

**РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХОЛЕЦИСТИТА У ДОЛГОЖИТЕЛЯ
В УСЛОВИЯХ ЧРЕЗВЫЧАЙНОГО ОПЕРАЦИОННОГО РИСКА****В.И. МАЛЯРЧУК, Б.К. ПАНФИЛОВ, Ф.В. БАЗИЛЕВИЧ, Д.Л. ДОЛГОВ,
В.М. РЫКОВ, В.А. ИВАНОВ, З.Ш. АБАШИДЗЕ, Ю.И. ЗЕНЧЕНКО**

Кафедра хирургии и кафедра внутренних болезней РУДН.

117292 Москва, ул. Вавилова, 61

В статье разбирается опыт холецистэктомии у 92-летней больной в условиях чрезвычайного операционного риска. Даются рекомендации по предоперационной подготовке у больных старческого возраста.

В хирургической гастроэнтерологии в настоящее время холецистит занимает первое место [4, 5, 6]. По результатам собственных исследований на базе 64-й клинической больницы г. Москвы за период с конца 1992 года по 1998 год число пациентов с холециститом составило 3527 чел., в то время как количество больных с аппендицитом за этот период составило 2763 чел. Отсюда становится очевидным, что количество больных с холециститом увеличилось на 854 чел. по сравнению с лицами, поступившими по поводу аппендицита. Если принять во внимание то обстоятельство, что хирургическая активность по нашим данным по поводу холецистита составляет 77,3 % (2762 чел.) [5, 6], то можно с уверенностью констатировать, что холецистит – это проблема НОМЕР ОДИН в хирургической гастроэнтерологии в настоящее время и в XXI столетии!

Наряду с увеличением числа больных холециститом с осложненными формами заболевания отмечается заметный рост пациентов пожилого возраста с данной патологией, что ставит перед клиницистами сложный вопрос о возможности расширения хирургической активности [1, 2]. Однако в хирургическом лечении пожилых с холециститом и долгожителей намечается оптимистический подход к решению проблемы, особенно в хирургической геронтологии долгожителей [5]. Ниже приводим собственный случай успешного лечения долгожителя с холециститом в условиях чрезвычайного операционного риска, прослеженного на протяжении последующих более 3-х лет.

Больная К., 92 лет, была доставлена скорой помощью в хирургическое отделение 64-й клинической больницы г. Москвы 4 ноября 1995 года. По поводу обострения желчно-каменной болезни, с выраженной желтухой. Холецистит у нее был диагностирован еще более 5-ти лет тому назад, по поводу которого она многократно лечилась во многих клинических больницах г. Москвы, но всякий раз ей отказывалось в оперативном пособии, а после устранения желтухи она направлялась домой на амбулаторное лечение. Резкое ухудшение в ее состоянии наступило с лета 1994 года, когда у нее участились приступы желчных колик, и только за полгода она 6 раз лечилась в хирургических клиниках консервативно. Последний приступ желчной колики у нее развился в начале ноября 1995 года, по поводу которого она неоднократно вызывала «скорую», что в дальнейшем и послужило поводом для направления пациентки в хирургическую клинику.

В 1985 году она перенесла трансмуральный инфаркт миокарда и постоянно лечилась антиангинальными препаратами; часто ее беспокоили боли в области сердца, сердцебиения. Кроме того, у нее был хронический бронхит, эмфизема легких. Курила с юных лет до момента поступления в хирургическую клинику (15-20 папирос в день). У нее был эндартериит нижних конечностей много лет. Около 40 лет тому назад была выявлена увеличенная матка. Постоянно отмечала одышку, кашель.

