

ARTICOLE ORIGINALE

SINDROMUL DE AGRAVARE RECIPROCĂ LA BOLNAVII CU COLECISTITĂ ACUTĂ DE VÂRSTĂ ÎNAINȚATĂ ȘI SENILĂ CU BOLI ASOCIATE GRAVE**RECIPROCAL AGGRAVATION SYNDROME IN SENILE PATIENTS WITH ACUTE CHOLECYSTITIS WITH SEVERE COMORBIDITIES****I. CIUTAC**

Dr. în med., conf. univ.

Catedra Chirurgie nr. 1 „Nicolae Anestiadi”, Cursul Endoscopie, USMF „Nicolae Testemițanu”

Rezumat

În lucrare sunt elucidate manifestările clinice ale colecistitei acute la un lot de 401 bolnavi de vârstă înaintată și senilă cu tare concomitente grave. Este descris și analizat sindromul de agravare reciprocă a patologiei de bază cu patologia cardiovasculară, diabetul zaharat și ciroza sub- și decompensată, stare care epuizează puterile de rezervă și agravează starea organismului, și care dictează aplicarea de urgență a chirurgiei miniinvazive laparoscopice – colecistolitostomia laparoscopică. Aplicarea tacticii miniinvazive la apogeul puseului de colecistită acută duce la diminuarea intensității sindromului de agravare reciprocă.

Summary

Authors present clinical features of acute cholecystitis in a group of 401 senile patients with severe comorbidities. Reciprocal aggravation syndrome of the main disease with cardiovascular pathology, diabetes mellitus and liver cirrhosis is described and analyzed, a situation that exhausts the compensatory reserves and worsens the general state and impose emergency or urgent performance of mini-invasive laparoscopic surgery: laparoscopic cholecystolithostomy. Mini-invasive tactics in an attack of acute cholecystitis leads to decrease of the reciprocal aggravation syndrome.

Actualitatea problemei

Cu mai mult de 100 ani în urmă eminentul clinicist rus S. P. Botkin a relatat despre dereglările reflectorii din partea cordului în colica biliară [1]. Investigațiile clinice au demonstrat că aproximativ 52% de bolnavi cu colecistită suferă de cardialgie, în 16,2 cazuri apar dereglări ale ritmului cardiac iar la 60% din pacienți survin schimbări difuze ale miocardului, care se accentuează în colecistita distructivă, care derulează cu intoxicație severă [3]. În declanșarea leziunilor miocardului la bolnavii cu colecistită acută în afară de acțiunea reflectorie a veziculei biliare asupra inimii tot mai mult s-a relevat factorul toxic în apariția tulburărilor funcției sistemului cardio-vascular [8].

Alți autori [4] socot că accelerarea ritmului cardiac, apariția extrasistolelor și fibrilației atriale, acutizării tulburărilor circulației coronariene până la infarct se datorează cu preponderență agravării insuficienței coronariene la moment la bolnavii cu cardiopatie ischemică din cauza colecistitei acute distructive și complicațiilor ei (icter mecanic, pancreatitei etc.) factorul declanșator principal fiind progresarea și creșterea intoxicației.

Agravarea patologiei de bază și celor concomitente se mai observă și în colecistita acută asociată cu diabetul zaharat. Se

știe că la bolnavii cu diabet zaharat colecistita acută evoluează mai grav ca de obicei. Dezvoltarea procesului inflamator în vezicula biliară conduce la decompensarea metabolismului glucidic în rezultatul căruia se declanșează acidoza subcompensată, apare intoleranța țesuturilor la glucide, se mărește rezistența bolnavului la insulină [2, 6]. Pe acest fond se înrăutățesc proprietățile reologice ale sângelui, se mărește potențialul trombogen, acest proces fiind cu atât mai accentuat, cu cât este mai mare vechimea diabetului [2]. Este diminuată rezistența la infecția bacteriană la bolnavii cu diabet din cauza micșorării activității fagocitare a leucocitelor, survine depresia imunologică generală [7, 8]. Toți acești factori predispun la dezvoltarea rapidă a schimbărilor distructive din colecist și care repede duc la complicații septicopurulente. Are loc agravarea reciprocă a ambelor patologii, iar dozele de hipoglicemiant administrate până la boală sunt insuficiente. Factorii suplimentari a apariției sindromului de agravare reciprocă este vârsta, caracterul patologiei concomitente, gravitatea diabetului, virulența infecției, reactivitatea organismului [2, 6, 9, 10].

O altă patologie, care se poate agrava pe fundal de colecistită acută este ciroza sub- și decompensată, care se poate complica cu progresarea insuficienței hepatocelulare și ascitei [5].

Scopul lucrării

Analiza corelației sindromului de agravare reciprocă a colecistitei acute cu patologia concomitentă cardiovasculară, a diabetului zaharat și cirozei sub- și decompensate la bolnavii în etate cu risc operator major.

