

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

© Коханенко Николай Юрьевич, Гуцкая Лексо Зурабович

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет.
194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2

E-mail: gurtskaya.lekso87@mail.ru

Ключевые слова: острый холецистит; острый инфаркт миокарда; сердечная недостаточность.

ВВЕДЕНИЕ

Хирургическое лечение больных острым холециститом с тяжелой сердечно-сосудистой патологией остается серьезной проблемой. Тяжелые соматические заболевания являются частыми особенно у пациентов старших возрастных групп: стабильная стенокардия III, IV функционального класса встречаются у 15–20% пациентов; артериальная гипертензия II–III степени — 25–30%; гипертоническая болезнь II–III стадии — 35–40%; нарушения ритма и проводимости — 10–15%; острый инфаркт миокарда — до 5%; аневризма аорты — 2–3%, состояние после тромбоэмболии легочной артерий — 2–5%, хроническая сердечная недостаточность II–III функционального класса — 25–47%, IV — до 4%. Лечение таких больных — сложная проблема, а уровень послеоперационной летальности может достигать 17–23%.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Улучшить результаты лечения острого холецистита у больных с тяжелой сердечно-сосудистой патологией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Основу работы составляют результаты лечения 45 пациентов. Мужчин было 20 (44,4%), женщин — 25 (55,5%). Средний возраст — составил $78,9 \pm 15,8$ лет. Больные поступали в сроки от 10 часов до 7 суток от начала заболевания. Больные были разделены на 2 группы: основная (20 пациентов) и контрольная (25 больных). Всем пациентам основной группы, для оценки тяжести сопутствующих заболеваний и их коррекции, проводили комплексную лабораторно-инструментальную диагностику. Определяли не только общий клинический и биохимический анализ крови, общий анализ мочи, коагулограмму, но и показатели маркеров не-

кроза миокарда — креатинфосфокиназу (КФК) и КФК-МВ фракцию, тропонин I, ультразвуковое исследование, фиброгастродуоденоскопию, электрокардиографию, эхокардиографию. В качестве предоперационной подготовки проводили инфузионную, спазмолитическую (папаверин, бускопан), антибактериальную (метрогил, амоксиклав, цефтриаксон), сердечно-сосудистую (гипотензивные средства, антикоагулянты, диуретики, препараты метаболизма, антиоксиданты и антигипоксанта, вазодилататоры, бета-адреноблокаторы) терапию. В основной группе у 4 (20%) больных выполнили холецистостомию под контролем ультразвукового исследования. Лапароскопическую холецистэктомию выполняли по разработанному методу («Способ лапароскопии у больных с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией»). Патент №080832/2015152424 от 26.10.17 утвержденный Правительством Российской Федерации) у 8 (40%) больных. У одного пациента была начата лапароскопическая холецистэктомия с последующим вынужденным конверсией доступа на лапаротомный. Лапаротомию у этого больного выполняли в связи с кровотечением из ложа желчного пузыря. Холецистэктомию из мини-доступа выполнили у 5 (25%). В основной группе у 2 (10%) пациентов выполнили только эндоскопическую папиллосфинктеротомию в связи с холедохолитиазом, а острый холецистит удалось вылечить медикаментозно. В контрольной группе определялись только общий клинический и биохимический анализы крови, общий анализ мочи. Проводилось ультразвуковое исследование, электрокардиография, фиброгастродуоденоскопия. Сердечно-сосудистая терапия ограничивалась только гипотензивными препаратами и диуретиками. У 15 (60%) была выполнена стандартная лапароскопическая холецистэктомия, у 4 (16%) — мини-лапаротомия, у 6 (24%) — лапаротомия, как вынужденный метод в связи с рубцово-спаечным процессом в брюшной полости.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При лабораторной и инструментальной диагностике у 4 (20%) больных основной группы выявлено снижение гемоглобина до 75–80 г/л, снижение фракции выброса (по данным эхокардиографии) до 40–43%, повышение давления в легочной артерии до 30–45 мм. рт. ст. Уровень КФК у этих пациентов составил 220 ЕД/л, КФК — МВ фракция 40 ЕД/л, тропонин I — 0,2 нг/л, а общий белок — 45 г/л. У 3 (15%) больных выявлено тахипное с частотой дыхания 32–40 в минуту, дилатация левых камер сердца, у одного пациента — бронхиальная астма тяжелой степени тяжести, стенокардия напряжения III–IV функционального класса, гипертоническая болезнь III стадии. У этих больных при сроке заболевания более 3 суток, декомпенсаций сопутствующей патологии — была выполнена холецистостомия. Окончательным хирургическим методом лечения острого холецистита у 3 (15%) была холецистостомия, а один больной был подготовлен к операции в плановом порядке из мини-доступа без периоперационных сердечно-сосудистых осложнений. При поступлении всем больным проводилось консервативное лечение острого холецистита, а также сердечно-сосудистой патологии с учетом выявленных изменений, что у 8 (40%) больных привело к снижению воспалительного процесса в желчном пузыре, компенсации сердечно-сосудистой патологии, снижению риска периоперационных осложнений. Эти больные были оперированы с применением специальной лапароскопической методики со сниженным внутрибрюшным давлением без летальных исходов. Лапароскопия проводилась пациентам с низким и средним риском, у которых карбоксиперитонеум не вызывал некорректируемых кардио-респираторных расстройств. Оказалось эффективным консервативное лечение острого холецистита еще у двух больных (10%) и в последующем им выполнили эндоскопическую папиллосфинктеротомию. У этих больных выявлен острый инфаркт миокарда 2-недельной давности, артериальная гипотония менее 100 мм рт. ст., брадикардия до 55 ударов в минуту и возраст — 82 и 85 лет. Наблюдали повышение уровня КФК до 200 ЕД/л, КФК-МВ фракция — 50 ЕД/л, тропонина I — 0,1 г/л, снижение гемоглобина — 65 г/л. По данным электрокардиографии выявлено фибрилляция предсердий с инверсией зубца Т в отведениях V2–V3, митральная недостаточность 2-ой сте-

