

УДК: 616.366-002. 616-053.9

КЛИНИКА ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ОСЛОЖНЕННОЙ ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ И ХОЛАНГИТОМ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА



Курбаниязов Зафар Бабажанович, Назаров Зокир Норжигитович, Сулаймонов Салим Узганбаевич, Саидмуродов Камол Ботирович
Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

КЕКСА ВА ҚАРИ ЁШДАГИ БЕМОРЛАРДА ЎТКИР ХОЛЕЦИСТИТ ВА ХОЛАНГИТ БИЛАН АСОРАТЛАНГАН ЎТ ТОШ КАСАЛЛИГИНИНГ КЛИНИКАСИ

Курбаниязов Зафар Бабажанович, Назаров Зокир Норжигитович, Сулаймонов Салим Узганбаевич, Саидмуродов Камол Ботирович
Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

CLINIC OF GALLSTONE DISEASE COMPLICATED WITH ACUTE CHOLECYSTITIS AND CHOLANGITIS IN PATIENTS OF ELDERLY AND SENIAL AGE

Kurbaniyazov Zafar Babajanovich, Nazarov Zokir Norjigitovich, Sulaymonov Salim Uzganbayevich, Saidmurodov Kamol Botirovich
Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: dr.zafar@list.ru

Резюме. Катта ёшдаги беморларда ўт тош касаллиги билан асоратланган 171 кекса ва қари беморларни ўрганиш натижалари келтирилган. Кўпгина ҳолларда ўткир холестистит белгиларсиз, 17,5% ҳолларда наодатий клиник кўринишда кечади. 42,0% ҳолларда ўткир холангитга хос бўлган симптомлар триадаси бутунлай бўлмайди. 31,5% ҳолларда лейкоцитлар реакцияси, шунингдек тана ҳарорати кўрсаткичлари беморнинг ҳақиқий ҳолатини баҳолай олмайди. Шунинг учун беморнинг ёши қанчалик катта бўлса, юқоридаги ҳолатлар туфайли тиббий хато ва даволаш тактикасини нотўзри танлаш хавфи шунчалик юқори бўлади.

Калим сўзлар: ўт тош касаллиги, қариллик ва кекса ёшдаги беморлар.

Abstract. The results of a study of 171 elderly and senile patients with complicated forms of cholelithiasis in patients of older age groups are presented. In most cases, acute acute cholecystitis had few symptoms, in 17,5% of cases the clinical picture was atypical. In 42,0% of cases, the triad of symptoms characteristic of acute cholangitis was completely absent. In 31,5% of cases, the leukocyte reaction, as well as body temperature indicators, do not give an objective characteristic of the true state of the patient. Therefore, the older the higher the risk of medical error and the wrong choice of treatment tactics due to the above circumstances.

Key words: cholelithiasis, elderly and senile age.

В группе больных пожилого возраста показатели желчнокаменной болезни увеличиваются, достигая значений 23,8-24,5% у мужчин и более чем 40% у женщин [1,2, 5, 10, 14, 17,19,20]. При этом у 5% от общего количества больных с ЖКБ отменяется ежегодный прирост развития различных форм осложнений; холедохолитиаз, желчнокаменный панкреатит, холангит и острый холецистит. По данным исследователей больше чем у половины (55-63,8%) госпитализированных больных с диагнозом – холелитиаз выявляются осложненные формы данной патологии различной степени

выраженности. Среди общего контингента, получивших хирургическое оперативное лечение около 30% составляет группа больных пожилого и старческого возраста [3, 6,9,11,14,16,18].

Цель исследования: Изучить особенности клиники осложненных форм ЖКБ у больных пожилого и старческого возраста.

Материал и методы. Представлены результаты исследования 171 больных пожилого и старческого возраста осложненными формами ЖКБ, находившихся на лечении в хирургических отделениях клиники Самаркандского государственного медицинского университета в период с

2015 по 2022 гг.

Для осложненных форм ЖКБ у больных пожилого и старческого возраста, характерно разнообразие клинических проявлений. Острый холецистит, осложненный патологией желчных протоков, проявлялся симптоматикой острого воспаления желчного пузыря и признаками нарушения проходимости гепатикохоледоха. В связи с этим нами была поставлена задача провести сравнительный анализ клинической картины острого холецистита с одной стороны, и воспалительных процессов в желчных протоках с другой.

