

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Шербек У.А.¹, Алиева С.З.², Вохидов Ж.Ж.³

¹Шербек Улугбек Ахрарович – кандидат медицинских наук, ассистент;

²Алиева Сайёра Зокир кизи – студент;

³Вохидов Жахонгир Жамшидович – студент,

кафедра общей хирургии,

Самаркандский государственный медицинский институт,

г. Самарканд, Республика Узбекистан

Введение. Острый холецистит – одно из самых распространенных заболеваний органов брюшной полости. За последние десятилетия отмечается бурный рост частоты холецистита во многих странах мира [1, 3, 10]. Послеоперационная летальность при остром холецистите в различных лечебных учреждениях колеблется в пределах 2-12% и не имеет тенденции к снижению, из-за наличия сопутствующих осложнений в системе желчевыделения холецистит часто протекает под маской других заболеваний, которое приводит к ошибочной диагностике и неправильной тактике лечения [4, 7, 12]. Холецистокардиальный синдром (ХКС) - сложный симптомокомплекс, проявляющийся различными нарушениями в работе сердца, развитию которых способствует наличие у больного желчнокаменной болезни (ЖКБ). Сочетанное поражение желчного пузыря, внепеченочных желчных путей и сердца долгие годы была сложной задачей, что являлось тормозом в развитии хирургии желчных путей [4, 10, 13]. Частота изменений со стороны сердца при заболеваниях желчевыводящих путей варьирует от единичных наблюдений до 60%. По мнению некоторых авторов, ХКС встречается у 15% больных ЖКБ [8]. Примерно у половины пациентов ХКС манифестирует болью в области сердца, а у других отмечается безболевого течение, характеризующееся различными нарушениями ритма сердца – суправентрикулярными либо желудочковыми экстрасистолами, мерцательной аритмией, атриовентрикулярной (АВ) блокадой [6, 9, 13].

Цель работы определить физическую переносимость и допустимость хирургического лечения больным с патологии желчных путей и заболевания сердца.

Материал и методы исследования. Нами, на основе изучения клинического течения холецистокардиального синдрома определены важные прогностические факторы, влияющие на хирургическую тактику и выбор оперативного пособия у больных с данной патологией. Определены возможности эхокардиографии при оценке степени сердечно-сосудистой системы при выборе сроков выполнения хирургического вмешательства у больных холециститом с сопутствующими сердечно-сосудистыми расстройствами. Определены показания к щадящим хирургическим вмешательствам на гепатобилиарной системе и оценена их эффективность при холецистокардиальном синдроме, с учетом степени операционно-анестезиологического риска. Разработана оптимальная лечебно-диагностическая тактика у больных с желчекаменной болезнью, осложненной холецистокардиальным синдромом. Разработана показания и выбор операционного доступа при холецистокардиальном синдроме. Нами проанализированы результаты лечения 200 больных патологией желчных путей с сопутствующим заболеванием сердечно-сосудистой системы. Преобладали пациенты женского пола (женщины составляли 59%, мужчины 41%). Возраст больных варьировал от 40 до 78 лет, вместе с тем 44% пациентов пожилого возраста. При сборе анамнеза выявлено, что 89% пациентов состояли на учете у кардиолога по поводу ишемической болезни сердца, гипертонической болезни, аритмией различного вида и т.д., когда на ультразвуковом исследовании выявлено патология желчного пузыря и желчевыводящих путей. Эти больные несколько раз поступали в хирургические отделения разных клиник с острыми приступами желчного пузыря, где отказывались от хирургического вмешательства из-за высокого операционного риска. У 144 (72%) больных имелся калькулезный холецистит, у 12 (6%) – безкаменный холецистит. У 32 (16%) больных выявлен холедохолитиаз, механическая желтуха. У 12 (6%) больных механическая желтуха различной этиологии. У всех больных диагностирован холецистокардиальный синдром различной формы. В основном составляли больные (63%) холецистокардиальным синдромом без кардиалгии с преобладанием желчно-пузырного компонента. У которых имелось жалобы со стороны билиарной системы, а на ЭКГ имелись отклонения. Больные с выраженной кардиалгией составляло 40 (20%), а остальные больные были в форме взаимного отягощения, т.е. смешанная форма, их составляло 34 (17%). В предоперационном обследовании больных применяли ЭКГ, ЭхоКГ, холтермориторирование, УЗИ гепатобилиарной системы. На ЭКГ у больных с холецистокардиальным синдромом зафиксировали укорочение интервала атриовентрикулярной проводимости, блокада правой ножки пучка Гиса, псевдокоронарные нарушения интервала S-T и зубца T. В послеоперационном периоде уже с третьей сутки не было отклонений от нормы на ЭКГ. С практической точки зрения из всех показателей ЭхоКГ наибольшее значение имеют фракция выброса

