

УДК 616.366-002.-616.381-072.1.-616.366-089.87-616.12-008.331

Ф.Б.Бокиев, академик АН Республики Таджикистан Н.У.Усманов, М.А.Курбанова

ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ – МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

*Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино,
Республиканский научный центр сердечно-сосудистой и грудной хирургии*

Больные с острым холециститом на фоне артериальной гипертензии – метаболического синдрома относятся к тяжёлому контингенту абдоминальной хирургии. Изучено состояние сердечно-сосудистой системы информативными методами исследования. В зависимости от давности приступа, тяжести заболевания и полученных данных инструментального исследования, а также применяемой ранней терапии разработана тактика коррекции повышенных показателей артериального давления на этапе диагностики, предоперационной подготовки, во время операции и в послеоперационном периоде.

Ключевые слова: острый холецистит – артериальная гипертензия – метаболический синдром – лапароскопическая холецистэктомия.

Тяжесть общего состояния больных с острым холециститом (ОХ) в большинстве случаев обусловлена наличием тяжёлой сопутствующей патологии [1,2]. Различные компоненты метаболического синдрома (МС) встречаются и у этого контингента больных. МС, представляя собой комплекс метаболических, гормональных и клинических нарушений, является фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. Перечень составляющих компонентов МС очень большой, однако такие его компоненты, как артериальная гипертензия (АГ), ожирение и сахарный диабет, являются основополагающими [3].

По литературным данным [4,5], АГ встречается у 60.8-82%, больных с ОХ. Как известно, острые воспалительные патологии органов брюшной полости обуславливают патофизиологические изменения в организме, что влечёт за собой изменение параметров функционирования жизненно важных органов и систем, в частности сердечно-сосудистой. Так, из-за сильного болевого синдрома и деструктивных изменений со стороны жёлчного пузыря отмечаются высокие показатели артериального давления (АД), что в большинстве случаев способствует возникновению трудности выбора адекватной лечебной тактики и способа хирургического вмешательства при ОХ на фоне АГ.

Целью данной работы явилось улучшение результатов лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите у больных с артериальной гипертензией – метаболическим синдромом.

Адрес для корреспонденции: Усманов Негматулло. 734003, Республика Таджикистан г.Душанбе, пр.Рудаки, 139, Таджикский государственный медицинский университет. E-mail: fathullo@mail.ru

Методы исследования

Исследование основано на результатах обследования и лечения 58 больных с ОХ. Возраст больных от 42 до 85 лет, преобладали лица женского пола 42 (72.4%). Давность приступа ОХ от 24 ч до 7 сут. В 38 (65.5%) случаях больные знали о АГ, а в 20 (34.5%) случаях проявления АГ диагностированы впервые при поступлении в клинику. Из 38 лиц с ранее диагностированным АГ в 22 (57.9%) случаях до обращения больные получали непрерывную гипотензивную терапию, а 16 (42.1%) пациентов получали терапию периодически при проявлениях симптоматики повышенной АД. При этом встречаемость АГ увеличивалась с возрастом, поэтому наибольшую часть больных составили лица старше 55 лет. В 5 (8.6%) случаях больные поступили с ранее перенесенным инфарктом миокарда.

План обследования больных включал общеклинические, лабораторные и инструментальные методы исследования. Для выявления изменения сердечно-сосудистой системы (ССС) проводили динамическую тонометрию, электрокардиографию (ЭКГ) (на велоэргометре «Marguette Hellige»); эхокардиографическое (ЭхоКг) исследование проводилось на аппарате Philips SD-800 и Philips Sono Diagnost-100, при котором определяли конечно-систолический и диастолические размеры и объёмы, а также фракцию выброса сердца, акцентировалось внимание на размере корня аорты и толщине межжелудочковой перегородки.

АГ констатировалась на основании высоких цифр артериального давления при тонометрии, анамнеза заболеваемости гипертонической болезнью (получения гипотензивной терапии и диспансерное наблюдение кардиолога), а также в случае выявления специфических признаков АГ на ЭКГ и ЭхоКг.

При выяснении анамнеза сопутствующего заболевания чаще проявление АГ было связано с сильным психоэмоциональным стрессом. В 39 (67.2%) случаях больные акцентировали внимание на повышении АД при предыдущих болевых приступах, также в 9 (15.5%) случаях отмечалась иррадиация болей в левую половину грудной клетки и в левое плечо, что расценивалось самим больным как патология сердца. Степень повышения АД определяли по классификации ВОЗ/МОАГ (1999), согласно которой I степень повышения АД выявлена у 10 (17.24%) больных, II степень – у 28 (48.3%) и III степень – у 20 (34.48%) больных.

