

## КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА



Ризаев Эъзозбек Алимджанович<sup>1</sup>, Курбаниязов Зафар Бабажанович<sup>2</sup>,  
Мамараджабов Собиржон Эргашевич<sup>2</sup>

1 - Ташкентский государственный стоматологический институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент;  
2 - Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

### КЕКСА ВА ҚАРИ ЁШДАГИ БЕМОЛЛАРДА ЎТ ТОШИ КАСАЛЛИГИ АСОРАТЛИ ШАКЛЛАРИНИНГ КЛИНИК КЎРИНИШИ

Ризаев Эъзозбек Алимджанович<sup>1</sup>, Курбаниязов Зафар Бабажанович<sup>2</sup>,  
Мамараджабов Собиржон Эргашевич<sup>2</sup>

1 - Тошкент давлат стоматология институти, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш. ;  
2 – Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд

### CLINICAL MANIFESTATIONS OF COMPLICATED FORMS OF GALLSTONE DISEASE IN ELDERLY PATIENTS

Rizaev Eazozbek Alimdjaniyovich<sup>1</sup>, Kurbaniazov Zafar Babajanovich<sup>2</sup>, Mamarajabov Sobirjon Ergashevich<sup>2</sup>

1 - Tashkent State Dental Institute, Republic of Uzbekistan, Tashkent;  
2 - Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: [Ezozbek.Rizaev@tma.uz](mailto:Ezozbek.Rizaev@tma.uz)

**Резюме.** 171 нафар кекса ва қари ёшдаги беморларда ўт тоши касаллиги асоратли шакллари клиникасининг хусусиятлари келтирилган. Касалликнинг клиник кўриниши нафақат ўт пуфаги ва каналларида яллиғланиш жараёнининг оғирлигига, сафро ёки ошқозон ости бези гипертензиясининг мавжудлигига, балки ёш омилларига ҳам боғлиқ эди. Катта ёшдаги гуруҳларда касалликнинг асосий клиник белгилари ва ўт йўлларидаги патоморфологик ўзгаришларнинг оғирлиги ўртасида тез-тез номувофиқлик мавжуд, яъни 37,7% беморларда ўткир деструктив холецистит ва 39,0% беморларда обструктив холангит билан кечди.

**Калит сўзлар:** ўт тоши касаллиги, асоратлар, кекса ва қари ёшдаги беморлар.

**Abstract.** The features of the clinic of complicated forms of cholelithiasis in 171 elderly and senile patients are presented. The clinical picture of the disease depended not only on the severity of the inflammatory process in the gallbladder and ducts, the presence of biliary or pancreatic hypertension, but also on age factors. In older age groups, there is a frequent discrepancy between the main clinical symptoms of the disease and the severity of pathomorphological changes in the biliary tract in 37.7% with acute destructive cholecystitis and 39.0% with obstructive cholangitis.

**Key words:** cholelithiasis, complications, elderly and senile age.

**Актуальность.** У больных желчнокаменной болезнью (ЖКБ) старше 70 лет тяжесть основного заболевания усугубляется сопутствующей патологией. При этом в остром периоде заболевания проявляется эффект взаимного отягощения основного и сопутствующего заболевания. Последнее по тяжести своего течения нередко приобретает конкурирующий характер. К 75 годам жизни сопутствующие заболевания встречаются практически у 100% больных ЖКБ. Основное

место среди сопутствующих заболеваний занимает патология сердечнососудистой системы. От 48% до 66% больных страдают заболеваниями органов дыхания. Сахарный диабет наблюдается у 41-56% больных. Больные острым холециститом старше 60 лет в 28-62% случаев страдают ожирением 3-4 степени [10, 11].

В работах Брискина и соавт. (2015), Н.А. Майстренко и соавт. (2015) установлено [3, 6, 7, 8], что нарушение постоянства и адаптации различных физиологических процессов у лиц

старческого возраста вызывает изменение адекватной местной и общей реакции организма на патологический процесс, атипичности и сглаженности его клинических проявлений. Полиморбидность, характерная для старых людей, заставляет сосредоточить внимание на сопутствующих заболеваниях, расценивая их как противопоказания к операции. Недооценка сопутствующих заболеваний и отсутствие их профилактического лечения ведет к прогрессированию осложнений с высокой вероятностью летального исхода [1, 2, 4, 5, 9].

**Цель исследования.** Изучить особенности клиники ЖКБ осложненной острым холециститом и поражениями желчных протоков у больных пожилого и старческого возраста.