Анализ клинической картины у больных (n=105) с острым холециститом показал, что основным характерным симптомом является наличие болевого синдрома, при этом у больного наблюдается как отдельные болевые ощущения различной интенсивности, так и боли в правом подреберье во время проведения пальпации. Данный диагностический критерий был выявлен у 79 больных, 26 больных отмечают низкую интенсивность боли, среди них у четверых они почти отсутствуют. Показателен факт наличия болевого синдрома меньшей интенсивности в группе больных старше 75 лет, причем по отношению ко второй возрастной группе (60-74 лет) больных почти в два раза чаще фиксируется наличие лишь слабых болей (табл. 1).

Локализация боли у 65 пациентов была только в области правого подреберья, у 28 больных болевые ощущения отмечаются в верхнем этаже живота, у 3-х больных по всей поверхности живота. Иная картина наблюдается в группе больных, старше 75 лет, у всех пациентов болевые ощущения не имеют четкой локализации, они распределены по всей поверхности живота. Причина такой клинической картины, на наш взгляд

обусловлена развитием осложнений ЖКБ экстрапузырного характера, например – перитонит, формирование инфильтрата. Нельзя упускать из виду наличие у больных старшей возрастной группы наличие поликоморбидной патологии различного генеза, а также вовлечение в процесс ряда внутренних органов, в частности поджелудочной железы.

Различно также и начало заболевания, так 58 пациентов отмечают начало с приступа острых болей, оставшая часть больных отмечает постепенное начало заболевания. Данная клиническая картина характерна для больных пожилого возраста (старше 75 лет).

Как представлено в таблице 1, у 33 больных боли иррадиировали в правую лопатку, у 24 - в поясничную область, у 12 - в область сердца. Заметно чаще иррадиация боли в правую лопатку и поясницу наблюдалась у больных первой возрастной группы, тогда как иррадиация в область сердца - второй. Появление боли в животе у 51 больного сопровождалось рвотой. Вместе с выраженной болезненностью живота у 50 пациентов определялось защитное напряжение мышц передней брюшной стенки. Появление этого симптома и его выраженность не всегда соответствовали тяжести патоморфологических изменений в желчном пузыре. Так, у 31 больного с деструктивным холециститом напряжение мышц брюшной стенки не определялось, из них 13 больных были старше 75 лет. Частота этого признака при деструктивном холецистите соответствовала в первой возрастной группе 77,8%, во второй - 62,9%.

Результаты и их обсуждение. Достоверный симптом острого холецистита - увеличенный напряженный болезненный желчный пузырь - выявлен у 49 больных.

Таблица 1. Клинические проявления острого холецистита у больных пожилого и старческого возраста

Клинические проявления	Всего больных, n=105 (100%)	Возраст больных	
		60-74 лет, n=89 (100%)	старше 75 лет, n=16 (100%)
Боль: выраженная	79(75,2%)	67(75,3%)	12(75%)
Слабая	26(24,8%)	22(24,7%)	4(25%)
В правом подреберье	65(61,9%)	-	-
В верхних отделах живота	28(26,6%)	-	-
По всему животу	3(2,8%)	-	-
Иррадиация в правую лопатку	33(31,4%)	21(23,6%)	12(75%)
В поясницу	24(22,8%)	14(15,7%)	10(62,5%)
В сердце	12(11,4%)	4(4,5%)	8(50%)
Рвота	51(48,6%)	40(44,9%)	11(68,75%)
Напряжение мышц живота	50(47,6 %)	43(48,3%)	7(43,75%)
Увеличенный желчный пузырь	49(46,6%)	38(42,7%)	11(68,75%)
Симптом Ортнера	82(78,1%)	70(78,6%)	12(75%)
Симптом Щеткина- Блумберга	11(10,5%)	7(7,8%)	4(25%)

Таблица 2. Клинические проявления клиники ЖКБ осложненной холангитом у больных пожилого и старческого возраста

