

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Э.М. ДАДАЖОНОВ, О.Р. ТЕШАЕВ, Х.А. ХОЛОВ, А.А. ХОЛДОРОВ,
Э.Н. ЖАББОРОВ, Н.А. ЖУМАЕВ

Ташкентская Медицинская Академия, Республика Узбекистан, г.Ташкент

ҚАНДЛИ ДИАБЕТ КАСАЛЛИГИГА ЧАЛИНГАН БЕМОРЛАРДА ЎТКИР ТОШЛИ ХОЛЕЦИСТИТНИНГ ЎЗИГА ХОС КЕЧИШИ

Э.М. ДАДАЖОНОВ, О.Р. ТЕШАЕВ, Х.А. ХОЛОВ, А.А. ХОЛДОРОВ.,
Э.Н. ЖАББОРОВ., Н.А. ЖУМАЕВ

Тошкент Тиббиёт Академияси, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент

FEATURES OF CLINICAL COURSE OF THE ACUTE CALCULOUS CHOLECYSTITIS IN PATIENTS WITH DIABETES

E.M. DADAJONOV, O.R. TESHAEV, Kh.A. KHOLOV, A.A. Kholdorov,
E.N. JABBOROV, N.A. JUMAEV

Tashkent Medical Academy, Republic of Uzbekistan, Tashkent

Мақолада 2013 ва 2014 йиллар давомида Республика Шошилич Тиббий Ёрдм Илмий Маркази (РШТЎИМ) ва Тошкент шаҳар 1-Клиник шифохонасига госпитализация қилинган қандли диабет касаллиги билан оғриган 65 беморда ўткир тошли холециститнинг кечиши ўрганилган. Юқорида айтиб ўтилган беморларни ўрганиб чиққандан сўнг биз қуйидаги хулосага келдик: 1. Қандли диабет касаллиги билан оғриган беморларда ўткир тошли холецистит кузатилиб оғриқлар 1-2 сутка давомида консерватив даво фониди камаймаса, ушбу ҳолат оператив давога кўрсатма ҳисобланади. 2. Юқорида кўрсатилган беморларда лапароскопик холецистэктомия кўрсатма ҳисобланади. 3. Оғриқлар хуружи камайганда бу турдаги беморларда операция кечки муддатларда ўтказилиши мақсадга мувофиқ.

Калит сўзлар: қандли диабет, ўткир тошли холецистит, лапароскопия, холецистэктомия.

In this article below has been investigated clinical course of acute cholecystitis in 65 patients with diabetes who were admitted to the Republic Emergency Medical Scientific Center and 1st Tashkent City Clinical Hospital. After investigation, we have come to the following conclusions: 1. Progressive acute cholecystitis in patients with diabetes in case of fruitless after conservative is indication for surgery. 2. The operation of choice for patients who were mentioned above is laparoscopic cholecystectomy. 3. If patients condition improves it is preferable to delay operation for later period.

Key words: diabetes, acute calculous cholecystitis, laparoscopy, cholecystectomy.

Острый холецистит остаётся одним из самых распространённых заболеваний в ургентной хирургической практике, занимающим по частоте второе место после острого аппендицита [6, 9, 11]. По статистике, за последние годы у больных сахарным диабетом проживающих в крупных городах, в 1,5 раза чаще диагностируется заболеваемость желчевыводящих путей, чем у людей, не болеющих диабетом [2, 3, 7, 10]. Среди больных с воспалением желчного пузыря сахарный диабет наблюдается в 5-17% случаев [1, 4]. У больных сахарным диабетом острый калькулёзный холецистит носит деструктивный характер. Имеется значимая корреляция степени выраженности деструктивных изменений в стенке желчного пузыря с тяжестью сахарного диабета, а также с возрастом больных.

С целью изучения особенности течения и тактики лечения острого калькулёзного холеци-

стита у больных на фоне сахарного диабета нами проведено данное исследование.