**Материал и методы.** Предметом исследования послужили 171 больных с осложненными формами ЖКБ.

Острый холецистит, осложненный патологией желчных протоков, проявлялся либо симптоматикой острого воспаления желчного пузыря, либо признаками нарушения проходимости гепатикохоледоха или их сочетанием. В связи с этим мы сочли целесообразным отдельно проанализировать клинические проявления острого холецистита и патологии желчных протоков.

Симптоматику заболевания изучали в зависимости от возраста, предварительно разделив всех больных на две группы: первая включает в себя пациентов 60 - 74 лет (n=143), вторая - больных старше 75 лет (n=28); при описании симптоматики принималась во внимание тяжесть воспалительного процесса в билиарной системе.

**Результаты и их обсуждение.** Основным в клинической диагностике у больных с превалированием клиники острого холецистита (n=105) являлся болевой синдром, в понятие которого мы включали как самостоятельные

боли, так и вызываемые пальпаторно. Этот важный диагностический тест был ярко выражен у 69 больных, у 36 боли были слабее (рис. 1). У больных старше 75 лет слабые боли отмечены почти в два раза чаще, чем у лиц 60-74 лет.

Постоянной локализацией болевых ощущений была область правого подреберья (65-61,9% больных). Наряду с этим у 28 (26,6%) больных боль ощущалась в верхнем этаже живота и у 3 (2,8%) - по всему животу. У больных старше 75 лет болевой синдром имел выраженную тенденцию к распространению в верхних отделах и по всему животу.

Неоднородность локализации болевых ощущений была обусловлена экстрапузырными осложнениями острого холецистита (инфильтрат, перитонит), вовлечением в патологический процесс поджелудочной железы (панкреатит) и другими сопутствующими заболеваниями органов брюшной полости (язва желудка и двенадцатиперстной кишки и др.).

Анамнестически установлено, что у 57 больных заболевание началось с острого приступа болей, у остальных оно развивалось постепенно. Такое начало было более характерно для больных старше 75 лет.

Как представлено в таблице 1, у 33 больных боли иррадиировали в правую лопатку, у 24 - в поясницу, у 12 - в область сердца.

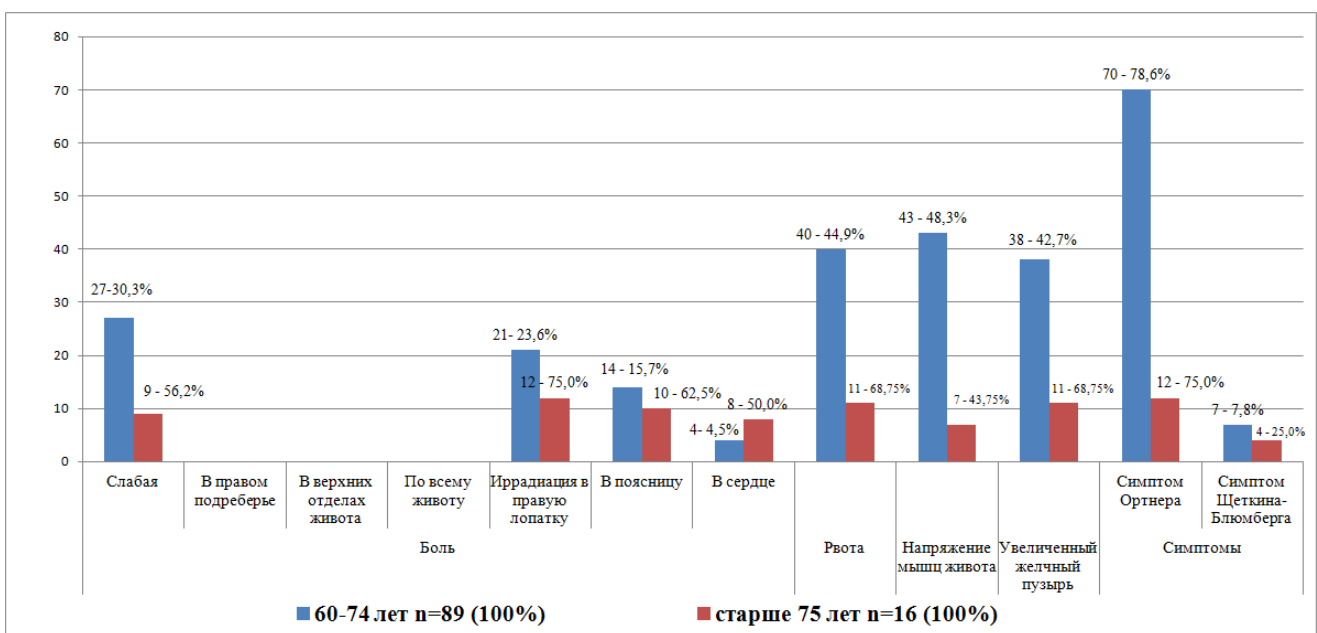


Рис. 1. Клинические проявления острого холецистита у больных пожилого и старческого возраста

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 (48,6%) больного сопровождалось рвотой. Вместе с выраженной болезненностью живота у 50 (47,6%) 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 (29,5%) больного с деструктивным холециститом напряжение мышц брюшной стенки не определялось, из них 7 (43,7%) больных были старше 75 лет.

