

Л.М. РАДЧЕНКО

ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЯ В ХВОРИХ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА БЕЗ НЕЇ

Проведен анализ клініко-лабораторних параметрів у 120 пацієнтів, которым проведена холецистэктомия по поводу желчнокаменной болезни: 102 женщины и 18 мужчин. Частота гипертонической болезни (ГБ) у женщин составила 31,4%, у мужчин – 38,9%, что превышает частоту в популяции. У женщин с ГБ был достоверно длиннее койкодень (6,8 дня), чем у пациенток без ГБ (3,4 дня). Частота ожирения у женщин была достоверно выше при ГБ, у мужчин этого не выявлялось. Длительность стационарного лечения прямо зависела от выраженности синдрома воспаления и функционального состояния почек. У женщин с ГБ наблюдалась большая масса тела, высший ИМТ и чаще ожирение. Системный воспалительный синдром у женщин с ГБ был меньше выраженным, а глюкоза - достоверно выше, чем при нормальном давлении. У мужчин с ГБ было достоверно короче активированное время рекальцификации, чем при нормальном давлении, степень коагуляции у них выше, чем у женщин. ГБ привела к изменению корреляций: и у женщин, и у мужчин появились две плеяды связей, а общее количество корреляций и связей в плеядах было меньше, чем при нормальном давлении. Количество достоверных корреляций у мужчин было меньше, чем у женщин.

ВСТУП

Проведений аналіз клініко-лабораторних параметрів у 120 пацієнтів, яким проведено холецистектомію з приводу жовчнокам'яної хвороби: 102 жінок та 18 чоловіків. Частота гіпертонічної хвороби (ГХ) в жінок склала 31,37%, у чоловіків – 38,9%, що перевищує частоту в популяції. У жінок з ГХ був істотно довшим ліжкодень (6,8 дні), ніж в пацієток без гіпертензії (3,4 дні). Частота ожиріння в жінок була істотно вищою за умов наявності ГХ, у чоловіків цього не виявлялось. Тривалість стаціонарного лікування прямо залежала від вираженості синдрому запалення та функціонального стану нирок. У жінок з ГХ спостерігалась більша маса тіла, вищий ІМТ та частіше виявлялось ожиріння. Запальний синдром у жінок з ГХ був менш вираженим, а глюкоза - істотно вища, ніж за умов нормального тиску. В чоловіків з ГХ був істотно меншим активований час рекальцифікації, ніж за умов нормального тиску, ступінь коагуляції в них вищий, ніж в жінок. Наявність ГХ привела до зміни кореляцій: і в жінок, і в чоловіків з'явилися дві плеяди зв'язків, а загальна кількість кореляцій та зв'язків в плеядах була меншою, ніж за умов нормального АТ. Кількість істотних кореляцій в чоловіків була меншою, ніж в жінок.

Ключові слова: холецистектомія, гіпертонічна хвороба, кореляції.

Жовчнокам'яна хвороба (ЖКХ) за розповсюдженістю займає перше місце серед хвороб травного тракту, виявляється у 10-40% населення різних вікових груп [3]. На ЖКХ страждає кожна п'ята жінка та кожний десятий чоловік на земній кулі. В Україні захворюваність на ЖКХ виросла з 1997 по 2003 рр. на 44,6% та досягла 93,4 на 100 тис, а розповсюдженість зросла на 67% та досягла 550,9 на 100 тис. [4]. Золотим стандартом лікування ЖКХ дотепер вважається холецистектомія (ХЕ), яка часто приводить до постхолецистектомічного синдрому, проте, за частотою проведення поступається лише апендектомії [2]. **Метою роботи** стало вивчення клініко-лабораторних особливостей хворих, яким проведено ХЕ, залежно від наявності чи відсутності в них супутньої гіпертонічної хвороби (ГХ).

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Ретроспективно проаналізовані історії хвороби 120 пацієнтів, яким в хірургічному стаціонарі міської клінічної лікарні проведено холецистектомію (ХЕ) з приводу ЖКХ, з них 102 (85,0±3,2%) жінки та 18 (15,0±3,2%) чоловіків. Тобто, частота ХЕ в жінок істотно вища ($p < 0,01$), ніж в чоловіків. Серед 102 пацієток лапароскопічна методика була використана у 87,3±3,3%, серед чоловіків – у 77,8±9,8% ($p > 0,05$). Оцінені тривалість ЖКХ, антропометричні параметри (ріст, маса тіла, індекс

маси тіла - ІМТ), периферійна кров, загальний аналіз сечі, скринінгові показники функцій печінки та нирок, глюкоза крові, цифрові значення ЕКГ, сонографії органів травної системи та нирок. Між 61 параметрами клініки, лабораторних та інструментальних обстежень визначені кореляційні зв'язки (по 1798 кореляцій у кожній групі). Результати опрацьовані методами варіаційної статистики та матрично-кореляційного аналізу.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середня тривалість стаціонарного лікування серед жінок склала $6,5 \pm 0,3$ дні, в чоловіків – $7,6 \pm 0,5$ дні ($p > 0,05$). 70 жінок (група 1Ж) (вік $49,4 \pm 1,6$ років) мали нормальні значення артеріального тиску (АТ). Групу 2Ж склали 32 пацієнтки, які мали супутню гіпертонічну хворобу (ГХ) (вік $62,5 \pm 1,8$ р.). Аналогічно чоловіків поділено на групи 1Ч – з нормальним АТ (11 хворих, вік $45,8 \pm 3,5$ р.) та 2Ч з ГХ (7 хворих, вік $61,3 \pm 5,8$ р.). За віком, тривалістю анамнезу ЖКХ групи жінок та чоловіків суттєво не розрізнялись (табл. 1, табл. 2).