левого желудочка (ФВ) и ударный объем (УО). Именно эти показатели у тяжелых больных с сопутствующими заболеваниями органов сердечно-сосудистой системы позволяют оценить сократительную способность миокарда и прогнозировать результаты оперативного лечения, заметно подняв планку хирургической активности. Наиболее низкий показатель ФВ (равное 45% и ниже) является показанием к кратковременной консервативной терапии, в наших наблюдениях эти больные составляли 7 (3,5%). Показатель ФВ позволяет оценивать сократительную способность миокарда, но не дает возможности судить о выраженности коронарной недостаточности. В ближайшем послеоперационном периоде не отмечалось существенных изменений сократительной способности миокарда по данным результатам ЭхоКГ. В отдаленном периоде после операции на желчных путях (начиная с 7-го месяца) имелась тенденция к изменению фазовой структуры. Прослеживалось явная тенденция к увеличению ФВ и уменьшению УО.

Холтеровское мониторирование - это метод функциональной диагностики, с помощью которого осуществляется суточная запись электрокардиограммы в нескольких отведениях. Запись ЭКГ проводится непрерывно в течение 24 часов. Для этого используется небольшой носимый регистратор, который производит круглосуточную запись электрокардиограммы и передает информации о работе сердца за сутки в компьютер [5]. При диагностике патологии желчного пузыря и желчевыводящих путей ультразвуковое сканирование имеет существенные преимущества перед другими методами диагностического контроля. Эхография безопасна, не требует дополнительных вмешательств, специальной подготовки больного и может быть многократно повторена в процессе обследования, наблюдения и лечения независимо от тяжести заболевания. Перед терапевтом и хирургом в ходе лечения пациента, страдающего ЖКБ, осложненной ХКС, стоят следующие основные две задачи: I. Оценка тяжести состояния больного, функциональных резервов жизненно важных органов и систем (серечно-сосудистой, дыхательной, мочевыделительной и т.д.), необходимости и возможности предоперационной подготовки; объективный статус пациента нами оценивался классификацией ASA, которая была принята 1961 году американским обществом анестезиологов. Она используется при предоперационной оценке риска на переносимость операции. II. Определение показаний и противопоказаний к оперативному лечению холелитиаза и оптимальных сроков его проведения, целесообразности применения тех или иных хирургических технологий (традиционных, миниинвазивных, эндоскопических и т.п.). В ходе решения перечисленных задач необходимо реализовать важный принцип каждый хирург должен иметь выбор, а пациент рассчитывать на индивидуальный подход [2, 7].

