

УДК 616.366-003.7-053.9-089

Б.А. Сотниченко, К.В. Гончаров, В.И. Макаров,
О.В. Перерва, Н.И. Павилова**КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ
ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО
И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**Владивостокский государственный медицинский
университет*Ключевые слова:* желчнокаменная болезнь,
холедохолитиаз.

Увеличение абсолютного числа пациентов с желчнокаменной болезнью как следствие увеличения средней продолжительности жизни, увеличения потребления рафинированных продуктов, ухудшения экологического состояния среды обитания и внедрения более эффективных диагностических методик сопровождается и повышением числа ее осложненных форм, среди которых одно из ведущих мест занимает холедохолитиаз (ХЛ) [2, 5, 12].

Распознавание камней в желчных протоках по-прежнему остается актуальной проблемой билиарной хирургии. Частота обнаружения камней в общем желчном протоке при плановой холецистэктомии колеблется от 3,2 до 22,3%, при остром холецистите ХЛ встречается чаще (12-26,4%) [1, 2, 7, 14, 15]. Не выявленный и не устраненный во время операции ХЛ играет ведущую роль в структуре причин постхолецистэктомического синдрома [1,4, 6-8, 11].

Перспектива улучшения хирургического лечения желчно-каменной болезни, осложненной ХЛ, заключается в широком внедрении современных эндоскопических методик, позволяющих добиться максимального результата при минимальной операционной травме. Уже первые опыты применения лапароскопической техники в лечении симптоматического ХЛ показали несомненные преимущества эндоскопических методик перед традиционными оперативными вмешательствами. По данным большинства авторов, двухэтапное комбинированное лечение больных ХЛ, заключающееся в эндоскопической папиллосфинктеротомии и удалении конкрементов из холедоха с последующей лапароскопической холецистэктомией, является в настоящее время оптимальным сочетанием, полностью отвечающим принципам малоинвазивности [10, 13]. Правильный выбор тактики оперативного лечения, безусловно, во многом предопределяет успех операции.

Многочисленные работы подтверждают, что неинвазивная диагностика (ультразвук, компьютерная и магнитно-резонансная томографии) позволяет заподозрить ХЛ только у 50-65% всех больных сданной патологией. При достаточной специфичности данные методы обследования обладают низкой чувствительностью. Наличие конкрементов при отсутствии желту-

хи и расширения желчных протоков создает дополнительные сложности для распознавания этого осложнения [7]. Использование более информативных методик (эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография или эндоскопическая ультрасонография) должно быть строго обосновано в силу их небезопасности для больного и большей стоимости.

Проведен анализ результатов диагностики и лечения ХЛ у 477 больных в отделении неотложной хирургии Городской клинической больницы №2 с 1993 по 2002 г. Мужчин было 134 (28,1%), женщин - 343 (71,9%). Возраст больных колебался от 15 до 93 лет (в среднем - 63,2 года), пациенты пожилого и старческого возраста составили 68,1% (рис. 1).

В диагностике ХЛ наряду с оценкой клиники заболевания и лабораторных данных использовался диагностический алгоритм инструментальных методов в определенной последовательности: ультразвуковое исследование, фиброгастродуоденоскопия, ретроградная холангиопанкреатография (285 чел.), чрезкожная чрезпеченочная холангиография (15 чел.), чрезфистулярная холецистохолангиография или холангиография (35 чел.), компьютерная томография (26 чел.). Всем больным, оперированным радикально, выполнялась операционная холангиография.

Распознать ХЛ в типичных случаях обычно не трудно, поскольку клиническая картина заболевания соответствует острому или хроническому холециститу, протекающему с механической желтухой. Однако подобные симптомы могут быть отмечены и у больных с острым панкреатитом, стенозом фатерова соска или с другими причинами обтурации желчных протоков. Наиболее труден для диагностики бессимптомный ХЛ, при котором признаки заболевания обычно соответствуют картине хронического холецистита или хронического рецидивирующего панкреатита [3, 5].