Таблиця 1. Клінічна характеристика жінок, що перенесли ХЕ, без ГХ та на її фоні

Ознака, одиниці виміру	Група 1Ж	Група 2Ж	p
Тривалість ЖКХ в анамнезі, роки	$4,19 \pm 0,73$	$3,67 \pm 0,91$	$>0,05$
Тривалість стац. лікування, дні	$3,36 \pm 0,41$	$6,84 \pm 0,60$	<0,05
Ріст, см	$163,91 \pm 0,68$	$161,64 \pm 1,04$	$>0,05$
Маса, кг	$77,58 \pm 1,84$	$92,68 \pm 2,43$	<0,05
ІМТ, од	$28,83 \pm 0,66$	$31,68 \pm 0,92$	<0,05
Частота нормальної маси тіла, (n) %	(18) $25,7 \pm 5,2$	(3) $9,4 \pm 5,1$	<0,05
Частота надваги, (n) %	(32) $45,7 \pm 5,9$	(9) $28,1 \pm 7,9$	$>0,05$
Частота ожиріння, (n) %	(20) $28,6 \pm 5,4$	(20) $62,5 \pm 8,5$	<0,05
у т.ч. I стадії, (n) %	(10) $14,4 \pm 4,2$	(14) $43,7 \pm 8,8$	<0,05
II стадії, (n) %	(8) $11,4 \pm 3,4$	(4) $12,5 \pm 5,8$	$>0,05$
III стадії, (n) %	(2) $2,8 \pm 2,0$	(2) $6,3 \pm 4,3$	$>0,05$
Систолічний АТ, мм рт.ст.	$127,97 \pm 1,22$	$161,61 \pm 2,27$	<0,05
Діастолічний АТ, мм рт.ст.	$80,87 \pm 0,83$	$95,00 \pm 1,81$	<0,05

Таблиця 2. Клінічна характеристика чоловіків, що перенесли ХЕ, з ГХ та без неї

Ознака, одиниці виміру	Група 1Ч	$p_{1ч/1ж}$	Група 2Ч	p	$p_{2ч/2ж}$
Тривалість ЖКХ в анамнезі, роки	$4,86 \pm 2,90$	$>0,05$	$2,35 \pm 0,95$	$>0,05$	$>0,05$
Тривалість стац. лікування, дні	$7,40 \pm 0,72$	<0,05	$8,00 \pm 1,06$	$>0,05$	$>0,05$
Ріст, см	$172,70 \pm 2,28$	<0,05	$169,83 \pm 1,62$	$>0,05$	<0,01
Маса, кг	$84,20 \pm 4,49$	$>0,05$	$88,50 \pm 4,94$	$>0,05$	$>0,05$
ІМТ, од	$28,20 \pm 1,35$	$>0,05$	$30,67 \pm 1,63$	$>0,05$	$>0,05$
Нормальна маса тіла, (n) %	(4) $36,4 \pm 14,5$	$>0,05$	(0) 0 ± 0	<0,05	$>0,05$
Частота надваги, (n) %	(2) $18,2 \pm 11,6$	<0,05	(4) $57,1 \pm 18,7$	$>0,05$	$>0,05$
Частота ожиріння, (n) %	(5) $45,4 \pm 15,0$	$>0,05$	(3) $42,9 \pm 18,7$	$>0,05$	$>0,05$
у т.ч. I стадії, (n) %	(4) $36,3 \pm 14,5$	$>0,05$	(2) $28,6 \pm 17,1$	$>0,05$	$>0,05$
II стадії, (n) %	(1) $9,1 \pm 8,7$	$>0,05$	(1) $14,3 \pm 13,2$	$>0,05$	$>0,05$
Систолічний АТ, мм рт.ст.	$130,00 \pm 2,58$	$>0,05$	$155,00 \pm 2,23$	<0,05	<0,05
Діастолічний АТ, мм рт.ст.	$83,00 \pm 2,13$	$>0,05$	$93,33 \pm 2,11$	<0,05	$>0,05$

Звертає увагу факт, що АТ у хворих з ГХ, які йшли на операцію ХЕ, був погано контрольованим, його середнє значення в жінок $161,61 \pm 2,27$ на $95,00 \pm 1,81$ мм рт.ст. В чоловіків з ГХ систолічний АТ склав $155,00 \pm 2,23$ мм рт.ст., що істотно менше, ніж в жінок ($p_{2ч/2ж} < 0,05$). Середнє значення діастолічного АТ $93,33 \pm 2,11$ мм рт.ст. ($p_{2ч/2ж} > 0,05$). Таким чином, частота ГХ серед жінок, які підлягали ХЕ, склала 31,37%, серед чоловіків – 38,9%, що перевищує частоту в популяції (17,3 – 28,7% [1]), рівень тиску в жінок був істотно вищим, незалежно від статі навіть перед оперативним втручанням у стаціонарі АТ погано контролювався.