Материалы и методы. С 2013 по 2014 гг. в хирургическое отделение 1 – ГКБ города Ташкента и в Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП) госпитализированы 65 больных с острым калькулёзным холециститом на фоне сахарного диабета которые вошли в основную группу. Для сравнительного анализа в контрольную группу включены 32 больных с острым калькулёзным холециститом без сахарного диабета, поступившие в этот же период. В основной группе мужчины составили -19 (29,3%) больных, а женщины - 46 (70,7%); в контрольной группе мужчины составили – 8(25%), женщины -24(75%). Возраст больных в основной группе варьировалась от 24 до 84 лет, преимущественно – пожилой возраст. При изучении данных контрольной группе отме-

чено, что возраст больных варьируется от 36 до 55, и превалирует – средний возраст.

Всем больным основной группы проводилось стандартное обследование: клинические и биохимические анализы крови, коагулограмма, ЭКГ, Р-графия грудной клетки, осмотр терапевта и эндокринолога, УЗИ органов брюшной полости, ЭГДФС, сахар в крови и в моче. Основные жалобы у больных были: не ярко выраженный болевой синдром с характерным иррадиацией болей, тошнота, рвота, сухость во рту, слабость. При сборе анамнеза выявлено, что больные обратились в стационар в основном на 3-4 сутки от начала приступа. Как выяснилось в ходе обследования, ЖКБ в анамнезе у этой группы больных продолжительностью от 2-х месяцев до 20 лет; сахарный диабет в анамнезе от 7 месяцев до 20 лет, а у 4 (6,2%) больных сахарный диабет выявлен впервые. Также выявлены следующие сопутствующие патологии: ИБС, инфаркт миокарда, ПИКС, ОНМК, гипертоническая болезнь, ожирение II-III ст, панкреатит, бронхиальная астма и т.д.

Всем больным контрольной группы тоже проводилось вышеуказанные обследования. Основными жалобами больных были: ярко выраженный болевой синдром с характерным иррадиацией болей, беспокойство за счёт болей, резко положительные симптомы Ортнера, Мерфи, Мюсси и т.д., тошнота, рвота, сухость во рту, слабость. Все больные обратились в стационар в раннем периоде приступа, в основном на первые сутки после начала приступов. ЖКБ в анамнезе данной категории больных продолжительностью от 1 месяцев до 5 лет, а некоторые больные узнали о наличии камней в желчном пузыре впервые во время приступа болезни и госпитализации в стационар. У больных контрольной группы выявлены следующие сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь, ожирение II-III ст., ИБС, инфаркт миокарда, ЯБЖ и ДПК, хронический гастрит, хронический пиелонефрит и т.д. Тактика лечения определялась исходя из УЗИ данных органов гепатобилиарной системы и изменений желчного пузыря. Также учитывалось наличие сопутствующей патологии.

Таблица 1.

Характеристика больных с калькулёзным холециститом на фоне сахарного диабета

Показатель	Основная группа (n=65)		Контрольная группа (n=32)	
	абс	%	абс	%
Мужчины	19	29,3	8	25
Женщины	46	70,7	24	75
ЖКБ в анамнезе	59	90,4	23	72,8
Сахарный диабет 1 тип	2	3,1	-	-
Сахарный диабет 2 тип	63	96,9	-	-

Таблица 2.

Частота сопутствующих заболеваний в исследуемых группах пациентов

Система органов	Заболевания	Основная группа (n=65)		Контрольная группа (n=32)	
		абс	%	абс	%
Сердечно-сосудистая система	ИБС	11	16,9	2	0,06
	ГБ	46	70,7	5	15,6
Система органов дыхания	ХНЗЛ	8	12,3	1	0,03
	Бронхиальная астма	1	1,5	-	-
	ЯБЖ и ДПК	3	4,6	2	0,06
Система органов пищеварения	Хронический гастрит	8	12,3	2	0,06
	ГЭРБ	7	10,7	1	0,03
	панкреатит	1	1,5	1	0,03
Эндокринная система	Сахарный диабет	65	100	-	-
	Ожирения	28	43,1	8	25
	Мочекаменная болезнь	2	3,1	-	-
Мочеполовая система	Хронический пиелонефрит	4	6,2	1	0,03
	Аденома простаты	1	1,5	-	-
	Цереброваскулярная болезнь	2	3,1	-	-
Нервная система	ОНМК	2	3,1	-	-

Всем больным в первые сутки назначено антибактериальная, инфузионно-спазмолитическая терапия. А также, произведено коррекция сахара крови больных основной группы.

