

УДК 616.45

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ НА ФОНЕ ПОСТИНФАРКТНОГО КАРДИОСКЛЕРОЗА СО СТЕНТИРОВАНИЕМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

О.Х. ХАЛИДОВ^{1,2}, В.С. АКОПЯН^{1,2}, А.Б. ДЖАДЖИЕВ^{1,2}, Е.А. ТИТОВА^{1,2},
О.В. ЛОМИДЗЕ^{1,2}, Р.А. ТЕГАЙ¹, В.С. ФОМИН^{1,2}

¹ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова

²ГБУЗ ГКБ им. В.В. Вересаева ДЗМ

Резюме: В статье проводится выбор и объем оперативного пособия при лечении острого холецистита, на фоне сопутствующей патологии сердца. Принимая во внимание возраст пациентов, коморбидный фон, результаты клиничко-лабораторных и инструментальных исследований, с учетом данных ЭХО-КГ (показатель фракции выброса из левого желудочка) выбирается оптимальная тактика лечения. Основой для клинического исследования послужили 48 больных с острым холециститом в возрасте 45-75 лет, находившихся на стационарном лечении за период с 2015 по 2017гг. Женщин было -14, мужчин-32. Пациенты были разделены на группы исследования, при этом группу сравнения (II) составили 24 больных, страдающие тяжелой сопутствующей патологией (бронхиальная астма, сахарный диабет, хроническая ишемия головного мозга, ожирение). Основную группу (I) составили 24 больных, имевшие в анамнезе указания на инфаркт миокарда и ПИКС на фоне гипертонической болезни. При определении тактики лечения больных (операбельность, выбор вида хирургического вмешательства и его объема) мы учитывали степень поражения желчного пузыря, клиничко-лабораторные данные, результаты ЭКГ и ЭХО-КГ, наличие сопутствующих заболеваний (индекс Charlson). Бесспорно, считая лапароскопическую холецистэктомию «золотым стандартом», следует указать на оправданную альтернативу в виде операции из минидоступа, что позволяет минимизировать анестезиологические риски и оказывать экстренную и срочную хирургическую помощь в полном объеме столь тяжелой группе пациентов.

Ключевые слова: острый холецистит, инфаркт миокарда, коморбидность, оперативное лечение.

Актуальность

Несмотря на применение новых технологий и оптимизации техники, летальность от острого холецистита по сей день остается довольно высокой, особенно в группах возрастных пациентов с коморбидным фоном. Острый холецистит в структуре оказания экстренной медицинской помощи занимает второе место после острого аппендицита [1]. Согласно литературным данным, летальность от острого холецистита в послеоперационном периоде может достигать 4-6%, а при развитии осложнений – более 15 % [1,2].

При лечении больных с острым холециститом наиболее оправданной является активная лечебная тактика. Ее основной принцип заключается в выделении экстренных, срочных и отсроченных оперативных вмешательств [3]. Комплексная оценка физического состояния больных на основе факторов операционно-анестезиологического риска позволяет с высокой степенью достоверности определить группу больных, с прогностической вероятностью неблагоприятного исхода хирургического вмешательства [4,5]. Как правило, это больные пожилого и старческого возраста с множественными тяжелыми сопутствующими заболеваниями, которые не перенесут радикальную операцию в острой стадии заболевания при любом варианте хирургической тактики [6].

Как правило пациентам с тяжелой сопутствующей патологией назначается лишь консервативное лечение с целью купирования воспалительного процесса, которое зачастую не останавливает деструктивный процесс желчного пузыря [7]. Ключом к решению проблемы служит этапная методика лечения, при этом первый этап, реализуется, одномоментной или пролонгированной декомпрессии и санации желчного пузыря под контролем УЗИ, с устранением патогенетического фактора острого деструктивного холецистита. Это позволяет купировать клинические и воспалительные проявления патологического процесса, а также подготовить больного и произвести второй, уже собственно радикальный этап в сравнительно безопасном периоде [8].