Material și metode

Sub supravegherea noastră au fost 401 pacienți cu colecistită acută, de vârstă înaintată și senilă cu tare concomitente grave, selectați în perioada anilor 1981-2009. Bărbați au fost 115, femei 286. Analiza vârstei a arătat că 166 (41,4%) pacienți au avut vârsta între 61-70 ani, 172 (42,9%) – între 71-80 ani, 56 (14%) – între 81-90 ani, iar la 7 (1,7%) vârsta a variat între 91-97 ani. Mai mult de jumătate de pacienți 235 (58,6%) au fost mai în vârstă de 70 ani. La laparoscopie colecistita catarală depistată în 126 (31,4±2,3%) cazuri, flegmonoasă în 242 (60,3±2,4%) cazuri și flegmonoasă-gangrenoasă în 33 (8,2±1,4%) cazuri.

În afară de aceasta, la majoritatea bolnavilor – 290 (72,3±2,2%) – colecistita acută a fost complicată. Patologia căilor biliare identificată la 133 bolnavi – 121 coledocolitiază din ei la 24 cu papilostenoză asociată, 12 pacienți cu papilostenoză izolată. Din acești bolnavi în 110 cazuri coledocolitiază și papilostenoză s-a complicat cu icter mecanic din care la 49 suplimentar s-a constatat colangită acută însoțită de insuficiență hepatică acută.

Infiltrat paravezicular s-a constatat în 122 (42,1±2,9%) cazuri, pancreatită edematoasă – în 76 (26,2±2,6%) cazuri, abces paravezicular în 9 (3,1±1,0%) cazuri, peritonită locală în 23 (7,9±1,6%) cazuri, peritonită difuză în 9 (3,1±1,0%) cazuri. La mai mult de 1/3 din pacienți complicațiile au fost multiple.

Majoritatea bolnavilor s-au internat în stare gravă, cauzată de patologia cardiovasculară, pulmonară, endocrinologică, acutizate de declanșarea colecistitei, iar în multe cazuri și de intoxicația provocată de inflamația distructivă a colecistului și icterului mecanic.

Patologia cardiovasculară în diferite combinații s-a întâlnit practic la fiecare bolnav. Din acest contingent boala hipertonică constatată la 204 (50,9±2,5%, $p < 0,001$) pacienți, cardiopatie ischemică cu angor pectoral de efort sau stabil la 207 pacienți, infarct miocardic acut la internare pe fon de colecistită distructivă la 5 (1,2±0,5%, $p > 0,05$) pacienți, tulburări acute a circulației miocardului la 9 (2,2±0,7%, $p < 0,05$) pacienți, infarct miocardic vechi la 34 (8,5±1,4%, $p < 0,001$) pacienți, care 9 (26,5%) l-au suportat dublu, tulburări de ritm și conducere (fibrilație atrială, bloc de conducere gr. II-III) la 139 (34,7±2,4%, $p < 0,001$) pacienți, insuficiența circulatorie gr. II-III-IV-V la 153 (38,2±2,4%, $p < 0,001$) pacienți, vicii mitrale și aortale la 9 (2,2±0,7%, $p < 0,05$) pacienți. La bolnavii cardiaci în 151 (37,7±2,4%, $p < 0,001$) cazuri a fost depistată patologia ficatului: hepatite cronice de stază avea 123 (81,5%) și ciroze hepatice – 28 (18,5%).

Patologia pulmonară a fost depistată la 203 (50,6±2,5%) bolnavi. La 173 (37,7±2,4%, $p < 0,001$) bolnavi a fost diagnosticat pneumoscleroză difuză cu emfizem pulmonar. Bronșită cronică obstructivă asociată cu altă patologie pulmonară marcată în 113 cazuri din care la 16 (14,2%) cu component astmatic. Din cazurile enumerate insuficiența respiratorie gr. II-III a fost constatată la 42 (10,5±1,5%, $p < 0,001$) pacienți. La 7 (1,7±0,6%, $p < 0,05$) bolnavi au fost diagnosticate diferite forme ale tuberculozei, iar la 11 (2,7±0,8%, $p < 0,01$) bolnavi s-a constatat la internare pneumonie acută.

Diabetul zaharat a fost depistat la 50 (12,5±1,7%, $p < 0,001$) bolnavi, dintre care la 8 (16,0%) – forma gravă. Obezitate de

gr. II-III a fost observată la 64 (15,9±1,8%) pacienți, la 15 (3,7±0,9%) – cașexie senilă. În 8 (1,9±0,7%, $p < 0,05$) cazuri a fost constatată hemipareză după ictus cerebral, în 64 (15,9±1,8%) cazuri fiind identificată altă patologie. La lotul de 401 bolnavi au fost depistate în total 1584 maladii sau în mediu câte 3,9±0,3 maladii.

Vârsta bolnavilor, patologia concomitentă severă, complicațiile multiple, au determinat la acești pacienți un risc operator major, din care cauză li s-a aplicat colecistolitostomia laparoscopică miniinvazivă în diferite variante, ca primă etapă sau metodă definitivă a tratamentului chirurgical.

Particularitățile manifestărilor clinice ale bolii

Diagnosticul clinic a colecistitei acute, atât la etapa prespitalicească, cât și în condițiile de staționar, la bolnavii de vârstă înaintată și senilă (mai ales după 70 ani) adesea este dificilă.

