КЛІНІЧНА ТА ПРОФІЛАКТИЧНА МЕДИЦИНА

DOI 10.31718/2077-1096.21.3.42

УДК 616.366-013.5-069.87

Аббасалиев Р. Б.

ИНФОРМАТИВНОСТЬ СРАВНИТЕЛЬНОЙ ОЦЕНКИ ОБЩЕКЛИНИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПАЦИЕНТОВ С ДЕСТРУКТИВНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Азербайджанский Медицинский Университет, г. Баку, Азербайджан

Цель. Сравнительная оценка клинических проявлений течения деструктивного калькулёзного холецистита до оперативного вмешательства. Методы. В исследовании приняли участие 86 пациентов с деструктивным холециститом (55 из них были представители женского пола и 31 мужского). 18 пациентов с деструктивным холециститом (1 группа), и 14 здоровых людей (контрольная группа). Пациентам с холециститом была выполнена холецистэктомия. 48 пациентам оперативные вмешательства были осуществлены открытым способом, а 38 - закрытым. Из 86 пациентов у 54 в развитии холецистита сыграли роль желчные камни, у 15 человек флегмона, у 11 человек гангрена, у 4 человек полипы и у 2 человек гипертрофия желчного пузыря. При группировании пациентов по возрасту и полу были выявлены различные сопутствующие заболевания и осложнения холецистита. Возрастные группы составили: 18-25, 26-40, 41-60 и 61-75 лет. В ходе исследования были определены количественные показатели различных ферментов в образцах крови пациентов с деструктивным холециститом, и контрольной группы. Результаты исследования и их обсуждение. Из 18 пациентов с данной проблемой 13 имели местный перитонит, 2 - частичную кишечную непроходимость и 3 - механическую желтуху, что составляет 15,1%, 2,3% и 3,5% пациентов с холециститом, включенных в общее исследование. Проведенный метаанализ еще раз показал связь между высоким уровнем распространенности заболеваний желчевыводящих путей, в частности, желчнокаменной болезни и наличием сахарного диабета. Исследования показали, что в среднем у 25% лиц, страдающих проблемами, связанными с патологиями желчевыводящих путей, диагностировали артериальную гипертензию. Выводы. В результате исследования установлено, что среди всех пациентов, перенесших холецистэктомия, были диагностированы различные предоперационные осложнения, но чаще других выявлялся местный перитонит. Сахарный диабет на фоне нарушения моторики или тонуса кишечника, желчных протоков и самого желчного пузыря приводит к холестазу и воспалению желчного пузыря.

Ключевые слова: биохимический маркер, деструктивный холецистит, диагностика, ферменты.

Введение

В последние годы отмечается тенденция к увеличению уровня распространенности болезней желчного пузыря и желчных путей, приобретающих на фоне общего процесса омоложения болезни значение социальной проблемы во всем мире. При устойчивой тенденции к росту показателей заболеваемости, увеличивается и число хирургических вмешательств по поводу холелитиаза [1, 2].

Несмотря на значительные достижения в исследовании этиопатогенеза, диагностики, принципов лечения и профилактики описанных осложнений холедохолитиаза, уровень летальности при данных состояниях остаётся высоким [3, 4]. Нарушения функционирования иммунной системы являются одним из основных факторов, влияющих на частоту развития осложнений у обследуемых больных. Результаты исследований свидетельствуют о выраженном нарушении иммунного статуса [5]. Определение уровня и степени поражения им-

мунной систем является одним из важнейших этапов в подборе препаратов для иммуннокорригирующей терапии.

Однако до настоящего времени в существующих протоколах и стандартах лечения деструктивного холецистита, редко встречаются патогенетически обоснованные и эффективные фармакологические способы коррекции иммунно-метаболических нарушений [6, 7, 8]. Широко применяемые лабораторные методы исследования не всегда полной мере компенсируют дефицит клинической информации. А рост заболеваемости, например, острым калькулёзным холециститом и относительное увеличение числа пациентов с серьёзной сопутствующей патологией, предопределяют важность и своевременность совершенствования некоторых диагностических и лечебных аспектов по поводу решения данной проблемы [9, 10, 11].

Цель исследования

Сравнительная оценка клинических проявлений течения деструктивного калькулёзного холецистита до оперативного вмешательства

Материалы и методы исследования

В исследовании приняли участие 86 пациентов с деструктивным холециститом, находящихся на лечении в Хирургической Клинике Азербайджанского Медицинского Университета. Контрольную группу составили 14 практически здоровых людей.

