Научная статья
Original article
УДК 617-06

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО КАЛЬКУЛЁЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА У ПАЦИЕНТА С ТЯЖЁЛЫМ КОМОРБИДНЫМ ФОНОМ

CLINICAL CASE OF CHRONIC CALCULOSIS CHOLECYSTITIS IN A PATIENT WITH SEVERE COMORBID BACKGROUND

Проничев Вячеслав Викторович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой факультетской терапии, «Ижевская государственная медицинская академия»
Бабина Наталья Николаевна, студент, «Ижевская государственная медицинская академия»
Гоголева Полина Антоновна, студент, «Ижевская государственная медицинская академия»

Victor V. Pronichev, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Faculty Therapy, Izhevsk State Medical Academy
Natalia N. Babina, student, Izhevsk State Medical Academy
Polina A. Gogoleva, student, Izhevsk State Medical Academy

Аннотация.

Хронический калькулёзный холецистит достаточно широко распространённое заболевание. Оно сопровождается образованием камней в

желчном пузыре, в результате действия нескольких этиологических факторов. Основной причиной возникновения является инфекция желчевыводящих путей и повышение внутрипузырного давления до 200-300 мм.рт.ст. Вследствие обтурации протока камнем происходит нарушение оттока желчи из желчного пузыря. Целью нашего исследования был анализ клинического случая хронического калькулёзного холецистита у пациентки с тяжелым коморбидным фоном, а именно проведения и исхода оперативного лечения.

Abstract.

Chronic calculous cholecystitis is a fairly widespread disease. It is accompanied by the formation of stones in the gallbladder, as a result of the action of several etiological factors. The main cause of occurrence is an infection of the biliary tract and an increase in intravesical pressure up to 200-300 mm Hg. Due to obstruction of the duct by a stone, there is a violation of the outflow of bile from the gallbladder. The aim of our study was to analyze a clinical case of chronic calculous cholecystitis in a patient with a severe comorbid background, namely the conduct and outcome of surgical treatment.

Ключевые слова. Хронический калькулезный холецистит, коморбидный фон, желчная колика, миеломная болезнь, химиотерапия, операционные риски.

Keywords. Chronic calculous cholecystitis, comorbid background, biliary colic, myeloma, chemotherapy, operational risks.

Введение.

Хронический калькулёзный холецистит-это воспалительное заболевание вызывающее поражение стенки желчного пузыря и моторно-тонические нарушения билиарной системы, сопровождающееся наличием желчных камней в полости желчного пузыря [1]. Наиболее часто желчнокаменная болезнь проявляется желчной коликой. Причинами возникновения болевого приступа являются ущемление конкремента в шейке желчного пузыря или

пузырном протоке, повышение давления в желчном пузыре или протоках вследствие нарушения оттока желчи [2]. После прекращения приступа желчной колики пациенты могут чувствовать себя здоровыми. Однако нередко у них сохраняются симптомы болезни, характерные для хронического холецистита — тяжесть и тупые боли в правом подреберье, диспептические расстройства.

Клинический случай.

Пациентка, П., с 16.03.2022 по 08.04.2022 находилась на стационарном лечении в гематологическом отделении 1РКБ г. Ижевска по поводу множественной миеломы. Ей проводилась химеотерапия по схеме VCD (бортезомиб 2,5 мг №4, циклофосфамид 388 мг №4, дексаметазон 20 мг в сутки №4). Данные препараты обладают гепатотоксичным действием, но выведение метаболитов этих препаратов нарушалось вследствие приступов желчной колики, что делало невозможным проведение химиотерапии.

Больная 08.04.2022 переведена из гематологического в хирургическое отделение 1РКБ г. Ижевска для оперативного лечения с жалобами на умеренную общую слабость, чувство тяжести в правом подреберье. Стул 1 раз в 2 дня, кал окрашен. Мочеиспускание редкое, малыми порциями. По данным анамнеза желчнокаменная болезнь выявлена около 2 лет назад. Болевые приступы связаны с нарушениями диеты, купируются анальгетиками и спазмолитиками. Пожелтения кожи, склер, ахолии кала не отмечала.

