

О ХОЛЕЦИСТОПЕРИКАРДИАЛЬНОМ СИНДРОМЕ

Б.К. ПАНФИЛОВ, В.И. МАЛЯРЧУК, Л.Г. ЕЖОВА, Н.Е. БОРИСОВ

Кафедра внутренних болезней и кафедра хирургии РУДН.

117292 Москва, ул. Вавилова, 61

Статья посвящена важному разделу кардиологии и хирургии. Холецистоперикардиальному синдрому у больных с явлениями воспаления желчного пузыря. Разбираются варианты описанного синдрома, даются примеры из практики

Холецистит и его осложнения всё больше и больше стали занимать первое место среди других заболеваний в абдоминальной хирургии, так как это заболевание каждые десятилетия удваивается [1,2,5,9]. Оно часто протекает атипично, под маской кардиального синдрома, что способствует обычно диагностическим и тактическим ошибкам при лечении таких пациентов [2,3,6].

Особую роль в изучении патогенеза холецистоперикардиального синдрома сыграли исследования школы проф. В.В. Виноградова, которые позволили расширить показания к хирургическому лечению холецистита до 80-85% и более, без увеличения числа неблагоприятных исходов [7]. Этому во многом способствовали совместные исследования терапевтической и хирургической клиник Российского университета дружбы народов, на базе 64-й Клинической больницы г. Москвы, которые на протяжении более 35-летней совместной работы выявили 4 основных варианта кардиального синдрома при холецистите: ангинозный, аритмический, электрокардиографический и смешанный [6,7,8,9].

Поэтому во всех случаях атипичных кардиалгий и «стенокардий» они предлагают тщательно исследовать желчевыводящие пути [6].

Располагая материалами более 8000 оперированных больных по поводу холецистита и его осложнений, в хирургической клинике РУДН ранее никогда не диагностировался сопутствующий перикардит или перикардиальные расстройства, даже при анатомическом исследовании в летальных исходах после хирургического лечения холецистита. Используя эхокардиографию (ЭХОКГ) в предоперационной подготовке к хирургическому вмешательству на желчных путях, среди 100 пациентов, нам впервые удалось выявить в дооперационном периоде (в острых случаях холецистита) в 2% случаях перикардиальный синдром, о чем решили поделиться собственными наблюдениями. Ниже приводим краткие выписки из истории болезни.

Больная К., 92 лет поступила в хирургическую клинику 64-й Клинической больницы г. Москвы по поводу обострения желчекаменной болезни, осложненной механической желтухой. Холецистит впервые был диагностирован 6 лет тому назад. Последние полгода 6 раз лечилась в больницах г. Москвы по поводу обострения холецистита с механической желтухой, но оперативного лечения не предлагалось из-за сопутствующей сердечной патологии. В анамнезе (много лет тому назад) перенесла трансмуральный инфаркт миокарда, но после этого отеков никогда не было. В анамнезе ХНЗЛ, эндартерит нижних конечностей, фибромиома матки. При осмотре отеков на спине, животе, ногах нет. Грудная клетка эмфизематозной формы, дыхание всюду ослаблено; сердце тоны сохранены систолический шум над верхушкой и над аортой, пульс 80-84 в мин, ритмичный, полный, АД -135-140/ 70-60 мм рт.ст. Печень увеличена на 4-5 см. В животе жидкости не определяется, между пупком и лобком пальпируется увеличенная матка (подтверждено гинекологом). При исследовании- билирубин в крови 31 мкмоль/л, реакция прямая, АсАТ-24,1 ЕД; АлАТ-67,8 ЕД. Соз- 40 мм/час; ЛДГ-320 ЕД. Диастаза мочи - 32-64 ЕД. Относительная плотность мочи - 1025; протромбин -96%. Рентгеноскопия грудной клетки - легочные поля эмфизематозны, синусы свободны, явления пневмоплевры; сердце с умеренно увеличенным левым желудочком. Выбуханий нет, пульсация ритмичная. ЭКГ- признаки рубцовых изменений в передне-септальном отделе левого желудочка, миграция водителя сердечного ритма, пульсация ритмичная, аорта уплотнена. ЭХОКГ - диастолический размер левого желудочка - 4,9 см³, правого -2,6 см³; толщина межжелудочковой перегородки - 1,4 см; фракция выброса левого желудочка - 42%; в перикарде обнаружено более 100мл. жидкости. УЗИ- желчных путей- холедох расширен до 2,0 см, содержит камни до 2,0 см, в желчном пузыре много конкрементов: признаки панкреатита, печень увеличена до 8 см. Диагноз: Обострение хронического рецидивирующего холецистопанкреатита, множественный холедохолитиаз, механическая желтуха; ИБС, постинфарктный кардиосклероз, атеросклероз венечных артерий, НК-ИБ ст. Гидроперикард, ХНЗЛ, фиброматоз матки, эндартерит нижних конечностей.