Исследования выполнены с соблюдением основных положений «Правил этических принципов проведения научных медицинских исследований с участием человека», утвержденных Хельсинской декларацией (1964-2013 гг.), ICH GCP (1996 г.), Директивы ЕЭС № 609 (от 24.11.1986 г.). Все участники были осведомлены о целях, организации, методах исследования, и подписали информированное согласие на участие в нем, также приняты все меры для обеспечения анонимности пациентов.

Пациентам с холециститом была выполнена холецистэктомия. 48 пациентам оперативные вмешательства были осуществлены открытым способом, а 38 - закрытым. Из 86 пациентов у 54 в развитии холецистита сыграли роль желчные камни, у 15 человек флегмона, у 11 человек гангрена, у 4 человек полипы и у 2 человек гипертрофия желчного пузыря. Что касается половой принадлежности пациентов, то 55 из них были представители женского пола и 31 мужского.

При группировании пациентов по возрасту и

полу среди были выявлены различные сопутствующие заболевания и осложнения холецистита. Возрастные группы составили: 18-25, 26-40, 41-60 и 61-75 лет.

Статистическая обработка полученных данных включала вычисление средних арифметических величин (М) и ошибку репрезентативности средней арифметической (m). В работе использовали методы непараметрической статистики. Достоверными считали различия между сравниваемыми рядами с уровнем вероятности 95% ($p < 0.05$). Статистическая обработка результатов, полученных в ходе исследования, проводилась с помощью прикладной компьютерной программы Statistica 7.0.

Результаты исследования и их обсуждение

Из 86 больных холециститом холецистэктомия была выполнена традиционным способом в 48 случаях, что составляет 55,8% соответствующего контингента. У 38 пациентов холецистэктомия была выполнена «закрыто», то есть лапароскопическим методом, что составило 44,2% от общего числа пациентов с холециститом, вовлеченных в исследования.

При ретроспективном анализе проведенных оперативных вмешательств и полученных результатов у 54 больных холециститом были обнаружены камни в желчном пузыре, которые стали причиной развития патологических изменений, что составляло 62,8% случаев. В связи с флегмоной желчного пузыря количество пациентов, которым была проведена холецистэктомия, составило 15, то есть 17,4% (табл. 1).

Таблица 1
Основные причины холецистэктомии у пациентов, (n=86)

Основные показания к выполнению холецистэктомии (n=86)	Камни желчного пузыря	Флегмона	Гангрена	Полипоз	Чрезмерная гипертрофия
Абс.	54	15	11	4	2
%	62,8	17,4	12,8	4,7	2,3

Число пациентов, перенесших холецистэктомию по причине диагностирования гангрены желчного пузыря, составляет 11 человек - 12,8% от общего числа обследованных. Необходимо отметить, что гангренозный холецистит чаще выявлялся у больных сахарным диабетом. У 4,7% (4) пациентов, перенесших холецистэктомию, проблема была связана с наличием полипа желчного пузыря. У 2 пациентов, которые составили 2,3% от общего числа обследуемых пациентов, из-за чрезмерной гипертрофии желчного пузыря и полного закрытия просвета также выполнялось хирургическое лечение.

При гендерном анализе всех пациентов, перенесших холецистэктомию (n=86), из общего числа больных холециститом 55 составили женщины и 31 лица мужского пола, что составило соответственно 64 и 36%. После прове-

дения анализа историй болезни пациенты были распределены также по возрастным группам. Так, среди пациентов, перенесших холецистэктомию, количество больных в возрастном диапазоне 18-25 лет составило всего 3 человека. 24,4% оказалось число пациентов, перенесших холецистэктомию, в возрасте от 26 до 40 лет.

Число пациентов в возрасте 41-60 лет, которым выполнялась аналогичное вмешательство, составило 37 или 43% от общего числа всех пациентов с исследуемой патологией гепатобилиарной системы (табл. 2). Число пациентов, перенесших холецистэктомию в возрасте от 61 до 75 лет, составило 25, то есть 29,1%. В целом, при анализе возрастных групп пациентов, перенесших холецистэктомию, самый высокий показатель был зафиксирован в возрастной группе 41 - 60 лет (43%).

