

© С.М. Василюк, В.К. Чурпій, 2011

УДК 616.366-003.7:616.381-002

С.М. ВАСИЛЮК, В.К. ЧУРПІЙ

Івано-Франківський національний медичний університет, кафедра хірургії № 1, Івано-Франківськ

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНО СТЕРТОГО ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО КАЛЬКУЛЬОЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТУ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ

Проведено комплексне обстеження і лікування 70 пацієнтів похилого та старечого віку на гострий калькульозний холецистит. До першої групи увійшли 35 пацієнтів з вираженою клінічною картиною гострого калькульозного холециститу. У решти 35 пацієнтів відмічали стерту клінічну картину гострого калькульозного холециститу. Встановлено, що клінічно стерті форми гострого холециститу можна запідозрити у пацієнтів похилого і старечого віку з повторним нападом гострого холециститу та слабковираженими ознаками запалення у загальному аналізі крові (незначний лейкоцитоз, зсув формули ліворуч). У хворих першої групи при адекватній консервативній терапії наступала швидка регресія запалення в жовчному міхурі. Встановлено, що типовим ускладненням гострого калькульозного холециститу у хворих першої групи є коломіхуровий інфільтрат. Він траплявся у 24 (68,6 %) пацієнтів, проти 5 (14,3 %) у другій групі.

Ключові слова: старечий вік, гострий калькульозний холецистит, клінічний перебіг, ускладнення

Вступ. Лікування хворих на гострий холецистит у похилому віці залишається актуальною проблемою. Летальність у цієї категорії хворих залишається високою: якщо серед пацієнтів молодшого віку вона не перевищує 1-2 %, то у людей старших 60 років зростає у 15-20 разів. Незважаючи на впровадження сучасних методів діагностики і хірургічного лікування жовчнокам'яної хвороби, досягнути значного зниження цього показника не вдається [1, 2].

Безумовно, одним з чинників є те, що хворі похилого віку у більшості випадків відносяться до групи з високим анестезіологічним ризиком [2, 3]. Однак, не можна заперечувати того факту, що у частини пацієнтів гострий деструктивний холецистит перебігає із слабковираженою клінічною симптоматикою, яка часто впливає на правильність діагностики і, відповідно – на вибір термінів і методу оперативного втручання. На даний час, у літературі немає чітких клінічних критеріїв, які б дозволяли верифікувати діагноз гострого холециститу за умови стертого перебігу [4, 5].

Мета роботи. Визначити основні клініко-анамнестичні особливості клінічно стертого перебігу гострого калькульозного холециститу у хворих похилого та старечого віку.

Матеріали та методи. Нами проведено комплексне обстеження і лікування 70 пацієнтів похилого та старечого віку на гострий калькульозний холецистит. Діагноз гострого калькульозного холециститу у всіх хворих був підтверджений в доопераційному періоді за допомогою ультрасонографії, інтраопераційно та морфологічно.

Всі хворі в залежності від клінічного перебігу гострого холециститу розподілені на дві групи. До першої групи увійшли 35 пацієнтів з вираженою клінічною картиною гострого калькульозного холециститу: біль у правій половині живота, позитивний симптомами Мерфі, Ортнера, Мюссі та ін. У

решти 35 пацієнтів відмічали стерту клінічну картину гострого калькульозного холециститу. Серед хворих першої групи гострий каральний холецистит виявлено у 11 (31,4 %), а деструктивні форми, до яких належав флегмонозний і гангренозний холецистит – у 24 (68,6 %). У другій групі гострий катаральний холецистит діагностували у 16 (45,7 %) пацієнтів, гострий деструктивний – у 19 (54,3 %).

Результати досліджень та їх обговорення. Нами встановлено, що найчастіше стерті форми гострого холециститу діагностувалися у осіб з тривалістю захворювання більше доби (таблиця 1). Таких пацієнтів було найбільше – 22 (62,9 %), серед них з гострим катаральним холециститом 8 (22,9 %) та гострим деструктивним – 15 (42,9 %). У цій групі була дуже низька питома вага хворих, які хворіли до 12 годин – тільки п'ять, що склало 14,2 %.

Натомість серед пацієнтів з вираженою клінічною картиною гострого калькульозного холециститу зустрічалася велика питома вага, тих хто хворів до 12 годин – 20 (7,1 %). До 24 годин тривалість захворювання була у 11 (31,4 %), а більше 24 годин – тільки у 4 (11,4 %). У цій групі також переважали хворі з деструктивними формами холециститу – 54,2 %, однак їхня кількість була набагато нижчою, ніж серед хворих із стертою клінічною картиною – 68,6 %.

