

характеризуется резким увеличением количества корреляционных связей уровня лептина (в 4,75 раза) с факторами кардиоваскулярного риска и маркерами воспалительного процесса.

Литература

1. Адипокины и их соотношение у больных с метаболическим синдромом. / О.И. Митченко, В.Ю. Романов, К.О. Яновская [и др.] // Укр. кардиол. журн. – 2011. – №6. – С. 71–78.
2. Адипокины и их соотношение у больных с метаболическим синдромом. / О. I. Mitchenko, V. Yu. Romanov, K.O. Yanovskaya [et al.] // Ukr. cardiol. Journ. – 2011. – Vol. 6. – P. 71-78.
3. Андреева В.О. Тактика ведения девочек-подростков с дисфункцией яичников и избыточной массой тела / В.О. Андреева, Л.Ю. Шабанова // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2011. – № 1. – С. 26–35.
4. Андреева В. О. A method of treatment of teen girls with dysfunction of ovaries and excess body weight / V. O. Andreyeva, L.Yu. Shabanova // Reproductive health of children and teenagers. – 2011. – Vol. 1. – P. 26 – 35.
5. Инюшкина Е.Н. Лептин – анарексигенный регуляторный полипептид с респираторной активностью / Е.Н. Инюшкина // Вестник Самарского государственного университета. – 2006. – № 2(42). – С. 168–174.
6. Инюшкина Е.Н. Лептин – вызывая анорексия регуляторный полипептид с респираторной активностью / Е.Н. Инюшкина // Bulletin of the Samara state university. – 2006. – №. 2(42). – P. 168-174.
7. Лептин: физиологические и патологические аспекты действия / М.А. Коваренко, Л.А. Руюткина, М.С. Петрищева и [др.]. // Вестник НГУ. Серия: Биология, клиническая медицина. – 2003. – Т.1, вып.1. – С. 59-74.
8. Лептин: физиологические и патологические аспекты / М.А., Kovarenko, L.A. Ruyatkin, M.S. Petrishcheva [et al.] // Bulletin of NSU. Series: Biology, clinical medicine. 2003. T.1. Issue.1. P. 59-74.
9. Уровень лептина, адипонектина и свободных жирных кислот у пациентов с различной массой тела на фоне инфаркта миокарда с подъемом ST / Л.В. Квиткова, Д.А. Бородкина, О.В. Груздева [и др.]. – Клиническая эндокринология. – 2013. – №3. – P. 8–12.
10. A level of leptin, adiponektin and free fatty acids at patients with various body weight in the course of myocardial infarction with ST / L.V. Kvitkova, D. A. Borodkin, O.V. Gruzdev [et al.]. – Clinical endocrinology. – 2013. – №3. – P. 8-12.
11. Ассоциация уровня лептина и сложности поражения коронарных артерий у пациентов с нестабильной стенокардией / Л. Дубей, Н. Зенг, С. Хашми [и др.] // Int. J. Cardiol. – 2008. – Vol. 126. – № 2. – P.183–189.
12. Ассоциация плазменных уровней лептина и сложности поражения коронарных артерий у пациентов с нестабильной стенокардией / Л. Дубей, Н. Зенг, С. Хашми [и др.] // Int. J. Cardiol. – 2008. – Vol. 126. – № 2. – P.183–189.
13. Flier J.S. Leptin expression and action: new experimental paradigms / J.S. Flier // Proc. Natl. Acad. Sci. USA. – 2002. – Vol. 94. – P. 4242–4245.
14. Increased expression of C-reactive protein and tissue factor in acute coronary syndrome lesions: correlation with serum C-reactive protein, angiographic findings, and modification by statins / R.P. Andriea, G. Bauriedelad, P. Braunb [et al.] // Atherosclerosis. – 2009. – Vol. 202. – P. 135–143.
15. Leptin concentrations in relation to overall adiposity, fat distribution, and blood pressure in a rural Chinese population / F.B. Hu, C. Chen, B. Wang [et al.] // Int J Obes Relat Metab Disord. – 2001. – №25. – P. 121–125.
16. Leptin secretion from adipose tissue in women: Relationship to plasma levels and gene expression / F. Lonnqvist, L. Nordfors, M. Jansson [et al.] // J. Clin. Invest. – 2002. – Vol. 99. – P. 2398–2404.
17. Nair P. The Effects of leptin on airway smooth muscle responses / P. Nair // Am. J. Respir. Cell Mol. Biol. – 2008. – Vol. 39. – P. 475–481.
18. Recombinant leptin promotes atherosclerosis and thrombosis in apolipoprotein E-deficient mice / P.F. Bodary, S. Gu, Y. Shen [et al.] // Arterioscler. Thromb. Vasc. Biol. – 2005. – Vol. 25. – P. 119–122.
19. Tritos N. Leptin: Its role in obesity and beyond / N. Tritos, C.S. Mantzoros // Diabetologia. – 1997. – Vol. 40. – P. 1371–1379.