В сомнительных ситуациях при прочих равных условиях надо учитывать, что ХКС скорее является еще одним дополнительным аргументом в пользу операции, чем причиной отказа от нее. При этом следует учитывать неизмеримо больший риск экстренного оперативного вмешательства у неподготовленного больного при осложненной желчекаменной болезни в сочетании с холецистокардиальным синдромом и чаще устанавливать в таких ситуациях показания к плановому оперативному лечению с предварительной адекватной подготовкой пациента (совместно с терапевтом, кардиологом и хирургом) [8]. Тактика лечения больного принималась коллегиально хирургом, терапевтом (кардиологом) и анестезиологом. При необходимости проводилось медикаментозная предоперационная подготовка, включающую кардиотропную терапию [1, 4]. Операции на желчном пузыре и желчных путях больным с холецистокардиальным синдромом выполняли по общепринятым методикам с учетом особенностей, присущих этой патологии. При патологии желчного пузыря и желчевыводящих путей и сочетании с сердечно-сосудистыми расстройствами методом выбора являлось плановая холецистэктомия. В основном принимали щадящие хирургические технологии (хирургия малых доступов) - лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ), холецистэктомии из минилапаротомного доступа (МХЭ) [3]. - При остром катаральном и флегмонозном холецистите без перивезикальных осложнений, с кардиологической формой холецистокардиального синдрома с физическим состоянием I, II класса по классификации ASA, холецистэктомия проводилась лапароскопическим методом. - При остром холецистите в сочетании с безболевым или смешанным холецистокардиальным синдромом оперативное лечение проводили в течение первых 10-12 ч после кардиотропной терапии. Таким больным, препятствующим наложению пневмоперитонеума предпочтительна была минилапаротомная холецистэктомия. - При остром деструктивном холецистите осложненном перивезикальным абсцессом, перитонитом в сочетании с холецистокардиальным синдромом, оперативное лечение проводилось в экстренном порядке в течении 1-3 ч, после кратковременной интенсивной комплексной предоперационной подготовки (дезинтоксикационной, антибактериальной, кардиотропной и др.). Таким больным проводилось открытое традиционное хирургическое вмешательство. Таким образом, по показаниям выполнено ЛХЭ-40, МЛХЭ-146, ХЭ из широкого лапаротомного доступа-14 пациентам. В ходе операции блокировали рефлексогенные зоны. С этой целью, после вскрытия брюшной полости, в корень брыжейки поперечно-ободочной кишки и перед подъемом валика, в гепатодуоденальную связку вводили соответственно 100 и 50 мл 0,25% раствора новокаина. Новокаин вводили и под серозу шейки пузыря и его протока перед их выделением. Тактика лечения представлена в виде следующей схемы:

Послеоперационный период. Основные мероприятия раннего после операционного периода были направлены на: 1) стабилизацию гемодинамики и улучшение микроциркуляции; 2) устранение сдвигов электролитов и коррекцию нарушенных метаболических процессов; 3) борьбу с инфекцией и профилактику гнойных осложнений. Основу лечебных мероприятий послеоперационного периода составляла инфузионная терапия с использованием 5 и 10% растворов глюкозы, раствора Рингера-Локка, изотонического раствора натрия хлорида и панангина. Для улучшения реологического состояния крови и микроциркуляции назначали реополиглюкин, альбумин (протеин) и ксантинола никотинат (300-600 мг). Инфузионную терапию в объеме 2-2,5 л жидкости в сутки проводили в течение 3-4 дней. По мере улучшения состояния больного и исчезновения интоксикация объем вводимой парентеральной жидкости индивидуально сокращали. Послеоперационные осложнения наблюдались у 4 (2%) больных. У 2 больных наблюдалось желчеистечение из культи пузырного протока, по поводу которого осуществлено повторное санирование брюшной полости. У 2 (1%) больных в послеоперационном периоде наблюдалось острая сердечно-сосудистая недостаточность. Все вышеизложенное позволяет клиницистам в настоящее время значительно расширить показания для хирургического вмешательства по поводу патологии билиарной системы, оправдывая это непосредственными и отдаленными результатами лечения. При современном уровне развития анестезиологии имеются все возможности быстро устранить многие непредвиденные осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы в послеоперационном периоде. Мы убедились, что холецистокардиальный синдром требует более настоятельных показаний для оперативного вмешательства, чем у других больных с калькулёзным холециститом. В таких случаях отсрочка хирургического лечения ведет к необратимым изменениям, как в системе желчных путей, так и в сердце (рис. 1.).