Для объективной оценки исхода операции применяют различные прогностические системы. Шкала балльной оценки тяжести физического состояния специально разработана для пациентов с острым холециститом и включает 46 факторов риска [1]. В зависимости от суммы баллов выделены 5 категорий тяжести больных. Пациенты I, II и III категории тяжести относятся к группе с относительно невысоким операционным риском и прогнозируемым несложным течением послеоперационного периода. Пациенты IV и V категории составляют группу с крайне высоким операционным риском и возможной максимальной

послеоперационной летальностью (более 50 %). Этим больным рекомендуется проведение хирургического лечения в минимальном объеме после адекватной предоперационной подготовки и мультидисциплинарного осмотра и обследования. При оценке тяжести факторов риска, наличие ишемической болезни сердца с числом приступов стенокардии до 5 раз оценивается в 3 балла, а более 5 раз в 4 балла. Наличие в анамнезе острого инфаркта миокарда сроком до 2 недель оценивается в 5 баллов, а в течение последних 6 месяцев в 4 балла. Наличие в анамнезе перенесенного инфаркта миокарда в более отдаленные сроки оценивается в 3 балла, а наличие повторных инфарктов миокарда – в 4 балла.

Таким образом, наличие в анамнезе инфаркта миокарда и постинфарктного кардиосклероза у больных с острым холециститом, является тяжелым отягощающим фактором риска, требующим особых подходов при ведении больных с данной патологией и планированием оперативного лечения по поводу осложненного течения холелитиаза.

Цель исследования:

Улучшение результатов лечения больных с острым холециститом, имеющих в анамнезе инфаркт миокарда и постинфарктный кардиосклероз, путем усовершенствования диагностического и лечебного алгоритма, а также разработка новых подходов при определении объемов оперативного пособия.

Материалы и методы

Основой для клинического исследования послужили 48 больных с острым холециститом в возрасте 45-75 лет, находившихся на стационарном лечении в ГБУЗ ГКБ им. В.В. Вересаева ДЗМ за период с 2015 по 2017 гг. Женщин было -14, мужчин-32. Пациенты были разделены на группы исследования, при этом группу сравнения (II) составили 24 больных, страдающие тяжелой сопутствующей патологией (бронхиальная астма, ХОБЛ, сахарный диабет, хроническая ишемия головного мозга, ожирение). Основную группу (I) из 24 больных составили пациенты, имевшие в анамнезе указания на инфаркт миокарда и ПИКС на фоне гипертонической болезни. Среди них: 5 пациентов имели в анамнезе перенесенный инфаркт миокарда сроком от 2 недель до 4 месяцев, 7 пациентов – с перенесенным инфарктом миокарда сроком более 6 месяцев до момента госпитализации, 12 пациентов имели в анамнезе повторный инфаркт миокарда в течение последних 5-6 лет. Остальные 17 пациентов наблюдались после стентирования коронарных артерий, из них 14 пациентов до госпитализации получали непрямой оральн- ный антикоагулянт варфарин в среднем по 2,5 мг. в сутки.

Комплекс обследования в обеих группах включал: клинико-лабораторную диагностику, с использованием клинических и биохимических методов исследования крови, рентгенологическое исследование органов грудной и брюшной полости, ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости с оценкой

состояния печени, желчного пузыря, внепеченочных желчных ходов и поджелудочной железы. В основной группе, для уточнения или исключения диагноза «острый коронарный синдром», использовали тропониновый тест, методы холтеровского мониторирования и эхокардиографии.

Оценку состояния тяжести больных осуществляли с помощью критериев шкалы SAPS. Состояние пациентов в группе I II при поступлении оценивалось как тяжелое, в основной группе $9,8 \pm 0,62$ балла, в группе сравнения $9,2 \pm 0,48$ балла.

Особое внимание уделялось пациентам основной группы, имеющим выраженные изменения показателей коагулограммы на фоне применения препарата «Варфарин» Вследствие подобных реологических изменений коагулограммы больным этой группы в предоперационном периоде за 2 суток до хирургического вмешательства пероральные антикоагулянты заменялись на низкомолекулярные гепарины «Цибор» по 2500 ед. 1 раз в сутки, подкожно.