В.С. Петров, А.В. Тобохов, В.Н. Николаев

ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЕПАТОДУОДЕНОПАНКРЕАТИЧЕСКОЙ ЗОНЫ НА РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

УДК 616.36-002.2
616.379-008.64
616.381-072.1:616.366-002

Проанализированы результаты 2778 случаев хирургического лечения желчнокаменной болезни. Установлено, что сочетание желчнокаменной болезни (ЖКБ) с заболеваниями органов гепатодуоденопанкреатической зоны достоверно увеличивает риск выполнения лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ). Основным фактором риска является большая частота спаечных процессов, что требует разработки модифицированной хирургической тактики. При определении хирургической тактики лечения ЖКБ в сочетании с вирусными гепатитами целесообразно ориентироваться на иммуноферментные маркеры активности гепатита. При иммунологически неактивных формах вирусного гепатита хирургическое лечение ЖКБ является оправданным, так как восстанавливает адекватный отток желчи и ликвидирует воспалительный очаг. Применение ЛХЭ у больных с сахарным диабетом является оправданным, так как дает возможность предотвратить развитие деструктивных форм холецистита.

Ключевые слова: лапароскопическая холецистэктомия, желчнокаменная болезнь, осложнения операций.

The results of 2778 cases of surgical treatment of cholelithiasis are analyzed in this article. The authors detected that the combination of chronic cholelithiasis with diseases of the hepatoduodenopancreatic zone significantly increases risk of performing the laparoscopic cholecystectomy (LCE). High frequency of adhesion is considered as a prime factor, requiring the development of a modified surgical approach. When determining the surgical approach of cholelithiasis treatment in the combination with virus hepatitis it is viable to be guided by immunoenzymometric markers of hepatitis activity. In immunologic inactive forms of virus hepatitis the surgical treatment of cholelithiasis is justified as it restores an appropriate bile outflow and eliminates the inflammatory process. Applying the laparoscopic cholecystectomy at patients with diabetes was justified as well, it preventing obviously the development of destructive forms of cholecystitis.

Keywords: laparoscopic cholecystectomy, cholelithiasis, complications of surgery.

В последние десятилетия лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ)

ПЕТРОВ Валерий Сергеевич – к.м.н., ген. директор ГБУ Республики Саха (Якутия) «РБ №1 – Национальный центр медицины»; **ТОБОХОВ Александр Васильевич** – д.м.н., проф., зав. кафедрой ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова», avtobohov@mail.ru; **НИКОЛАЕВ Владимир Николаевич** – к.м.н., доцент СВФУ им. М.К. Аммосова.

стала одной из наиболее значимых инноваций в лечении желчнокаменной болезни (ЖКБ). Несомненные преимущества эндовидеохирургической методики привлекли внимание хирургов всего мира, и в настоящее время ЛХЭ стала «золотым стандартом» лечения холецистолитиаза. Однако, несмотря на многолетний опыт выполнения ЛХЭ по всему миру, до сих пор существует проблема опасностей и осложнений ЛХЭ [2], что обуславливает актуаль-

ность проводимых исследований в этой области для клинической медицины.

Материалы и методы исследований. По материалам РБ №1-Национального медицинского центра Республики Саха (Якутия) за 2008–2013 гг. проанализированы 2778 случаев хирургического лечения желчнокаменной болезни.