Результаты. 21 (42%) больным основной группы произведено лапароскопическая холецистэктомия, в 3 случаях осуществлён переход на правосторонний межмышечный доступ. У 29 (58%) больных операция выполнена верхнесрединным лапаротомным или правосторонним косым межмышечным доступом. Этому способствовало абсцедирования и деструкции стенки желчного пузыря, которое было выявлено по данным ультразвукового обследования, выраженный инфильтративно-воспалительный процесс у ворот печени – 4 (8%) больные, неконтролируемая кровотечения из пузырной артерии – 1 (2%) больной.

У больных, которых выявлено утолщение стенок до 4 мм по УЗИ данным морфологически выявили катаральное изменение в желчном пузыре. У больных, которых выявлено утолщение стенок от 5 мм до 8 мм по УЗИ данным морфологически выявили флегмонозное изменение в желчном пузыре. Если стенка желчного пузыря 9 мм и более и имеются признаки удвоение стенки по УЗИ данным, морфологически установлено гангренозное изменение. Мы сочли неуместным выбор оперативного доступа исходя из размеров желчного пузыря так как в большинстве случаев выявили несоответствие по морфологическим изменениям. Морфологически установлено, что у 9 (18%) прооперированных больных изменения в желчном пузыре носят катаральный ха-

рактер, у 16-х (32%) - флегмонозный, а у 21-ти (42%) наблюдался гангренозный процесс. В послеоперационном периоде у 8-х (16 %) больных отмечалось нагноение послеоперационной лапаротомной раны. Летальный исход – 1 (1,5%).

Камни в общем желчном протоке обнаружены у 7 (10,7%) больных. Всем больным произведено РПХГ с эндоскопической папиллосфинктеротомией. 5 больным произведено холецистэктомия как второй этап лечения. 2 больным не проводилось операция, учитывая тяжёлой сопутствующей патологии. Этим больным рекомендована операция на более позднем сроке после тщательной подготовки и разрешение сопутствующего заболевания.

Синдром Мириizzi выявлено у 1 больной. Больной произведено холецистэктомия верхнесрединным доступом с последующем дренированием холедоха по Пиковскому.

18 (60%) больным контрольной группы произведено лапароскопическая холецистэктомия, в 2 (6,7) случаях осуществлён переход на правосторонний межмышечный доступ: из-за выраженного инфильтративно-воспалительного процесса у ворот печени – 1 больной, кровотечения из пузырной артерии – 1 больной.

При деструктивных изменениях в стенки желчного пузыря, операция произведена открытым доступом. Морфологически, у 19 (63,3%) прооперированных изменения в желчном пузыре носят катаральный характер, у 7-х (23,3%) - флегмонозный, а у 3 (9,4%) больных наблюдался гангренозный процесс. Послеоперационный период гладкий.

Таблица 3.

Морфологические изменения в жечном пузыре

Показатель	Основная группа (n=65)		Контрольная группа (n=32)	
	абс	%	абс	%
Катаральное	9	18	19	63,3
Флегмонозное	16	32	7	23,3
Гангренозное	21	42	3	9,4
Эмпиема желчного пузыря	3	6	1	3,1
Парапузырный абсцесс	1	2	-	-
Не оперированы	15	23	2	6,2

Таблица 4.

Сравнительная характеристика послеоперационных осложнений

Показатель	Основная группа (n=65)		Контрольная группа (n=32)	
	абс	%	абс	%
Холедохолитиаз	7	10,7	2	6,2
Кровотечения	1	2	1	3,1
Нагноение раны	8	16	-	-
Летальность	1	1,5	-	-

Обсуждение. Острый холецистит у больных на фоне сахарного диабета остаётся актуальным сочетанием и требует большое внимание врачей [3]. И ещё остаётся немало нерешенных задач. В частности, когда оперировать больных? Какой метод или доступ наиболее безопасен?

