

Выводы

Среди возбудителей ВАП преобладает грамотрицательная флора, из них наиболее часто высеваемые штаммы *Ps. aeruginosa*, *Enterobacteriaceae*, *Kl. pneumoniae*. Наибольшую активность против данной флоры показали полимиксины и карбапенемы. В качестве эмпирической антибиотикотерапии при ВАП могут быть использованы карбапенемы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Киреев, С. С. Вентилятор-ассоциированная пневмония: диагностика, профилактика, лечение (литературный обзор) / С. С. Киреев, Д. И. Умарова // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. — 2017. — № 2. — Публикация 8–4. — URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2017-2/8-4.pdf>. — Дата обращения: 19.04.2017.

УДК 616.12-008.331.1:616.366-002

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Молодой Е. Г.

Научные руководители: ассистент З. В. Грекова, к.м.н., доцент Е. Г. Малаева

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Тяжесть общего состояния пациентов с желчнокаменной болезнью (ЖКБ) во многих случаях обусловлена наличием сопутствующей соматической патологии [1, 2].

В течение последнего десятилетия клиницисты многих стран мира активно изучают связь заболеваний желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков с заболеваниями сердечно-сосудистой системы (ССС) и артериальной гипертензией (АГ).

Анализ отечественной и зарубежной литературы показывает, что АГ встречается у 60,8–82 % пациентов с острым холециститом (ОХ) [3]. Острый воспалительный процесс в желчном пузыре обуславливает такое патофизиологическое изменение, как повышение артериального давления (АД) на фоне сильного болевого синдрома, интоксикационного синдрома и деструктивных изменений со стороны желчного пузыря.

Понимание патогенеза, клиники и особенностей диагностики ОХ у пациентов с АГ и другой патологией ССС важно для улучшения результатов их лечения в условиях стационара.

Цель

Выявить особенности течения АГ у пациентов с острым калькулезным холециститом.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось на базе хирургического отделения № 1 ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница № 3» за период с 01.01.2017 по 31.12.2017 гг.

За период исследования на лечении в хирургическом отделении № 1 ГУЗ «ГГКБ № 3» находилось 1677 пациентов, из них по поводу ЖКБ — 323 пациента, ОХ был выявлен у 105 пациентов, а исследуемая выборка пациентов с ОХ с сопутствующей патологией в виде АГ составила 75 человек.

Статистическая обработка выполнялась при помощи пакета прикладных программ «Microsoft Excel 10.0». Данные представлены в виде среднего арифметического и стандартного отклонения ($M \pm SD$).

Результаты исследования и их обсуждение

Среди пациентов с ОХ и АГ женщины составили 70,7 % (53), мужчины — 29,3 % (22). Возрастные границы 43–94 лет. Среднее значение возраста выборки составило $67,8 \pm 1,5$ лет. Средняя давность приступа ОХ от 6 ч до 7 сут АГ I степени выявлена у 12 (16 %) пациентов, II — у 39 (52 %) и III — у 24 (32 %).

В 59 (78,7 %) случаях пациенты знали об АГ, а в 16 (21,3 %) АГ диагностирована впервые. Для удобства исследования они были разделены на 3 группы: 1-я группа —

47 (79,7 %) пациентов с диагностированной ранее АГ, находились под диспансерным наблюдением терапевтов и получали непрерывную гипотензивную терапию; 2-я группа — 12 (20,3 %) пациентов, у которых диагностирована АГ и гипотензивную терапию получали периодически, при проявлении симптоматики повышенного АД; 3-я группа — 16 (21,3 %) пациентов, у которых впервые наблюдалось повышение АД при госпитализации по поводу ОХ.

При выяснении анамнеза чаще проявление АГ было связано с сильным психоэмоциональным стрессом. В 39 (67,2 %) случаях пациенты акцентировали внимание на повышении АД при предыдущих болевых приступах ЖКБ, также в 9 (15,5 %) случаях отмечалась иррадиация болей в левую половину грудной клетки и в левое плечо, что расценивалось самим пациентом как патология сердца.