Клинические проявления	Всего больных, n=66 (100%)	Возраст больных	
		60-74 лет, n=56 (100%)	старше 75 лет, n=10 (100%)
Желтуха:			
- с интенсивным болевым синдромом	44 (66,7%)	40 (71,4%)	4 (40,0%)
- слабый болевой синдром	19 (28,8%)	15 (26,8%)	4 (40,0%)
- без болевого синдрома	3 (4,5%)	1 (1,8%)	2 (10,0%)
Уровень билирубинемии (по Гальперину Э.И., 2012):			
- 1 балл (< 60 мкмоль/л)	27 (40,9%)	24 (42,8%)	3 (30,0%)
- 2 балла (60-200 мкмоль/л)	34 (51,5%)	30 (53,6%)	4 (40,0%)
- 3 балла (>200 мкмоль/л)	5 (7,6%)	2 (3,6%)	3 (30,0%)
Продолжительность желтухи:			
- до 3-х суток	37 (56,1%)	35 (62,5%)	2 (20,0%)
- от 3 до 7 суток	20 (30,3%)	17 (30,4%)	3 (30,0%)
- свыше 7 суток	9 (13,6%)	4 (7,1%)	5 (50,0%)
Температурная реакция:			
- нормальная	14 (21,2%)	8 (14,3%)	6 (60,0%)
- субфебрильная	40 (60,6%)	37 (66,1%)	3 (30,0%)
- гектическая	12 (18,2%)	11 (19,6%)	1 (10,0%)
Лейкоциты в крови:			
- до 9×10^9 /л	25 (37,9%)	20 (35,7%)	5 (50,0%)
- от 9×10^9 /л до 15×10^9 /л	29 (43,9%)	25 (44,6%)	4 (40,0%)
- более 15×10^9 /л	12 (18,2%)	11 (19,6%)	1 (10,0%)

Более частое выявление увеличенного желчного пузыря во второй возрастной группе было обусловлено меньшей выраженностью защитного напряжения мышц в области правого подреберья, что позволяло проводить более свободную пальпацию желчного пузыря. Один из постоянных клинических признаков острого холецистита - симптом Орнтера - выявлен у 82 больных. Он выявляется гораздо чаще (91,6% против 80,7%) и выражен ярче, чем у больных старше 75 лет. Симптом Щеткина-Блюмберга диагностирован у 11 больных с деструктивным холециститом, осложненным перитонитом. Между тем, у 4 из них с местным перитонитом этот симптом не выявлен (3 из них были старше 75 лет). Симптоматика острого холецистита была выражена и соответствовала форме воспаления желчного пузыря у 88,7% больных моложе и 67,6 % больных старше 75 лет.

У больных старших возрастных групп (n=66) патология желчных протоков при ЖКБ проявляется картиной холестаза - желтушность кожи и склер, потемнение мочи, светлый кал, такая симптоматика обусловлена нарушением оттока желчи в кишечник. У данного контингента больных уровень билирубина превышал показатели 60 ммоль/л и выше. Продолжительность желтухи также различна, у 37 больных составила трое суток, у 20 больного желтуха продолжительностью от трех до семи

суток и более чем 7 суток у 9 пациентов данной возрастной группы. Также было выявлено, что в 22 случаях же желтушность кожи и склер отмечена впервые, у 45 больных - желтуха повторная. Характерное для острого холецистита, осложненного доброкачественными поражениями желчных протоков, появление желтухи на фоне интенсивного болевого синдрома отмечено у 66,7% больных. Вместе с тем, у 19 больных боли, предшествующие и сопровождающие желтуху, были слабыми, а у 3 пациентов почти полностью отсутствовали.

Хочется отметить еще один факт, наблюдаемая лейкоцитарная реакция, как и показатели температуры тела не всегда полностью и объективно отражали состояние больных старческого возраста, степень выраженности патологии в желчных протоках. Оценку указанных диагностических тестов давали по данным, полученным в течение первых суток с момента поступления больных в хирургический стационар.

При развитии острого воспалительно-деструктивного процесса в желчных протоках у больных наблюдается лихорадочное состояние (n=52), при этом у 84% больных озноб различной интенсивности. Анализируя данные температурной кривой, исходя из возраста больного видно, что яркая температурная реакция отмечена прежде всего у больных в возрасте 60-

74 лет (86,0%), тогда как у лиц, старше 75 лет лишь в 40-41% соответственно.