Среди госпитализированных пациентов женщин 2303 (82,9%), мужчин

475 (17,1%), что соответствует литературным данным о распространенности ЖКБ. Средний возраст пациентов составил 49,2 года, т.е. желчнокаменной болезнью страдают преимущественно лица активного трудоспособного возраста (70,2% случаев), что представляет собой большую социально-экономическую проблему. Анализ распределения по зонам проживания показал, что среди жителей села ЖКБ встречается чаще, чем у городского населения.

Выбор хирургической тактики при сочетаниях хронического холецистита с сопутствующими заболеваниями органов гепатодуоденопанкреатической зоны определялся необходимостью достоверного подтверждения того из заболеваний, которое обуславливает основные жалобы пациента, что является сложным в связи со сходством клинических картин заболеваний одной анатомической зоны. Очень важным аспектом проблемы является необходимость достоверной оценки факторов риска обострения или развития сочетанного заболевания в послеоперационном периоде, прогноза влияния сочетанного заболевания на отдаленные результаты хирургического лечения.

Результаты и обсуждение. Важную проблему хирургической тактики, как на диагностическом, так и на последующих этапах лечения, представляет собой сочетание *желчнокаменной болезни и гепатита* [1]. В наших наблюдениях выявлено 325 (11,7%) таких случаев. При этом в большинстве наблюдений отмечено сочетание с хроническим неактивным гепатитом – 187 (57,5%) случаев, активные формы гепатита выявлены у 127 (39,1%) чел. Из 325 пациентов больных с гепатитом «В» было 211 (64,9%), с гепатитом С — 114 (35,1%). Следует отметить, что сочетаясь, хронический гепатит и ЖКБ взаимно усугубляют течение друг друга [2]. Само по себе наличие антигенов HBs или HCV не имеет принципиального значения для решения вопроса о выполнении ЛХЭ. В случае выявления у больного антигенов гепатита «В» или «С» в обязательном порядке изучали маркеры активности вирусного процесса. При этом обнаружение хотя бы одного положительного маркера активности расценивали как активный вирусный процесс и плановую операцию откладывали до проведения полного курса иммунотерапии в инфекционном стационаре. В послеоперационном периоде всем больным в обязательном порядке проводился курс гепатотропной терапии. Из 325 больных опери-

ровано без предварительного курса противовирусной терапии 187 (57,5%) чел., а 127 (39,1%) пациентам с иммунологическими признаками активности проведен предоперационный курс иммунотерапии рофероном по стандартной схеме. В послеоперационном периоде ни у одного пациента из обеих групп при тщательном исследовании не выявлено реактивации гепатита, которую можно было бы отнести на счет хирургического вмешательства. Таким образом, по нашему мнению, при определении хирургической тактики при сочетаниях вирусных гепатитов и ЖКБ целесообразно ориентироваться на иммуноферментные маркеры активности гепатита. При иммунологически неактивных формах вирусного гепатита хирургическое лечение ЖКБ является оправданным, так как восстанавливает адекватный отток желчи, ликвидирует воспалительный очаг и тем самым «разрывает порочный круг» взаимногоотягощающего влияния этих двух заболеваний.

Непаразитарные кисты печени наблюдались у 41 (1,5%) пациента, подвергшегося лапароскопической холецистэктомии. Еще в 10 (0,4%) случаях была выявлена гемангиома печени. При непаразитарной кисте печени операцией выбора считаем лапароскопическую фенестрацию кисты печени. Такая операция была выполнена нами одновременно с холецистэктомией в 33 случаях. Ни в одном из случаев симультанных лапароскопических операций (холецистэктомия и фенестрация кисты) осложнений не наблюдалось. Таким образом, при сочетании ЖКБ и непаразитарных кист печени оправдано выполнение симультанных операций.

В наших наблюдениях *паразитарные заболевания печени и желчевыводящей системы* отмечены в 19 (4,8%) случаях. Особенную сложность из-за взаимного отягощающего влияния приобретает сочетание гельминтозов с внутрипротоковой локализацией паразитов с хроническим холециститом. Вызываемое внутрипротоковыми паразитами нарушение оттока желчи и хроническое воспаление желчных протоков может привести к развитию острого обтурационного холецистита, холангита и холестатического гепатита. С нашей точки зрения, хирургическая тактика при ЖКБ у больных с подтвержденным гельминтозом билиарной системы должна быть максимально активной. В послеоперационном периоде необходим курс противогельминтной терапии. По такой методике проведено 12 больных и при этом наблюдалось гладкое те-

чение послеоперационного периода. К окончанию курса лечения у 11 (91,7%) из них констатировано излечение от гельминтоза и лишь 1 больной по причине неэффективности противогельминтной терапии был переведен для дальнейшего лечения в специализированный инфекционный стационар.