Таким образом, при определении тактики лечения больных (операбельность, выбор вида хирургического вмешательства и его объема) мы учитывали степень поражения желчного пузыря, клин-ико-лабораторные данные, результаты ЭКГ и ЭХО-КГ, наличие сопутствующих заболеваний (индекс Charlson).

Результаты

Хирургическое лечение в объеме холецистостомии под контролем УЗИ выполнено 5 пациентам основной группы, с фракцией выброса из левого желудочка менее 43%, а также 6 пациентам группы II, имеющим в анамнезе дисциркуляторную энцефалопатию. Холецистэктомия из мини доступа выполнена 28 пациентам, из них: 13 пациентов группы I, с фракцией выброса из левого желудочка от 44-54%, и 15 пациентов группы II, вследствие выраженного коморбидного фона. Оставшимся 6 пациентам группы I, с фракцией выброса из левого желудочка $\geq 55\%$, и 3 пациентам группы II, имеющим в анамнезе сахарный диабет II типа (инсулинозависимый), выполнено оперативное пособие в объеме лапароскопической холецистэктомии (см. таб. 1).

Все больные основной группы в послеоперационном периоде получали интенсивную терапию в отделении общей реанимации, после чего были переведены в хирургическое отделение на 2-3 сутки. Сроки пребывания больных группы сравнения в послеоперационном периоде в отделении общей реанимации составил 1-2 дня. Больным группы сравнения была назначена интенсивная терапия в том же объеме, что и больным основной группы, однако антикоагулянтную терапию в предоперационном периоде больные не получали. В послеоперационном периоде больные группы II получали низкомолекулярные гепарины (эноксипарин – 0,4 мг 1 раз в сутки), с целью профилактики тромбозов ветвей легочной артерии.

Варианты тактики и объем хирургического вмешательства при остром холецистите

Варианты лечебной тактики	Основная группа						Группа сравнения С тяжелой сопутствующей патологией	
	С учетом фракции выброса из левого желудочка по данным ЭХО-КГ							
	≤ 43%		от 44-54%		≥ 55%			
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Холецистостомия под контролем УЗИ	5	20,8%					6	25%
Холецистэктомия из мини доступа			13	54,16%			15	62,5%
Лапароскопическая холецистэктомия					6	25%	3	12,5%

В послеоперационном периоде у 3 больных основной группы отмечалась субфебрильная температурная реакция. По данным УЗИ органов брюшной полости выявлено скопление свободной жидкости в области ворот печени, в объеме 30-45 мл. После проведенной антибактериальной терапии, через 6 суток, при контрольном ультразвуковом исследовании органов брюшной полости, свободной жидкости в области ворот печени не выявлено. На фоне антибиотикотерапии температура нормализовалась.

Среди пациентов группы сравнения температурная реакция наблюдалась у 5 больных. В 3 случаях причиной температурной реакции являлось нагноение раны у больных страдающих сахарным диабетом, после холецистэктомии из мини доступа, в 2 случаях – это скопление свободной жидкости в области ворот печени, после перенесенной операции.

У больных группы I в послеоперационном периоде раны заживали первичным натяжением. Признаков кровотечения из желудочно-кишечного тракта не выявлено.

По результатам ЭКГ, нарушение ритма сердца отмечалось у 3 больных основной группы, и 2 больных группы сравнения. На фоне применения сердечных гликозидов ритм сердца был восстановлен.

При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки, у 2 больных основной группы, в послеоперационном периоде выявлены дисковидные ателектазы легких. Среди пациентов группы сравнения, у 2 больных диагностирован дисковидный ателектаз легких, а у 4 пациентов – признаки нижнедолевой пневмонии справа.

В послеоперационном периоде летальных исходов среди пациентов основной группы не выявлено. В группе сравнения умер один больной от инфарктной пневмонии и тромбоэмболии ветвей легочной артерии, на фоне тяжелой сопутствующей патологии (сахарный диабет с декомпенсированным течением).

Суммарный процент осложнений группы 1 составил 12,5%, группы 2 – 54,16%. Нами в настоящее время активно используется шкала послеоперационных осложнений по Dindo D. et al. [9], что позволяет анализировать все осложнения.

