

ПРОФІЛАКТИКА УСКЛАДНЕНЬ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ У ПАЦІЄНТІВ ПРИ ІШЕМІЧНІЙ ХВОРОБИ СЕРЦЯ

Д. С. Васильченко, В. І. Десятерик, С. О. Шейко, Т. І. Зверевич

Дніпропетровська медична академія МОЗ України,
Перша Черкаська міська лікарня

PROPHYLAXIS OF COMPLICATIONS OF LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY IN PATIENTS WITH THE ISCHEMIC HEART DISEASE

D. S. Vasyhchenko, V. I. Desyateryk, S. O. Sheyko, T. I. Zverevych

Dnipropetrovsk Medical Academy of Ministry of Health of Ukraine,
First Cherkasy Municipal Hospital

З а останні роки відзначають тенденцію до збільшення частоти виявлення жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ). Холелітіаз діагностують у 10 – 15% дорослого населення [1]. Значна частота ускладнень та незадовільних результатів хірургічного лікування пацієнтів з приводу ЖКХ зумовлює актуальність проблеми. У світі прагнуть до виконання оперативного втручання у плановому порядку, у ранні строки виникнення патологічних змін у жовчному міхурі. Пацієнти літнього віку з приводу холелітіазу та супутніх захворювань серцево–судинної системи потребують хірургічного лікування в 4 рази частіше, ніж інша частина населення.

"Золотим стандартом" лікування пацієнтів з приводу хронічного калькульозного холециститу є ЛХЕ [2 – 4]. У теперішній час у розвинутих країнах 75 – 95% операцій з видалення жовчного міхура виконують з використанням лапароскопічного методу [5]. Це оперативне втручання здійснюють в умовах карбоксиперитонеуму, що супроводжується вираженою компресією внутрішніх органів, судин та пов'язане з суттєвим операційно–анестезіологічним ризиком у пацієнтів за супутньої ІХС [6]. Частота періопераційних кардіоваскулярних ускладнень під час ЛХЕ у пацієнтів без ІХС не перевищує 1%. Наявність ІХС ускладнює хірургічну тактику, змінює структуру післяопераційних ус-

Реферат
Проаналізовані результати обстеження й хірургічного лікування 56 пацієнтів з приводу хронічного калькульозного холециститу з супутньою ішемічною хворобою серця (ІХС). Всім пацієнтам здійснена лапароскопічна холецистектомія (ЛХЕ). Моніторинг серцево–судинних ускладнень оцінювали за допомогою холтерівського моніторування ЕКГ під час операції та в ранньому післяопераційному періоді. Залежно від виду доопераційної підготовки пацієнти розподілені на дві групи: тих, яким проводили кардіопротекцію з використанням препарату вазопро, та без кардіопротекції. Залежно від режиму пневмоперитонеуму під час операції в кожній групі виділені дві підгрупи: за внутрішньочеревного тиску (ВЧТ) 5 – 7,9 мм рт. ст. та 8 – 10 мм рт. ст. У пацієнтів, яким проводили кардіопротекцію та виконували оперативне втручання в режимі карбоксиперитонеуму за ВЧТ 5 – 7,9 мм рт. ст., частота кардіоваскулярних ускладнень менша, ніж у контрольній групі.
Ключові слова: хронічний калькульозний холецистит; лапароскопічна холецистектомія; ішемічна хвороба серця; холтерівське моніторування ЕКГ.

Abstract
Results of examination and surgical treatment of 56 patients, suffering chronic calculous cholecystitis with concomitant ischemic heart disease, were analyzed. In all the patients a laparoscopic cholecystectomy was performed. Monitoring of cardiovascular complications was estimated with the help of a Holter recording of ECG intraoperatively and in the early postoperative period. Depending on a kind of preoperative preparation done, the patients were divided on two groups: those, to whom cardioprotection using a Vasopro preparation was conducted, and those without cardioprotection. Depending on the intraoperative pneumoperitoneum regime used in every group two subgroups were delineated: in intraabdominal pressure 5 – 7.9 mm Hg and 8 – 10 mm Hg. In the patients, to whom cardioprotection was conducted and operative intervention in a carboxyperitoneum regime performed while intraabdominal pressure 5 – 7.9 mm Hg, a frequency of cardiovascular complications was lesser than in a control group.
Keywords: chronic calculous cholecystitis; laparoscopic cholecystectomy; ischemic heart disease; Holter recording of ECG.