Таблица 2

Возрастные группы пациентов, перенесших холецистэктомию (n=86)

Возраст	18-25 лет	26-40 лет	41-60 лет	61-75 лет
Абс.	3	21	37	25
%	3,5	24,4	43	29,1

Таблица 3

Анализ частоты предоперационных осложнений (n=86)

Без предоперационных осложнений		С предоперационными осложнениями	
Абс.	%	Абс.	%
		18	20,9
68	79,1	В том числе	Абс.
		Местный перитонит	13
		Частичная кишечная непроходимость	2
		Механическая желтуха	3
			%
			15,1
			2,3
			3,5

У 18 пациентов, перенесших холецистэктомию, были диагностированы различные предоперационные осложнения. Из 18 пациентов с данной проблемой 13 имели местный перитонит, 2 - частичную кишечную непроходимость и 3 - механическую желтуху, что составляет 15,1%, 2,3% и 3,5% пациентов с холециститом, включенных в общее исследование (табл. 3). Как видно, наиболее частым осложнением холецистита, выявленным в ходе клинических наблюдений, является местный перитонит.

В результате исследования из 86 пациентов, перенесших холецистэктомию по поводу деструктивного холецистита, у 81,4% от общего количества пациентов не было выявлено каких-либо серьезных сопутствующих общесоматических заболеваний. Только у 16 человек было зарегистрировано наличие различных сопутствующих патологий, что составило 18,6%. Таким образом, у 8 из 16, то есть 9,3% оперированных пациентов ранее был диагностирован сахарный диабет.

Проведенный метаанализ еще раз показал связь между высоким уровнем распространенности заболеваний желчевыводящих путей, в частности, желчнокаменной болезни и наличием сахарного диабета. Например, согласно од-

ной теории, люди с диабетом 2 типа часто весят больше нормы и страдают от ожирения, что может привести к дистрофическим изменениям в печени и образованию камней в желчном пузыре.

При ожирении увеличивается уровень секреции холестерина с желчью, что приводит к утолщению стенок желчного пузыря и, как следствие, постепенному формированию конкрементов. Кроме того, на фоне развития диабета повышается уровень триглицеридов, которые играют немаловажную роль в образовании камней в желчном пузыре.

Согласно другой теории, сахарный диабет вызывает диабетическую невропатию, которая приводит к нарушению моторики или тонуса кишечника, желчных протоков и самого желчного пузыря, что в конечном итоге приводит к холестазу и воспалению желчного пузыря. Кроме того, на фоне неврологических нарушений ослабляется секреция желчного пузыря из желчного пузыря, что приводит к повышению вязкости желчи в желчном пузыре.

В исследовании холецистита у 3 пациентов, перенесших холецистэктомию, была диагностирована артериальная гипертония, что составило 3,5% от общего числа изученных нами больных холециститом (табл. 4).

Таблица 4

Анализ частоты встречаемости сопутствующих заболеваний у пациентов (n=86)

Без сопутствующих заболеваний		С сопутствующими заболеваниями	
Абс.	%	Абс.	%
		16	18,6
70	81,4	В том числе	Абс.
		Сахарный диабет	8
		Гипертония	3
		Ожирение III степени	1
		Паховая грыжа	1
		Левосторонний плеврит	1
		Фибромиома матки	2
			%
			9,3
			3,5
			1,2
			1,2
			1,2
			2,3

Артериальная гипертензия или артериальная гипертония - это состояние, при котором артериальное давление превышает 140/90 мм рт.ст. У обследуемых пациентов выделяли следующие степени или стадии артериальной гипертонии: 1-я степень или стадия 140 / 90-159 / 99 мм рт. ст., 2-я степень или стадия 160 / 100-179 / 109 мм рт. ст. и 3-я степень или ста-

дия $\geq 180 / \geq 110$ мм. рт. ст.

Исследования показали, что в среднем у 25% лиц, страдающих проблемами, связанными с патологиями желчевыводящих путей, диагностировали артериальную гипертонию. Факторами риска развития сердечно-сосудистых заболеваний являются жизненные устои и привычки, а по другим данным для их

розвитку, в том числі для розвитку гіпертензії важно наявність захворювань жовчовивідних шляхів і, навпаки, передбачається наявність можливої ролі артеріальної гіпертензії в формуванні захворювань гепатобіліарної системи, зокрема, холециститу.

По результатах дослідження серед пацієнтів, перенеслих холецистектомію (n=86), тільки 1 людина страждала ожирінням III ступеня, що становить 1,2% від загальної кількості хворих. Ожиріння - одна з найпоширеніших патологій, ступінь якої визначається індексом маси тіла (ІМТ). Ожиріння або надмірна вага є фактором ризику захворювань жовчовивідних шляхів, включаючи утворення каменів в жовчному бульбашку, що частіше зустрічається у жінок, ніж у чоловіків [5].