Все операционные осложнения стратифицировались на малые (minor), не требующие повторной хирургической ин-

вазии, и большие (major), включающие осложнения, потребовавшие активной, оперативной тактики (см. табл. 2). При этом согласно протоколу Accordion Severity Grading of Postoperative Complications (ASGPC) варианты осложнений 1 и 2 степени соответствуют осложнениям легкой и средней степени тяжести, а степени 3 и 4-тяжелым. 5-группа указывала на летальный исход.

Данные сравнения больных обеих групп указывают, что из 5 выписанных пациентов основной группы, после выполненного консервативного лечения и мини-инвазивного пункционно-дренирующего вмешательства, с учетом фракции выброса из левого желудочка менее 44%, повторно, в течение первых 2 месяцев, было госпитализировано 4 пациентов с острым холециститом. После чего, больным проведено хирургическое лечение в объеме холецистэктомии из мини доступа. В группе сравнения из 6 пациентов, после перенесенной холецистостомии под контролем УЗИ, повторно госпитализирован 1 пациент с подозрением на несостоятельность холецистостомической трубки.

В связи с повторными госпитализациями, было принято решение, больным с диагнозом «острый холецистит» проводить оперативное лечение в объеме холецистэктомии из мини доступа, с учетом фракции выброса из левого желудочка не менее 44%

Клинический пример

Больной Р., 63 лет поступил в ГКБ 81(Вересаева В.В.) с клинической картиной острого инфаркта с госпитализацией в отделение кардиореанимации. Учитывая клиническую картину, данные ЭКГ (подъем S-T в V4-V6 до 1 мм.), положительный тропаниновый тест, а также высокий уровень неспецифических ферментов, был диагностирован острый циркулярный инфаркт миокарда без подъема S-T. Течение острого инфаркта миокарда осложнилось развитием левожелудочковой недостаточности и пароксизмальной фибрилляцией предсердий. На фоне консервативного лечения наблюдалась положительная динамика, состояние пациента улучшилось, ангинозные боли стихли. Однако с 19.02.2016 г. по 20.02.2016 г. появились жалобы на боли в правом подреберье и повышение температуры тела до 38°C. После стабилизации состояния и консультации хирурга 20.02.2016 г.

Таблица 2

Распределение хирургических осложнений по Dindo D., Demartines N., Clavien P. (2009)

Характеристика осложнений	Количество (абс)	
	Группа 1	Группа 2
1 СТЕПЕНЬ		
Нагноение послеоперационной раны	-	3
2 СТЕПЕНЬ		
Пневмония	-	4
Лихорадка	3	5
Паралитический илеус (консервативное ведение)	-	-
Всего «малых осложнений» (сумма степеней 1+2)	3 (12,5%)	12 (50%)
3 СТЕПЕНЬ (3 A+B)		
Внутрибрюшное кровотечение	-	-
Несостоятельность анастомоза	-	-
Острые язвы кишечника с перфорацией	-	-
Абсцессы брюшной полости	-	-
Острая ранняя спаечная кишечная непроходимость	-	-
4 СТЕПЕНЬ		
ТЭЛА	-	-
Печеночно-почечная недостаточность	-	-
Острый инфаркт миокарда	-	-
5 СТЕПЕНЬ		
Прогрессирование перитонита как причина смерти	-	-
Острый инфаркт миокарда	-	-
Прогрессия полиорганной недостаточности	-	-
ТЭЛА как причина смерти	-	1
Всего «больших» жизнеугрожающих осложнений (сумма степеней 3+4+5)		1 (4,16%)
Σосложнений	3 (12,5%)	13 (54,16%)

пациент переведен в хирургическое отделение в связи с клиничко-сонографической картиной острого холецистита (по данным УЗИ органов брюшной полости от 20.02.2016 г., диагностирован острый калькулезный холецистит). Заключение УЗИ брюшной полости от 20.02.16 г. Печень не увеличена с бугристыми контурами, желчный пузырь размерами 120x44 мм, стенка утолщена до 7-8 мм, слоистая, в шейке камень размерами 120x44 мм. Сосудистый рисунок обеднен. Поджелудочная железа с ровными контурами, повышенной эхогенности, диффузно неоднородная. Главный панкреатический проток не изменен. Холедох визуализируется - 5 мм. Заключение: УЗИ признаки острого калькулёзного холецистита. Диффузные изменения поджелудочной железы.