În primele 24 ore de la debutul bolii la 147 (36,7±2,2%, $p < 0,001$) bolnavi internați, tabloul clinic a fost clar. Însă mai târziu de 24 ore, manifestările clinice încep să devină atipice, din cauza intoxicației care progresează repede, precum și din cauza agravării funcției și a altor organe și sisteme ce suferă din cauza tarelor concomitente. La o bună parte din acești bolnavi patologia asociată devine dominantă, iar la o parte dificultățile deseori apar nu atât în constatarea faptului posibilității existenței procesului inflamator în colecist, ci în interpretarea corectă a gradului de manifestare morfologică a inflamației. După materialul nostru stabilirea diagnosticului corect nu a întâmpinat dificultăți numai în 46% din cazuri bazate pe datele clinice, în celelalte simptomatologia clinică a fost ștersă din diferite cauze.

Sindromul dureros, mai mult sau mai puțin pronunțat s-a depistat la toți pacienții, însă localizarea durerilor în rebordul costal drept a fost numai în 55,2±2,5% ($p < 0,001$). În rest durerile s-au repartizat în felul următor: în rebordul costal drept și regiunea epigastrală – 23,2%, în etajul superior – 13,5%, flancul drept al abdomenului – 5,2%, regiunea mezogastrală – 2,3%, dureri retrosternale și regiunea inimii – 3%.

La 58,0±2,5% ($p < 0,001$) din pacienți, pe fonul bolii de bază, s-au intensificat cardialgia sau alte simptome, uneori ele fiind dominante, legate de patologia concomitentă.

La palparea abdominală dureri în regiunea colecistului s-a determinat în 30,1%, rigiditatea musculară 20,4%, infiltrat inflamator 7,8%, dureri vii sau moderate în rebordul costal drept 55,2% cazuri. La 18,7±2,4% ($p < 0,001$) bolnavi interpretarea palpației a fost împiedicată de gradul de obezitate (grosimea peretelui abdominal) sau a cașexiei senile. Contractura musculară incertă a fost semnalată în 40,0±2,4% ($p < 0,001$) cazuri.

Predominau semnele generale de intoxicație: tahicardie accentuată – în 70±2,3% ($p < 0,001$) cu asocierea frecventă a tulburărilor de ritm, grețuri – 70,5±2,3% ($p < 0,001$), vomă – 65,0±2,4% ($p < 0,001$).

Febra predomină: subfebrilitatea – 47,4%, în 24,7% ea este mai mare de 38gr., în 27,9% cazuri febra lipsește. La mulți pacienți s-a observat un dezechilibru între frecvența pulsului și reacția febrei. La 50% din bolnavi cu colecistită distructivă și subfebrilitate a corpului pulsul ajunge la 90-100 bătăi pe min.

Datele analizei de sânge nu corespund stării reale a procesului inflamator (Tabelul 1).

Analizele sângelui periferic la bolnavii până la 70 ani au demonstrat că leucocitoza a fost prezentă în 83,7%, în grupa bolnavilor cu vârsta de la 71 până la 80 ani nivelul leucocitozei

Tabelul 1

Repartizarea bolnavilor în dependență de datele analizei de sânge (leucocitoză și leucoformulă)

Vârsta	Numărul leucocitelor				Leucoformula				Total
	ridicat		norma		Devieri în stânga		Norma		
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	
61-70	139	83,7	27	16,3	151	91	15	9	166
71-80	125	71,7	47	27,3	156	90,7	16	9,3	172
81-90	36	64,3	20	35,7	50	89,3	6	10,7	56
90-99	4	57,7	3	42,3	6	87,7	1	14,2	7
Total	304	75,8	97	24,2	363	90,5	38	9,5	401

este de 71,7%, la bolnavii de 81-90 ani numărul pacienților cu leucocitoză scade până la 64,3%, iar la bolnavii de 90-99 de ani leucocitoza s-a constatat doar la 57,7%. Totodată, leucoformula cu deviere în stânga a fost depistată în jurul la 90,5±1,5%(p<0,001) în toate categoriile de vârstă, iar gradul de deviere al leucoformulei spre deosebire de leucocitoză nu depinde de vârstă.

O metodă diagnostică înalt informativă la bolnavii cu colecistită acută este USG. În pofida unor probleme de pregătire adecvată a pacienților către investigație, concremențele în vezicula biliară la examinarea primară au fost depistate în 95,0±1,1% (p<0,001) din cazuri. În același timp sub supravegherea noastră au fost 153 (38,2±2,4%, p<0,001) bolnavi cu insuficiență circulatorie, ficat mărit și dureri necaracteristice în abdomen, iar 28 (6,9±1,3%,p<0,01) având ciroza hepatică. La o parte din acești bolnavi cu lichid în cavitatea abdominală s-a depistat „conturul dublu” al veziculei biliare. Același lucru s-a observat și în colecisto-pancreatită cu prezență lichidului în spațiul subhepatic, USG arătând prezența colecistitei distructive, care nu totdeauna a fost confirmată la laparoscopie. O contradicție în acest sens este că în hepatită și ciroză în multe cazuri vezicula biliară este cu stază, ceea ce la USG poate fi interpretată ca hipertensie biliară, mai ales dacă se depistează și calculi în lumenul colecistului. Toate aceste cazuri au fost rezolvate prin laparoscopie.