У больных (62%), поступивших в стационар в экстренном порядке, наблюдается лейкоцитоз (15×10^9 /л), при этом у более половины больных нейтрофильный сдвиг лейкоцитарной формулы. Также следует отметить, что показатели лейкоцитоза коррелируют с данными тяжести течения заболевания.

Однако, у части поступивших больных (n=14) несмотря на нормальные показатели количества лейкоцитов в периферической крови (менее $10,0 \times 10^9$ /л), был диагностирован гнойный или гнойно-деструктивный холангит. Подобная картина отсутствия лейкоцитоза чаще наблюдалась у больных старше 75 лет. Следовательно, лейкоцитарная реакция и показатели температуры тела не дают объективной характеристики истинного состояния больного, особенно если пациент старше чем 75 лет (табл. 2).

В 61,0 % случаев у больных пожилого и старческого возраста выявлена характерная триада симптомов для гнойного холангита, в оставшихся случаях клиническая картина патологии желчных протоков заметно стертая. Подобная картина характерна для контингента больных, у кого выявлен слабый болевой синдром.

Выводы:

1. У больных старших возрастных групп в большинстве случаев острый холецистит протекал малосимптомно, в 17,5% случаев клиническая картина имела нетипичный характер. В 42,0% случаев характерная для острого холангита триада симптомов полностью отсутствовала. В 31,5% случаях лейкоцитарная реакция, как и показатели температуры тела не дают объективной характеристики истинного состояния больного. Следовательно, чем старше пациент, тем в силу выше указанных обстоятельств выше риск врачебной ошибки и неправильного выбора тактики лечения.

2. Подобную клиническую картину можно объяснить возрастными инволютивными преобразованиями, протекающие в организме больного, особенно значительным снижением функционирования нервно-регуляторных механизмов, которые в свою очередь обусловили развитие нетипичной клинической картины, не отражающей степень патологических преобразований в желчных путях.

Литература:

1. Антонюк О.С., Шаповалов И.Н., Хацко В.В., Мамисашвили З.С., Коссе Д.М. Клинические проявления холедохолитиаза // Вестник гигиены и эпидемиологии № 2 2018. – 2021. – Т. 25. – №. 1. – С. 62-65.

2. Баранов Г. А., Решетников Е. А., Харламов Б. В. Миниинвазивные способы холецистэктомии у больных старших возрастных групп при остром холецистите // Хирургия. - 2008. — № 6. — С. 27-30.

3. Бойко В.В. и др. Изменение физико-химических свойств желчи в процессе возникновения и манифестации холангита. Острый холангит: возможные механизмы запуска // Новости хирургии. – 2021. – Т. 29. – №. 1.

4. Брискин Б. С., Дибиров М. Д., Рыбаков Г. С. Хирургическая тактика при остром холецистите и холедохолитиазе, осложненном механической желтухой, у больных пожилого и старческого возраста // Анналы хирургической гепатологии. — 2008. — Т. 13, № 3. — С. 15-19

5. Бурневич Э. З. и др. Вариантная форма аутоиммунного поражения печени (первичный билиарный холангит/аутоиммунный гепатит-перекрест), ассоциированная с генерализованным саркоидозом (клинические наблюдения и обзор литературы) //Терапевтический архив. – 2019. – Т. 91. – №. 1.

6. Быстров С. А., Жуков Б. Н., Бизярин В. О. Миниинвазивные операции в лечении желчнокаменной болезни у пациентов с повышенным операционным риском // Хирургия. - 2010. - № 7. — С. 55-59.

7. Вайнер, Ю.С. Антеградные эндобилиарные операции в лечении больных механической желтухой / Вайнер Ю.С., Атаманов Г.В., Верятин Л.С., Шидловская Е.В. //Альманах Инс-та хирургии им. А.В.Вишневого. - 2017.- № 1.- С. 664.

8. Вахрушев Я.М. Желчнокаменная болезнь: эпидемиология, факторы риска, особенности клинического течения, профилактика / Я.М. Вахрушев, М.А. Хохлачева // Архивъ внутренней медицины. – 2016. – N 3(29). – С. 30-35.