Найбільше хворих першої групи – 29 (82,9 %), поступили у клініку з повторним нападом гострого холециститу. В цій групі тільки 6 пацієнтів (17,1 %) вказували на відсутність у анамнезі проявів жовчнокам'яної хвороби. У другій групі цей розподіл був іншим: тільки 18 хворих (51,4 %) вказували на багаторічний анамнез захворювання з численними нападами жовчної кольки і неодноразовими відмовами від операційного лікування. У 7 хворих (20,0 %) був повторний напад холециститу, а у 10 (28,6 %) – перший.

Залежність особливостей клінічного перебігу і патоморфологічної форми гострого калькульозного холециститу від термінів захворювання

Терміни захворювання	Стерта симптоматика (n-35)		Клінічно виражена симптоматика (n-35)	
	Гострий катаральний холецистит (n-11)	Гострий деструктивний холецистит (n-24)	Гострий катаральний холецистит (n-16)	Гострий деструктивний холецистит (n-19)
6-12 годин	2 (5,7 %)	3 (8,6 %)	11 (31,4 %)	9 (25,7 %)
24 години	1 (2,9 %)	6 (17,1 %)	4 (11,4 %)	7 (20,0 %)
більше 24 годин	8 (22,9 %)	15 (42,9 %)	1 (2,9 %)	3 (8,6 %)

На підставі аналізу вищенаведених клінічних даних можна вважати, що клінічно стерті форми гострого холециститу найбільш часто можна запідозрити за наступними клініко-анамнестичними ознаками: пацієнт похилого і старечого віку з повторним нападом гострого холециститу та слабковираженими ознаками запалення у загальному аналізі крові (незначний лейкоцитоз, однак відмічався зсув формули ліворуч). Необхідно відмітити, що у хворих першої групи при адекватній консервативній терапії наступала швидка регресія запалення в жовчному міхурі, яка підтверджувалася лабораторно і інструментально.

Типовим ускладненням гострого калькульозного холециститу у хворих першої групи є коломіхуровий інфільтрат. Він траплявся у 24 (68,6 %) пацієнтів, проти 5 (14,3 %) у другій групі (таблиця 2). Коломіхуровий інфільтрат у 45,7 % випадків спостерігався у хворих першої групи з гострим деструктивним холециститом і у 22,9 % – із гострим катаральним. Коломіхуровий абсцес нами діагностовано тільки у 3 (8,6 %) пацієнтів першої групи із деструктивним холециститом. У одного з них абсцес містився між стінкою міхура і великим чепцем, який був щільно приєднаний до дна жовчного міхура. У інших двох хворих абсцес сформувався між стінкою міхура і внутрішньою поверхнею печінки у ділянці жовчного міхура.

Таблиця 2

Частота ускладнень, пов'язаних з гострим калькульозним холециститом у обстежених пацієнтів

Вид ускладнення гострого калькульозного холециститу	Стерта симптоматика (n-35)		Клінічно виражена симптоматика (n-35)	
	Гострий катаральний холецистит (n-11)	Гострий деструктивний холецистит (n-24)	Гострий катаральний холецистит (n-16)	Гострий деструктивний холецистит (n-19)
Коломіхуровий інфільтрат	8 (22,9 %)	16 (45,7 %)	3 (8,6 %)	2 (5,7 %)
Коломіхуровий абсцес	-	3 (8,6 %)	-	-
Місцевий перфоративний перитоніт	-	-	-	2 (5,7 %)
Дифузний перфоративний перитоніт	-	-	-	5 (14,3 %)
Місцевий пропітний перитоніт	-	-	1 (2,9 %)	2 (5,7 %)
Дифузний пропітний перитоніт	-	-	2 (5,7 %)	2 (5,7 %)
Біліарний панкреатит	2 (5,7 %)	-	4 (11,4 %)	6 (17,1 %)
Холедохолітіаз	-	2 (5,7 %)	1 (2,9 %)	-
Всього	10 (28,6 %)	21 (60,0 %)	11 (31,4 %)	19 (54,3 %)

За механізмом розвитку перитоніту у обстежених хворих відмічали дві форми: перфоративний і пропітний. Перфоративний перитоніт не виявлявся у хворих першої групи. Місцевий перфоративний перитоніт ми діагностували у 2 (5,7 %) хворих

другої групи з гострим деструктивним холециститом, дифузний – у 5 (14,3 %). Випіт у черевну порожнину у цих хворих був серозно-фібринозним, локалізувався у правій підребревій ділянці, або у правій половині живота. Пропітний перитоніт та-

кож виявлявся тільки у хворих другої групи: у 3 (8,6 %) – з гострим катаральним холециститом і у 4 (11,4 %) – з гострим деструктивним холециститом. Аналізуючі ці дані, можна відмітити, що розвиток такого ускладнення як перитоніт є нехарактерним для гострого калькульозного холециститу із стертою клінічною картиною. Поява перфоративного перитоніту завжди супроводжувалася напруженням м'язів і позитивним симптомом Блюмберга у правій половині живота, що є абсолютним показом до ургентного операційного втручання. Натомість пропітний перитоніт розвивався без виражених клінічних ознак – його часто діагностували тільки інтраопераційно.