Виявилось, що в хворих жінок з ГХ істотно довшим був ліжко-день (табл. 1), ніж в пацієнток з нормальним АТ. У чоловіків такої різниці не було виявлено, оскільки в групі 1Ч ліжко-день був істотно довшим, ніж в жінок (табл. 2).

Хоча за ростом пацієнтки обох груп були однакові, маса тіла виявилась істотно більшою в пацієнток з ГХ, що супроводжувалось істотно більшим ІМТ (табл. 1). У чоловіків різниця за ІМТ виявилась неістотною (табл. 2). І в жінок, і в чоловіків з ГХ частота нормальної маси тіла була істотно меншою, ніж в осіб з нормальним АТ. Серед осіб з нормальним АТ надвага істотно частіше

спостерігалась в жінок (табл. 1, 2). Частота ожиріння в 1Ж групі склала 28,6% (20 хворих), у 2Ж групі істотно частіше - 63,4% (20 хворих). Особливо це стосувалось ожиріння I ступеня, хоча і II, і III ступені ожиріння зустрічались частіше в жінок з артеріальною гіпертензією (табл. 1). Серед чоловіків частота ожиріння не залежала від наявності супутньої ГХ.

Виявлено, що хворі жінки з ГХ, яким проведено ХЕ, характеризувались меншою вираженістю синдрому запалення, ніж пацієнтки з нормальним АТ, що проявлялось істотно меншою кількістю лейкоцитів ($7,99 \pm 0,28$ та $6,74 \pm 0,30 \times 10^9/\text{л}$, $p < 0,05$) та паличкодерних нейтрофілів ($6,69 \pm 0,54$ та $4,60 \pm 0,41 \times 10^9/\text{л}$, $p < 0,01$). В чоловіків параметри периферійної крові суттєво не відрізнялись від жінок та не залежали від ГХ. За біохімічними показниками обидві групи жінок суттєво не розрізнялись, крім значення глюкози натще, яка була істотно вищою у жінок з ГХ ($5,19 \pm 0,11$ та $5,89 \pm 0,19$ ммоль/л, $p < 0,01$). Ця ж тенденція виявлена в чоловіків. Крім того, в чоловіків з супутньою ГХ активований час рекальцифікації був істотно меншим, ніж в осіб з нормальним АТ, що свідчить про прискорене зсідання крові в чоловіків на фоні артеріальної гіпертензії та загрозу тромбоутворення. Отже, за умов нормального АТ в жінок були істотно вищими рівні глюкози натще, загального білку та коротший активований час рекальцифікації, ніж в чоловіків. А за умов супутньої ГХ в жінок було вищим значення тимолової проби, більший протромбіновий час та менший протромбіновий індекс, що вказує на менший ступінь коагуляції в них, ніж в чоловіків.

Показники атріовентрикулярної та шлуночкової провідності, електрична систола шлуночків та загальний вольтаж ЕКГ не залежали від статі хворих та наявності супутньої ГХ.

Показники сонографії жінок не залежали від наявності ГХ. У чоловіків з ГХ жовчний міхур (ЖМ) був істотно ширшим, що може бути свідченням схильності до гіпотонічного його стану. Крім того, виявлені ще деякі гендерні відмінності. За умов нормального АТ в жінок істотно меншими були розмір правої долі печінки, паренхіми правої нирки, ширина та паренхіма лівої нирки, ніж в чоловіків. За умов ГХ істотно менший розмір правої долі печінки в жінок порівняно з чоловіками супроводжується меншим розміром порталної вени.

Матрично-кореляційний аналіз кореляційних зв'язків усіх параметрів залежно від статі хворих та наявності ГХ показав, що в жінок обох груп виявилось 8 однакових за напрямком істотних зв'язків (табл. 3), які не залежали від рівня АТ. Крім цих кореляцій, у жінок 1Ж групи виявилось ще 44 істотні кореляції, 43 з яких склали складну кореляційну плеяду. У плеяду істотних кореляційних зв'язків були включені як гемодинамічні параметри (систоличний та діастолічний АТ, пульс, внутрішньошлуночкова провідність), так і показники периферійної крові та зсідання, скринінгові критерії функції нирок та підшлункової залози, структурні критерії печінки, жовчного міхура, нирок, селезінки (рис. 1).