Перенесенные и хронические заболевания: сахарный диабет 2 типа, гипертоническая болезнь 3 ст., III ст., риск 4, ХСН 1; атеросклероз аорты, НМК 1 ст., НТК 1 ст.; множественная миелома, миеломная нефропатия, ХБП С5, по поводу чего находится на диализе, анемия 2-3 ст.; хронический панкреатит.

В ходе общего осмотра выявлено: состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Повышенного питания. Кожные покровы бледные, склеры физиологической окраски. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы, несколько ослабленно в нижних отделах с обеих

сторон, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Пульс 76 в мин. АД 130/80 мм рт. ст. Язык влажный. Лимфатические узлы не увеличены. Живот увеличен за счет жировой клетчатки, не вздут, мягкий, слабоболезненный в правом подреберье. Желчный пузырь не пальпируется. Симптом Ортнера отрицателен. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицателен. Перистальтика выслушивается. Симптом сотрясения отрицателен с обеих сторон. Ректально ампула свободна, патологических образований не определяется, на перчатке кал коричневого цвета.

Результаты общего анализа крови: лейкоциты 1,81х10^9/л, эритроциты 2,69 х10^{12}/л, гемоглобин 77 г/л, тромбоциты 135 х10^9/л

Биохимический анализ крови: прямой билирубин 7,19 мкмоль/л

Коагулограмма: фибриноген 1,35 г/л, D-димер 1,380 мг/л

Анализ мочи: плотность 1003

По данным ультразвукового исследования органов брюшной полости: признаки диффузных изменений поджелудочной железы, желчнокаменной болезни, хронического калькулезного холецистита . Внутри- и внепеченочные протоки не расширены. Желчный пузырь 3,8 см, увеличен, стенки не утолщены, в полости застойная эховзвесь, в шейке фиксированная гиперструктура 2,8 см.

На основании анамнеза, жалоб, физикальных и лабораторно-инструментальных данных пациентке был выставлен диагноз: желчнокаменная болезнь. Хронический калькулезный холецистит. Сопутствующие заболевания: множественная миелома с протеинурией, анемией, IIIB стадия. Миеломная нефропатия, ХБП. Анемия 2-3 степени. Гипертоническая болезнь 3ст., III ст., риск 4, ХСН 1. Атеросклероз аорты. Сахарный диабет 2 типа.

Операционные риски.

В данном клиническом случае у пациентки множество хронических заболеваний, которые осложняют течение друг друга и увеличивают риск развития осложнений во время операции и в послеоперационном периоде.

1.Множественная миелома – В-клеточная злокачественная опухоль, морфологическим субстратом которой являются плазматические клетки, продуцирующие моноклональный иммуноглобулин [3].

У пациентки отмечается анемия, которая может быть обусловленная заболеванием почек или супрессией эритропоэза опухолевыми клетками, дефицитом железа или дефицитом витамина В12. При анемии есть риск инраоперационной кровопотери.

Из-за отсутствия нормальных антител и по причине других иммунных нарушений у некоторых пациентов наблюдается повышенная восприимчивость к бактериальной инфекции, что приводит к риску развития инфекционных осложнений в послеоперационной ране и возможному развитию пневмонии при применении аппарата искусственной вентиляции легких. В таких случаях необходима антибактериальная терапия.

2. У пациентки из-за множественной миеломы развилось такое осложнение, как хроническая болезнь почек, которое требует проведения гемодиализа.

Хроническая болезнь почек – это симптомокомплекс, развившийся вследствие уменьшения числа нефронов, что приводит к нарушению функций почек.

После введения некоторых препаратов происходит снижение почечной экскреции, что приводит к гиперкалиемии и гипермагниемии. Гипермагниемия сопровождается мышечной слабостью и потенцеированием эффекта недеполяризующих миорелаксантов. При неправильном расчете «сухого веса» проявляются такие симптомы, как гипотония, мышечные судороги, тошнота рвота[9].

У пациентов, которым проводят гемодиализ высокий риск тромбообразования и в послеоперационном периоде возможна тромбоэмболия. При проведении гемодиализа необходимо правильное определение «сухого веса» для предотвращения интрадиализной гипотонии, или перегрузки жидкостью в междиализном периоде [4].