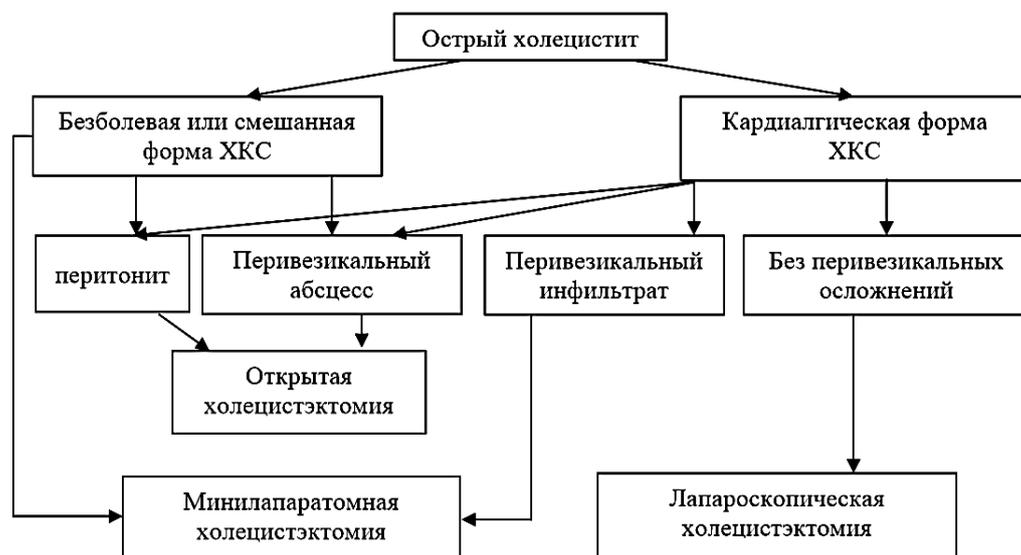


Рис. 1. Тактика хирургического лечения больных с холецистокардиальным синдромом

Выводы. Таким образом, при холецистокардиальном синдроме самое своевременное оперативное вмешательство устранит расстройство сердечно-сосудистой системы.

Список литературы

1. Ветшев П., Сулимов В., Ногтев П. Холецистокардиальный синдром: современный взгляд //Врач. – 2005. №. 7. С. 35-38.
2. Давлатов С.С. Дифференцированный подход к лечению больных острым холангитом, осложненным билиарным сепсисом //Вісник наукових досліджень. 2017. №. 1. С. 72-76.
3. Давлатов С.С., Хидиров З.Э., Насимов А.М. Дифференцированный подход к лечению больных с синдромом Мирizzi //Academy. 2017. №. 2. С. 95-98.
4. Давлатов С.С. и др. Эффективность миниинвазивных методов хирургического лечения больных с острым деструктивным холециститом // Academy. 2017. №. 7. С. 92-94.
5. Жидков С.А., Елин И.А. Влияние сопутствующей патологии на исходы острого холецистита у больных старше 60 лет //Новости хирургии. 2009. Т. 17. № 4.
6. Курбаниязов З.Б. и др. Хирургический подход к лечению больных с посттравматическими рубцовыми стриктурами магистральных желчных протоков //Академический журнал Западной Сибири. 2013. Т. 9. №. 2. С. 14-14.

7. *Совцов С.А., Прилепина Е.В.* Холецистит у больных высокого риска //Хирургия. Журнал им. НИ Пирогова. 2013. № 12. С. 18-23.
8. *Davlatov S.S., Askarov P.A.* Rezultaty lecheniya bolnykh s zhelcheistecheniyem posle kholetsistektomii [Results of treatment of patients with bile cystitis after cholecystectomy] //Molodoy organizator zdavookhra neniya: sb. nauch. st. studentov–The young organizer of public health. 2013.
9. *Kasimov S.Z. et al.* Efficacy of modified hemosorbents user for treatment of patients with multi-organ insufficiency //Академический журнал Западной Сибири. 2013. Т. 9. №. 3. С. 44-46.
10. *Kasimov S. et al.* Haemosorption In Complex Management Of Hepatargia //The International Journal of Artificial Organs. 2013. Т. 36. №. 8. С. 548.
11. *Kurbaniyazov Z.B. et al.* Khirurgicheskoye lecheniye bolnykh s sindromom Mirizzi [Surgical treatment of patients with Mirizzi syndrome] //Vrachaspirant–Doctor Aspirant. 2012. Т. 51. №. 2.1. С. 135-138.
12. *Rakhmanov K.E. et al.* The treatment of patients with major bile duct injuries //Академический журнал Западной Сибири. 2013. Т. 9. №. 1. С. 33-34.
13. *Saydullayev Z.Y. et al.* Evaluating the effectiveness of minimally invasive surgical treatment of patients with acute destructive cholecystitis //The First European Conference on Biology and Medical Sciences. 2014. С. 101-107.