Таблиця 3. Однакові істотні коефіцієнти кореляції у жінок обох груп

Кореляційний зв'язок	Група 1Ж		Група 2Ж	
	t	r	t	r
ДАТ – САТ	7,63	0,73	2,27	0,40
Лімфоцити – сегментоядерні нейтрофіли	-7,40	-0,73	-6,80	-0,86
Еритроцити сечі – епітелій сечі	4,87	0,74	2,19	0,85
Креатинін – сечовина*	2,04	0,91	9,76	0,95
ПІ – ПЧ	-3,05	-0,50	-7,55	-0,95
Права доля печінки – маса хворої	2,71	0,49	2,46	0,67
Права доля печінки – ІМТ	2,99	0,53	2,37	0,66
ЖМ2 – ЖМ1*	3,90	0,46	2,95	0,52

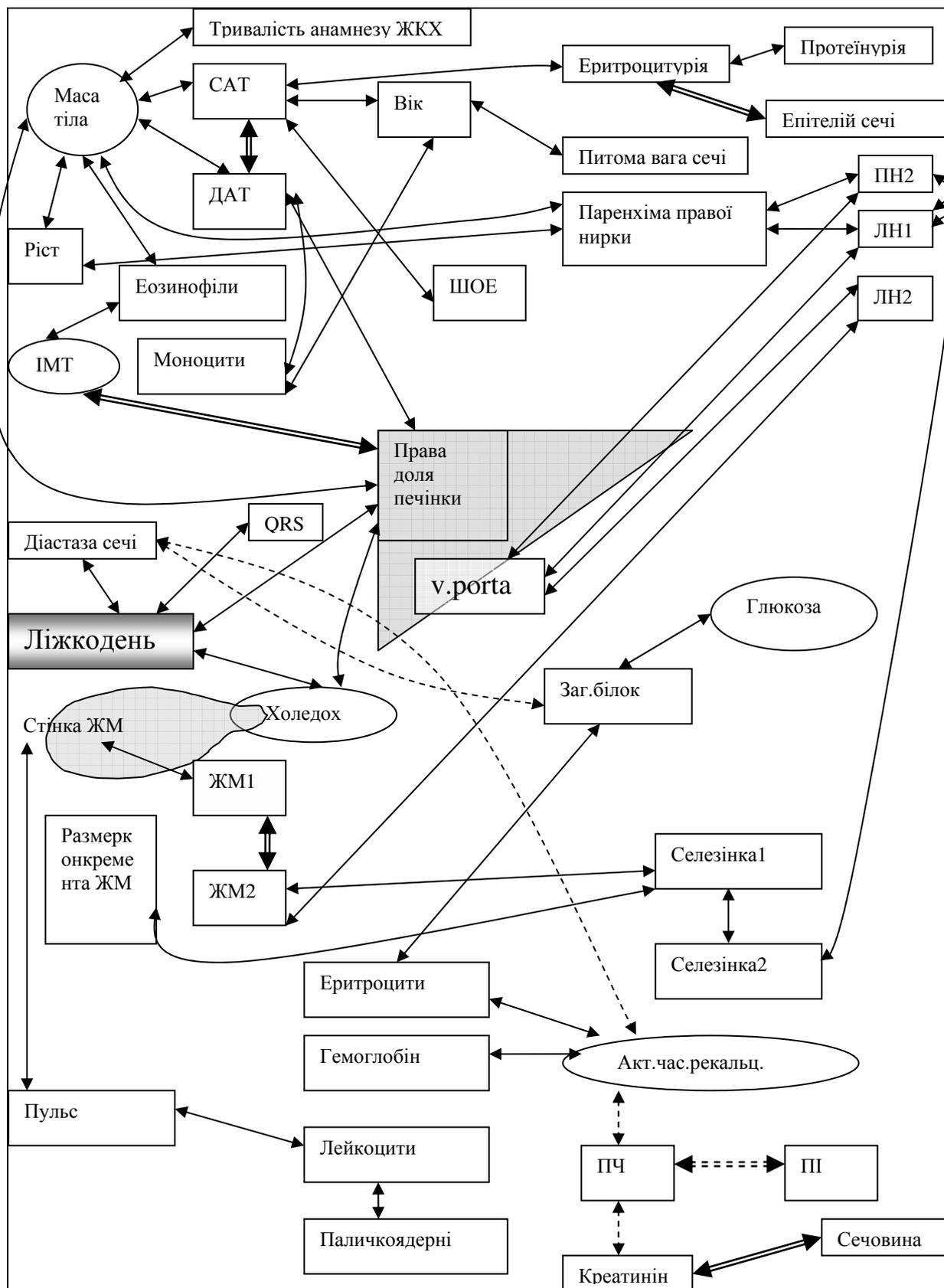
Примітки. САТ – систолічний артеріальний тиск. ДАТ – діастолічний артеріальний тиск, ПЧ, ПІ – протромбіновий час та індекс;

ЖМ1, ЖМ2 – поздовжній та поперечний розміри. - спільні зв'язки для чоловіків та жінок незалежно від ГХ.*

Окремо від плеяди існувала обернена кореляція між лімфоцитами та сегментоядерними нейтрофілами, яка також виявлялась в жінок з ГХ. У жінок без ГХ виявилось декілька основних центрів фокусування. Найбільш потужним була маса тіла хворої (7 зв'язків). По 5 істотних кореляцій мали рівень систолічного АТ та сонографічний розмір правої долі печінки. Так само 5 істотних кореляцій мав сонографічний розмір правої долі печінки, який виявився важливим для хворих без ГХ, оскільки прямо асоціювався з тривалістю стаціонарного лікування з приводу ХЕ. Крім того, сонографічний розмір правої долі печінки прямо асоціювався з масою хворих та ІМТ, діастолічним АТ та діаметром холедоха. Особливу увагу привертають істотні кореляції тривалості стаціонарного лікування з приводу ХЕ, яка в цій групі відповідала добрим наслідкам – 3,4 дні. Виявилось, що