У лиц пожилого и старческого возраста на клинику ХЛ существенное влияние оказывают фоновые заболевания, которые не только утяжеляют состояние пациента и усложняют диагностику, но и требуют от врача более щадящих методов обследования и оперативного лечения [9]. Всех случаи желчнокаменной

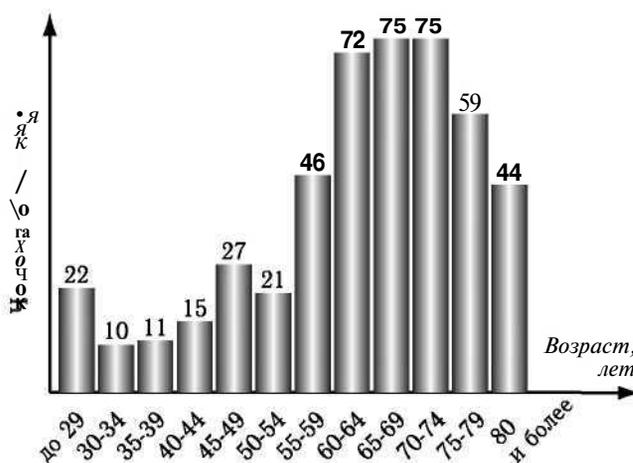


Рис. 1. Частота ХЛ в различных возрастных группах.

Частота клинических форм ХЛ в различных возрастных группах

Таблица 1

Возраст, лет	Клиническая форма ХЛ									
	Холецистическая		Панкреатическая		Холангитическая		Обтурационная		Бессимптомная	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
15-59	60	39,5	28	18,4	4	9,2	40	26,3	10	6,6
60-93	123	37,8	52	16,0	65	20,0	77	23,7	8	2,5
<i>Всего</i>	183	38,4	80	16,8	79	16,6	117	24,5	18	3,8

болезни, осложненной ХЛ, были условно разделены по доминирующему синдрому, под маской которого протекало основное заболевание, на 5 клинических форм: холецистическую, панкреатическую, холангитическую, обтурационную и бессимптомную (табл. 1).

Холецистическая форма зарегистрирована у 183 человек. Ее характерными клиническими признаками были острое начало с интенсивными болями в правом подреберье, прогрессивно нарастающая интоксикация, выраженные напряжение и болезненность в правом подреберье, пальпируемый и резко болезненный желчный пузырь, гиперлейкоцитоз. Желтуха появлялась на 2-3 сутки с момента болевого приступа (уровень билирубина редко превышал 100 мкмоль/л). Данная клиническая форма ХЛ у лиц пожилого и старческого возраста в трети случаев сочеталась с деструктивным холециститом, что затрудняло диагностику.

Панкреатическая форма ХЛ была отмечена в 80 наблюдениях. В клинике превалировал панкреатический синдром. Заболевание обычно начиналось внезапно с появления выраженных опоясывающих болей в верхней половине живота, которые неукротимо нарастали. Желтуха появлялась через 6-8 часов после начала болевого приступа и быстро нарастала (уровень билирубина при поступлении часто превышал 100 мкмоль/л). Преобладали явления интоксикации, гиперлейкоцитоз с резким сдвигом формулы влево, амилазурия. По существу, у таких больных развивалась клиника дуктогенного панкреатита. В эту же клиническую группу следует отнести и лиц с часто рецидивирующим хроническим холецистопанкреатитом. У последних ХЛ нередко сочетался с хроническим панкреатитом и/или со стриктурой терминального отдела холедоха или фатерова соска.

Холангитическая форма ХЛ встретилась в 79 наблюдениях. Ее частота у лиц пожилого и старческого возраста была более чем в 2 раза выше, чем у трудоспособных пациентов, что можно объяснить более длительным пребыванием конкрементов в желчных путях, более тяжелыми морфологическими изменениями в билиарной системе и снижением с возрастом резистентности к гнойно-септической инфекции. Заболевание начиналось постепенно: появлялись умеренные боли в правом подреберье с постепенно увеличивающейся интенсивностью. Со 2-3-х суток быстро нарастали явления гнойной интоксикации, появлялась высокая лихорадка, сопровождавшаяся ознобами. Желтуха развивалась к концу первых суток, и из-за поздней госпитализации

к моменту поступления уровень билирубина часто превышал 100 мкмоль/л. Также был характерен гиперлейкоцитоз с выраженным сдвигом формулы влево.