Сочетание панкреатита и желчнокаменной болезни выявлено у 347 (12,5%) больных, из них 17 (4,9%) случаев отнесены к острому реактивному панкреатиту. Во всех случаях форма панкреатита классифицировалась как отечный панкреатит. Подавляющее большинство больных хроническим панкреатитом имели алкогольную зависимость. Во всех случаях острого реактивного панкреатита, а также в случаях выполнения нами ЛХЭ на ранних стадиях развития сочетанных заболеваний у 271 (82,1%) пациента достигнут хороший клинический эффект в отношении как ЖКБ, так и панкреатита. При контрольном обследовании, проведенном через 12 месяцев, констатировано значительное уменьшение или полное исчезновение приступов острого панкреатита, нормализация биохимических показателей и ультразвуковой структуры поджелудочной железы. В случаях, когда операция выполнялась на фоне далеко зашедших индуративных изменений поджелудочной железы – 59 (17,9%) больных, мы наблюдали признаки хронического панкреатита как самостоятельного заболевания у 36 (61%) пациентов. Таким образом, при сочетании ЖКБ и хронического панкреатита важной задачей является ранняя диагностика сочетанных заболеваний, а хирургическая тактика в этом случае должна быть активной и направленной на выполнение ранней ЛХЭ.

Сахарный диабет и желчнокаменная болезнь. Сочетание этих заболеваний составило 3,1%. Изучение риска развития острого деструктивного холецистита у больных сахарным диабетом показало, что из наблюдаемых нами 86 больных, отказавшихся от плановой ЛХЭ, острый холецистит развился у 34 (39,5%) чел. Данное обстоятельство свидетельствует о необходимости раннего хирургического лечения ЖКБ у больных сахарным диабетом, что представляет собой сложную задачу. Вместе с тем раннее применение ЛХЭ у этого контингента больных является оправданным, так как дает возможность предотвратить развитие деструктивных форм холецистита. Немаловажным фактором, имеющим большое значение в лечении больных сахарным диабетом, является малая

травматичность ЛХЭ и, следовательно, низкое количество гнойно-воспалительных осложнений.

Анализируя осложнения лапароскопической холецистэктомии, мы в первую очередь стремились определить значимые факторы развития осложнений, связанные с сопутствующими заболеваниями органов гепатодуоденопанкреатической зоны. Из 2778 операций в 65 (2,3%) случаях операции завершились переходом на лапаротомный доступ. Осложнения возникли в 30 (1,1%) случаях. Из них интраоперационные диагностированы во время операции у 15 (0,6%) больных. Послеоперационные осложнения наблюдались также у 15 пациентов. Летальных исходов после ЛХЭ не было.

Основные причины конверсии связаны со спаечным процессом. В 33 (50,9%) случаях непосредственной причиной конверсии были массивные висцеропариетальные или висцеро-висцеральные сращения. Еще в 9 (13,8%) случаях к причинам конверсии отнесены трудности анатомической ориентировки, которые также связаны с наличием висцеро-висцеральных сращений. Таким образом, почти 65% конверсий были связаны именно со спаечными процессами. Так, все случаи 8 (0,28%) повреждения внепеченочных желчных протоков соотносятся

с наличием висцеро-висцеральных сращений. Осложнения, связанные с введением троакаров (7 (0,25%) случаев), по нашим наблюдениям, возникли лишь при наличии спаечного процесса в брюшной полости. Из послеоперационных осложнений также выделяются 3 (0,09%), связанные с разделением висцеро-висцеральных сращений. Остальные осложнения, наблюдавшиеся нами, в количественном и качественном отношении типичны для ЛХЭ. Число осложнений течения желчнокаменной болезни у больных с сопутствующими заболеваниями органов гепатодуоденопанкреатической зоны также оказалось больше, чем у пациентов без сопутствующей патологии.