Sindromul de agravare reciprocă (SAR) în colecistita acută și patologia cardiovasculară

Din 401 bolnavi la 360 (89,8±1,6%,p<0,001) s-a depistat cardiopatie ischemică (CI) manifestată în 95 (23,7±2,1%, p<0,001) cazuri prin angor pectoral de efort, 112 (27,9±2,2%, p<0,001) angor pectoral stabil, 153(38,2±2,4%, p<0,001) insuficiență circulatorie gr. II-III-IV-V (după NIHA). Durata bolii coronariene a fost de la 2 până la 30 ani. La 204 (50,9±2,5%) bolnavi cardiopatia ischemică s-a asociat cu boala hipertonică gr.II-III, din care la 34 (8,5±1,4%,p<0,001) s-a depistat infart

miocardic vechi, la 50 (12,5±1,7%,p<0,001) bolnavi s-a asociat și cu diabet zaharat, iar la 28 bolnavi ciroză hepatică din care la 10 ciroza a fost sub- și decompensată.

La bolnavii cu CI în 139 (34,7±2,4%) cazuri situația bolnavilor a mai fost agravată de diferite tulburări de ritm și conducere printre care și fibrilația atrială în 24 (173%) de cazuri, survenită pe fonul CI și bolii hipertionice. Caracterul și cauza fibrilației atriale precum și altor dereglări de ritm în colecistita acută au fost depistate în baza anamnesticalui (fișa de ambulator), datelor clinice și ECG. Cardiopatia ischemică, boala hipertonică, sunt factori agravanți ai riscului operator. Agravarea insuficienței coronariene și tulburărilor de ritm, ischemia miocardului, contribuie și mai mult la înrăutățirea evoluției bolii și riscului operator.

Pe lângă cele mai sus menționate, după internarea bolnavilor cu colecistită acută, la o mare parte au survenit schimbări, care se deosebesc de datele clinice și investigațiile electrocardiografice efectuate în policlinică și înregistrate în fișa de ambulator. Dereglarea ritmului cardiac sub formă de fibrilație atrială au apărut la 35 (9,7±1,5%) bolnavi, cu prevalența formei tahisistolice și cu frecvența medie a pulsului de la 130-170 pe min. (Tabelul 2).

Tahicardia sinusală și extrasistolă s-a înregistrat în 113 (31,4±2,8, p<0,001) cazuri. La 73 (64,6%) bolnavi s-a înregistrat o agravare a hipoxiei miocardului, din care la 5 (1,4±0,7%,p>0,05) pacienți s-a declanșat infarctul acut miocardic, iar la 9 (2,5±0,9%, p<0,05) –tulburări acute ale circulației miocardului fără focare, însoțite cu clinica de insuficiență acută cardiovasculară. La 52 (14,4±2,1%, p<0,001) bolnavi s-a agravat insuficiența circulatorie. Deci, în total SAR a fost depistat la 273 (75,8±2,1%, p<0,001) bolnavi cu patologie cardiovasculară.

În aspect clinic, la majoritatea acestor bolnavi, s-a adâncit cardialgia, iar la unii accesele de stenocardie, dispnee. La fiecare al doilea pacient hipertonic s-a constatat creșterea tensiunii arteriale cu cefalee și vomă. Sindromul vascular cerebral poate să prevaleze, iar remediile hipotensive nu întotdeauna sunt

Tabelul 2

Repartizarea pacienților cu colecistită acută și patologie cardiovasculară după frecvența sindromului de agravare reciprocă

SAR	n=273		
	Abs.	P+ES%	P
Fibrilație atrială	35	9,7±1,8	****
Tahicardie sinusală cu extrasistolie	113	31,4±2,8	****
Progresarea ischemiei miocardului	59	16,4±2,2	****
Infart miocardic	5	1,4±0,7	*
Tulburări acute ale circulației miocardului	9	2,5±0,9	**
Creșterea insuficienței cardiovasculare	52	14,4±2,1	****

*p>0,05 **p<0,05 ***p<0,01 ****p<0,001

eficace în primele ore ale bolii. În legătură cu aceasta, în afară de terapia volemică, pacienților cu patologie asociată cardiacă li s-a administrat preparate hipotensive, coronarolitice, cardiotonice, remedii pentru normalizarea metabolismului în miocard. O mare parte din bolnavi au necesitat internarea în secțiile de terapie intensivă. Pregătirea bolnavilor către operația laparoscopică a fost strict individualizată și concordată cu internistul și cardiologul. Prevenirea complicațiilor și deceselor la acești bolnavi contribuie numai interpretarea corectă a stării lor, pregătirea preoperatorie corectă și adecvată, totodată ținându-se cont de evoluarea rapidă a proceselor inflamatorii din colecist la bolnavii de vârstă înaintată. Analiza retrospectivă a demonstrat că bolnavii relativ satisfăcător au suportat laparoscopia curativă cu rezolvarea tulburărilor cardiovasculare, fapt ce dovedește cu certitudine că ele au fost provocate de apariția intoxicației cauzate de colecistita acută și complicațiile ei.

La bolnavii cu stenocardie severă și cu acutizarea insuficienței coronariene, durerile cardiace s-au jucat în primele 6-12 ore, iar la 90% dintre ei, electrocardiografic s-a depistat o dinamică pozitivă în comparație cu perioada prelaparoscopică, ceea ce după părerea noastră, este legat de decomprimarea biliară și de sanarea focarului de inflamație, cu micșorarea intoxicației, ceea ce duce la diminuarea intensității sindromului de agravare reciprocă și la întreruperea treptată a reflexelor patologice viscerale.