Обтурационная форма ХЛ ди-

агностирована у 117 пациентов. В клинике преобладала кратковременная, но выраженная болевая симптоматика по типу печеночной колики. Продолжительность приступа колебалась от 2-3 часов до суток с постепенным стиханием. У двух третей больных желтуха появлялась уже в течение первых суток с тенденцией к постепенному нарастанию. Общее состояние страдало в меньшей степени, лихорадка отсутствовала, в анализе крови чаще отмечался слабо выраженный лейкоцитоз. Однако больные именно этой клинической группы поступали в клинику наиболее поздно, обычно на 10-15 сутки, а иногда - через 1-2 месяца от начала заболевания. Часто пациенты переводились из инфекционных отделений после исключения вирусного гепатита.

Бессимптомная форма ХЛ была отмечена у 18 человек. Клиническая картина осложнения была стерта или полностью отсутствовала, а конкременты в общем желчном протоке обнаруживались в ходе планового вмешательства или после операции. Согласно резолюции IX конгресса хирургов-гепатологов России и стран СНГ, прошедшего в 2002 г. в Санкт-Петербурге, безжелтушные формы ХЛ в настоящее время встречаются наиболее часто.

При выборе рациональной хирургической тактики у больных с ХЛ использовалась оценка ряда дооперационных признаков: срок с момента начала заболевания, наличие перитонита, результаты клинико-биохимических исследований, эффективность



Рис. 2. Экскреторная ретроградная холангиопанкреатография при ХЛ. Крупный конкремент в терминальном отделе общего желчно-панкреатического протока (больная 82 лет, холецистическая форма ХЛ).

Таблица 2
Лечебная тактика при ХЛ в зависимости от возраста больных

Вид лечения	Возрастная группа, лет							
	15-59		60-74		75 и старше		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Консервативное	15	9,9	22	9,9	25	23,4	62	13,0
Традиционное	46	30,2	87	39,2	29	28,2	162	34,0
Новые технологии	91	59,9	113	50,9	49	47,5	253	53,0

консервативной терапии, степень тяжести фоновых заболеваний, данные рентгенографии и ультразвукового исследования (рис. 2).

У больных с холецистической формой ХЛ при наличии деструктивного холецистита, как правило, возникали жизненные показания к экстренному оперативному вмешательству. Для лиц пожилого и старческого возраста идеальным в таких случаях являлся «золотой стандарт» - эндоскопическая папиллосфинктеротомия с экстракцией конкремента из протоковой системы в сочетании с лапароскопической холецистэктомией. Однако от лапароскопической холецистэктомии, являющейся наименее травматичной, в ряде случаев приходилось отказываться, поскольку напряженный карбоксиперитонеум мог привести к непрогнозируемым осложнениям со стороны сердечно-сосудистой системы. В данных случаях единственным видом вмешательства являлась чрезкожная чрезпеченочная холецистостомия под контролем ультразвукового исследования.

При панкреатической форме ХЛ с наличием вколоченного конкремента фатерова соска и деструктивным панкреатитом прервать патогенетическую цепь могла только выполненная в экстренном порядке (в течение 12 часов от поступления) эндоскопическая папиллосфинктеротомия с экстракцией конкремента.

Больным с холангитической формой ХЛ наряду с интенсивной антибактериальной терапией и борьбой с эндотоксикозом также необходимы эндоскопическая папиллосфинктеротомия, экстракция конкрементов, назобилиарное дренирование и санация протоковой системы антибактериальными препаратами.

