

# ОЦЕНКА КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ РИСКОВ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ

Герасименко Д.С., Демидова С.И.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,  
кафедра кардиологии и внутренних болезней  
г. Минск*

**Ключевые слова:** кардиоваскулярные осложнения, острый холецистит, сердечно-сосудистый риск.

**Резюме:** в ходе проведения исследования было установлено преобладание почечной дисфункции как самого распространённого фактора риска сердечно-сосудистых заболеваний среди лиц с острым калькулезным холециститом. У большинства пациентов была выявлена транзиторная гипергликемия при включении в исследование, а так же признаки диастолической дисфункции левого желудочка по типу замедленного расслабления.

**Актуальность.** Точная оценка состояния риска послеоперационных кардиальных осложнений (например, инфаркта миокарда, нестабильной стенокардии, желудочковой тахикардии, отека легких и смерти) у пациентов подвергающихся экстренной абдоминальной хирургии может видоизменить использование клинических и терапевтических подходов в периоперационном периоде, и определить новые приоритетные темы для будущих научных исследований.

Современная хирургическая практика все больше сталкивается с понятием коморбидности и не может игнорировать данное обстоятельство ввиду необходимости обеспечения наилучшего результата проводимого лечения. Планирование лечебной программы у пациентов с патологией гепатобилиарной системы в предоперационном периоде и после проведенного хирургического вмешательства должно включать оценку коморбидности. В связи с сохраняющимся первенством сердечно-сосудистой патологии в структуре летальности во всем мире, учет коморбидности в первую очередь направлен на профилактику сердечно-сосудистых осложнений у пациентов подвергающихся некардиологической хирургии.

**Цель:** разработать и внедрить технологию оценки риска и выбора диагностической и лечебно-профилактической тактики у пациентов с острой патологией гепатобилиарной системы и умеренным, высоким и очень высоким риском кардиоваскулярных осложнений.

## **Задачи:**

1. Изучить состояние сердечно-сосудистой системы и некоторые показатели гомеостаза у пациентов с острой патологией гепатобилиарной системы умеренным, высоким и очень высоким риском кардиоваскулярных осложнений на этапе выполнения экстренного хирургического вмешательства и в послеоперационном периоде.

2. Оценить показатели гемостаза у пациентов с острой патологией гепатобилиарной системы умеренным, высоким и очень высоким риском кардиоваскулярных осложнений и сердечно-сосудистыми осложнениями тромботического генеза.

3. Оценить эффект кардиопротективной медикаментозной терапии, направленной на коррекцию нарушений показателей сердечно-сосудистой системы, углеводного и липидного обмена, сосудисто-тромбоцитарного и коагуляционного гемостаза, в раннем и отдаленном послеоперационном периоде у пациентов с умеренным, высоким и очень высоким риском кардиоваскулярных осложнений.

В исследование включены пациенты с умеренным, высоким и очень высоким риском кардиоваскулярных осложнений согласно рекомендациям European Society of Cardiology [5]. В исследовании пациенты с высоким и очень высоким риском объединены в группу пациентов высокого кардиоваскулярного риска. Основную группу составляли пациенты с острой патологией гепатобилиарной системы (острый холецистит), имеющие умеренный или высокий риск кардиоваскулярных осложнений, у которых применялась кардиопротективная терапия (16 человек). Первая группа сравнения сформирована из пациентов имеющих умеренный или высокий риск неблагоприятных кардиоваскулярных событий (11 человек) после выполнения экстренной холецистэктомии. Вторая группа сравнения сформирована из пациентов, имеющих умеренный или высокий риск неблагоприятных кардиоваскулярных событий (9 человек), у которых применялась кардиопротективная терапия, но не выполнялась холецистэктомия (табл. 1). В каждой группе выделены подгруппы с высоким (подгруппа 1) и умеренным (подгруппа 2) риском.