Біліарний набряковий панкреатит клінічно і інструментально діагностували тільки у 2 (5,7 %) пацієнтів першої групи з гострим катаральним холециститом. Інтраопераційно у цих хворих відмічали «склоподібний» набряк стінки жовчного міхура і гепатодуоденальної зв'язки. Серед хворих другої групи біліарний панкреатит був у 10 (28,6 %) пацієнтів: у 4 (11,4 %) – з гострим катаральним холециститом і у 6 (17,1 %) – з гострим деструктивним холециститом.

Холедохолітиаз виявлено у 2 (5,7 %) хворих першої групи. Клінічно його запідозрили доопераційно за наявністю іктеричності шкіри і склер. У цих пацієнтів провели ендоскопічну ретроградну панкреатохолангіографію, екстракцію конкрементів з загальної жовчної протоки, а через 12-24 години – лапароскопічну холецистектомію. У хворих

другої групи холедохолітиаз виявлено тільки у одного пацієнта – він діагностований інтраопераційно під час ревізії спільної жовчної протоки.

Проводячи аналіз ускладнень гострого калькульозного холециститу, можна відмітити, що у обох групах хворих їхня кількість відрізнялась невірогідно. Найбільше ускладнень відмічено у хворих з деструктивними формами: у першій групі – у 21 (60,0 %), у другій групі – у 19 (54,3 %). Однак, серед хворих першої групи найчастішим ускладненням був коломіхуровий інфільтрат. У хворих другої групи переважав біліарний панкреатит, а всі інші ускладнення траплялися приблизно однаково.

Висновки.

1. Клінічно стертий перебіг гострого калькульозного холециститу у людей похилого та старечого віку можна запідозрити за наступними клініко-анамнестичними ознаками: пацієнт з повторним нападом гострого холециститу, слабковираженими ознаками запалення у загальному аналізі крові та швидкою регресією запалення на фоні консервативної терапії.

2. Найчастішим ускладненням гострого калькульозного холециститу у хворих з клінічно стертим перебігом є коломіхуровий інфільтрат – у 68,6 % випадків.

3. Перспективним у плані подальших досліджень є вивчення біохімічних маркерів крові у хворих з різним клінічним перебігом гострого деструктивного холециститу.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Столин А.В. Тактика лечения гнойно-деструктивных форм острого калькулезного холецистита / Столин А.В. // Вестник ВолГМУ. — 2008. — вып. 4 (28). — С. 34—36.
2. Борисов А.Е. Пункционные методы лечения острого холецистита у больных с высокой степенью операционно—анестезиологического риска / А.Е. Борисов, К.Г. Кубачев, В.М. Комарницкий // Анналы хирургической гепатологии. — 2007. — № 3. — С. 48—49.
3. Хунафин С.Н. Причины возникновения желчных перитонитов у больных желчнокаменной болезнью / С.Н. Хунафин, А.З. Муллаянова, Г.А. Мурзин, А.Ф. Бикметов // Вестник Санкт-Петербургского университета. — 2008. — сер. 11, вып. 2. — С. 135—139.
4. Lyon C. Diagnosis of Acute Abdominal Pain in Older Patients / Lyon C., Clark D. // American Family Physician. — 2006. — Vol. 74, N 9. — P. 1537—1544.
6. Dang C. Acute abdominal pain. Four classifications can guide assessment and management / C.Dang, P.Aguilera, A.Dang, L.Salem // Geriatrics. — 2002. — Vol. 57. — P. 30—42.

VASYLYUK S.M., CHURPIY V.K.

Ivano-Frankivsk State Medical University, Department of Surgery № 1

UNCLEAR CLINICAL COURSE OF ACUTE CALCULOUS CHOLECYSTITIS IN ELDERLY AND SENILE PATIENTS

The complex examination and treatment of 70 patients, elderly and senile patients with acute calculosis cholecystitis. The first group included 35 patients with severe clinical picture of acute calculosis cholecystitis. In the remaining 35 patients noted erased clinical picture of acute calculosis cholecystitis. Found that clinically erased forms of acute calculosis cholecystitis can be suspected in patients older and elderly with repeated attack of acute cholecystitis and mild signs of inflammation in the complete blood count (slight leukocytosis, left shift formula). In the first group of patients with adequate conservative therapy advancing rapid regression of inflammation in the gallbladder. Found that the most typical complication of acute calculosis cholecystitis in patients first group was infiltrate around the gallbladder. He met in 24 (68,6 %) patients, compared with 5 (14,3 %) in the second group.

Key words: old age, acute calculosis cholecystitis, the clinical course, complications

Стаття надійшла до редакції: 20.04.2011 р.