Всего в клинике проведено лечение 415 больным с установленным диагнозом ХЛ (табл. 2). 62 пациентам (13% случаев) в силу различных причин (чаще - категорический отказ от продолжения лечения) оперативная коррекция не проводилась и лечение ограничивалось лишь консервативной терапией с относительно положительной динамикой.

Всего за 10 лет с использованием новых технологий оперировано 66,4 % пациентов трудоспособного и 58,3% лиц пожилого и старческого возраста. Доля наблюдений с поэтапными малоинвазивными методами коррекции ХЛ возросла с 27,9% в 1993-1996 гг. до 72,6% в 1999-2002 гг.. В последнее время отклонение от стандарта допускалось в случае сочетания патологии с деструктивным холециститом и перитонитом, достаточно часто встречавшимися у больных преклонного возраста. Не-

смотря на расширение показаний к активной хирургической тактике, у пациентов с ХЛ в группе с поэтапной малоинвазивной коррекцией отмечено снижение послеоперационной летальности с 4,94% до 1,97%:

Литература

1. Борисов А.Е., Курпилянский А.В., Амосов В.И. и др. // Эндоскопическая хирургия. - 1999. - Мб.- С. 6-8.
2. Вэтышка Я.В. Диагностика холангиолитиаза: Автореф. дис... канд. мед. наук. - Москва, 1989.
3. Клименко Г.А. Холедохолитиаз: Диагностика и оперативное лечение. - М.: Медицина, 2000.
4. Кубышкин В.А., Стрекаловский В.П., Вуколов А.В. // Хирургия. - 1997. - М1.- С. 65-68.
5. Майстренко Н.А., Стукалов В.В. Холедохолитиаз. - СПб.: ЭЛБИ-ППб, 2000.
6. Нечай АЛ. // Хирургия. - 1998. - М 9.- С. 37-41.
7. Нечай А.И., Стукалов В.В., Нечай ИЛ. // Хирургия. - 1998. - М3.- С. 4-6.
8. Пирицхалаишвили Г.Г. Эндоскопические методы в диагностике и лечении больных с постхолецистэктомическим синдромом: Автореф. дис... канд. мед. наук. - М., 1993.
9. Сотниченко Б.А., Гончаров К.В., Перерва О.В., Макаров В.И. // Анналы хирургической гепатологии. - 2002. - М7.- С. 64-69.
10. Стрекаловский В.П., Старков Ю.Г., Григорян Р.С. и др. // Хирургия. - 2000. - М9.- С. 4-7.
11. Стукалов В.В. // Вестник хирургии. - 1998. - М 5. - С. 39-43.
12. Шестаков А.Л., Юрасов А.В., Мовчун В.А. и др. // Хирургия. - 1999. - М2.- С. 29-32.
13. Шулуток А.М. Прогнозирование риска и выбор тактики хирургического лечения у больных с осложненными формами желчнокаменной болезни: Автореф. дис... канд. мед. наук. - М., 1990.
14. Chopra K.B.; Peters R.A. O'Toole P.A. et al. // The Lancet. - 1996. - Vol. 348, No. 21.- P. 791-793.
15. Targarona E.M., Perez A.R.M., Bordas J.M. et al. // The Lancet. 1996. - Vol. 347, No. 6. P. 926-929.

CLINICAL FORMS OF CHOLEDOCHOLITHIASIS OF PERSONS OF ELDERLY AND SENILE AGE

B.A. Sotnichenko, K.V. Goncharov, V.I. Makarov, O.V. Pererva, N.I. Pavilova

Vladivostok State Medical University

Summary - This part will present the results of examination and treatment of 477 patients with cholelithiasis complicated by choledocholithiasis. Within these researches five clinical forms of choledocholithiasis: cholecystitic, pancreatic, cholangitic, obturative and asymptomatic ones have been noted. Taking into account clinical form of the disease and application of the new technique of little invasiveness it is shown that the choice of efficient surgical approach for the persons of elderly and senile age allows reducing lethality and improving the results of the treatment two times as much.

Pacific Medical Journal, 2003, No. 1, P. 61-63.