Caz clinic:

Pacientul R., 74 ani., f/o 11892 a fost internat în secția de chirurgie pe 4.10.1991, după 48 ore de la debutul bolii. Cu 2 zile în urmă au apărut dureri în hipocondrul drept, iar în ultimele 10 ore au survenit dureri precordiale, din care cauză s-a adresat după ajutor medical. Din anamneză bolnavul suferă de boală hipertonică și cardiopatie ischemică de mulți ani, iar în ultimii ani de colecistită cronică litiazică. De 2 ori, în timpul acutizării, s-a tratat în secția de chirurgie, însă de fiecare dată după jugularea puseului acut a fost externat din cauza maladiilor asociate.

La internare stare gravă. Acuză dureri violente în hipocondrul drept cu iradiere în spate, greață, durere precordială constrictivă, dispnee. Tegumentele cu paliditate accentuată, acrocianoză. Ps – 120 pe min, aritmic., T/A – 180/90 mm Hg. Limba uscată. Abdomenul moderat balonat, dureros și cu defans muscular în rebordul costal drept. S. Blumberg pozitiv. Temperatura corpului – 37,2, leucocitoză – 14,3, cu deviere în stânga – 12%. La ECG – fcc. 118, tahicardie sinusală, infarct miocardic a ventricolului stâng pe peretele posterior.

După o pregătire de 4 ore în secția de terapie intensivă efectuată laparoscopia: ficatul mărit, cu consistență moderat dură, suprafața netedă. Vezicula biliară mărită în dimensiuni, încordată, de culoare roșie-vișinie cu pete mici de necroză de culoare verde în zona fundului veziculei. În spațiul subhepatic lichid biliopurulent – 80 ml. La puncția veziculei, bilă purulentă cu miros fetid. Efectuată colecistolitostomia laparoscopică (CLSL) cu fixarea veziculei de aponevroză, din lumenul veziculei înlăturate calcule multiple, sanarea și drenarea spațiului subhepatic. După operație durerile au dispărut, febra s-a normalizat în ziua următoare. Din colecistostomă în primele zile se evacua câte 200-300 ml. de bilă, apoi cantitatea a scăzut până la 50-60 ml. În perioada postoperatorie tratamentul de bază este consacrat infarctului miocardului. În ziua a 9-a este efectuată fistulocolecistocolangiografia anterogradă (FCCGA) – CBP cu diametrul de 0,6 cm, pasajul contrastului în duoden este liber.

După 16 zile drenul colecistostomic este suprimat și bolnavul este transferat în secția de terapie.

Cazul relatat merită o atenție prin faptul că într-o situație clinică extrem de gravă a fost rezolvată printr-o operație miniinvazivă sub anestezie locală. Riscul anesteziei generale și colecistectomiei tradiționale ar fi fost foarte înalt cu final tragic pentru pacient. Cazul confirmă că și în cazul unui pacient foarte grav cu colecistită gangrenoasă litiazică și infarct miocardic transmural cu șanse mici de supraviețuire, poate fi salvat prin aplicarea colecistostomiei decompressive.

SAR în colecistita acută asociată cu diabetul zaharat

În lotul nostru de bolnavi, la 50 (12,5+1,7%, $p < 0,001$) cazuri colecistita acută a fost asociată cu diabetul zaharat. În afară de diabet la acești bolnavi a fost depistată și altă patologie asociată gravă: obezitate morbidă gradul III-IV – 16 (32,0%), boala hipertonică gradul II-III – 40 (80,0%), stenocardie severă cu agravarea insuficienței coronariene la moment – 18 (36,0%), cardiopatie ischemică cu insuficiență circulatorie II-III – 22 (44,0%), patologie pulmonară cu insuficiență respiratorie de gradul II – 10 (20,0%) cazuri. La 15 (30,0%) bolnavi colecistita acută a fost complicată cu coledocolitiază și icter mecanic.

Din 50 bolnavi cu colecistită acută și diabet zaharat până la internare forma ușoară a diabetului a fost remarcată la 24 (48,0%), medie 18 (36,0%) și gravă la 8 (16,0%) pacienți (Tabelul 3).

Tabelul 3

Structura bolnavilor în dependență de gravitatea diabetului zaharat până la internare (%)

Gravitatea diabetului	Ușoară	Gravitate medie	Gravă	Total
Nr. de bolnavi	24	18	8	50
%	48,0	36,0	16,0	100,0

După declanșarea colecistitei acute la o parte a bolnavilor diabetul s-a agravat, forma ușoară a diabetului interpretată la 10 (20%) bolnavi, medie și gravă mărindu-se consecutiv până la 25 (50%) și 15 (30%) bolnavi (Tabelul 4).