В нашей случае, больные основной группы то есть, больные с острым калькулёзным холециститом на фоне сахарного диабета обратились в стационар в наиболее поздних сроках от начала приступов. Этому способствовало много факторов. Мы перечислим их ниже. Как выше сказано, по нашим данным возрастной категория больных охватывал в основном – пожилых. Их процент в общей структуре больных составил – 46,1% (30 больных). Учитывая тот факт, что большинство геронтологических больных соматически отягощены, огромное значение имеют: правильная предоперационная подготовка, малая травматичность операции; своевременный выбор способа хирургического лечения и адекватное анестезиологическое пособие [7,8].

Из-за нарушений в виде полинейропатии, микро- и макроангиопатии отмечена ранняя деструкция желчного пузыря за счёт наличие фоновой патологии. В клинике заболевания основной группы отмечено неярко выраженность болевых симптомов из-за высокого порока чувствительности.

По мнению С.Е. Кулешова (2011), быстрое развитие гнойно-некротических процессов у больных с сахарным диабетом связано с нарушением иммунобиологических процессов, функциональной недостаточностью нейтрофилов, закономерно возникающей при гипергликемии. Постепенно нарастают нарушения микроциркуляции, развивается ацидоз, еще более усугубляющий парез капиллярного русла - замыкается порочный круг, развивается синдром взаимного отягощения: декомпенсация сахарного диабета, одновременное нарастание деструктивных процессов в стенке желчного пузыря.

Мы наблюдали всех больных в первые три сутки после госпитализации в стационар. У 15 (23%) больных в динамике наблюдалось купирование приступа после проведенной инфузионно-спазмолитической и антибактериальной терапии, а также коррекция сахара в крови. Субъективно улучшилось состояния больных: уменьшилось болевой синдром, исчезло диспептические явления, появилось аппетит. Объективно: отмечалось уменьшение или исчезновения болей при пальпации, а также уменьшилось локальное мышечное напряжение, исчезло ранее пальпируемый желчный пузырь. При инструментальном исследовании: толщина стенок и размеры желчного пузыря уменьшились в объёме, вклинившийся

камень становится свободным. В лабораторных анализах отмечалось снижение показателей лейкоцитов до нормальных цифр. Всем этим 15 больным рекомендована продолжение консервативной терапии, и находится под наблюдением амбулаторного хирурга и эндокринолога, с последующим оперативное лечение в более поздние сроки (в «холодном» периоде). Из 15 больных в течение года обратились к нам 8 больных. Всем больным произведено лапароскопическая холецистэктомия. Осложнений не наблюдалось.

А у остальных 40 (77%) больных основной группы после проведенной консервативной терапии приступы болей не купировались. У этих больных отмечено усиление болей и диспептических проявлений, усиление локальной мышечной напряженности, симптомы Ортнера, Мерфи резко положительные; на УЗИ – увеличение размеров желчного пузыря в объёме и толщина стенки (в некоторых случаях с удвоением), вклинившийся камень в области шейки желчного пузыря. Лабораторно отмечено нарастание показателей лейкоцитоза со сдвигом влево, ускорение СОЭ. Данной категории больных произведено оперативное лечение как описывалось выше.

Полученные данные показывают, что оперативное лечение у больных калькулёзным холециститом на фоне сахарного диабета в более поздние сроки после купирования приступов дают меньше осложнений и благоприятен для ранней реабилитации больных.

В настоящее время основным способом лечения острого холецистита продолжает оставаться хирургический. Консервативная терапия чаще показана как предоперационная подготовка.

Сахарный диабет в настоящее время не считается противопоказанием к хирургическому лечению. Основным способом хирургического лечения является лапароскопическая холецистэктомия. В случаях выявления деструктивных изменений в стенке пузыря возможен минилапаротомный доступ.