После комплексного лечения (противовоспалительной терапии, дезинтоксикационной терапии, блокады круглой связки) диуретиков, гликозидов, панангина - признаки воспаления желчных путей исчезли, прекратились боли в животе, печень сократилась на 3 см. Фракция выброса левого желудочка возросла до 66%, исчезли признаки гидроперикарда. Больная подверглась хирургическому вмешательству на желчных путях

Диагноз подтвержден полностью. Послеоперационный период протекал удовлетворительно. На ЭХОКГ признаков гидроперикарда не выявлено. На ЭКГ – восстановился синусовый ритм. Выписана на 15-й день после операции. Наблюдается в течение 2-х лет. К врачам больше не обращалась.

В данном случае при отсутствии выраженного общего отека синдром. В перикарде наличие жидкости было, по-видимому, обусловлено хронической сердечной декомпенсацией, которая быстро ликвидировалась посредством применения сердечных гликозидов и диуретиков. Вероятно скопление жидкости в перикарде (перикардальный синдром) способствовало снижению сократительных свойств миокарда, так как ее удаление сопровождалось значительным улучшением функциональной способности миокарда.

Приводим еще один пример холецисто-перикардального синдрома.

Больная П., 75 лет поступила в терапевтическое отд. 64 ГКБ с жалобами на боли в правом подреберье, горечь во рту, тошноту, слабость, головокружение. В анамнезе у больной много лет гипертоническая болезнь с макс. АД 220/120 мм рт. ст., стенокардия напряжения II функ. класса, ЖКБ., в 1964 году перенесла операцию удаления матки с придатками по поводу фибромы. В течение последнего года у нее повторялись периодически боли приступообразного характера в правом подреберье, беспокоил диспепсический синдром. В связи с наличием конкрементов в желчном пузыре и частыми обострениями холецистита на этом фоне в августе 1997 года больной была произведена литотрипсия, однако у нее повторялись боли в правом подреберье, что и явилось причиной настоящей госпитализации.

Объективно при поступлении обращали на себя внимание увеличение границ сердца влево на 1,5 см от средне-ключичной линии, систолический шум во всех точках аускультации и на сонных артериях, повышение АД до 200/100 мм рт. ст. Живот при пальпации был мягкий. Безболезненный, в правом подреберье определялось плотное, подвижное, слегка болезненное образование (желчный пузырь?). Явлений недостаточности кровообращения не было.

При обследовании: УЗИ органов брюшной полости – хр. калькулёзный холецистит, «отключённый» желчный пузырь. Водянка желчного пузыря? Хр. панкреатит.

ЭГДС - смешанный гастрит. Колоноскопия - хр. колит, Дивертикулы сигмовидной кишки.

ЭКГ: миграция суправентрикулярного водителя ритма с эпизодами групповой предсердной экстрасистолы, изменение миокарда в переднебоковой стенке гипертрофированного левого желудочка, нарушение внутрижелудочковой проводимости. В динамике ритм стал синусовым. Эхокардиография: ЛЖ - 4,2 см, ПЖ - 2,2 см; ЛП - 2,8 см; толщина МЖП - 1,2 см; ЗС - 1,2 см, ФВ - 78%. Створки митрального и аортального клапанов уплотнены. Гипокинезия заднебокового сегмента левого желудочка. В полости перикарда более 100 мл жидкости (экссудативный перикардит?).

Ан крови: Л - $6,6 \times 10^9$, Э - $3,81 \times 10^{12}$, Гемоглобин - 114 г/л, п/я - 2%, нейтр. - 71%, лимф. - 18%, мон. - 6%, эоз - 3%. СОЭ - 22 мм/час.

Ан мочи: относительная плотность 1018; микроскопически без особенностей. Биохимия крови: Холестерин - 3,87 ммоль/л; глюкоза - 3,44 ммоль/л; общ.белок - 72 г/л; КФК - 141 ЕД, АСТ - 60 ЕД, калий - 4,37 мм.моль/л, натрий - 141 ммоль/л, хлор - 112 ммоль/л.

С учетом анамнеза, болей в правом подреберье, диспепсического синдрома и данных проведенных исследований больному был поставлен диагноз: обострение хронического калькулёзного холецистита, хр. панкреатит. Гипертоническая болезнь II стадии. ИБС, стенокардия II функ. класса. Атеросклероз венечных артерий, аорты. НК-О. Перикардальный синдром. Было рекомендовано хирургическое лечение по поводу калькулёзного холецистита. Однако наличие жидкости в полости перикарда у больного с гипертонической болезнью со стенокардией вызвало у терапевтов опасение, что послужило причиной задержки больной в терапевтическом отделении. Больная получала лечение: коринфар 10 мг х 3 р. в день, капотен по 25 мг $\frac{1}{2}$ т х 3 р. в день, нитросорбид по 10 мг х 4 р. в день, аспирин по 0,125 мг на ночь, мезим - форте 1 т х 3 р. в день, индометацин 25 мг х 3 р. в день, ампиокс по 1,0 х 4 р. в день в/м, периодически фуросемид 40 мг.