здовження тривалості лікування асоціюється з більшими діаметром холедоха та розміром правої долі печінки, здовженням внутрішньошлункової провідності та погіршенням зовнішньосекреторної функції підшлункової залози (обернена кореляція з діастазою сечі). Істотні кореляції величини діастолічного АТ вказують, що підвищення його до верхніх меж норми йде паралельно з систолічним та асоціюється також з вищою масою тіла, збільшенням моноцитів периферійної крові та зростанням розміру правої долі печінки. Так само по 4 зв'язки мали поздовжній розмір лівої нирки, товщина паренхіми правої нирки, активований час рекальцифікації. По 3 зв'язки було виявлено в таких показників як вік хворої, еритроцитурія, поперечний розмір правої нирки, діастаза сечі, загальний білок сироватки, діаметр порталної вени, поперечний розмір жовчного міхура, поздовжний розмір селезінки (рис. 1).

Рис. 1. Плеяда істотних кореляційних зв'язків хворих жінок без ГХ, які перенесли ХЕ (група 1Ж)



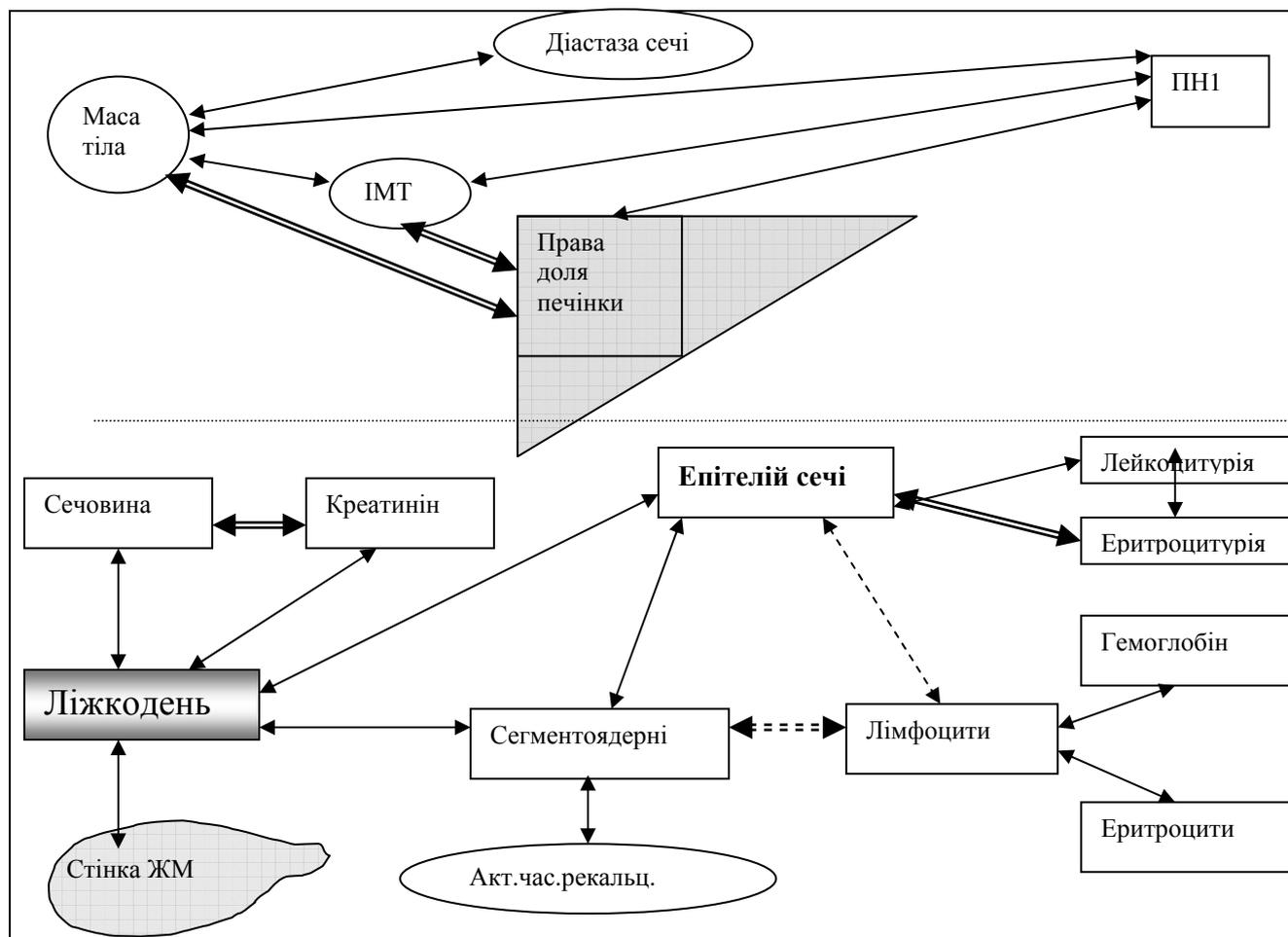
Примітка. Подвійною лінією зображені однакові для обох груп кореляції.