При объективном обследовании: состояние тяжелое, выраженная желтушность кожных покровов и видимых слизистых (билирубин 75 мкмоль/л); дыхание учащенное; грудная клетка эмфизематозной формы, в легких сухие хрипы; сердце с расширенным левым желудочком, тоны глухие, систолический шум над верхушкой, ритм правильный, артериальное давление 135-140/60-70 мм рт. ст. Нижние конечности холодные на ощупь, пульс на артериях стоп с обеих сторон не определяется (боли в ногах при ходьбе); отеков на ногах нет. При пальпации живота определяется болезненность в правом подреберье, край печени определяется на уровне пупка, селезенка не прощупывается. При аускультации живота шумов над абдоминальной аортой не выслушивается. Между пупком и лобком прощупывается плотное, безболезненное образование (матка, что подтверждено консультацией гинеколога).

При исследованиях: общий анализ крови - Нв 143-131 г/л, л-5,0; п-3 %, с-54 %, э-2 %, лим.-32 %, моноц.-9 %, СОЭ-40 мм/ч. Билирубин-75-31 мкмоль/л, глюкоза-4,1 моль/л, АсАТ-24,1 ед., АлАТ-67,8 ед., ЛДГ 320 ед. Амилаза (диастаза) мочи-32-64 ед. Анализ мочи - следы белка, относ. Плотность-1025, единичные лейкоциты и эритроциты в полях зрения. Протромбиновый индекс-96 %, холестерин-3,82 ммоль/л, калий-5,1 ммоль/л. ЭКГ - признаки перенесенного в прошлом обширного инфаркта миокарда в передне-септальном отделе левого желудочка, эктопический ритм. Эхо-КГ – толщина межжелудочковой перегородки - 1,4 см, толщина задней стенки левого желудочка-1,3 см; левый желудочек - 4,9 см, правый желудочек - 2,6 см, левое предсердие - 3,5 см; фракция выброса (ФВ) – 42 %. Створки митрального и аортального клапанов утолщены. В перикарде 100-120 мл жидкости (гидроперикард).

УЗИ печени и желчных путей: печень увеличена на 8 см, в желчном пузыре конкременты величиной до 2 см, холедох расширен до 1,5-2, 0 см. Признаки хронического панкреатита. Почка не увеличена в размерах, в мочеточниках теней не выявлено.

Рентгеноскопия грудной клетки: легкие эмфизематозны, нижние границы опущены на 1 ребро, легочные поля прозрачны, синусы свободны; сердце с умеренно увеличенным левым желудочком, аневризматических образований не выявлено, пульсация ритмичная, аорта уплотнена.

После комплексного лечения антибиотиками, антиспазматическими средствами, дезинтоксикационной терапией, применения гликозидов, диуретиков, анальгетиков удалось купировать острые явления, нормализовать пигментный обмен; уменьшилась в размерах печень по данным пальпации и УЗИ на 3-4 см; ФА увеличилась до 66-69 %, исчезла жидкость в перикарде, однако сохраняется Эктопический ритм. Проба с нагрузкой: подъем на 3 этажа по лестнице – более в сердце не было, пульс с 92 в мин во время нагрузки сократился до 78 в мин через 4 мин в положении лежа. Мощность физической нагрузки составила 48 % (норма 75 % и более).

ДИАГНОЗ: обострение хронического калькулезного холецисто-панкреатита, холедохолитиаз, желчная гипертензия 2-3-й степени (ориентировочно определено давление по нашему бескровному методу (5) на уровне 350 мм вод. ст.; ИБС, постинфарктный кардиосклероз с нарушениями сердечного ритма (холецисто-перикардиальный синдром), сердечная декомпенсация 2Б стадии, стенокардия напряжения 2-го функционального класса; ХНЗЛ с эмфиземой легких и дыхательной недостаточностью; эндартериит нижних конечностей, фибромиома матки.

Операционный риск оценивался по Малиновскому [3]. Значительный объем операции-3 балла, осложненная хирургическая патология-1,5 балла, возраст-2 балла, ИБС-1 балл, ХНЗЛ-1 балл, нарушение кровообращения в нижних конечностях- 1 балл, фибромиома матки-1 балл. ИТОГО: 12,5 балла.