Достоверный симптом острого холецистита - увеличенный напряженный болезненный желчный пузырь - выявлен у 49 (46,6%) больных.

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 Ортнера - выявлен у 82 (78,1%) больных. Он выявляется гораздо чаще (78,6% против 75,0%) и выражен ярче, чем у больных старше 75 лет. Симптом Щеткина-Блюмберга диагностирован у 11 (10,5%) больных с деструктивным холециститом, осложненным перитонитом.

Симптоматика острого холецистита была выражена и соответствовала форме воспаления желчного пузыря у 78,7% больных моложе и 47,6% больных старше 75 лет.

Основными клиническими проявлениями поражений желчных протоков при остром холецистите у больных старших возрастных групп были симптомы холестаза (желтушность кожи и склер, потемнение мочи, светлый кал), которые проявлялись при частичном или полностью нарушенном оттоке желчи в кишечник. Желтухой страдали 66 (38,6%) больных. Более чем у половины больных желтухой уровень билирубинемии превышал 60 ммоль/л. При поступлении в хирургический стационар продолжительность желтухи до 3-х суток с момента возникновения отмечена у 37 (56,0%) больных, от 3 до 7 суток - у 20 (30,3%), свыше 7 суток - 9 (13,6%). Установлено, что у 22 (33,3%) больных желтуха возникла впервые, а у 44 (66,6%) наблюдалась повторно.

Характерное для острого холецистита, осложненного доброкачественными поражениями желчных протоков, появление желтухи на фоне интенсивного болевого синдрома отмечено у

80,7% больных. Вместе с тем, у 19 (28,8%) больных боли, предшествующие и сопровождающие желтуху, были слабыми, а у 3 (4,5%) пациентов почти полностью отсутствовали.

Существенное значение в клинической диагностике острого холецистита у больных старческого возраста, осложненного поражениями желчных протоков, имели показатели температурной реакции и уровень лейкоцитов в периферической крови, которые, как правило, являются отражением степени тяжести воспалительных процессов. Оценку указанных диагностических тестов давали по данным, полученным в течение первых суток с момента поступления больных в хирургический стационар. Лихорадочное состояние отмечено у 52 (30,4%) больных. Так, при деструктивном воспалительном процессе в желчной системе (флегмонозный и гангренозный холецистит, гнойный холангит) у больных 60-74 лет температурная реакция отмечена в 62,5% случаев, у больных же старше 75 лет - в 51,7%. На высоте лихорадки у 83,1% наблюдался озноб, степень выраженности которого была различной.

Увеличение количества лейкоцитов в периферической крови до  $15 \times 10^9$  /л и более зарегистрировано у 61,5% больных при поступлении в стационар. В лейкоцитарной форме у 52,5% больных имел место нейтрофильный сдвиг. Как правило, и в первой и во второй возрастных группах лейкоцитоз и нейтрофильный сдвиг нарастали параллельно тяжести воспалительных изменений.

Вместе с тем, у 14 из 27 больных с нормальным количеством лейкоцитов в крови (менее  $10,0 \times 10^9$  /л) был деструктивный холангит или гнойный холангит. Отсутствие лейкоцитоза при деструктивных воспалительных процессах в желчной системе чаще наблюдалось у больных старше 75 лет - у 6 (20,7%) из 29 против 8 (16,6%) из 48. Следовательно, лейкоцитарная реакция так же, как и температура тела, не всегда достоверно отражали и соответствовали тяжести воспалительного процесса в желчной системе у больных старческого возраста. При изучении клинических проявлений патологии желчных протоков установлена характерная для гнояного холангита триада симптомов (боль, желтуха, лихорадка) у 61,0% больных с этим осложнением. Как правило, стертая клиническая картина холангита наблюдалась у больных со слабо выраженным болевым синдромом.