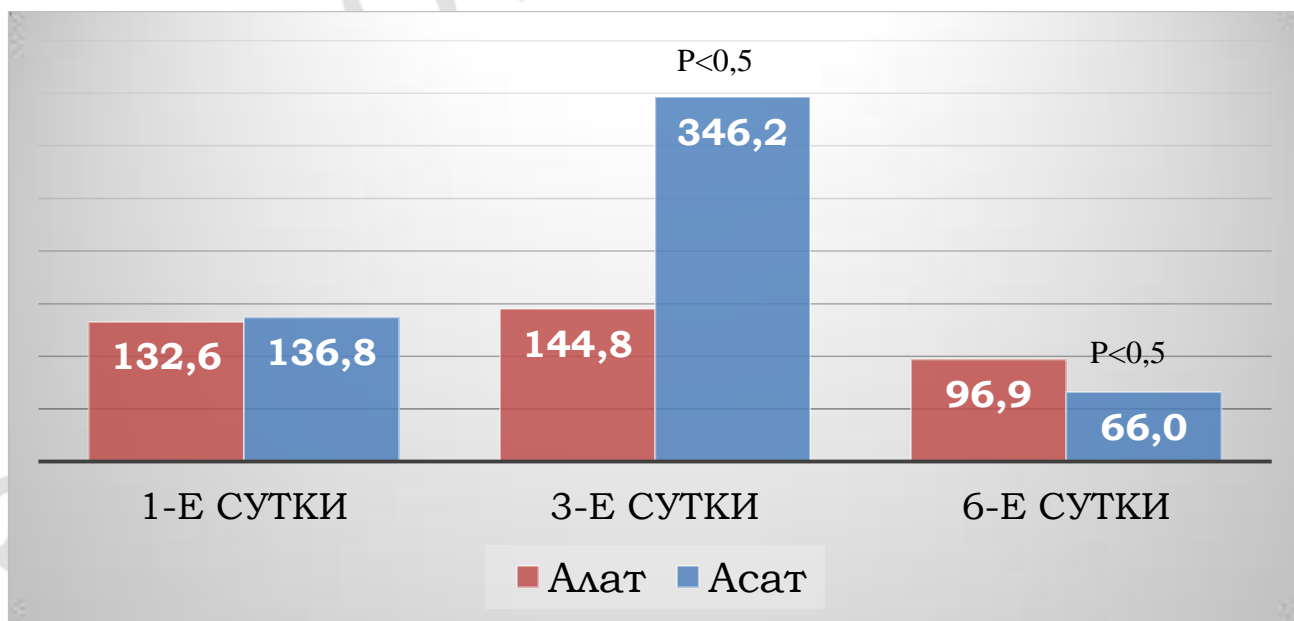
**Таблица 1** – Распределение признаков среди исследуемых лиц

Признак	Основная группа	Группа сравнения №1	Группа сравнения №2
Экстренная холецистэктомия	+ (n=50)	+ (n=50)	-
Кардиопротективная терапия	+ (n=50)	-	+ (n=50)
Высокий сердечно-сосудистый риск (подгруппа 1)	+ (n=25)	+ (n=25)	+ (n=25)
Умеренный сердечно-сосудистый риск (подгруппа 2)	+ (n=25)	+ (n=25)	+ (n=25)

В дополнение к основной терапии с целью профилактики дисфункции миокарда левого желудочка, а так же манифестации коронарных осложнений пациентам основной группы назначались следующие лекарственные средства: аспирин, аторвастатин.

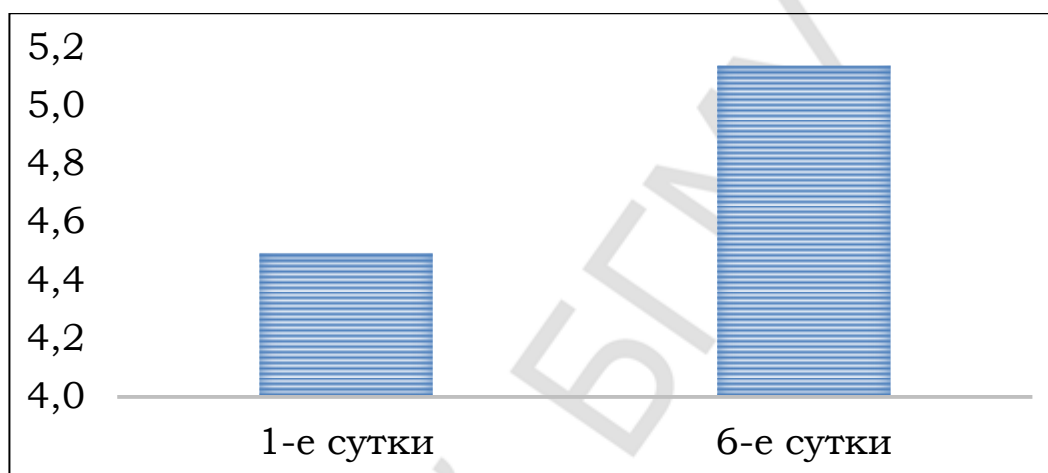
Общее количество участников исследования на настоящий момент составило 36 человек. У всех пациентов получено информированное согласие, проведено анкетирование, выполнены заборы крови, ЭХО КГ и серия ЭКГ, а так же мониторинг АД. Пациенты информированы о необходимости вести дневник ежедневных событий, регистрации АД и пульса в течение месяца после выписки из стационара с последующим визитом для проведения анализа амбулаторного этапа и выполнения, повторных лабораторно-инструментальных исследований.

