

Перенесенный инфаркт миокарда как фактор риска для хирургических больных с калькулезным холециститом

Г.М. Пирузян

Медицинский центр "Эребуни"

375087, Ереван, ул. Титова, 14

Ключевые слова: хронический калькулезный холецистит, постинфарктный кардиосклероз, факторы риска для оперативного вмешательства, послеоперационные осложнения

В настоящее время в брюшной хирургии прослеживается ежегодное возрастание патологии желчного пузыря и желчных путей. Холецистит, особенно калькулезный, и его осложнения становятся важной проблемой в этой области. При лапаротомической холецистэктомии повышается хирургическая активность, достигая 80–85% и более. Чаше калькулезный холецистит протекает на фоне нескольких сопутствующих заболеваний, особенно у больных старших возрастных групп. Иногда сопутствующая патология становится фактором риска, и перед хирургами возникают трудности при решении сроков допустимости хирургического вмешательства [1–8]. Часто сопутствуют различные нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы (ССС). С этой целью мы проводили наблюдения за больными с хроническим калькулезным холециститом (ХКХ), протекающим на фоне перенесенного ранее острого инфаркта миокарда (ОИМ) двух – семилетней давности. Учитывались возраст больного, катamnестические данные, давность, локализация, распространенность и глубина перенесенного ОИМ, осложнения, наличие признаков сердечной недостаточности.

Материал и методы

У 132 хирургических больных с ХКХ (48 женщин,

84 мужчин в возрасте 28–70 лет), наряду с многосторонним и полным исследованием основного заболевания (ХКХ) проводилось также исследование сердечно-сосудистой системы (ЭКГ, ЭхоКГ, нагрузочный тредмил-тест – ТДМ). Оперативное вмешательство по поводу ХКХ проводилось после изучения функционального состояния ССС больных и на основе консилиума кардиолога, хирурга и анестезиолога. При необходимости проводилась дооперационная медикаментозная подготовка кардиотропными препаратами для предотвращения послеоперационных кардиогенных осложнений. Нагрузочный ТДМ-тест способствовал правильной оценке состояния сократительной функции миокарда и выявлению скрытых явлений коронарной недостаточности, что помогало определению срока допустимости оперативного вмешательства.

Результаты и обсуждение

У 132 больных с различными формами ХКХ констатировался средний возраст, при котором наиболее часто встречались осложненные формы холецистита. С увеличением возраста больных (к 60 годам) течение ХКХ утяжеляется. С одной стороны, это обусловлено особенностями стареющего организма (снижение обменных процессов, в частности липидного, приводящего к ухудшению функции гепатоцитов и наруше-

Распределение больных по возрасту

Таблица 1

Возраст в годах	Молодой – зрелый 28–44	Средний 45–59	Пожилой 60–70
Всего n=132 (100%)	39 (29.55%)	69 (52.3%)	24 (18.18%)

По течению ХКХ больных распределили по трем клиническим группам (табл. 2).

Распределение больных с перенесенным ранее ОИМ по возрасту и клиническим формам ХХХ

Клинические группы	Число обследованных	Возраст в гг.		
		Молодой-зрелый 28-44	Средний 45-59	Пожилой 60-70
Неосложненный	30	16 (53.33%)	14 (46.67%)	—
Осложненный	47	12 (25.53%)	24 (51.06%)	11 (23.40%)
С механической желтухой	55	11 (20.00%)	31 (56.36%)	13 (23.64%)
Всего	132	39 (29.55%)	69 (52.30%)	24 (18.18%)

нию нейрогуморальной регуляции моторной и выделительной функции желчевыводящих протоков), а с другой, — неполноценным функциональным состоянием ССС вследствие перенесенного ранее ОИМ. Последнее подтверждается тем, что у больных с перенесенным ранее крупноочаговым ИМ осложнения встречались более часто, чем при мелкоочаговом (рис.).

Немаловажное значение имеют глубина, топика перенесенного ИМ, а также величина охвата пораженных стенок рубцовыми изменениями [9, 10]. В наших исследованиях у больных, перенесших ИМ передней локализации, частота встречаемости кардиогенных осложнений больше, чем при нижней (табл. 3). Это