У жінок 2Ж групи з ГХ кількість істотних кореляцій була меншою – 35, у тому числі 8 з них були однаковими для обох груп. Порівняно з групою без ГХ більша кількість кореляцій існувала окремо та не була вбудована у загальну плеяду. Еритроцити крові утворили примітивну плеяду типу „сонечко”

з гемоглобіном, глюкозою крові натще, загальним білірубіном. Два зв'язки виявилось у рівня діастолічного АТ, який прямо був пов'язаним з систолічним тиском та сонографічним розміром хвоста підшлункової залози. Внутрішньошлуночкова провідність (тривалість QRS) прямо асоціювалась з розмірами обох нирок, а сонографічна товщина паренхіми лівої нирки – з v.porta та діаметром холедоха. Також окремо були дві кореляції, спільні для обох груп, протромбіновий індекс – протромбіновий час, та розміри ЖМ. Поперечний розмір селезінки прямо асоціювався зі зростом пацієнток, а протеїнурія зростала з віком пацієнток.

Істотні кореляції групи 2Ж утворили дві складних плеяди, міцність та потужність яких, була істотно меншими, ніж в хворих без ГХ (рис. 2). Одна плеяда була створена 5 елементами, 4 з яких були центрами фокусування кореляцій. Найбільш потужним центром фокусування першої плеяди виявилась маса тіла хворих, яка мала 4 кореляції – з ІМТ, сонографічним розміром правої долі печінки, поздовжнім розміром правої нирки, та показником зовнішньо-секреторної функції підшлункової залози (діастаза). По 3 кореляції мали ІМТ, сонографічний розмір правої долі печінки, поздовжній розмір правої нирки. Другу кореляцію утворили тривалість стаціонарного лікування, параметри функціонального стану нирок, показники периферійної крові та зсідання, стан ЖМ. Двома найбільш потужними центрами фокусування (по 5 кореляцій) виявились тривалість стаціонарного лікування з приводу ХЕ та параметр функціонального стану нирок - кількість клітин епітелію в загальному аналізі сечі. У хворих на ЖКХ та ГХ тривалість стаціонарного лікування з приводу ХЕ прямо залежала від вираженості запалення у стінці ЖМ (товщина стінки ЖМ), функціонального стану нирок (креатинін, сечовина, кількість епітелію сечі), рівня сегментоядерних нейтрофілів, які можуть бути критерієм системного запального процесу. Кількість клітин епітелію в сечі асоціювалась з кількістю інших клітин у загальному аналізі сечі (еритроцитурія, лейкоцитурія), рівнем сегментоядерних нейтрофілів та обернено- з кількістю лімфоцитів периферійної крові (рис. 2).

Рис. 2. Дві плеяди істотних кореляційних зв'язків хворих жінок з гіпертонічною хворобою, які перенесли ХЕ. Подвійною лінією зображені однакові для обох груп кореляції, пунктир - обернені.



Кореляції чоловіків відрізнялись від кореляцій жінок: їх кількість була меншою, а плеяди були менш складними. Не залежали від наявності ГХ та були спільними для обох груп чоловіків 4 зв'язки (табл. 4), з яких два були також спільними з обома групами жінок.

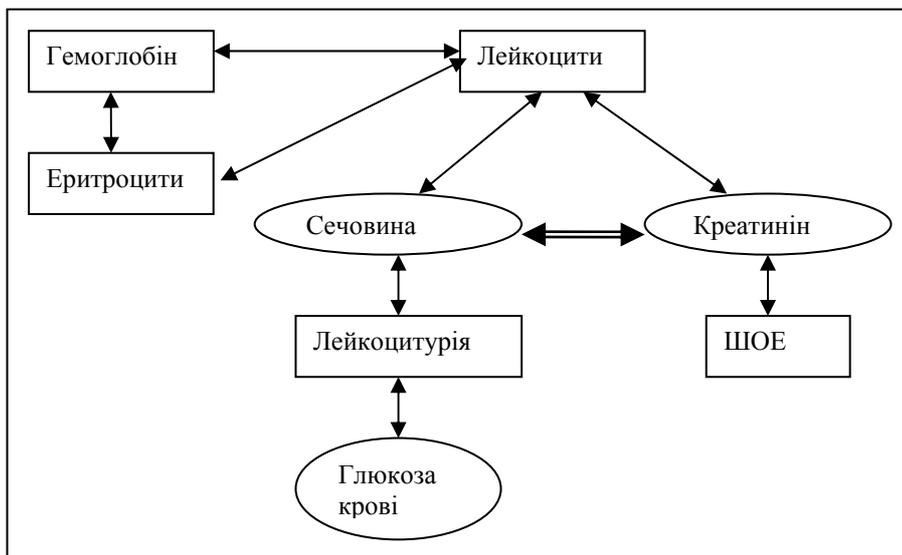
Таблиця 4. Однакові істотні коефіцієнти кореляції між параметрами у чоловіків

Кореляційний зв'язок	Група 1Ч		Група 2Ч	
	t	r	t	r
Маса тіла – ІМТ	3,46	0,86	2,79	0,92
Гемоглобін – еритроцити	5,03	0,96	4,57	0,99
Креатинін – сечовина*	5,39	0,98	3,16	0,95
ЖМ 1 – ЖМ 2*	2,38	0,75	3,10	0,95

Примітка. * - спільні зв'язки для чоловіків та жінок незалежно від ГХ.