Вследствие тяжелой сопутствующей патологии сердца, больному выполнена пункция с последующим дренированием желчного пузыря под УЗ-наведением. Больному было назначено консервативное лечение с применением

антибиотиков, анальгетиков и спазмолитиков, Н-2 блокаторов желудочной секреции. На фоне лечения боли в животе стихли. Клинические показатели крови улучшились. По холецистостоме ежедневно выделялось до 200,0 мл. желчи.

Заключение фистулографии от 29.02.2016 г. Через дренаж введено контрастное вещество в желчный пузырь (в просвете визуализируется объемное образование – конкремент). Сброс желчи в 12- перстную кишку достаточный, контрастное вещество поступает в холедох – тень конкрементов в внепеченочных желчных протоках нет.

Пациент выписан под наблюдение хирурга, терапевта, кардиолога и кардиохирурга поликлиники, с рекомендациями о повторной госпитализации для удаления дренажа из желчного пузыря.

Повторно госпитализирован в ГКБ им. В.В. Вересаева с жалобами на острые боли в правом подреберье, вследствие дислокации холецистостомы при амбулаторном лечении.

Объективно: больной в сознании, контактен, ориентирован во времени и в пространстве. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Трофические изменения кожи нижних конечностей нет. Дыхание самостоятельное, ЧДД 18, аускультативно в легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца не приглушены, ритмичные, АД 100-110/70 мм рт.ст. Живот правильной формы, мягкий, болезненный при пальпации в области проекции желчного пузыря. Мочеотделение самостоятельное. Перитонеальных симптомов нет. Моча светло-желтого цвета, диурез в норме.

Результаты проведенных исследований:

Коагулограмма от 20.04.2016 г. – протромбиновое время 28,3 сек., протромбиновый индекс-29%, МНО-2,5, фибриноген 11,1 г/л.

Анализ крови от 20.04.2016 г. – эритроциты 4,0 млн. гемоглобин 116 г/л, лейкоциты 13,0 тыс., тромбоциты 458 тыс, Нейтрофилы-66,8%. Лимфоциты 20,6%, Моно.-6,2%, ЕО-5,9%, Ваз- 0,5%, СОЭ-5 мм/час.

Анализ мочи от 20.04.2016 г. – Глюкозы-нет., белок- 0,3 г/л, кетоны-отр, лейкоциты 4-5 в поле зрения, эритроциты 1-2 в поле зрения.

Биохимический анализ крови от 20.04.2016 г. – общий белек-77 г/л, билирубин 14 мкмоль/л, щелочная фосфатаза-173 ед./л, Алт-17 ед./л, АСТ-24 ед./л, амилаза крови-66 ед./л, креатинин-242 ед./л., глюкоза 4,8 ммоль/л

УЗИ органов брюшной полости от 20.04.2016 г. Печень не увеличена с бугристыми контурами, желчный пузырь размерами 100-22 мм, стенка утолщена до 8 мм, слоистая, в шейке камень размерами до 16 мм. Поджелудочная железа с ровными контурами, повышенной эхогенности, диффузно неоднородная. Внутривенные протоки не расширены. Холедох визуализируется - 5 мм.

Заключение: УЗИ признаки острого калькулезного холецистита. Диффузные изменения поджелудочной железы.

Заключение ЭХО-КГ от 20.04.16- Дилатация левого предсердия. Глобальная сократительная функция левого желудочка несколько снижена (44%). Гипокинезия нижнего базального и заднего перегородочного сегмента. Уплотнение стенок аорты и створок митрального клапана. Уплотнение фиброзного кольца митрального клапана. Трикуспидальная регургитация 1 ст. Систолическое давление в легочной артерии увеличено.

Вопрос об определении дальнейшей тактики был решен на консилиуме от 21.04.2016 г.