Висновки

Серед усіх пацієнтів, перенеслих холецистектомію, були діагностовані різні передопераційні ускладнення, але частіше виявлявся місцевий перитоніт. Сахарний діабет на фоні порушення моторики або тонуса кишечника, жовчних протоків і самого жовчного бульбашка призводить до холестази і запаленню жовчного бульбашка.

Перспективи подальших досліджень

Подальші дослідження, включаючи комбінацію ретельно зібраного анамнезу, цінні багатоцентрові проспективні дослідження для оцінки різних факторів ризику, таких як ступінь місцевого запалення і загальний стан пацієнтів, аналіз неоднорідності пацієнтів і індивідуальний підхід до тактики комплексного лікування можуть бути

важкою основою для точного своєчасного діагнозу і зменшення кількості інтра- і післяопераційних ускладнень при лікуванні хворих з гострим деструктивним холециститом.

Література

1. Acar T, Kamer E, Acar N, Atahan K, Bağ H, Hacıyanlı M, et al. Laparoscopic cholecystectomy in the treatment of acute cholecystitis: comparison of results between early and late cholecystectomy. *Pan Afr Med J*. 2017 Jan 31; 26: 49-52.
2. American Liver Foundation. Liver Function Tests NY: American Liver Foundation; 2017. [updated 2016 Jan 25; cited 2021 Sep 18]. Available from: <https://liverfoundation.org/>
3. Kurbanov DM, Rasulov NI, Ashurov AS. Oslozheniya laparoskopicheskoy holecistektomii [Complications of laparoscopic cholecystectomy]. *Novosti hirurgii*. 2014; 3(22): 366-373. (Russian)
4. Goh JC, Tan JK, Lim JW, Shridhar IG, Madhavan K, Kow AW. Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: an analysis of early versus delayed cholecystectomy and predictive factors for conversion. *Minerva Chir*. 2017 Dec; 72(6): 455-463.
5. Behar J. Physiology and Pathophysiology of the Biliary Tract: The Gallbladder and Sphincter of Oddi - A Review. *ISRN Physiology*. 2013; 2013: Article ID 837630.
6. Kamyshnikov VS. Kliniko-laboratornaya diagnostika zabolevanij pecheni [Clinical Laboratory Diagnostics of Liver Diseases]. M: MEDpress-inform; 2013. 96 p. (Russian)
7. Sovcov SA, Prilepina EV. Vozmozhnosti uluchsheniya rezul'tatov lecheniya ostrogo holecistita [Opportunities to improve the results of the treatment of acute cholecystitis]. *Hirurgija. Zhurnal im NI Pirogova*. 2015; 2: 50-55. (Russian)
8. Ambe PC, Kaptanis S, Papadakis M, Weber SA, Jansen S, Zirnigbl H. The Treatment of Critically Ill Patients With Acute Cholecystitis. A Systematic Review and Metaanalysis Comparing Percutaneous Cholecystostomy and Cholecystectomy. *Dtsch Arztebl Int*. 2016 Aug; 113(33-34): 545-551.
9. Bharathy KGS, Borle D, Kumar N. Acute Calculous Cholecystitis With Intrahepatic Gallbladder Perforation. *JAMA Surg*. 2017 Apr 1; 152(4): 403-404.
10. Fagenholz PJ, Fuentes E, Kaafarani H, Cropano C, King D, de Moya M, et al. Computed Tomography Is More Sensitive than Ultrasound for the Diagnosis of Acute Cholecystitis. *Surgical Infections*. 2015; 16(5): 509-12.
11. Gurusamy KS, Rossi M, Davidson BR. Percutaneous cholecystostomy for high-risk surgical patients with acute calculous cholecystitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013; 8: CD007088.

Резюме

ІНФОРМАТИВНІСТЬ ПОРІВНЯЛЬНОЇ ОЦІНКИ ЗАГАЛЬНОКЛІНІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ПАЦІЄНТІВ З ДЕСТРУКТИВНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Аббасалієв Р. Б.

Ключові слова: біохімічний маркер, деструктивний холецистит, діагностика, ферменти.