Таким образом, на основе анализа большого клинического материала установлено, что сочетание желчнокаменной болезни с заболеваниями органов гепатодуоденопанкреатической зоны достоверно увеличивает риск выполнения ЛХЭ. При этом основным фактором риска являются большая частота спаечных процессов, что требует разработки модифицированной хирургической тактики.

Выводы

1. При определении хирургической тактики при сочетаниях вирусных гепатитов и желчнокаменной болезни целесообразно ориентироваться на им-

муноферментные маркеры активности гепатита. При иммунологически неактивных формах вирусного гепатита хирургическое лечение желчнокаменной болезни является оправданным, так как восстанавливает адекватный отток желчи и ликвидирует воспалительный очаг.

2. Применение ЛХЭ у больных с сахарным диабетом является оправданным, так как дает возможность предотвратить развитие деструктивных форм холецистита.

3. Сочетание желчнокаменной болезни с заболеваниями органов гепатодуоденопанкреатической зоны достоверно увеличивает риск выполнения ЛХЭ. При этом основным фактором риска являются большая частота спаечных процессов, что требует разработки модифицированной хирургической тактики.

Литература

1. Гальперин Э.И. аболевания желчных путей после холецистэктомии / Э.И. Гальперин, Н.В. Волкова. – М.: Медицина, 1988. – 272 с.
Galperin E.I. Diseases of biliary tracts after cholecystectomy / E.I. Galperin, N.V. Volkova. – М.: Meditsina, 1988. – 272 p.
2. Hamy A. Endoscopic sphincterotomy prior to laparoscopic cholecystectomy for the treatment of cholelithiasis / Hamy A., Hennekinne S., Pessaux P. // Surg Endosc. – 2003. – V.17. – N.6. – P.872-875.

Н.В. Хоютанова, Н.П. Матвеева, Н.А. Бохан, С.А. Иванова, З.Н. Кривошапкина, Е.А. Иготти

КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ И ТЕЧЕНИЯ АЛКОГОЛИЗМА У ЖЕНЩИН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КЛИМАТОГЕОГРАФИЧЕСКИХ УСЛОВИЙ ПРОЖИВАНИЯ НА ТЕРРИТОРИИ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)

УДК 616.89-008.441.13-055.2(571.56)

ФГБНУ «Якутский научный центр комплексных медицинских проблем»: **ХОЮТАНОВА Надежда Васильевна** – м.н.с., ysc@sakha.ru, **МАТВЕЕВА Нюргуяна Петровна** – к.м.н., зав.лаб., nyusakha@mail.ru, **КРИВОШАПКИНА Зоя Николаевна** – к.б.н., с.н.с. ФГБНУ «Научно-исследовательский институт психического здоровья» (г. Томск): **БОХАН Николай Александрович** – чл.-кор. РАН, д.м.н., проф., директор института, bokhan@mail.tomsknet.ru, **ИВАНОВА Светлана Александровна** – д.м.н., проф., зам. директора; **ИГОТТИ Елена Алексеевна** – врач психиатр-нарколог высшей квалиф. категории, зав. I отд. ГБУ РС(Я) «Якутский республиканский наркологический диспансер».

Изучены особенности клинических проявлений алкоголизма среди различных этногеографических групп коренного женского населения Республики Саха (Якутия). Доля смертности женщин по причине, связанной с употреблением алкоголя, занимает от 40,6 до 57,89% и имеет тенденцию к росту. Установлен высокопрогредиентный тип течения алкоголизма у женщин саха умеренного пояса. Выявлены некоторые биохимические отклонения в составе крови у женщин, злоупотребляющих алкоголем.

Ключевые слова: алкоголизм, женщины, саха, эвены, коренное население, Арктический Север, Республика Саха (Якутия).

Characteristics of clinical manifestations of alcoholism among various ethnogeographical groups of female natives of the Republic of Sakha (Yakutia) are studied. The mortality rate of women connected with alcohol intake varies from 40,6 to 57,89% and it tends to growth. A high - progradient type of alcoholism in Sakha women of a moderate zone is established. Some biochemical deviations in blood analysis at women abusing alcohol are revealed.

Keywords: alcoholism, women, Sakha, Evens, natives, Arctic North, course, Republic of Sakha (Yakutia).