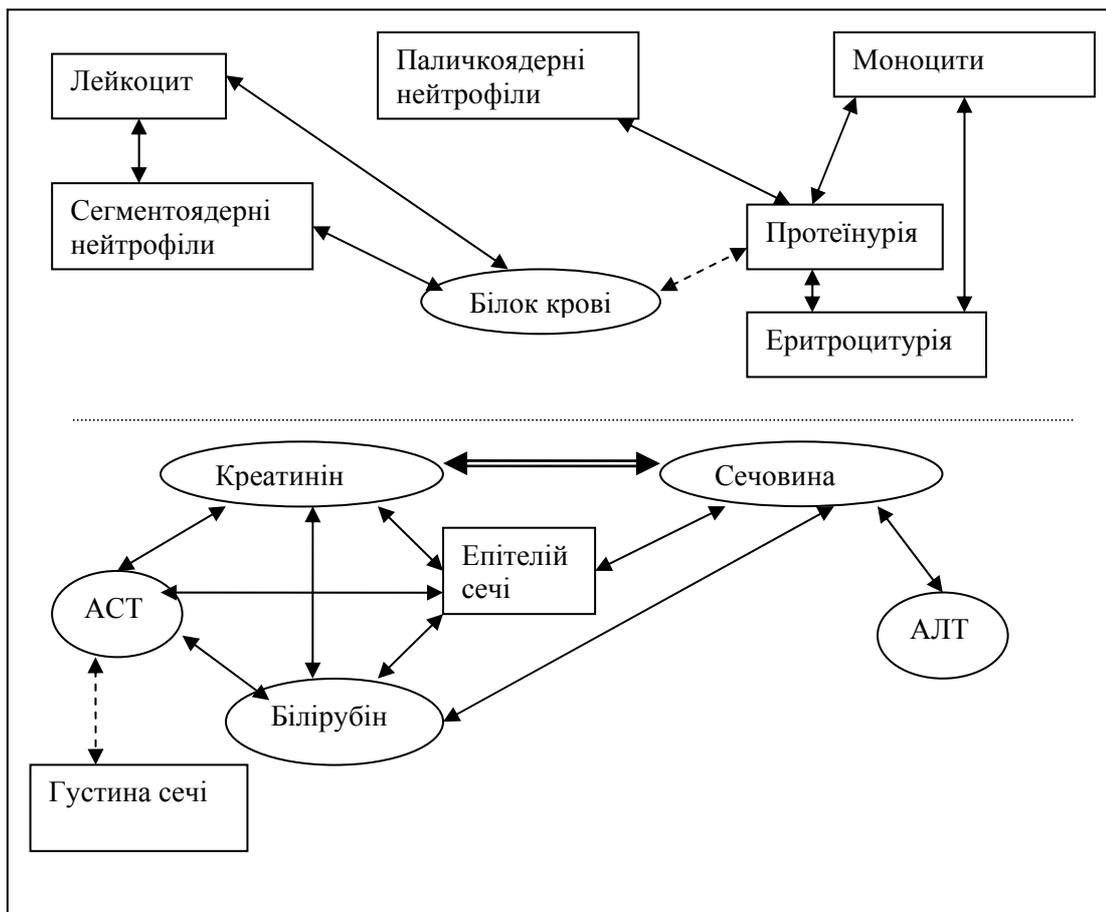
Істотні кореляційні зв'язки чоловіків групи 1Ч з нормальним АТ включають 18 зв'язків, з яких тільки 9 утворюють плеяду (рис. 3), яка за будовою набагато простіша, ніж в жінок без гіпертонії групи 1Ж (рис. 1). На відміну від жінок групи 1Ж не виявлено зв'язків між структурними параметрами органів черевної порожнини, нирок та антропометричними даними. Плеяда включає основні параметри загального аналізу крові, функції нирок та глюкозу крові. Найбільш потужним центром фокусування виявилась кількість лейкоцитів периферійної крові (4 зв'язки), по 3 зв'язки утворили креатинін та сечовина.

Рис. 3. Плеяда істотних кореляційних зв'язків хворих чоловіків без гіпертонічної хвороби, які перенесли ХЕ (група 1Ч). Подвійною лінією зображені однакові для обох груп кореляції.