Таким образом, операционный риск оценивался как чрезвычайный. Но, учитывая волевые качества пациентки, относительное улучшение сократительных свойств миокарда по данным Эхо-КГ и физической нагрузки, значительного уменьшения признаков сердечной декомпенсации, решено было оперировать пациентку в плановом порядке, под наркозом из лапаротомного доступа.

29 ноября 1995 года – операция. При ревизии брюшной полости обнаружено, что желчный пузырь содержит много камней и значительно увеличен в объеме, в холедохе множественные конкременты до 2 см, печень застойного характера, увеличена в размерах. В малом тазу определяется увеличенная матка и киста правого яичника. Произведена холецистэктомия, холедохотомия. Проходимость дистального отдела холедоха и фатерова соска проверены зондами Долиоти до № 5, произведены промывания протоков растворами диоксида, контрольная холедохоскопия. Холедохотомия завершена наложением прецизионного глухого шва холедоха нитью пролена № 6.

С первых же суток после операции назначена ЛФК, дыхательная гимнастика. Послеоперационный период без каких-либо осложнений. Выписана из клиники на 14-ый день после хирургического лечения с нормальным сердечным ритмом.

Через 3 года после операции, в феврале 1999 года, пациентка была вызвана для контрольного посещения в 64-ю клиническую больницу. Из расспроса стало известно, что в течение всего этого времени больная к врачам районной поликлиники не обращалась ни разу. Ее не беспокоили боли в животе, в правом подреберье. Периодически появлялись болевые ощущения в области сердца, сердцебиения, которые быстро проходили после приема антиангинальных средств, дигоксина. Мочегонными средствами она за этот период пользовалась редко. Единственное, на что пациентка жаловалась, - снижение слуха, зрения, нарастающую общую слабость. Очень редко выходила на улицу.

При осмотре: активна, свободно ходит по палате, по лестнице на один этаж поднимается с трудом, несколько одряхлая. Цианоза, отеков нет. Сохраняется эмфизема, в легких - коробочный звук над всеми легочными полями, дыхание ослабленное, с единичными сухими хрипами.

Сердце – тоны глухие, систолический шум над аортой и над верхушкой; ритм правильный; пульс на руках ритмичный 74-76 в мин, артериальное давление – 130/70 мм рт. ст. Пульс на стопах не определяется. Много ходить не может из-за боли в голенях.

Живот: состояние рубца в правом подреберье хорошее, он белого цвета, длиной 15-18 см. В правом подреберье отчетливо прощупывается плотная печень на 7-8 см ниже реберной дуги, безболезненная, гладкая. Селезенка не пальпируется. По-прежнему между лбом и пупком пальпируется плотная безболезненная матка. Над брюшной аортой шумов не прослушивается. В крови: Нв-140,0 г/л, лейкоциты-4,7, с.-61%, п.-2 %, лим.-23 %, моноц.-13 %, э.-1 %, СОЭ-16 мм/ч. Рентгеноскопия грудной клетки- легочные поля без существенных изменений, кроме выраженной эмфиземы, синусы свободны; сердце – с умеренно увеличенным левым желудочком, аорта уплотнена и расширена. УЗИ желчных путей – холедох диаметром до 8-9 мм (что соответствует давлению в протоке = 140-150 мм вод. ст.), не содержит конкрементов, печень увеличена в прежних размерах. Поджелудочная железа с признаками хронического панкреатита.

ЭКГ от 6 февраля 1999 года: ритм синусовый 61 в мин. Интервал PQ=0,2 с, QRS=0,09 с. Отклонение электрической оси сердца влево, признаки обширного перенесенного инфаркта миокарда в прошлом, в передне-септальном отделе левого желудочка, выраженная гипертрофия левого желудочка. На Эхо-КГ ФВ=49 %.

Больная находилась на обследовании под нашим наблюдением в течение 2-х недель. Выписана в удовлетворительном состоянии.