Таким образом, чем старше больной, тем выше был риск ошибки клинической диагностики и неправильной лечебной тактики. В возрастных группах 60-74 лет и старше 75 лет острое воспаление желчного пузыря проявляется слабо и

нетипично в 37,7%. Вместе с тем характерная для острого холангита триада симптомов (боль, желтуха, лихорадка) отсутствовали в 39,0%. Лейкоцитарная реакция и температура тела не достоверно отражают тяжесть воспаления в 31,1%.

#### **Выводы:**

1. Для осложненных форм ЖКБ у больных пожилого и старческого возраста, характерно разнообразие клинических проявлений. Клиническая картина заболевания зависит не только от выраженности воспалительного процесса в желчном пузыре и протоках, наличии билиарной или панкреатической гипертензии, но и от возрастных факторов.

2. В старших возрастных группах по мере увеличения возраста снижается уровень функциональной лабильности нервных механизмов, а в результате этого наблюдается частое несоответствие основных клинических симптомов заболевания тяжести патоморфологических изменений в желчных путях у 37,7% при остром деструктивном холецистите и 39,0% при обструктивном холангите.

#### **Литература:**

1. Алмазов А. А. и др. Современные методы лечения желчекаменной болезни у пациентов пожилого и преклонного возраста // Вестник Кыргызско-Российского славянского университета. – 2019. – Т. 19. – №. 9. – С. 3-7.
2. Анарбаев С. А., Шамсиев Ж. З. Острый холецистит у больных пожилого и старческого возраста // Научный журнал. – 2018. – №. 7 (30). – С. 46-50.
3. Аутлев К. М. и др. Малоинвазивное хирургическое лечение холедохолитиаза у пациента старческого возраста. Описание собственного клинического случая и техники операции // Медицинская наука и образование Урала. – 2020. – Т. 21. – №. 4. – С. 100-104.
4. Исмаилов С. И., Назыров Ф. Г., Азизов Б. А. Взаимосвязь индекса массы тела и углеводного обмена у больных с хроническим панкреатитом // Гастроэнтерология. – 2015. – Т. 56. – №. 2. – С. 38-41.
5. Ш.И. Каримов и соавт. Чрескожная чреспеченочная холецистостомия в лечении острого холецистита у больных с высоким операционным риском // Анналы хирургической гепатологии, 2018, том 15, № 1. – С. 53-56.

6. Курбаниязов З. и др. Современное состояние вопроса хирургического лечения острого холецистита // Журнал проблемы биологии и медицины. – 2015. – №. 1 (82). – С. 181-184.

7. Нурбобоев А. У., Махмудова Г. Ф., Махмудова А. Ф. Обсуждение Результатов Лечения Больных С Желчнокаменной Болезнью, Осложненной Механической Желтухой // Central Asian Journal of Medical and Natural Science. – 2022. – Т. 3. – №. 3. – С. 273-280.

8. Budipranama V.S., Meilita M. Obstructive-type jaundice without bile duct dilation in generic peritonitis is a specific sign of spontaneous gall bladder perforation // Case Reports in Medicine. – 2020. – Т. 2020.

9. Teshaeв O. R. et al. Modern approach to the treatment of cholelithiasis complicated by obstructive jaundice // European Journal of Molecular and Clinical Medicine. – 2020. – Т. 7. – №. 10. – С. 413-418.

10. Yu H. et al. Is it safe to give laparoscopic cholecystectomy (LC) treatment of acute cholecystitis in senile patients 3 months after percutaneous transhepatic gallbladder drainage (PTGD)? A case-control study // Int J Clin Exp Med. – 2017. – Т. 10. – №. 9. – С. 13766-13771

11. Zhou Y. et al. Two-stage versus single-stage procedure for the management of cholecystocholedocholithiasis in elderly patients: a retrospectively cohort study // Rev Esp Enferm Dig. – 2019. – Т. 111. – №. 3. – С. 176-81.

#### **КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

*Ризаев Э.А., Курбаниязов З.Б., Мамараджабов С.Э.*

**Резюме.** Представлены особенности клиники осложненных форм желчнокаменной болезни у 171 больного пожилого и старческого возраста. Клиническая картина заболевания зависела не только от выраженности воспалительного процесса в желчном пузыре и протоках, наличии билиарной или панкреатической гипертензии, но и от возрастных факторов. В старших возрастных группах наблюдается частое несоответствие основных клинических симптомов заболевания тяжести патоморфологических изменений в желчных путях у 37,7% при остром деструктивном холецистите и 39,0% при обструктивном холангите.

**Ключевые слова:** желчнокаменная болезнь, осложнения, пожилой и старческий возраст.