Таким образом, течение острого калькулёзного холецистита у больных с сахарным диабетом характеризуется наличием неярко выраженного болевого синдрома, высокого анестезиологического риска и раннего развития деструктивных изменений в стенке желчного пузыря.

Выводы: 1. Прогрессирующий острый калькулёзный холецистит у больных сахарным диабетом на фоне консервативного лечения в течении 1-2 суток является показанием к оперативному лечению. 2. Операцией выбора при остром калькулёзном холецистите на фоне сахарного диабета является лапароскопическая

холецистэктомия. 3. При купировании острого процесса клинически и по данным лабораторно-инструментального исследования операцию необходимо выполнить в холодном периоде.

Литература:

1. Кулешов Е.В., Кулешов СЕ. Сахарный диабет и хирургические заболевания. Изд. 2-е, переработанное и дополненное. М.: Воскресенье, 2006.- 216 с.
2. Кулешов Е.В. Острые гнойно-воспалительные заболевания органов брюшной полости и сахарный диабет. // Клиническая медицина.-2002,- №7.-С.23-27.
3. Кузин Н.М., Дадвани С.С., Ветшев П.С. и др. Лапароскопическая и традиционная холецистэктомия: сравнение непосредственных результатов. Хирургия 2007; 2: 25-27
4. Курбаниязов З.Б., Давлатов С.С. Желчнокаменная болезнь и его осложнение: Метод. рекомендации // Ташкент.-2014.-90 с.
5. Петухов В.А. Желчнокаменная болезнь и синдром нарушенного пищеварения. М.: ВЕДИ, 2009. – 128с.
6. Пиковский Д.Л. Экстренная хирургия желчных путей. - Медицина. 2007.— с.240.
7. Русанов В.П. Малоинвазивные технологии в хирургии калькулёзного холецистита и его осложнений. Автореф. дисс. . докт. мед. наук. М.2005.
8. Рыбаков Г.С., Дибиров М.Д., Халидов О.Х., Шебзухов А.Э. Малоинвазивные хирургические вмешательства в лечении желчнокаменной болезни у лиц пожилого и старческого возраста. Материалы всероссийской конференции хирургов М. 2011; 90-91.
9. Рыбаков Г.С., Халидов О.Х., Шамин А.И. Осложнения холецистэктомии из минидоступа при хроническом калькулёзном холецистите. Материалы конференции «Современные технологии в абдоминальной хирургии». М.: РНЦХ РАМН 2009; 58-59.
10. Савельев В.С., Васильев В.Е., Куликов В.М., Мишакина Н.Ю. Выбор способа холецистэктомии при остром холецистите. Вестник РГМУ. 2006; 4; 44-6.
11. Giger U., Michel J.M., Vonlanthen R. et al. Laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis: indication, technique, risk and outcome. Langenbecks Arch Surg 2005; 390: 373—380.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЁЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Э.М. ДАДАЖОНОВ, О.Р. ТЕШАЕВ,
Х.А. ХОЛОВ, А.А. ХОЛДОРОВ,
Э.Н. ЖАББОРОВ, Н.А. ЖУМАЕВ

Ташкентская Медицинская Академия,
Республика Узбекистан, г.Ташкент

С 2013 по 2014 гг. в хирургическое отделение 1 – ГКБ города Ташкента и в РНЦЭМП госпитализированы 65 больных с острым калькулёзным холециститом на фоне сахарного диабета которые вошли в основную группу. В ходе исследования выявлены следующие выводы: 1. Прогрессирующий острый калькулёзный холецистит у больных сахарным диабетом на фоне консервативного лечения в течении 1-2 суток является показанием к оперативному лечению. 2. Операцией выбора при остром калькулёзном холецистите на фоне сахарного диабета является лапароскопическая холецистэктомия. 3. При купировании острого процесса клинически и по данным лабораторно-инструментального исследования операцию необходимо выполнить в холодном периоде.

Ключевые слова: сахарный диабет, острый калькулёзный холецистит, лапароскопия, холецистэктомия.