Приведенный выше случай свидетельствует о том, что больных холециститом в условиях чрезвычайного операционного риска необходимо готовить к операции совместно хирургом и терапевтом, с применением затем физических дозированных нагрузок и Эхо-КГ для определения сократительных свойств миокарда. При этом фракция выброса должна быть в этом случае не ниже 40 %! Что касается эктопического ритма сердца в прошлом, до операции, то он безусловно был обусловлен не обострением ИБС, а проявлением холецисто-кардиального (билиарно-кардиального) синдрома Боткина. Сочетание эктопического ритма сердца с выпотом в перикарде мы называли «холецисто-перикардиальным синдромом», который наблюдали среди 150 пациентов с острым холециститом по данным Эхо-КГ только у 2 (1,33 %), который исчез после консервативной терапии и хирургического вмешательства на желчных путях.

Не следует спешить с отказом от операции на желчных путях пациентам старших возрастных категорий из-за боязни переоценки ИБС. Ее обострение в подобных ситуациях бывает крайне редко и то, в случаях сочетания холецистита с ИБС и стенокардией 3-го функционального класса.

При тесном постоянном контакте хирурга, терапевта, иногда и анестезиолога можно добиться хороших успехов в хирургии холецистита со многими факторами, особенно сердечными факторами операционного риска операционного риска, даже в самых сложных ситуациях, как и в приведенном случае чрезвычайного операционного риска.

Приводим ЭКГ и УЗИ желчных путей больной К., 95 лет до и после хирургического лечения холецистита.

А - перед операцией. Имеются признаки рубцовых изменений в передне-септальном отделе левого желудочка; блуждающий ритм; гипертрофия левого желудочка.

Б - через 2 дня после операции на желчных путях. Сохраняются признаки блуждающего ритма сердца.

В - на 10-й день после оперативного лечения холецистита. Восстановлен синусовый ритм (перед выпиской из клиники).

Г - через 3 года после хирургического лечения холецистита. Сохраняется синусовый ритм. В остальном остаются те же изменения, что и перед операцией.

А - перед операцией. Холедох расширен до 22 мм и содержит конкременты, один из которых величиной около 20 мм.

Б - через 3 года после хирургического вмешательства на желчевыводящих путях. Холедох не превышает 8-9 мм, конкрементов не содержит, проходимость его на всем протяжении свободная.

Литература

1. Виноградов В.В., Панфилов Б.К. Холецистэктомия у больного с искусственным водителем сердечного ритма. - Ж. Хирургия, 1984, № 7, с. 134-135.
2. Малиновский Н.Н., Леонтьева Н.С., Мешалкин И.Н., Овчинников Н.К. Степень операционного риска. - Ж. Хирургия, 1973, № 10, с. 32-38.
3. Маят В.С. Операции у долгожителей. - Ж. Хирургия, 1995, № 3, с. 33-34.
4. Панфилов Б.К., Базилевич Ф.В., Малярчук В.И. и др. Сердечные аритмии как факторы риска в хирургии холецистита. - Вестник Российского Университета дружбы народов, 1999, № 1, с. 73-80.
5. Панфилов Б.К., Базилевич Ф.В., Малярчук В.И. и др. Блокады сердца как факторы риска в хирургии холецистита. - Вестник Российского Университета дружбы народов, 1999, № 1, с. 65-72.
6. Панфилов Б.К., Долгов Д.Л., Малярчук В.И. Сердечные факторы риска в хирургии холецистита. М., 1998, с. 269.

SURGICAL TREATMENT RESULTS OF OLD PATIENT WITH CHOLECYSTITIS IN CASE OF GREAT OPERATIV RISK

V.I. MALARCHUK, B.K. PANFILOV, F.V. BAZILEVICH, D.L. DOLGOV,
V.M. RIKOV, V.A. IVANOV, Z. ABASHIDZE, Yu.I. ZENCHENKO

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

The experience of surgical treatment of 92 years old patient with cholecystitis in case of great surgical risk is observed. The recommendations of pre-operative treatment such oldyear patients are offered.