По данным ЭКГ исследования, у пяти (8.6%) больных отмечалось нарушение ритма сердечных сокращений в виде наджелудочковой и желудочковой экстрасистолии, ишемические проявления миокарда диагностированы у восьми (13.79%) больных, блокада ножек пучка Гиса обнаружена у пяти (8.6%) больных, дисметаболизм сердечной мышцы обнаружен у шести (10.3%) пациентов и гипертрофия миокарда левого желудочка у 36 (62.06 %) больных. При ЭхоКг выявлена гипертрофия миокарда и атеросклероз корня аорты у 44 (77.5%). Показатель ФВ сердца как основной параметр сократительной деятельности изменялся соответственно степени повышения АД (табл.1). У четырёх (6.8%) больных отмечали критическое снижение показателя ниже 52 %.

Таблица 1

Эхокардиографические показатели больных ОХ в зависимости от степени АГ

Показатели	I-степень	II-степень	III-степень
КСР	34.12	34.6	34.7
КДР	47.7	48.8	49
КСО	48.9	51.02	51.02
КДО	108.2	108.4	109
УО	65.7	66.8	66.8
ФВ, %	60	58.6	56.1
Толщина МЖП мм	10.4	11.2	12.22
Размер корня аорты, мм	28.6	36	39.08

Примечание: КСР – конечно-систолический размер, КДР – конечно-диастолический размер, КСО – конечно-систолический объём, КДО – конечно-диастолический объём, УО – ударный объём, ФВ – фракция выброса сердца, МЖП – межжелудочковая перегородка.

На основании вышеприведенных данных, для выбора адекватной лечебной тактики все больные были разделены на 3 группы: 1 группа – 22 (37.9) пациента, у которых ранее диагностирована АГ, находились под диспансерным наблюдением терапевтов и получали непрерывную гипотензивную терапию; 2 группа – 16 (27.6%) больных, у которых диагностирована АГ и гипотензивную терапию получали периодически, только при проявлении симптоматики повышенного АД; 3 группа – 20 (34.5%) больных, у которых впервые при обращении в клинику по поводу ОХ диагностирована АГ.

На этапе подготовки и выбора метода операции, кроме купирования болевого синдрома и восполнения гиповолемических расстройств, важной задачей считаем коррекцию показателей гемодинамики, в частности АД, и поддержание сократительной способности миокарда.

Параллельно проведению необходимых исследований подбиралась адекватная схема гипотензивной терапии с учётом степени повышения АД, проводимой ранее гипотензивной терапии и функционального состояния ССС.

При коррекции АД основным принципом было плавное снижение показателей, не более 30-40% от исходных цифр.

Коррекция показателей АД у больных первой группы особых усилий не требовала, зачастую купирование болевого синдрома, особенно у лиц с I степенью повышения АД (6 больных) и II степенью повышения АД (5 больных), в последующем способствовало нормализации показателей АД. Остальным больным повышали дозы ранее принимаемого препарата до максимально возможных или дополняли гипотензивный эффект препаратами других фармакологических групп, то есть использовалась схема комбинированной терапии. Следует отметить, что эти больные амбулаторно в комплексе с гипотензивной терапией непрерывно получали антикоагулянтные препараты, в этих случаях с учетом профилактики геморрагических явлений приём препаратов отменялся.

У всех больных данной группы до операции удалось добиться оптимального снижения цифр АД в течение 6-12 ч от момента поступления.

Больным второй группы, которые гипотензивную терапию амбулаторно получали периодически только при проявлении симптомов повышенного АД, кроме назначения спазмолитиков и анальгетиков, возобновляли ранее назначенную терапию или, ориентируясь на степень повышения АД, применялись препараты из разных фармакологических групп. Купирование острого болевого син-

дрома у семи больных этой группы способствовало снижению показателей АД. У пяти больных вынужденно использовали схему комбинированной терапии. Доза приёма препаратов и схема их сочетания была индивидуальной. Также девяти больным из-за сниженной сократительной способности миокарда назначались кардиотропные препараты. Особо отметим, что у пяти больных, которые поступили в сроки от 4 до 7 сут. после начала острого приступа, время снижения показателей АД затянулось до 24 ч. Адекватная тактика коррекции показателей АД у данной группы больных способствовала оптимальному снижению АД у всех больных до операции.