Tabelul 4

Structura bolnavilor după gradul diabetului zaharat agravat de colecistita acută

Forma de gravitate a diabetului	Ușoară	Gravitate medie	Gravă	Total
Nr. de bolnavi	10	25	15	50
%	20,0	50,0	30,0	100,0

Se declanșează sindromul de agravare reciprocă în care deosebim 3 forme de gravitate: I – ușoară, II – medie, III – gravă. Pentru fiecare formă de gravitate a SAR sunt caracteristice următoarele manifestări clinice, biochimice și morfologice:

în SAR ușor starea bolnavilor este satisfăcătoare sau medie (are importanță și influența altor boli asociate) temperatura subfebrilă, la palpație durere moderată în hipocondrul drept fără semne peritoneale. Glicemia în sânge variază între 6-12 mmol/l. La laparoscopie procesul inflamator în colecist este cataral, cu excepție flegmonos. (Tabelul 5);

în SAR mediu starea bolnavilor este medie sau gravă. Febra este 37,5-38,5.

Palpator, în rebordul costal drept, se depistează rigiditate, deseori s.Blumberg pozitiv, glucoza în sânge este în limitele

Tabelul 5

Structura manifestărilor SAR în diabetul zaharat în dependență de gravitatea lui (%)

Gravitatea SAR	Nr. de bolnavi	Nivelul glicemiei în sânge mmol/l	Starea pacientului	Morfologia colecistului
SAR ușor	10(20%)	6-12	Satisf. Grav- Medie.	Catarală – 8 (80%) Flegmonoasă 2(20%)
SAR mediu	25(50%)	12-17	Grav medie sau gravă	Catarală – 7(28%) Flegmonoasă 18(72%)
SAR grav	15(30%)	Mai sus de 17	Gravă sau extrem de gravă	Flegmonoasă – 4(26,6%) Flegmonoasă-gangrenoasă 11(73,4%)

12-17 mmol/l, glucoza apare și în urină. Morfologic predominantă forma flegmonoasă;

În SAR grav starea pacientului este gravă sau extrem de gravă (stare precomatoasă). Pe primul plan sunt manifestate simptomele de intoxicație și decompensare a metabolismului glucidic. Apar și semne peritoneale. Nivelul glicemiei este mai sus de 17 mmol/l. În urină cetonurie. La laparoscopie predominantă forma flegmonoasă-gangrenoasă.

Din tabel se vede că în SAR ușor au predominat formele nedestructive a colecistitei frecvența cărora este de 80%. În SAR mediu numărul bolnavilor cu colecistită distructivă s-a mărit până la 72%, deci au crescut de 3,7 ori. În SAR grav au predominat formele flegmonoase-gangrenoase, incidența cărora s-a constatat în 73,4% cazuri.

Pe fonul metabolismului glucidic subcompensat sau decompensat, procesul inflamator în colecist derulează rapid fără tendință spre delimitare. Toate aceste verigi alcătuiesc un cerc vicios, din care cauză organismul pacientului nu mai răspunde la terapia cu insulină. Cu cât mai timpuriu este înfăptuită colecistolitolitostomia laparoscopică cu atât rezultatele sunt mai bune. Decompresia laparoscopică poate întrerupe lanțul patogenetic al sindromului de agravare reciprocă, iar hiperglicemia cedează treptat.

După decompresie la bolnavii cu diabet zaharat glicemia a început să scadă din primele 6 ore de la administrarea hipoglicemiantelor.

Caz clinic:

Pacienta D., 75 ani, f/o 8973 a fost internată în secția de chirurgie pe 14.10.94, după 42 ore de la debutul bolii, cu acuze la dureri violente în rebordul costal drept, greață, vomă, slăbiciune generală, sete accentuată, uscăciune și amărăciune în gură. Suferă de diabet zaharat tip II, insulinodependentă.

La internare starea gravă, puțin obnubilată, tegumentele palide, acrocianoză, din cavitatea bucală miros de acetona. Zgomotele cardiace atenuate. Ps aritmic – 114 pe min. T/A – 150/90 mm Hg. Limba uscată. Abdomenul moderat balonat, dureros în rebordul costal drept, unde se apreciază și defans muscular. S. Blumberg slab pozitiv. Temperatura corpului – 37 gr, leucocitoză – 15000, nesegmentate – 23%. Bilirubina gen. 25 mmol/l, D- 9 mmol/l, Ind – 16 mmol/l.

Glicemia – 23 mmol/l. Analiza urinei la zahăr – cetonurie.

ECG – fcc-100-143 pe min, tahiaritmie sinusală cu extrasistole ventriculare izolate. Schimbări difuze a miocardului atrial și ventricular provocate de insuficiență coronariană cronică.

USG – Colecistită acută litiazică.

D-za: Colecistită acută litiazică. Diabet zaharat forma gravă, cetoacidoză. CI. Stenocardie stabilă de efort. Insuficiență coronariană în acutizare.

După 8 ore de terapie intensivă starea bolnavei puțin s-a ameliorat, însă deși sa-a administrat insulină, glucoza sângelui rămâne la același nivel. Indicată laparoscopia curativă la care s-a depistat colecistita acută litiazică gangrenoasă. Efectuată CLSL cu fixarea fundului veziculei de aponevroză, drenarea spațiului subhepatic. Perioada postoperatorie favorabilă cu ameliorare în dinamică. După decompresie nivelul glicemiei s-a micșorat până la 9-13 mmol/l. La FCCGA – fără patologia căii biliare principale. A urmat vindecarea.