Заключением консилиума от 21.04.2016 г. Учитывая анамнез (перенесенного инфаркта миокарда от 14.02.2016 г. и постинфарктного кардиосклероза), данных проведенного исследования УЗИ. Больному показано оперативное лечение в объеме холецистэктомии из мини доступа.

После предоперационной подготовки 22.04.2016 г. больному под ЭТН выполнена холецистэктомия из мини доступа, дренирование брюшной полости по стандартной методике с

использованием набора инструментов «Лига7». В послеоперационном периоде больной находился в отделении общей реанимации. После стабилизации состояния 23.04.2016 г. переведен в 18 х.о., где было назначено консервативное лечение с применением гепатопротекторов, Н₂ блокаторов желудочной секреции, антиагрегантов и сердечных гликозидов.

Достигнутый результат. Боли в животе стихли. Дренаж из брюшной полости удален на 3 сутки. При контрольном УЗИ – свободной жидкости в брюшной полости не выявлено. Стационарный этап завершен. Пациент выписан в удовлетворительном состоянии под наблюдение хирурга по месту жительства. Снятие кожных швов в амбулаторных условиях, заживление per grima. Осмотрен через 3 месяца – жалоб нет, здоров.

Заключение

Лечение больных острым холециститом, имеющих в анамнезе перенесенный инфаркт миокарда со стентированием коронарных артерий, необходимо включать в алгоритм обследования по мимо всего прочего ЭХО-КГ. Руководствуясь показателями фракции выброса левого желудочка следует определять индивидуально-ориентированный оптимальный объем хирургического вмешательства.

В настоящее время в связи с увеличением количества коморбидных пациентов с камненосительством и риском осложнения желчнокаменной болезни у последних острым холециститом, наличие в арсенале хирурга широкой линейки малоинвазивных технологий позволяет подходить дифференцированно к выбору метода проведения оперативного пособия. Бесспорно, считая лапароскопическую холецистэктомию «золотым стандартом», следует указать на оправданную альтернативу в виде операции из минидоступа, что позволяет минимизировать анестезиологические риски и оказывать экстренную и срочную хирургическую помощь в полном объеме столь тяжелой группе пациентов.

Список литературы

1. Савельев В.С., Филимонов М.И. Консервативное лечение острого холецистита. Абдоминальная хирургия. 2016; 412 с.
2. Ермолов А.С., Гуляев А.А., Иванов П.А. Хирургическое лечение острого холецистита у больных с высоким операционным риском. Актуальные проблемы неотложной хирургии (острый холецистит, травма сосудов, сочетанная травма): Сб. науч. тр. выездного пленума Проблемной комиссии «Неотложная хирургия» и Российской науч.-практ. конф., посвящ. 60-летию науч. об-ва хирургов на Кавказских Минеральных Водах. Пятигорск; М 2005; 28-29.
3. Рыбачков В.В., Романова М.М., Дубровина Д.Е. Клинические аспекты желчнокаменной болезни у больных старческого возраста. Актуальные вопросы диагностики и хирургического лечения заболеваний органов брюшной полости. Санкт-Петербург. 2005;47-52.

4. Каримов Ш.И., Боровский С.П., Хакимов М.Ш., Чилгашов А.Ш. Чрескожная чреспеченочная холецистостомия в лечении острого холецистита у больных с высоким операционным риском. *Анналы хир. гепатол.* 2010;1:53-56.

5. Чернов В.Н., Суздальцев И.В. Диагностика и лечение острого холецистита у больных пожилого и старческого возраста. Ростов-на-Дону: Изд-во РГМУ 2002; 278.

6. Лимина М.И. Острый холецистит у больных старческого возраста: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Ярославль 2008.

7. Шулуто А.М. Хирургическое лечение желчнокаменной болезни. 50 лекций по хирургии под руководством Савельева В.С. М., 2006; 382 с

8. Бобров О.Е., Хмельницкий С.И., Мендель Н.А. Очерки хирургии острого холецистита. Кировград: ПОЛИУМ 2008; 216 с.