кладнень, в тому числі кардіоваскулярних. У 20 – 40% пацієнтів при ІХС виникають періопераційна ішемія міокарда, тяжкі порушення ритму серця. В окремих хворих це спричиняє інфаркт міокарда, збільшується летальність [7]. Сьогодні недостатньо вивчений вплив карбоксиперитонеуму на клінічний перебіг і стан серцево–судинної системи у таких хворих [8].

Одним з динамічних методів дослідження серцево–судинної системи є холтерівське моніторування ЕКГ. Це метод діагностики роботи серця, за яким реєструють ЕКГ протягом 12 – 48 год в умовах повсякденної активності пацієнта з подальшим аналізом отриманих даних. Дослідження проводять за допомогою спеціального пристрою, який закріплюють на грудях хворого.

Прилад оснащений датчиками, що реєструють електричні імпульси серця під час його роботи. Основними показаннями до проведення холтеровського моніторингу ЕКГ є діагностика та оцінка тяжкості ІХС, аритмій серця. За допомогою холтеровського моніторингу реєструють транзиторні зміни сегмента ST і зубця Т, оцінюють їх зв'язок з виникненням больових відчуттів, періодами фізичного чи психоемоційного навантаження [9]. Використання цієї методики дозволяє виявити ішемію міокарда у хворих за неможливості виконувати тести з фізичним навантаженням (фізичний статус, захворювання периферійних судин, виражені патологічні зміни дихальної системи тощо), а також в деяких особливих умовах, наприклад, під час виконання оперативного втручання.

Мета дослідження: покращити результати хірургічного лікування хронічного калькульозного холециститу у пацієнтів за супутньої ІХС шляхом її поглибленої діагностики, диференційованого вибору режиму пневмоперитонеуму, медикаментозної до- та післяопераційної корекції.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

На базі хірургічного відділення Першої Черкаської міської лікарні проведено обстеження й хірургічне лікування 56 хворих з приводу хронічного калькульозного холециститу (11 чоловіків та 45 жінок). Фоном захворюванням в усіх пацієнтів була ІХС. Діагноз ІХС встановлював кардіолог лікарні на підставі уніфікованого клінічного протоколу [10]. У дослідження включали лише хворих, у яких виявлена стабільна стенокардія напруження, I — III функціонального класу (за класифікацією Канадської асоціації кардіологів). Всім хворим виконана ЛХЕ. Віком до 60 років було 3 (5,4%) хворих, від 60 до 74 років — 38 (67,8%), старше 75 років — 15 (26,8%). У 7 пацієнтів здійснені симульовані оперативні втручання, у 6 — грижосічення з приводу пупкової грижі, в 1 — лапароскопічна фенестрація кіст печінки (поєднання хронічного каль-

кульозного холециститу з полікістозом печінки). Симульовані оперативні втручання суттєво не збільшували тривалість операції і не впливали на частоту ускладнень. Перед оперативним втручанням хворим проводили обстеження з використанням загальноклінічних, лабораторних методів, визначали активність гемостазу та фібринолізу, ультразвукове дослідження органів черевної порожнини, езофагогастродуоденофіброскопію.

Особливості вуглеводного та ліпідного обміну оцінювали за рівнем глюкози, холестерину, ліпопротеїдів низької та високої щільності, тригліцеридів у крові. Протягом усього періоду лікування пацієнти перебували під наглядом кардіолога.

Стан серцево-судинної системи оцінювали за даними електрокардіографії (ЕКГ), холтеровського моніторингу ЕКГ, ехокардіографії. Добовий моніторинг ЕКГ проводили за 12 год до операції, під час і через 12 год після хірургічного втручання, а також на 3-тю і 7-му добу після ЛХЕ.

Залежно від виду доопераційної підготовки та лікування після оперативного втручання пацієнти розподілені на дві групи, зіставні за віком та супутніми захворюваннями. У 27 хворих (основна група) за 1 добу до та протягом 4 діб після операції внутрішньовенно вводили кардіопротекторний препарат вазопро по 500 мг щоденно, на тлі стандартної терапії. У 29 пацієнтів (контрольна група) таку підготовку не проводили. Залежно від режиму пневмоперитонеуму у кожній групі виділені дві підгрупи: у 14 і 14 пацієнтів (перша підгрупа) ЛХЕ виконували за ВЧТ 5 — 7,9 мм рт. ст., у 15 і 13 (друга підгрупа) — 8 — 10 мм рт. ст.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Аналізували такі зміни ЕКГ: депресію сегмента ST на 1 — 2 і понад 2 мм, наявність суправентрикулярної та шлуночкової екстрасистолії. У контрольній групі у 4 (28,6%) пацієнтів за ВЧТ 5 — 7,9 мм рт. ст. виявлено депресію сегмента ST до 2 мм, в 1 (7,1%) — шлуночкову екстра-

систолію; у 3 (20%) при виконанні оперативного втручання за ВЧТ 8 — 10 мм рт. ст. — депресію сегмента ST 1 — 2 мм, у 4 (26,7%) — понад 2 мм, це свідчило про ішемічні зміни в міокарді, що виникли під час оперативного втручання. В 1 (6,7%) хворого виникла суправентрикулярна екстрасистолія.

