тюмень; Кручинин Е.В. – к.м.н., ассистент кафедры факультетской хирургии ГБОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Тюмень; Носков В.С. – аспирант кафедры госпитальной хирургии ГБОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Тюмень; Автор, ответственный за переписку - Кручинин Евгений Викторович, 625023, г. Тюмень, ул. Котовского, 55, тел. раб. (3452) 90-01-91; сот. 8-912-926-82-43, e-mail: 900191@mail.ru

Литература:

1. Бутрова С.А. Современные возможности и перспективы терапии метаболического синдрома / Трудный пациент / 2007 – 6-7; 31-34.
2. Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Романцова Т.И. Патогенетические аспекты ожирения / Ожирение и метаболизм / 2004 – 1; 3-9.
3. Яшков Ю.И. Эффективность хирургических методов лечения ожирения при сахарном диабете II типа / Хирургия / 2000 – 12; 49-54
4. Ertel W. The abdominal compartment syndrome / W. Ertel, O. Trentz // Der Unfallchirurg 2001. – Vol. 7. – P. 560-568.
5. Janiszewski P.M. Physical activity in the treatment of obesity: beyond body weight reduction / P.M. Janiszewski, R. Ross // Appl Physiol Nutr Metab. – 2007. – Vol. 32. – P. 512-522.