Cazul elucidat demonstrează cu certitudine că sindromul de agravare reciprocă în colecistita acută și diabetul zaharat avansat, agravează cu mult starea pacientului cauzată de procesul inflamator distructiv din colecist, intoxicație și decompensarea metabolismului glucidic. Ca atare acești bolnavi sunt în stare de precomă, care cere imperios decompresia laparoscopică miniinvasivă. Pregătirea preoperatorie este de durată scurtă 8-12 ore, fiind o tentativă aproape disperată a corecției metabolismului glucidic și lichidării cetoacidozei. Experiența noastră a arătat că numai după decompresia laparoscopică glicemia cedează treptat și fără cazuri letale.

SAR în colecistita acută și ciroza hepatică

Patologia hepatică a fost depistată la 151 (37,7±3,9%) de pacienți dintre care la 123 (81,5%) confirmată laparoscopic hepatită cronică de stază, iar la 28 (18,5%) ciroză hepatică. La bolnavii cu ciroză au fost diagnosticate și alte boli asociate: cașexia senilă la 9 (5,9%), boala hipertonică 23 (15,2%), CI cu stenocardie severă – 14 (9,3%), CI cu insuficiență circulatorie gr. III-IV-V 20 (13,2%), patologie cronică pulmonară cu insuficiență respiratorie gr. II-III. La 17 (60,7%) bolnavi ciroza a fost compensată și manifestările clinice a colecistitei acute au corespuns celor tradiționale. La 7 (25,0%) pacienți ciroza a fost subcompensată și la 4 (14,3%) – decompensată, iar tabloul clinic a decurs atipic ceea ce face dificil diagnosticul.

1. La toți bolnavii cu ciroză subcompensată și decompensată durerile au fost localizate nu în zona veziculei biliare, ci au fost depistate ori în aria suprafeței rebordului costal drept, ori în etajul superior.
2. Este greu de diferențiat manifestările dispeptice ale colecistitei pe fonul clinicii caracteristice cirozei (anorexia, greață, slăbiciune etc).
3. Lipsa leucocitozei în afară de 3 cazuri cu leucocitoză moderată.
4. Relativ repede timp de 18-26 ore se agravează semnele de insuficiență hepato-celulară iar ascita progresează.

Datele USG sunt și ele neconcludente din cauza ascitei și apariția semnului „dublului contur”. La acestea trebuie de adăugat lipsa dinamicii pozitive a probelor hepatice, menținerea febrei la nivelul subfebrilității, dilatarea veziculei biliare la

USG. Cercetările noastre au demonstrat că în asemenea cazuri gradul de inflamație în vezicula biliară poate fi depistat numai cu ajutorul laparoscopiei, care s-a efectuat în toate cazurile. Dacă accesul nu se jugulează timp de 12-16 ore sunt indicații vitale pentru laparoscopie diagnostico-curativă.

Caz clinic:

Pacienta T., 80 ani., f/o 9429 internată în secția chirurgie pe 19.07.2000 după 46 ore de la debutul bolii, cu cuze la dureri în etajul superior al abdomenului, dureri precordiale, slăbiciune generală, dispnee pronunțată. Suferă de colecistită cronică litiazică de mulți ani. De câteva ori s-a tratat în secțiile de chirurgie ale spitalelor din oraș, însă de fiecare dată nu i s-a propus tratament chirurgical din cauza patologiei cardiovasculare.

La internare starea bolnavei este gravă, obnubilată, tegumentele subicterice, acrocianoză, nutriția crescută, pe gambe edeme periferice, dispnee în repaus, frecvența respirației 30-32 pe min. În plămâni respirația veziculară, în zonele inferioare raluri umede. Zgomotele cardiace aritmice. P 97 – 115 -123 pe min. T/A – 180/100 mm Hg. Abdomenul mărit – în volum – ascită?, dureros în regiunea epigastrală fără semne peritoneale. Leucocitele sângelui – 8500., nesegmentate – 6%, amilaza urinei – 105 un/l, bilirubina gen. – 44,9., d – 10., ind – 34,9 mmol/l. ASAT – 92 u/l., ALAT – 113 u/l.

ECG: fcc – 150-60 pe min. Fibrilație atrială tahisistolică. Blocadă incompletă a ramurii stângi a f. His. Schimbări difuze a miocardului legate de tulburări a circulației coronariene.

USG: Colecistită acută litiazică. Hepatită cronică.

D-za: Colecistită acută litiazică. Ascită? CI. Stenocardie de efort. Fibrilație atrială, forma tahisistolică. IC IV-V.

Pacienta a fost internată în secția de terapie intensivă și după 16 ore de pregătire i s-a efectuat laparoscopia sub anestezie locală. În cavitatea abdominală lichid ascitic. Lichidul ascitic evacuat – 5-6 litri. Ficatul este mărit, de culoare roză, parenhima dură, suprafața micronodulară, venele omentului mare și ligamentului rotund lărgite. Vezicula biliară – mărită în volum, încordată până la hiperpresie, cu edem. Efectuată CLSL. Bila din veziculă întunecată cu fulgi de puroi. Înlăturate 2 concremente de 1,5 cm, unul din care e inclavat în col. Din căile biliare a apărut bilă. Stoma fixată de aponevroză cu 6 fire (mai multe suturi pentru ermetizarea ei din cauza ascitei). Sub ficat și bazinul mic amplasate 3 drenuri.