В основній групі депресія ST до 2 мм виявлена у 3 (21,4%) хворих, яким здійснювали ЛХЕ за ВЧТ 5 — 7,9 мм рт. ст. та у 4 (30,8%) за ВЧТ 8 — 10 мм рт. ст., що свідчило про ішемічні зміни в міокарді. У 2 (15,4%) хворих відзначено суправентрикулярну екстрасистолію, в 1 (7,7%) — шлуночкову екстрасистолію.

Ішемічні зміни в міокарді зумовлені операційною травмою та впливом карбоксиперитонеуму на організм пацієнтів на тлі ІХС. В одного хворого контрольної групи при виконанні оперативного втручання за ВЧТ 8 — 10 мм рт. ст. в ранньому післяопераційному періоді (на 3-тю добу) виник пароксизм фібриляції передсердь, що потребувало призначення антиаритмічних препаратів.

З некардіальних ускладнень у 2 (3,7%) пацієнтів виявлена серома операційної рани (по одному — в основній та контрольній групах). В 1 (1,9%) хворі контрольної групи, оперованої за ВЧТ 8 — 10 мм рт. ст., в ранньому післяопераційному періоді спостерігали виділення жовчі по контрольному дренажу, що самостійно припинилося на 5-ту добу.

ВИСНОВКИ

1. У пацієнтів при ЖКХ на тлі ІХС ішемічні зміни в міокарді та порушення ритму серця під час виконання ЛХЕ з пневмоперитонеумом за ВЧТ 5 — 7,9 мм рт. ст. спостерігали рідше, ніж за ВЧТ 8 — 10 мм рт. ст.

2. У пацієнтів при ІХС, яким показане хірургічне втручання з приводу ЖКХ, проведення передопераційної підготовки з використанням кардіопротекторних засобів (вазопро) сприяло зменшенню частоти виникнення порушень ритму серця та ішемічних змін за даними ЕКГ під час виконання ЛХЕ.

ЛІТЕРАТУРА

1. Костюченко Л. Н. Хирургическая гастроэнтерология пожилого и старческого возраста / Л. Н. Костюченко. — М., 2009. — 280 с.
2. Емельянов С. И. Иллюстрированное руководство по эндоскопической хирургии / С. И. Емельянов. — М., 2004. — 218 с.
3. Оспанов О. Б. Лапароскопическая хирургия / О. Б. Оспанов, В. В. Грубник, А. В. Малиновский. — Астана, 2011. — 344 с.
4. Федоров И. В. Осложнения эндоскопической хирургии, гинекологии и урологии / И. В. Федоров, Е. И. Сигал, М. В. Бурмистров. — М., 2012. — 288 с.
5. Ничитайло М. Е. Повреждения желчных протоков при холецистэктомии и их последствия: монография / М. Е. Ничитайло, А. В. Скумс. — К.: Макком, 2006. — 344 с.
6. Результаты лапароскопической холецистэктомии у больных пожилого и старческого возраста / Ф. С. Курбанов, Ю. Г. Алиев, С. Ф. Аббасова [и др.] // Хирургия. — 2013. — № 10. — С. 22 — 24.
7. Периоперационное ведение больных с сопутствующими заболеваниями: руководство для врачей: в 3 т.; под ред. И. Б. Заболотских. — М.: Практ. медицина, 2011. — Т. 1. — 240 с.
8. Лапароскопическая холецистэктомия как параллель традиционной холецистэктомии в лечении острого деструктивного холецистита у лиц пожилого и старческого возраста с сердечной недостаточностью ишемического генеза / В. Г. Мишалов, Р. В. Бондарев, В. М. Иванцов, А. В. Динец // Хирургія України. — 2014. — № 4. — С. 35 — 39.
9. Возможности та обмеження холтерівського моніторингу ЕКГ у діагностиці ІХС / О. Й. Жарінов, У. П. Черняга—Ройко, М. С. Сороківський, В. О. Куць // Медицина світу. — 2004. — Т. 17, № 3. — С. 16 — 20.
10. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги: стабільна ішемічна хвороба серця [Електронний ресурс]: МОЗ України, 2015. — Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/docfiles/dn_20150716_1dod.pdf.