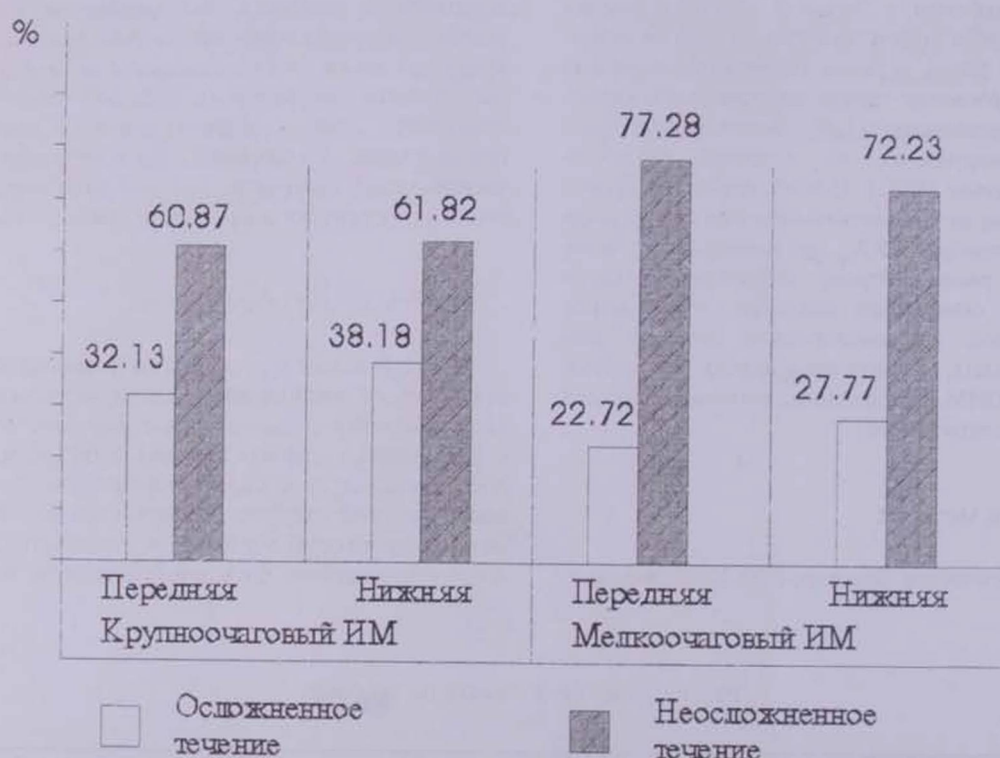


Рис. Частота осложнений (%) в зависимости от характера поражения миокарда и локализации ИМ (передняя и нижняя).

Таблица 3

Частота послеоперационных кардиогенных осложнений у больных ХКХ, ранее перенесших ОИМ в зависимости от характера поражения миокарда и локализации рубцовых изменений

Характер осложнений	Локализация рубца	
	передняя (n=35)	нижняя (n=27)
Синусовая тахикардия 120–130 уд/мин	10 (28.57%)	6 (22.22%)
Пароксизмальная тахикардия	9 (25.71%)	4 (14.81%)
Эктопическое нарушение ритма	10 (28.57%)	3 (11.11%)
Нарушения проводимости сердца	3 (8.57%)	5 (18.52%)
Гипотоническое состояние	4 (11.43%)	6 (22.22%)
Гиподинамический синдром левого желудочка	5 (14.28%)	–
Артериальная гипертензия	–	3 (11.1%)
Кардиогенный шок	2 (5.71%)	–
Коллапс	3 (8.57%)	–
Отек легких	1 (2.86%)	–
Развитие сердечной недостаточности	3 (8.57%)	–
Рейнфаркт	3 (8.57%)	–
Смещение сегмента ST от изолинии более 2 мм по ишемическому типу	13 (37.14%)	4 (14.81%)

связано с тем, что при передней локализации часто охватываются несколько стенок левого желудочка сердца. Из данных табл. 3 следует, что кроме частоты встречаемости меняется также характер кардиогенных осложнений: от нижней локализации к передней вид осложнения утяжеляется.

Следовательно, при ХКХ, протекающем на фоне ранее перенесенного ОИМ, перед оперативным вмешательством необходимо тщательное обследование больных, учитывая как фактор риска состояния ССС, возраст больного, глубину и локализацию ОИМ, охват стенок миокарда рубцовыми изменениями.

Поступила 10.04.03

Կրած սրտամկանի ինֆարկտը որպես ռիսկի գործոն քարային խոլեցիստիտով վիրաբուժական հիվանդների համար

Գ.Մ. Փիրուզյան

Սրտամկանի ինֆարկտ տարած քարային խոլեցիստիտով 132 հիվանդների մոտ նախավիրահատական շրջանում բացի հիմնական հետազոտություններից կատարվել է նաև սիրտ-անոթային համակարգի մանրամասն հետազոտություն՝ վիրաբուժական միջամտության օպտիմալ ժամկետը որոշելու և հետվիրահատական սրտածին բարդու-

թյունները կանխելու նպատակով: Արդյունքները ցույց են տվել, որ մեծահասակ հիվանդի տարիքը, կրած սուր ինֆարկտի խորությունը, տեղակայումը, հետինֆարկտային սպիական փոփոխությունների չափը կարող են հանդիսանալ ռիսկի գործոն վիրաբուժական միջամտության ժամանակ և հետո:

Myocardial infarction as a risk factor for surgical patients having calculous cholecistitis

G. M. Piruzyan

A detailed analysis of cardiovascular system was carried out among 132 patients with past history of myocardial infarction and having calculous cholecistitis along with basic examinations in pre-operation period for determination of the optimal time of the surgical intervention

and prevention of possible complications of cardiovascular nature. The results have shown that the age of the adult patient, the depth of the past stroke, location, the extent of post-stroke scar changes can be a risk factor during and after the surgical interventions.

Литература

1. Чушак М.И., Явелев И.С. Анестезиология, т. 4, 4, 2002.
2. Goldman L. General anesthesia and noncardiac surgery in patients with heart disease. In: E. Braunwald (ed): Heart disease: a textbook of cardiovascular medicine. W.B. Saunders, 1997.
3. Froehlich J.B. Prog. Cardiovasc. Dis., 1998; 40: 373.
4. American College of Physicians. Clinical guideline. Guidelines for assessing and managing the perioperative risk from coronary artery disease with major noncardiac surgery, Ann. Intern. Med., 1997, 127: 309.
5. Затевахин Н.И., Цициашвили М.Ш., Дзаросова Г.Ж. Вестник РГМУ, 2000, 3, с. 21.
6. Савельев В.С., Филимонов М.И. В кн.: Актуальные вопросы практической медицины. М., 1997, с. 242.
7. Кузнецов Н.А., Байбакова Ж.Ф., Иваненко Ж.Ф. и др. Клинический вестник, 1997, 3, с. 10.
8. Кузнецов Н.А., Данилов К.Ю., Игнатенко С.Н. и др. В кн.: Анализ летальности при остром холецистите по материалам г. Москвы. М., 1999, с. 20.
9. Волков В.С., Антоловиц З. В кн.: Реабилитация больных, перенесших инфаркт миокарда. М., 1982, с. 126.
10. Лутай М.Н. Кардиология, 1986, 7, с.72.