3. Гипертоническая болезнь - это хроническое заболевание, характеризующееся длительным и стойким повышением артериального давления, вызванное нарушением работы сердца и регуляции тонуса сосудов. Если не проводить правильную гипотензивную терапию, то это может привести к осложнениям в пред– и интраоперационном периоде, таким как мозговой инсульт, острые нарушения ритма и проводимости вплоть до остановки сердца, инфаркту миокарда. Вероятны также осложнения, не несущие непосредственной угрозы жизни, например, периоперационная резистентная артериальная гипертензия или гипотензия, гемодинамика с высокой амплитудой колебания цифр АД [8].

4. Сахарный диабет 2 типа – обменное заболевание, характеризующихся повышенным содержанием глюкозы в крови в результате дефектов действия инсулина. При сахарном диабете большую опасность в ходе операции и в послеоперационный период представляет гипогликемия, вследствие вынужденного голодания или отсутствие аппетита в послеоперационном периоде, а также при воздействии препаратов для наркоза. Гипергликемия в свою очередь приводит к снижению иммунитета, поэтому возрастает риск раневых и системных инфекций [10]. Для снижения риска инфицирования применяется интраоперационное введение антибиотиков. Вследствие периоперационного и анестезиологического стресса происходит усиление инсулинорезистентности, приводящая к развитию декомпенсированого кетоацидоза. Кроме того, стресс и симпатикотония могут спровоцировать инфаркт миокарда, застойную сердечную недостаточность.

Диабетическая вегетативная нейропатия может привести к артериальной гипотонии, атонии желудка и кишечника, тошноте, рвота, аспирации рвотными массами; атонии мочевого пузыря [5].

5. Атеросклероз - хроническое заболевание, возникающее в результате нарушения липидного и белкового обмена, характеризующееся поражением артерий эластического и мышечно-эластического типа в виде очагового отложения во внутренней оболочке липидов и белков и реактивного разрастания соединительной ткани.

С осложненными поражениями связаны развитие инфаркта, эмболия как тромботическими, так и атероматозными массами, образование аневризмы сосуда в месте его изъязвления, а также артериальное кровотечение при разъедании стенки сосуда атероматозной язвой, все это увеличивает риски развития осложнений в ходе операции и послеоперационном периоде[7].

Проведение операции.

Показания к операции и обезболиванию. Наличие приступов желчной колики, конкременты в желчном пузыре при УЗИ, невозможность проведения химиотерапии, что является показанием к оперативному вмешательству. Планируется ЛХЭ под ЭТН. Больная на операцию и наркоз согласна.

Протокол операции.

После обработки операционного поля инсуфляции CO2 до давления 10 мм. рт. ст. Троакары установлены в классических точках. Желчный пузырь спаян плотными спайками с большим сальником. Спайки рассечены. Пузырь взят на зажимы. В области кармана Гартмана стекловидный отек мягких тканей. Поэтапно выделены пузырчатый проток и артерия. Проток и артерия клипированы и пересечены. Желчный пузырь выделен субсерозно и удален в контейнере. Подпеченочное пространство санировано до чистых вод. Контроль гемостаза, сухо. Эксуфляция швы на троакарные раны. Спиртовые повязки. Препарат желчного пузыря направлен на гистологическое исследование.

Вывод.

Показанием к выполнению холецистэктомии может быть нестандартная ситуация, как в данном наблюдении. У пациентки с тяжёлым коморбидным фоном стало невозможным из-за желчных колик проведение химиотерапии миеломной болезни.