Третья группа – 20 больных, у которых при обследовании нами впервые выявлена АГ. Цифры в основном соответствовали (13 человек) II степени повышения АД. Купирование болевого синдрома у пяти больных данной группы способствовало снижению показателей АД. Остальным больным гипотензивные препараты подбирались индивидуально. Так, больным, учитывая антиоксидантное, противовоспалительное и антиагрегантное действие блокаторов кальциевых каналов, назначались препараты этой группы: амлодипин (по 5-10 мг), нифедипин-ретард (30-60 мг), верапамил (40-60-80 мг) и так далее, также часть больных получали препараты из группы β -адреноблокаторов: атенолол (0.5 – 1 г), конкор (0.0025-0.05 г) и др. Данная группа препаратов эффективна тем, что они не оказывают отрицательного влияния на углеводный и липидный обмен. Учитывая, что у больных МС отмечается ожирение, атеросклероз и другие патологические изменения, в комплексе с гипотензивной терапией включали также мочегонные средства. На этапе подготовки выбранная тактика позволила корректировать показатели АД до оптимальных цифр.

Наши наблюдения показали, что большое значение имеет фактор времени от начала приступа ОХ и поступления больных в стационар. Так, у 36 (62.06%) больных, которые поступили в течение 48 ч от начала приступа, снижение показателей АД достигалось в течение 4-6 ч приёмом таблетированных гипотензивных препаратов и купированием болевого синдрома. У больных, поступивших позднее 48 ч, процесс снижения показателей АД был долгим – до 12-24 ч, что обусловлено наличием очага воспалительно-деструктивного процесса, интоксикацией организма и органических изменений вследствие АГ – МС.

На этапе подбора больных к операции, кроме общепринятых противопоказаний, от ЛХЭ воздерживались в случае критического снижения фракции выброса сердца ниже 52%, при повышении показателей систолического АД более 170 мм рт.ст., диастолического АД более 110 мм рт.ст. а также в случаях отказа больного от ЛХЭ.

У четырёх (6.9%) больных из-за высокого риска осложнений со стороны ССС и ранее перенесённым неоднократным инфарктом миокарда, сниженным показателем фракции выброса сердца от ЛХЭ отказались. Двоим больным под местной анестезией проведена открытая холецистостомия с извлечением конкрементов из жёлчного пузыря, остальным применена консервативная терапия с последующим лечением у терапевта.

После коррекции повышенных показателей АД и определения показания к операции важным моментом предоперационной подготовки считаем премедикацию, так как ее отсутствие обуславливает сильные эмоциональные реакции с выраженной симпат-адреналовой активацией, что клинически проявляется наряду с другими признаками и артериальной гипертензией. Такая гипертензивная реак-

ция чревата разнообразными осложнениями – от единичных суправентрикулярных экстрасистол до транзиторной ишемической атаки.

При выборе метода обезболивания предпочтение отдавалось общему эндотрахеальному наркозу, что обеспечивало адекватную анестезию в течение всей операции.

Течение операции сопровождалось мониторингом показателей АД. Незначительное повышение вышеуказанных показателей на 20 ± 10 мм рт.ст. по сравнению с исходными цифрами наблюдали в момент вставления первого троакара и в течение первых 10-15 мин налаживания карбоксиперитонеума у 38 (70.4%) больных. Преодоление периода адаптации в течение 7-10 мин сопровождалось снижением показателей АД, а у 14 (25.9%) больных потребовалось введение сосудорасширяющих препаратов. В течение операции короткие промежутки колебания показателей АД наблюдались у 26 (48.14%) больных, что не сопровождалось критическими гипертоническими состояниями, а дополнительное введение гипотензивных препаратов было эффективным.

Техника ЛХЭ у больных с АГ не отличалась от стандартно принятой. В основном трудности возникали при сочетании основной патологии с ожирением. Этим больным индивидуально подбирался уровень внутрибрюшного давления углекислого газа. Так, в большинстве случаев работали при карбоксиперитонеуме 7-9 мм рт.ст., превышение этих показателей вызывало учащение сердечных сокращений и частоту дыхания, что мгновенно проявлялось на мониторе.

В связи с наличием воспалительно-деструктивных изменений тканей, выраженного спаечного процесса, кровотечений и риском повреждений элементов шейки желчного пузыря и анатомических образований гепатодуоденальной зоны переход на конверсию потребовался в шести (11.1%) случаях, что не было связано с повышением показателей АД в ходе операции.

В послеоперационном периоде первые 4-5 ч больных наблюдали в условиях палат интенсивной терапии. Так, у 16 (29.6%) больных выявлено повышение показателей АД до 25 ± 15 мм рт.ст. по сравнению с исходными цифрами. Своевременная коррекция гипотензивными средствами позволила стабилизировать колебания показателей АД без осложнений.

Первые сутки после операции мы считаем основным периодом нестабильности показателей АД у больных с исходной АГ, так как полное выведение анестетиков из организма больного, активизация и болевой синдром во всех случаях, вызывая спазм сосудов, провоцируют колебания показателей АД. Так, мы наблюдали повышение показателей АД у 19 (35.18%) больных, которым потребовалась расширенная консервативная терапия с сочетанием гипотензивных препаратов разных групп. На вторые и третьи сутки отмечали колебание показателей АД у 13 (24.07%) больных, что не требовало дополнительной терапии.

