

Е.И.Батьянова, Н.В.Авдеенко, О.В.Молчанова, И.С.Батьянов

ОПАСНЫЕ НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Дорожная клиническая больница ВСЖД, институт усовершенствования врачей, Иркутск

Хирургические вмешательства на брюшной полости и, в частности, одно из самых распространённых - плановая холецистэктомия, несут с собой, помимо других возможных осложнений, аритмогенное воздействие на сердце. Это обусловлено психоэмоциональным напряжением, влиянием лекарств, используемых для премедикации и наркоза, обладающих проаритмическим эффектом, раздражением вагоактивных зон при интубации, хирургической травмой и пр. Однако данная проблема весьма скудно освещена в литературе и далека от своего разрешения.

Целью исследования явилось изучение частоты и характера аритмий сердца, возникающих во время плановой холецистэктомии, а также факторов риска опасных аритмий. В хирургической клинике обследован 101 больной хроническим калькулёзным холециститом: 20 мужчин и 81 женщина в возрасте от 17 до 75 лет. У 63 пациентов

ВЕСТНИК АРИТМОЛОГИИ, № 32, 2003

выполнена лапаротомия и холецистэктомия, у 38 - эндовидеохирургическая операция. Сердечные аритмии оценивались динамическим методом с помощью ЭКГ аппарата Hellige 181 и холтеровского мониторинга ЭКГ (ХМ ЭКГ) на аппарате «Кардиотехника-4000» (Инкарт, Санкт-Петербург) до, во время и после операции. Эхокардиографию (ЭхоКГ) выполняли на аппарате Aloka SSD - 2000 (Япония) в предоперационном периоде. Достоверность различий полученных показателей определяли по t критерию Стьюдента и по методу Фишера.

У большинства пациентов (83,1%) во время хирургического вмешательства регистрировались различные аритмии сердца. Последние нами разделены на 2 группы: 1 - неопасные (синусовые тахикардия, брадикардия, аритмия, наджелудочковая экстрасистолия, желудочковая экстрасистолия невысоких градаций) и 2 - опасные (желудочковая экстрасистолия высоких градаций, фибрилляция предсердий, наджелудочковая и желудочковая пароксизмальные тахикардии, атриовентрикулярная блокада 2 степени). Первые обнаружены в 85,15%, вторые - в 14,85% всех случаев аритмий. Жизненноопасные аритмии сердца встречались существенно чаще у мужчин (35,0% против 9,9% у женщин, $p < 0,05$), у лиц старше 40 лет (16,3% против 6,7% у молодых, $p < 0,05$), у больных с сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями: ИБС и артериальной гипертензией (19,2% против 11,1% у лиц без сопутствующих заболеваний, $p < 0,05$), при лапаротомической операции (17,5% против 10,5% при лапароскопическом вмешательстве, $p < 0,05$), при наличии фибрилляции предсердий до операции (100% против 0%, $p < 0,05$). Синусовые тахикардия и брадикардия до и во время операции чаще ассоциировались с неопасными аритмиями.

В 1 группе лиц до операции по данным ЭхоКГ выявлены: достоверно меньший диаметр восходящей части аорты (3,22 против 3,76 см в группе неопасных аритмий, $p < 0,05$), больший размер левого предсердия (3,55 против 3,07 см, $p < 0,05$), больший конечный диастолический размер левого желудочка (5,10 против 4,82 см, $p < 0,05$), большие толщина задней стенки левого желудочка (1,10 против 0,96 см, $p < 0,05$) и размер правого желудочка (2,32 против 2,21 см, $p < 0,05$). Кроме того, обнаружены значимые различия в некоторых показателях вариабельности сердечного ритма: по параметрам HP (121,6 в 1 группе, 339,3 во 2 группе, $p < 0,05$), Sigma (37,4 и 55,0, $p < 0,05$), NN50 (3,6 и 23,0, $p < 0,05$) и RMSD (25,3 и 52,3, $p < 0,05$).

Таким образом, выполненные исследования выявили определённые факторы риска развития жизнеопасных аритмий сердца при проведении плановой холецистэктомии по поводу хронического калькулёзного холецистита. Это: мужской пол, пожилой возраст, лапаротомическая техника операции, наличие сопутствующих ИБС и артериальной гипертензии, исходная фибрилляция предсердий, сужение восходящей части аорты, расширение полостей сердца, гипертрофия левого желудочка, снижение вариабельности ритма сердца. Полученные результаты позволяют рекомендовать пациентам с хроническим калькулёзным холециститом, планируемым на оперативное лечение, выполнять превентивное кардиологическое обследование с применением ЭКГ, ХМ ЭКГ, ЭхоКГ, а в ходе операции - прикроватное мониторирование ЭКГ, что позволит существенно снизить риск формирования интраоперационных жизнеопасных аритмий.