Литература

1. Рахматуллин Ю. Я.к.м.н., доцент кафедры общей хирургии КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова. Клинический протокол хронический калькулезный холецистит 2013г. -2.
2. Кузин, М. И. Хирургические болезни : учебник / под ред. М. И. Кузина. - 4-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 992
3. Клинические рекомендации «Множественная миелома» Национальное гематологическое общество. Российское профессиональное общество онкогематологов. 2018г.-9.
4. Журнал "Анестезиология и реаниматология". Статья: "Периоперационное ведение пациентов с почечной недостаточностью". Заболотских И.Б., Афончиков В.С., Баялиева А.Ж., Громова Е.Г., Лебединский К.М., Лубнин А.Ю., Потиевская В.И., Синьков С.В., Хорошилов С.Е., Щеголев А.В. 2018;(1):117-132.
5. Лекарственный вестник. "Периоперационное ведение больных сахарным диабетом"

   П. А. Бакумов, М. В. Левкина. Кафедра профессиональных болезней с курсом общей врачебной практики семейная медицина) ФУВ №6 (46) 2012 г. Том 6
6. Raedler LA. Darzalex (Daratumumab): First Anti-CD38 Monoclonal Antibody Approved for Patients with Relapsed Multiple Myeloma. Am Health Drug Benefits. 2016 Mar, 9:70-73.

7. Атеросклероз (краткие сведения истории развития, причины, патогенез заболевания, факторы риска, принципы профилактики) / И.А. Латфуллин. – Казань.: Изд-во Казан. ун-та, 2015. – 144с
8. Факультетская терапия: учебное пособие / Воловникова В.А., Кулибаба Т.Г., Ф18 Мазуренко С.О. и др.; под ред. проф. А.Н.Шишкина. — СПб.: Изд-во С.-Петерб. ун-та. 2014. — 232 с.
9. Хроническая болезнь почек: учебное пособие/сост. И.Г. Никитин [и др.] М.: РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрав России, 2019. – 136с
10. Дедов ИИ, Шестакова МВ. Сахарный диабет типа 2: от теории к практике. МИА; 2016

References

1. Rakhmatullin Yu. S.D. Asfendiyarova. Clinical protocol chronic calculous cholecystitis 2013. -2.
2. Kuzin, M. I. Surgical diseases: textbook / ed. M. I. Kuzina.
a. 4th ed. , revised and additional - M.: GEOTAR-Media, 2017. - 992
3. Clinical guidelines "Multiple myeloma" National Hematological Society. Russian professional society of oncohematologists. 2018-9.
4. Journal "Anesthesiology and resuscitation". Article: "Perioperative management of patients with renal insufficiency". Zabolotskikh I.B., Afonchikov V.S., Bayalieva A.Zh., Gromova E.G., Lebedinsky K.M., Lubnin A.Yu., Potievskaya V.I., Sinkov S.V., Khoroshilov S. .E., Shchegolev A.V. 2018;(1):117 132.
5. Medicinal messenger. "Perioperative management of patients with diabetes mellitus"
2. P. A. Bakumov, M. V. Levkina. Department of Occupational Diseases with a course of general medical practice (family medicine) FUV No. 6 (46) 2012 Volume 6

6. Raedler LA. Darzalex (Daratumumab): First Anti-CD38 Monoclonal Antibody Approved for Patients with Relapsed Multiple Myeloma. Am Health Drug Benefits. 2016 Mar, 9:70-73.
7. Atherosclerosis (brief information about the history of development, causes, pathogenesis of the disease, risk factors, principles of prevention) / I.A. Latfullin. - Kazan.: Kazan Publishing House. un-ta, 2015. - 144s
8. Faculty therapy: textbook / Volovnikova V.A., Kulibaba T.G., F18 Mazurenko S.O. and etc.; ed. prof. A.N. Shishkin. - St. Petersburg: Publishing House of St. Petersburg.
3. university 2014. - 232 p.
9. Chronic kidney disease: textbook / comp. I.G. Nikitin [et al.] M.: RNIMU im. N.I. Pirogov Ministry of Health of Russia, 2019. - 136s
10. Dedov II, Shestakova MV. Type 2 diabetes mellitus: from theory to practice. MIA; 2016

© Проничев В.В., Бабина Н.Н., Гоголева П.А., 2022 Научно-образовательный журнал для студентов и преподавателей «StudNet» №5/2022

Для цитирования: Проничев В.В., Бабина Н.Н., Гоголева П.А. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО КАЛЬКУЛЁЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА У ПАЦИЕНТА С ТЯЖЁЛЫМ КОМОРБИДНЫМ ФОНОМ// Научно-образовательный журнал для студентов и преподавателей «StudNet» №5/2022