Учитывая отсутствие обострения ИБС, ГБ, отсутствие признаков сердечной недостаточности, хорошей фракции выброса - 78% не представлялось убедительным связать появление выпота в перикарде не с кардиальной патологией, а как прямой аллергической реакцией. На ЭХОКГ в динамике на фоне проводимой терапии количество жидкости уменьшилось /до 70-мл/, гемодинамика оставалась стабильной - АД в пределах 140 - 150/80-90 мм рт. ст. на ЭКГ восстановился синусовый ритм. Больная была переведена в хирургическое отделение, где она подверглась хирургическому лечению на желчевыводящих путях. Выявлен флегмонозный холецистит с множественными конкрементами. Хронический панкреатит, пузырно-дуоденальный свищ. Послеоперационное течение благоприятное. Жалоб со стороны сердца не предъявляла. На ЭКГ - ритм синусовый. На ЭХОКГ жидкости в перикарде не определялось. В крови эозинофилы уменьшились до 0,5%. В приведенном случае обнаружение жидкости в перикарде не было связано с сердечной декомпенсацией, так как у пациента не было никаких признаков сердечной декомпенсации.

Учитывая наклонность пациентки к эозинофилии, следует полагать, что изменения со стороны перикарда были связаны с аллергической реакцией на флегмонозное воспаление желчного пузыря. Этот синдром в какой-то степени напоминает синдром Дресслера (постинфарктный синдром) при инфаркте миокарда.

Все вышеизложенное свидетельствует о том, что в остром периоде калькулёзного холецистита, несмотря на отсутствие выраженных жалоб со стороны сердца, при ЭХОКГ иногда может выявиться жидкость в перикарде (холецистоперикардальный синдром). В

одних случаях он может быть обусловлен признаками «скрытой» сердечной декомпенсации, а в других – проявлением аллергической реакции на флегмонозное воспаление. Скопление жидкости в перикарде может сопровождаться нарушением сократительной способности миокарда и снижением фракции выброса (ФВ) левого желудочка. Вероятно, что транзиторная слабость синусового узла в этих случаях бывает обусловлена скоплением жидкости в перикарде. Во избежание сердечных осложнений в послеоперационном периоде в хирургической клинике следует чаще прибегать к ЭХОКГ, которая поможет диагностировать жидкость в перикарде и избежать нежелательных осложнений, особенно при сопутствующих заболеваниях, таких как ИБС, гипертоническая болезнь, ревматические пороки сердца. Для устранения этого синдрома нужно прибегать к лечению диуретиками, гликозидами и десенсибилизирующими средствами.

ВЫВОДЫ

1. При остром холецистите с сопутствующей сердечной патологией нужно чаще прибегать к методу ЭХОКГ, для изучения сократительных свойств миокарда
2. ЭХОКГ в ряде случаев поможет своевременно (до операции) выявить холецисто – перикардиальный синдром и избежать осложнений со стороны сердечной деятельности и неблагоприятных исходов.

Литература

- 1 Бурков С.Г., Гребенёв А.Г. // Клин. мед. – 1994. – 3. – С. 59.
2. Виноградов В.В., Панфилов Н.К. Муравьёва Н.К. // Клин. мед. – 1973. – 12. – С. 70-77.
3. Виноградов В.В., Панфилов Б.К. // Хирургия 1977, 7, с 71-76.
4. Дедерев Ю.М., Крылова Н.П., Гусинов Р.Г. // Клин.мед. – 1982. – 8. – С.11-15
5. Кузин Н.М., Кузнецов Н.А. -Хирургия // 1995. – 1. – С.18-23.
6. Панфилов Б.К. // Медицинская газета. – 1990. – 10 января № 4. – С. 3.
7. Панфилов Б.К. // Билиарно-кардиальный синдром – холециститное сердце. – М. – 1986.
8. Панфилов Б.К. // Клин. геронтология. – 1996. – 1. – С. 68-70
9. Панфилов Б.К. // Клин. геронтология. – 1996. – 3. – С. 41-45.

ABOUT CHOLECISTO PERICARDIAL SYNDROM

B.K. PANFILOV, V.I. MALIARCHUK, L.G. EJOVA, N.E. BORISOV

Department of inner diseases, department of surgical RPFU. 117292 Moscow, Vavilova st., 61

The artical is dedicated to be important part of cardiology and surgery – cholecistopericardial syndrome in patients with gallbladder inflammation symptoms. There are some variants of this syndrome and practical variants of it.