пени, как признак легочной гипертензии вследствие тромбоэмболии легочной артерий по данным эхокардиографии. Выполнение радикальной операции повышал риск и после компенсации сердечно-сосудистой системы, холецистэктомия была выполнена в плановом порядке в специальном режиме пониженного внутрибрюшного давления у одной пациентки, у другой — ограничились только ЭПСТ. У данной пациентки холецистэктомия рекомендована по жизненным показаниям. Еще у 3 (15%) пациентов была стенокардия напряжения III–IV функционального класса, давность острого инфаркта миокарда меньше месяца, выраженный коронарокардиосклероз и атриовентрикулярная блокада блокада 2 степени, фракция выброса левого желудочка 40%. Нарушения ритма и проводимости, наджелудочковая тахикардия выявлена у 2 (10%) пациента. Дилатация левых камер сердца с дегенеративными изменениями аортального клапана — у 1 (5%) больного. Создание пневмоперитонеума при лапароскопии у этих пациентов было противопоказано. Этим больным была выполнена холецистэктомия из мини-доступа без летальных исходов. В основной группе у 2 (20,0%) больных после холецистостомии, на 3 сутки наблюдали осложненную форму пневмонии правого легкого, еще у одного (5%) повышение артериального давления до 180/105 мм. рт. ст. Возникло нарушение ритма и проводимости, в 1-е сутки после минилапаротомии у одного больного. Следовательно, в основной группе послеоперационные осложнения возникли у 4 (20%) пациентов. В контрольной группе кардиологическая терапия была ограниченной и кратковременной. В основном производилась коррекция артериального давления. Патология сердечно-сосудистой системы оценивалась только по данным электрокардиографии, что часто являлось недостаточным методом диагностики. После лапаротомии на 2 сутки у одного из 6 больных выявлена ранняя кишечная непроходимость, у 4 (16%) — атриовентрикулярная-блокада 2 степени и нарушения ритма (экстрасистолия). Тромбоэмболия легочной артерий наблюдалась у 2 (8%), острый инфаркт развился у одного больного. Таким образом, осложнения в послеоперационном периоде развились у 8 (32%) больных контрольной группы. Длительность послеоперационного периода в основной группе составил $8,8 \pm 5,6$ дней, а в контрольной — $17,2 \pm 6,0$. В основной группе умер один пациент (5%), в контрольной — 4 (16,0%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение минимально инвазивных вмешательств при остром холецистите у больных с тяжелой сердечно-сосудистой патологией в качестве этапного и окончательного лечения острого холецистита позволило уменьшить

число послеоперационных осложнений в 1,7 раза, уменьшить летальность до 5% (более чем в 3 раза). Выполнение дренирующих операции целесообразно в 1–2-е сутки с момента поступления больного в стационар, так как радикальные вмешательства повышают летальность до 50%.