9. Ветшев П.С. Пути улучшения результатов хирургического лечения больных с механической желтухой / П.С. Ветшев // Анналы хирург. гепатологии. – М., 2014. – 198 с.

10. Гальперин Э.И. Классификация тяжести механической желтухи / Э.И. Гальперин // Анналы хирург. гепатологии. – 2012. - №2. - С. 26-33.

11. Гостищев В. К. Особенности хирургической тактики при остром холецистите у больных старческого возраста// Хирургия. -2001. — № 9. — С. 30-31.

12. Дурлештер, В.М. Комплексное применение эндоскопических вмешательств при механической желтухе / Дурлештер В.М., Габриель С.А., Гучетль А.Я. и др. //Альманах Инс-та хирургии им. А.В.Вишневого. - 2017.- № 1.- С. 101-102.

- 13.Ризаев Ж. А., Хазратов А. И. Канцерогенное влияние 1, 2-диметилгидразина на организм в целом // Биология. – 2020. – Т. 1. – С. 116.
- 14.Ризаев Ж. А., Хакимова С. З., Заболотских Н. В. Результаты лечения больных с хроническим болевым синдромом при дорсопатии бруцеллезного генеза // Uzbek journal of case reports. – 2022. – Т. 2. – №. 3. – С. 18-25.
- 15.Ризаев Ж. А., Адилова Ш. Т., Пулатов О. А. Обоснование комплексной программы лечебно-профилактической стоматологической помощи населению республики Узбекистан // Аспирант и соискатель. – 2009. – №. 4. – С. 73-74.
- 16.Тарасенко С.В. Распространенность осложненных форм желчнокаменной болезни / С.В. Тарасенко, О.В. Зайцев, Д.О. Тюленев, В.А. Юдин, А.А. Копейкин, А.А. Натальский, А.Ю. Богомолов, А.С. Кузнецова // Наука молодых (Eruditio Juvenium). – 2018. – N 2(6). – С. 218-224.
- 17.Alexakis N. Meta-analysis of one- vs. two-stage laparoscopic/endoscopic management of common bile duct stones/ N. Alexakis, S. Conno // HPB (Oxford). – 2012. – N 14(4). – P. 254–259.
- 18.Ansaloni L. 2016 WSES guidelines on acute calculous cholecystitis / L. Ansaloni, M. Pisano, F. Coccolini, [et al.] // World J Emerg Surg. – 2016. – N 11(25). – P. 2-23.
- 19.Gallstone Disease: Diagnosis and Management of Cholelithiasis, Cholecystitis and Choledocholithiasis. NICE Clinical Guidelines. 2014, 188;
- 20.Hungness E. Management of common bile duct stones / E. Hungness, N. Soper // J Gastrointest Surg. – 2016. – N 10. – P. 612–619.
- 21.Joshi A. Four Susceptibility Loci for Gallstone Disease Identified in a Metaanalysis of Genome-Wide Association Studies / A. Joshi, C. Andersson, S. Buch, [et al.] // Gastroenterology. – 2016. – N 151(2). – P. 351–363.
- 22.Wang D. Gallstones: recent advance in epidemiology, pathogenesis, diagnosis and management / D. Wang, P. Portincasa // New York: Nova Biomedical. – 2017. – P. 1–676.

**КЛИНИКА ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ
ОСЛОЖНЕННОЙ ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ И
ХОЛАНГИТОМ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И
СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

*Курбаниязов З.Б., Назаров З.Н., Сулаймонов С.У.,
Саидмуродов К.Б.*

Резюме. Представлены результаты исследования 171 больных пожилого и старческого возраста осложненными формами ЖКБ у больных старших возрастных групп. В большинстве случаев острый холецистит протекал малосимптомно, в 17,5% случаев клиническая картина имела нетипичный характер. В 42,0% случаев характерная для острого холангита триада симптомов полностью отсутствовала. В 31,5% случаях лейкоцитарная реакция, как и показатели температуры тела не дают объективной характеристики истинного состояния больного. Следовательно, чем старше пациент, тем в силу выше указанных обстоятельств выше риск врачебной ошибки и неправильного выбора тактики лечения.

Ключевые слова: Желчнокаменная болезнь, пожилой и старческий возраст.