Мета: порівняльна оцінка клінічних проявів перебігу деструктивного калькульозного холециститу до оперативного втручання. Методи. У дослідженні взяли участь 86 пацієнтів з деструктивним холециститом (55 жінок та 31 чоловік). 18 пацієнтів з деструктивним холециститом (1 група), і 14 здорових людей (контрольна група). Пацієнтам з холециститом була виконана холецистектомія. 48 пацієнтам оперативні втручання були здійснені відкритим способом, 38 - закритим. З 86 пацієнтів у 54 в розвитку холециститу зіграли роль жовчні камені, у 15 осіб - флегмона, у 11 осіб - гангрена, у 4 осіб - поліпи, у 2 осіб - гіпертрофія жовчного бульбашка. При групуванні пацієнтів за віком та статтю були виявлені різні супутні захворювання і ускладнення холециститу. Вікові групи склали: 18-25, 26-40, 41-60 і 61-75 років. В ході дослідження були визначені кількісні показники різних ферментів в зразках крові пацієнтів з деструктивним холециститом, і контрольної групи. Результати дослідження та їх обговорення. З 18 пацієнтів з даною проблемою 13 мали місцевий перитоніт, 2 - часткову кишкову непрохідність і 3 - механічну жовтяницю, що становить відповідно 15,1%, 2,3% і 3,5% пацієнтів з холециститом, включених в загальне дослідження. Проведений метааналіз показав зв'язок між високим рівнем поширеності захворювань жовчовивідних шляхів, зокрема жовчнокам'яної хвороби, і наявністю цукрового діабету. Дослідження показали, що в середньому у 25% осіб, які страждають проблемами, пов'язаними з патологіями жовчовивідних шляхів, діагностували артеріальну гіпертензію. Висновки. В результаті дослідження встановлено, що серед всіх пацієнтів, які перенесли холецистектомію, були діагностовані різні передопераційні ускладнення, але частіше за інших виявлявся місцевий перитоніт. Цукровий діабет на тлі порушення моторики або тонусу кишечника, жовчних

проток і самого жовчного міхура призводить до холестази і запалення жовчного міхура. Висновки. В результаті дослідження встановлено, що серед всіх пацієнтів, які перенесли холецистектомію, були діагностовані різні передопераційні ускладнення, але частіше за інших виявлявся місцевий перитоніт. Цукровий діабет на тлі порушення моторики або тонуусу кишечника, жовчних проток і самого жовчного міхура призводить до холестази і запалення жовчного міхура.

Summary

INFORMATIVE VALUE OF COMPARATIVE ASSESSMENT OF GENERAL CLINICAL INDICATORS IN PATIENTS WITH DESTRUCTIVE CHOLECYSTITIS

Abbasaliev R.B.

Key words: biochemical marker, destructive cholecystitis, diagnostics, enzymes.

Purpose: comparative assessment of clinical manifestations of the course of destructive calculous cholecystitis before surgical operation. **Methods.** The study involved 86 patients with destructive cholecystitis (55 women and 31 men). 18 patients with destructive cholecystitis made up group 1, and 14 healthy people formed the control group. Patients with cholecystitis underwent cholecystectomy. The age groups were as following: 18-25, 26-40, 41-60 and 61-75 years. Grouping patients by age and sex enabled to reveal related concomitant diseases and complications of cholecystitis. 48 patients underwent open cholecystectomy, and 38 had laparoscopic cholecystectomy. The study determined the quantitative parameters of various enzymes in blood samples from patients with destructive cholecystitis, and the control group. **Results.** Standard open cholecystectomy was performed on in 55.8% of cases; consequently, laparoscopic cholecystectomy was performed in 44.2% of cases. A retrospective analysis of the surgical interventions performed has demonstrated 54 (62.8%) patients had gallstones as a leading cause in the development of cholecystitis; 15 (17.4%) patients had phlegmon, 11 (12.8%) patients had gangrene, 4 (4.7%) patients had polyps, and 2 (2.3%) had gallbladder hypertrophy and complete closure of the lumen. 18 patients who underwent cholecystectomy, had developed various preoperative complications: 13 of them had local peritonitis, 2 patients had partial intestinal obstruction, and 3 were diagnosed as having mechanical jaundice. Local peritonitis was found out as the most common preoperative complication. 16 people had various comorbidities and made 18.6% of all patients. 8 (9.3%) out of 16 of the patients had diagnosis of diabetes mellitus. **Conclusion.** It should be noted that among all patients who underwent cholecystectomy, various preoperative complications were diagnosed, but local peritonitis was the commonest one. Diabetes mellitus against the background of impaired motility or tone of the intestines, bile ducts and the gallbladder leads to cholestasis and gallbladder inflammation.