9. Dindo D., Demartines N., Clavien P. Classification of surgical complications. A new proposal with evaluation in a cohort of 63360 patients and result of surgery. *Ann. Surg.* 2004;240:205-213. doi.: 10.1097/01.sla.0000133083.54934.ae

Сведения об авторах

Халидов О.Х. – д.м.н., профессор кафедры хирургических болезней и клинической ангиологии ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова, врач хирург ГБУЗ ГКБ им. В.В. Вересаева.

Акопян В.С. – д.м.н., доцент кафедры хирургических болезней и клинической ангиологии ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова, врач-хирург ГБУЗ ГКБ им. В.В. Вересаева.

Джаджиев А.Б. – к.м.н., ассистент кафедры хирургических болезней и клинической ангиологии ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова, врач хирург ГБУЗ ГКБ им. В.В. Вересаева.

Титова Е.А. – ассистент кафедры хирургических болезней и клинической ангиологии ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова, врач хирург ГБУЗ ГКБ им. В.В. Вересаева.

Ломидзе О.В. – к.м.н., ассистент кафедры хирургических болезней и клинической ангиологии ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова, врач хирург ГБУЗ ГКБ им. В.В. Вересаева.

Тегай Р.А. – клинический ординатор кафедры хирургических болезней и клинической ангиологии ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова.

Фомин В.С. – к.м.н., доцент кафедры хирургических болезней и клинической ангиологии ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова, врач хирург ГБУЗ ГКБ им. В.В. Вересаева.

SURGICAL TACTICS IN PATIENTS WITH ACUTE CHOLECYSTITIS AND POSTINFARCTIC CARDIOSKLEROSIS WITH STENTING OF CORONARY ARTERIES.

KHALIDOV O.H.^{1,2}, AKOPYAN V.S.^{1,2}, DZHADZHIEV A.B.^{1,2}, TITOVA E.A.^{1,2}, LOMIDZE O.^{1,2}, TEGAJ R.A.¹, FOMIN V.S.^{1,2}

¹Evdokimov MSMSU

²City Clinical Hospital n.a. V.V. Veresaev

Abstract: The article the choice and volume of the operative allowance in the treatment of acute cholecystitis against the background of concomitant pathology of the heart. Taking into account the age of the patients, the comorbid background, the results of clinical laboratory and instrumental studies, taking into account the data of ECHO-CG (the indicator of the fraction of ejection from the left ventricle) the optimal strategy must be chosen. The basis for the clinical study were 48 patients with acute cholecystitis who were on inpatient treatment between 2015 and 2017. There were 14 women, 32 men. Patients were divided into study groups, and the comparison group (II) included 24 patients with severe concomitant pathology (bronchial asthma, diabetes, chronic cerebral ischemia, obesity). The main group (I) consisted of 24 patients who had a history of myocardial infarction on a background of hypertension. In determining the tactics of treating patients (efficiency, choice of type of surgery and its volume), we took into account the degree of gallbladder damage, clinical and laboratory data, ECG and ECHO-CG results, and the presence of concomitant Disease (Charlins index). Undoubtedly, considering laparoscopic cholecystectomy as the «gold standard», one should point to a justified alternative in the form of a mini-access operation that minimizes the risk of anesthesia and provides urgent surgical care in general to such a severe group of patients.

Key words: acute cholecystitis, myocardial infarction, comorbidity, surgical treatment.

Information about the authors

Khalidov Omar – Professor of Evdokimov MSMSU, MD, surgeon in Veresaev City Clinical Hospital

Akopyan Venera – Docent of Evdokimov MSMSU, MD, surgeon in Veresaev City Clinical Hospital

Dzhadzhiev Andrey – assistant of Evdokimov MSMSU, PhD, surgeon in Veresaev City Clinical Hospital

Titova Ekaterina – assistant of Evdokimov MSMSU, surgeon in Veresaev City Clinical Hospital

Lomidze Olga – assistant of Evdokimov MSMSU, PhD, surgeon in Veresaev City Clinical Hospital

Tegaj Roman – clinical resident Evdokimov MSMSU

Fomin Vladimir – Docent of Evdokimov MSMSU, PhD, surgeon in Veresaev City Clinical Hospital