Таким образом, фоновые гепатобилиарные патологии, такие как ОХ, сопровождаются различными изменениями ССС, в том числе и АГ, проявления которой сопровождают каждый приступ, становясь фактором риска при хирургическом вмешательстве.

В ы в о д ы

Острый холецистит на фоне артериальной гипертонии – метаболического синдрома сопровождается различными изменениями со стороны сердечно-сосудистой системы: нарушением ритма сердечных сокращений (8.6%), ишемическими проявлениями в миокарде (13.79%), гипертрофией

миокарда и атеросклерозом корня аорты (77.5%) а также снижением фракции выброса сердца ниже 52% (6.8%).

При остром холецистите в сочетании с метаболическим синдромом вследствие сильных болей и деструктивных изменений со стороны жёлчного пузыря и интоксикации организма наблюдается прогрессирование АГ (АГ I-ст. – 17.24%; II-ст. – 48.3%; III-ст. – 34.48%), при этом у 34.9% больных АГ выявлена впервые.

Комплексная коррекция АД, изменений со стороны сердца с учётом морфологических изменений билиарной системы на фоне МС позволяет стабилизировать показатели АД и сердечной фракции, адекватно провести предоперационную подготовку и оперативное вмешательство, а также послеоперационный период. ЛХЭ является методом выбора при ОХ на фоне метаболического синдрома АГ.

Поступило 12.09.2011 г.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Добровольский С.Р., Рамазанов А.Р., Курбанов Ф.С. – Хирургия, 2011, №9 с. 11- 14.
2. Liu Y.Y., Yeh C.N.et al. – World J Surg, 2009, v.33, pp.1720–1726.
3. Лазебник Л.Б. Метаболический синдром и органы пищеварения. – М.: Анахарсис, 2009, 184 с.
4. Шульга А.Ф., Губочкин Е.С. и др. – Вестник Санкт-Петербургского университета, 2009, сер 11. вып. 2, с.87-93.
5. Курбаниязов З.Б. Рахманова К.Э. – XVI Международный Конгресс хирургов-гепатологов стран СНГ: Сб.тезисов. – Екатеринбург, 2009, с.131.

Ф.Б.Бокиев, Н.У.Усмонов, М.О.Курбонова

ХОЛЕСИСТИТИ ШАДИД ВА ХОЛЕСИТЭКТОМИЯИ ЛАПАРОСКОПИ ДАР БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ ҲИПЕРТОНИЯИ АРТЕРИАЛИ – СИНДРОМИ МЕТАБОЛИТИКӢ

*Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино,
Маркази Ҷумҳуриявии илмӣ ҷаррохӣ дилу рағҳо ва қафаси синаи*

Беморони гирифтори холесистити шадид бо ҳипертонияи артериали – синдроми метаболитикӣ ба гуруҳи вазнини ҷаррохӣ абдоминалӣ дохил мешавад. Ҳолати системаи дилу-рағҳо бо истифодаи усулҳои ахборотнок омӯхта шудааст. Вобаста аз саршавии ҳуруҷ, вазнинии беморӣ, натиҷаҳои тадқиқотҳои инструменталӣ ва муолиҷаи пеш истифодашуда тактикаи коррексияи нишондодҳои баланди фишори шараёнӣ, дар марҳилаи таъхир, таърири то ҷаррохӣ, дар рафти ҷарроҳӣ ва давраи пас аз он муайян кардашуда аст.

Калимаҳои калидӣ: холесистити шадид – ҳипертонияи шараёнӣ – синдроми метаболитикӣ – холеситэктомияи лапароскопӣ.

F.B.Bokiev, N.U.Usmanov, M.A.Kurbanova

**ACUTE CHOLECYSTITIS AND LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY
UNDER THE PATIENTS WITH THE ARTERIAL HYPERTENSION –
METABOLIC SYNDROME**

Abuali ibni Sino Tajik State Medical University,

Republican Science Centre of Cardiovascular and Toracic Surgery

Patients with the acute cholecystitis and arterial hypertension – metabolic syndrome refers to severe contingents in abdominal surgery. The state of cardiovascular system was studied by informative methods of examination. Depending on the time of the pain attack, severity of illness and the data instrumental examination, and applied early therapy, was developed tactics of correction of high blood pressure at the stage of diagnosis, preoperative preparation, during surgery and postoperatively.

Key words: *acute cholecystitis – arterial hypertension – metabolic syndrome – laparoscopic cholecystectomy.*