По данным ЭКГ-исследования у 4 (5,3 %) пациентов отмечалось нарушение ритма сердечных сокращений в виде наджелудочковой и желудочковой экстрасистолии, фибрилляция предсердий в виде постоянной формы выявлена в 2 (2,7 %) случаях, а ее пароксизмальная форма в 4 (5,3 %) случаях, предшествующие ишемические изменения миокарда диагностированы у 7 (9,3 %) пациентов, блокада ножек пучка Гиса обнаружена у 3 (4 %) пациентов и гипертрофия миокарда левого желудочка у 16 (21,3 %) пациентов.

Коррекция показателей АД осуществлялась в соответствии с действующими клиническими протоколами. Купирование болевого синдрома стабилизировало цифры АД до целевого уровня в течение 6–12 ч от момента поступления у пациентов третьей группы. Пациентам второй группы, возобновляли ранее назначенную гипотензивную терапию, что также привело к снижению АД до целевого уровня. Необходимо отметить, что у 5 пациентов, которые поступили в сроки от 4 до 7 суток после начала острого приступа холецистита, время снижения показателей АД затянулось до 24 ч.

Наши наблюдения показали, что большое значение в стабилизации высоких цифр АД до целевого уровня имеет фактор времени от начала приступа ОХ до поступления пациентов в стационар и начала соответствующего лечения.

Во время общей анестезии у 61 (81,3 %) пациента наблюдалось снижение показателей АД, а у 14 (25,9 %) пациентов потребовалось дополнительное введение гипотензивных препаратов. В течение операции колебания показателей САД до 170 мм рт. ст. наблюдались у 26 (48,14 %) пациентов, из которых дополнительное введение гипотензивных препаратов было эффективным в более 70 % случаев. Предположительно, это связано с АГ III степени, имевшейся до операции, недостаточным обезболиванием и (или) гиперкатехоламинемией.

Выводы

1. Распространенность АГ у пациентов с ОХ составляет 71,4 %. У 67,2 % пациентов с ЖКБ в предоперационном периоде возникает резкое повышение артериального давления, что вызывает трудности для планового хирургического лечения.

2. АГ у пациентов на фоне ОХ сопровождается различными изменениями со стороны ССС, зарегистрированными впервые: нарушение ритма сердечных сокращений в виде наджелудочковой и желудочковой экстрасистолии в 5,3 % случаев, фибрилляции предсердий в 8 %, а также блокады ножек пучка Гиса в 4 % случаев.

3. В 21,3 % случаев АГ выявлена впервые. Купирование болевого синдрома является приводит к нормализации АД у такой группы пациентов.

4. Госпитализация и лечение острого холецистита в течение первых 48 ч от начала приступа определяет тенденцию снижения АД в более ранние сроки.

5. Комплексная коррекция АД с учетом изменений со стороны ССС у пациентов с ОХ позволяет стабилизировать показатели АД и сердечной фракции, адекватно провести предоперационную подготовку, оперативное вмешательство, а также послеоперационный период.

ЛИТЕРАТУРА

1. Влияние патологии желчевыводящих путей на риск развития ишемической болезни сердца / А. М. Шилов [и др.] // «РМЖ» — М.: Независимое издание для практикующих врачей, 2008. — № 25. — С. 1625.
2. Особенности патогенеза, клинического течения и диагностики острого холецистита у больных с декомпенсированной сердечно-сосудистой патологией / Н. Ю. Коханенко [и др.] // Обзоры: Педиатр. — М.: Медицина, 2015. — Т. 6, № 4. — С. 62–68.
3. Острый холецистит и лапароскопическая холецистэктомия у больных с артериальной гипертонией — метаболическим синдромом / Ф. Б. Бокиев [и др.] // Хирургия: Доклады Академии наук Республики Таджикистан. — М.: Медицина, 2011. — Т. 54, № 10. — С. 856.