Средний возраст участников составил 58 лет. Среди пациентов не было курящих, страдающих сахарным диабетом либо с отягощенным семейным анамнезом. 37,5% пациентов были без ожирения, 37,5% с ожирением 1 степени и 25 % с ожирением 2 степени. 50% пациентов имели АГ 3 степени, 37,5% - АГ 2 степени, 12,5% с АГ 1 степени. Большинство пациентов имело СКФ менее 60 мл/мин. Класс хронической сердечной недостаточности NYHA 1 имело 62,5% пациентов, остальные пациенты соответствовали классу NYHA 2. Дислипидемии не было выявлено у пациентов на стационарном этапе лечения. Динамика трансаминаз в крови представлена на рисунке 1.



**Рис. 1** – Динамика трансаминаз в группе с кардиопротективной терапией (Ед)

Уровень фибриногена оставался достаточно высоким к 6-м суткам наблюдения (рис. 2).



*Рис. 2 – Фибриноген в крови (г/л)*

Всем пациентам было выполнено ЭХО КГ в течение первых трех суток пребывания в стационаре. Результаты эхоскопии сердца представлены в табл. 2.

*Таблица 2 – Структурно-функциональные показатели сердца*

Показатель	Значение (M±m)
ЛП	35,6±1,1
Е/А МК	0,9±0,1
Е/EmМК	6,2±0,5
ВИР	112,3±4,4
DT	186,7±13,9
КДО	105,8±9,6
КСО	43,7±6,7
УО	62,1±3,7
ФВ ЛЖ	62,4±1,6
МЖП	11,0±0,4
ЗСЛЖ	9,3±0,28
ИММЛЖ	93,1±6,0
ПЗРПЖ	23,6±1,3

### **Выводы:**

1. Самым распространенным фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний было наличие снижения СКФ менее 60 мл/мин, самым редким наличие перенесенного инфаркта миокарда в анамнезе.

2. Большинство пациентов имели транзиторную гипергликемию на момент госпитализации.

3. Назначение аторвастатина у пациентов при острой гепатобилиарной патологии при исходно повышенном уровне трансаминаз не сопровождалось нарастанием их уровня к 6-м суткам наблюдения.

4. К концу стационарного этапа наблюдения выявлялась тенденция к повышению уровня фибриногена в крови.

5. Выявлены признаки диастолической дисфункции ЛЖ по типу замедленного расслабления.

#### Литература

1. Щукин Ю.В., Хохлунов С.М., Суркова Е.А. и др. Прогнозирование и профилактика кардиальных осложнений внесердечных хирургических вмешательств. Национальные рекомендации ВНОК. – 2011. – М. – 28 С.
2. Шиллер, Нелсон Б. Клиническая эхокардиография / Б. Нелсон Шиллер, М. А. Осипов. – М. : Практика, 2005. – 344 с.
3. Boersma E, Perioperative cardiovascular mortality in noncardiac surgery: validation of the Lee cardiac risk index / Boersma E, Kertai M D, Schouten O [et al.] // Am J Med. – 2005. – Vol. 118: 1134–1141.
4. Bauer, S.M., Cayne, N.S., Veith, F.J. New developments in the pre-operative evaluation and peri-operative management of coronary artery disease in patients undergoing vascular surgery / S.M. Bauer, N.S. Cayne, F.J. Veith // J Vasc Surg. – 2010. – Vol. 51:242–251.
5. Gilles M., 2013 ESC GUIDELINES ON THE MANAGEMENT OF STABLE CORONARY ARTERY DISEASE / Gilles Montalescot [et al.] // European Heart Journal - 2013. – Vol. 34 – P. 2949–3003
6. Fleisher L. 2014 ACC/AHA Guideline on Perioperative Cardiovascular Evaluation and Management of Patients Undergoing Noncardiac Surgery: Executive Summary / Lee A. Fleisher [et al.] // Circulation. – 2014. – Vol. 130:2215–2245.