Аналогічно жінкам з ГХ та на відміну від чоловіків з нормальним АТ в чоловіків з ГХ кореляції утворили також 2 окремих плеяди. У цій групі загалом виявлено 27 істотних кореляційних зв'язків, 8 та 11 з яких утворили дві окремих плеяди (рис. 4). Перша плеяда утворена параметрами периферійної крові, загального аналізу сечі та рівнем загального білку, який виступає у даному випадку зв'язувальною ланкою між вираженістю синдромів запалення та ураження нирок. На відміну від жінок з ГХ групи 2Ж у чоловіків до плеяди не входили параметри антропометричного дослідження, розміри органів черевної порожнини та нирок, показники зсідання та тривалість стаціонарного лікування. Другу плеяду зв'язків у чоловіків з ГХ (група 2Ч) склали 5 центрів фокусування (креатинін, сечовина, епітелій сечі, білірубін, АСТ) та два елементи (Аланін-амінотрансфераза - АЛТ та густина сечі), які мали лише одну кореляцію. Тобто, в плеяду включені лише критерії функції печінки та нирок.

Рис. 4. Дві плеяди істотних кореляційних зв'язків хворих чоловіків з гіпертонічною хворобою, які перенесли ХЕ. *Подвійною лінією зображені однакові для обох груп кореляції.*



ВИСНОВКИ

Частота ХЕ в жінок істотно вища, ніж в чоловіків. Частота ГХ в хворих, яким проведено ХЕ, вища, ніж у популяції. Рівень АТ серед хворих з супутньою ГХ був істотно вищим в жінок, ніж в чоловіків. У жінок з ГХ, яким проводилась ХЕ з приводу ЖКХ, був істотно довшим ліжкодень (6,8 дні), ніж в пацієнок без гіпертензії (3,4 дні). Частота ожиріння в жінок була істотно вищою за умов наявності ГХ, у чоловіків цього не виявлялось. Тривалість стаціонарного лікування прямо залежала від вираженості синдрому загального та місцевого запалення у жовчному міхурі та функціонального стану нирок. У жінок з ГХ спостерігалась більша маса тіла, вищий ІМТ та частіше виявлялось ожиріння, зокрема, І ступеня. Системний запальний синдром у жінок з ГХ був менш вираженим, що проявлялось істотно меншою кількістю лейкоцитів та паличкоядерних нейтрофілів. Рівень глюкози в жінок з ГХ натще був істотно вищим, ніж за умов нормального тиску. В чоловіків з ГХ був істотно меншим активований час рекальцифікації, ніж за умов нормального тиску, що є свідченням прискореного зсідання крові та загрози тромбоутворення. За умов супутньої ГХ в жінок було вищим значення тимолової проби, більший протромбіновий час та менший протромбіновий індекс, що вказує на менший ступінь коагуляції в жінок, ніж в чоловіків.

Наявність ГХ привела до зміни кореляцій: і в жінок, і в чоловіків з'явилися дві плеяди зв'язків, а загальна кількість кореляцій та зв'язків в плеядах була меншою, ніж за умов нормального АТ. ГХ у жінок привела до зменшення кількості істотних кореляцій, окремого існування зв'язків поза плеядою, утворення двох окремих плеяд, одна з яких фокусувалась навколо маси тіла, а друга – навколо тривалості стаціонарного лікування та кількості клітин епітелію в загальному аналізі сечі. Кількість істотних кореляцій в чоловіків була меншою, ніж в жінок.

ЛІТЕРАТУРА

1. Больше, чем эффективный контроль артериального давления: новая парадигма в защите органов-мишеней / Галзерано Д., Капограссо К., Мишеле С. Ди и др. // Здоров'я України. – 2011. - % 10 (263). – С. 10 – 11.

2. Губергриц Н.Б. Постхолецистэктомический синдром. Часть 1. Определение, классификация, патогенез, варианты болевого синдрома / Губергриц Н.Б., Юрьева А.В., Фоменко П.Г. // Сучасна гастроентерологія. – 2006. - № 2 (28). – С. 70 – 80.
3. Петухов В.А. Липидный дистресс-синдром. – М.:ВЕДИ, 2003. – 88 с.
4. Філіппов Ю.О., Скірта І.Ю. Епідеміологічні особливості хвороб органів травлення та гастроентерологічна служба в Україні: здобутки, проблеми та шляхи їх вирішення // Гастроентерологія. – 2005. – Вип. 36. – С. 9 – 17.

L.M. RADCHENKO

CHOLECYSTECTOMY IN PATIENTS WITH AND WITHOUT ARTERIAL HYPERTENSION

Analysis of clinical and laboratory parameters was performed in 120 patients (102 females and 18 males) who were undergo cholecystectomy due to gall stone disease. Arterial hypertension (AH) incidence in females was 31,37%, in males – 38,9%, what is higher than in population. Duration of hospital treatment was longer in females with AH (6,8 days) than in patients without AH (3,4 days). Obesity incidence in females only was significantly higher in case of AH. Duration of hospital treatment was dependent from general and local inflammation syndrome and kidney functional status. Females with AH had higher body mass and obesity, less significant general inflammatory syndrome, higher level of glucose. Males with AH had significantly shorter activated time of recalcification and higher coagulation status than female patients. AH changed correlations both in male and female: 2 groups of connection were revealed and quantity of correlation was diminished. Quantity of correlation in male patients was less than in female.

Key words: cholecystectomy, arterial hypertension, correlations

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Дата поступлення: 12.03.2011 р.