D-za laparoscopică: Colecistită acută flegmonoasă, litiazică, obstructivă. Ciroză hepatică mixtă (ciroza Pic) decompensată cu ascită, hipertensiune portală.

Perioada postoperatorie gravă dar favorabilă. La FCCGA – CBP cu diametru 0,3 cm, pasajul contrastului în duoden liber. Din drenurile cavității abdominale timp de 2 zile s-a evacuat o cantitate neînsemnată de lichid ascitic, iar apoi a dispărut, grație ameliorării funcției cardiace și tratamentului cu hepatoprotectori. A urmat vindecarea.

Cazul descris atenționează că la o bolnavă în etate cu colecistită distructivă pe fonul decompensării cardio-vasculare și cirozei mixte cu ascită i s-a aplicat metoda curativă crușătoare adecvată cazului care la moment a soluționat situația critică în care se afla pacienta. Dacă bolnavei i se efectua colecisectomia sub anestezie generală, probabil că decesul ar fi fost inevitabil.

În afară de aceasta tabloul clinic al bolii a fost atipic, nezmotos din partea abdomenului cu numai dureri difuze moderate în regiunea epigastrală, leucocitoza neînsemnată. Deși bolnava a fost examinată de mai mulți medici (chirurghi, internist, anesteziolog) și consiliul medical, ascita la bolnavă a fost doar presupusă. Mai mult ca atât, nici la USG nu s-a depistat ciroză decompensată cu ascită, nu s-a stabilit forma de inflamație a colecistului. Și numai laparoscopia a pus punct pe aceste rătăciri diagnostice, rezolvând totodată și latura curativă. La această concluzie am ajuns și după alte cazuri similare, care au fost rezolvate cu succes, cu ajutorul laparoscopiei.

Concluzii

1. O particularitate a evoluției colecistitei acute la bolnavii în etate cu tare concomitente grave este declanșarea SAR, care are un caracter de concurență a patologiei de bază și a celei asociate, și care se întâlnește în 74,3% din cazuri.

2. La bolnavii cu colecistita acută și patologia cardiovasculară SAR se manifestă prin creșterea frecvenței fibrilației atriale, tahicardiei sinusale cu extrasistolie, progresarea ischemiei miocardului până la tulburări acute ale circulației sau infarct miocardic, agravarea insuficienței cardiovasculare, tulburări care măresc considerabil riscul operator.

3. La bolnavii cu colecistita acută și diabet zaharat are loc agravarea metabolismului glucidic, iar procesul inflamator în colecist derulează rapid fără tendință spre delimitare.

4. În colecistita acută pe fon de ciroză sub- și decompensată persistă rapid insuficiența hepatocelulară și progresarea ascitei.

5. SAR cere imperios divizarea tratamentului chirurgical în 2 etape: colecistolitostomia laparoscopică miniinvasivă, iar după recuperarea patologiei asociate realizarea operației radicale. La o parte din pacienți cu patologie decompensată colecistolitostomia laparoscopică rămâne și ca etapă definitivă de tratament.

Bibliografie

1. БОТКИН С. П. *Клинические лекции* (1883-1888) М. 1950; Т 2 : 467.
2. ВИЛЯВИН Г. Д., ИСАЕВ Г. Б. Лечение острого холецистита у больных сахарным диабетом. *Вестник хирургии* 1984; 4: 38-41.
3. ВИНОГРАДОВ В. В., ПАНФИЛОВ Б. К., МУРАВЬЕВА Н. К. О кардиальном синдроме Боткина при калькулезном холецистите. *Клин. Медицина* 1973; 12: 70-77.
4. Воронов А. В., Ламехова В. Г. Нешатаев Д. В. Ишемическая болезнь сердца и острый холецистит у больных пожилого и старческого возраста. *Клиническая хирургия* 1991; 9: 47-48.
5. ЕРЕМИШАНЦЕВ А. К., ГОРДЕЕВ П. С., АХМЕТЖАНОВ К. К. Диагностика и лечение острого холецистита при циррозе печени. *Хирургия* 1992; 1: 15-17.
6. КУЛЕШОВ Е. В. Острый холецистит и холецистопанкреатит у больных сахарным диабетом. *Хирургия* 1970; 11: 58-62.
7. МЫШКИН К. И. ЛИСЕНКОВ В. П. ДИБОШИНА Т. Б. Лечение больных острым холециститом, сочетающимся с сахарным диабетом. *Хирургия* 1980 N1 стр. 43-46.
8. ПАНФИЛОВ Б.К. Мерцательная аритмия как фактор риска в хирургии холецистита. *Хирургия* 1991; 2 : 48-52.
9. ПОЛЯНСКИЙ В. А. БАЙДИН С. А. МАНЖОК А. Н. Хирургическая тактика при остром холецистите у больных пожилого и старческого изроста, страдающих сахарным диабетом. *Хирургия* 1994;1: 20-23.
10. РОДИОНОВ В. В. ЮХОВ В. И. Лечение больных острым холециститом, страдающих сахарным диабетом. *Хирургия* 1981; 10: 17-21.