

О ЖЕЛЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ХОЛЕЛИТИАЗЕ

**Б.К.ПАНФИЛОВ, В.И.МАЛЯРЧУК, Л.Г.ЕЖОВА, Н.Е.БОРИСОВ,
Ю.Ф. ПАУТКИН А.Ю.КОРОЛЬКОВ, Ю.И.ЗЕНЧЕНКО**

Кафедра внутренних болезней и кафедра хирургии медицинского факультета РУДН
117292, Москва, ул Вавилова 61

Авторы исследовали 508 больных калькулёзным холециститом, оперированных на желчных путях под общим и интубационным наркозом. Среди них у 417 (82,1%) пациентов они выявили синдром желчной гипертензии, развившейся на фоне осложнений со стороны желчных путей, как-то: холелитиаза и холедохолитиаза, индуративного панкреатита, рубцового стеноза соска, холангита. Авторы полагают, что атипичные формы холелитиаза и его осложнений могут длительно протекать под маской кардиальных расстройств, обусловленных желчной гипертензией. Во всех не ясных случаях кардиалгий, транзиторных аритмий они предлагают тщательно исследовать желчевыводящие пути.

В ряде стран Европы операция на желчных путях (холецистэктомия) давно выполняется чаще, чем аппендэктомия [6].

Общезвестно, что холелитиаз часто поражает дистальный отдел магистрального желчного протока (холедоха), в котором у многих «задерживаются конкременты», способствуя возникновению деформации концевого отдела его, образованию стриктур фатерова соска, развитию индуративного панкреатита, желчной гипертензии (билиарной гипертензии) и механической желтухи [3,4,9]. Внедрение в хирургическую практику операционной холангиоманометрии [1-5,7-9] привело к разработке [7,8,12,13,14] теории желчной гипертензии и позволило выделить несколько степеней билиарной гипертензии в зависимости от цифровых показателей манометрии [3, 4,9].

В.В. Виноградов и его школа различают 3 степени желчной гипертензии, разработанной на основе собственной аппаратуры, по уровню остаточного давления в магистральном желчном протоке. Под остаточным давлением В.В. Виноградов понимает... «уровень стабилизации давления после окончания поступления жидкости из желчных путей в кишечник и соответствующее величине резистентности сфинктеров общего желчного протока и фатерова соска». В норме остаточное давление в общем желчном протоке колеблется в пределах 100,0-160,0 мм вод. ст. [3,4]. При желчной гипертензии 1-ой степени манометрические показатели в холедохе колеблются в пределах 161,0-189,0 мм вод.ст.; при 2-ой на уровне – 190,0-249,0 мм вод. ст., а при 3-й стадии желчной гипертензии оно определяется в пределах 250,0-400,0 мм вод. ст. Работая совместно на базе хирургических отделений 64-й клинической больницы г. Москвы на протяжении уже 36 лет, мы убедились, что желчнокаменная болезнь ежегодно возрастает. Так, только за последние 5 лет (1993-1997 гг) количество больных с холециститом составило 2927 чел., а с аппендицитом – 2312 чел. (больше на 615 чел), и это позволяет нам считать, что холецистит в хирургических отделениях становится ПРОБЛЕМОЙ НОМЕР ОДИН в абдоминальной хирургии. В настоящей работе мы решили поделиться опытом своих исследований по манометрии желчевыводящих путей.

Мы наблюдали 508 больных с калькулёзным холециститом, которые были оперированы на желчных путях под общим интубационным наркозом. Соотношение женщин и мужчин как 8:1, возраст больных от 17 до 86 лет. Средняя продолжительность заболевания холециститом составила $7,6 \pm 0,2$ года. Однако не всегда удавалось точно проследить за продолжительностью болезни. Так, часто пациент поступал впервые с клинически тяжёлой, многодневной желчной колики, а у него выявлялось множественная хроническая патология в желчных путях, как то: множественный холелитиаз и холедохолитиаз, рубцовый стеноз фатерова соска, индуративный панкреатит и др.

В диагностике холецистита и его осложнений использовались самые различные методы диагностики желчных путей. Рентгеноконтрастные методы, гастродуоденоскопия, УЗИ, лапароскопия, операционная холедохоскопия, холангиоманометрия, пальпация желчевыводящих путей. Холангиоманометрия выполнялась во всех 508 случаях по методу В.В.Виноградова с помощью его прибора. Суть метода – холангиоманометрии за-

ключается в том, что после холецистэктомии, через канюлю в холедох вводится стерильный физ. раствор, по показаниям манометра определяется уровень остаточного давления в системе общего желчного протока.

Все больные подверглись полному клиническому исследованию на современном уровне, включая ЭКГ, ЭХОКГ, ориентировочную физическую нагрузку (ОФН), разработанную в клиниках Российского университета [9] и с успехом применяющуюся в хирургической, терапевтической, урологической клинике. ОФН - это степ-тест, выполняемый в присутствии врача с учётом веса пациента и времени подъёма на 1 этаж по лестнице (3 м), выражаемый в ваттах, КГМ/мин и в % к норме. За норму принято 176 Вт, 1080 КГМ/мин и 75-100%. Показатели мощности, характеризующие ОФН, вычисляются по специальным таблицам [9]. В течение ближайших 12-15 минут можно получить ориентировочные данные о состоянии сердечно-сосудистой системы и оценить степень операционного риска. ОНФ выполняется в наших клиниках более чем у 600 чел. Все пациенты подверглись полному клиническому исследованию и широкому спектру биохимических показателей.

На основе тщательного анализа полученных данных при операционной холангиоанометрии желчных путей мы установили следующие цифровые данные у пациентов, страдающих калькулёзным холециститом, результаты которых представлены в табл. 1

Таблица 1

Показатели операционной манометрии общего желчного протока при холелитиазе

Состояние тонуса общего желчного протока	Манометрия холедоха (Остаточное давление в мм водного столба)		
	Интервал колебаний	$M \pm m$	n^x
Гипотония	80,0 – 99,0	$90,6 \pm 1,4$	18
Нормотония	100,0 – 160,0	$134,0 \pm 1,0$	136
Желчная I ст. Гипертония	161,0 – 189,0	$176,6 \pm 1,0$	64
II ст.	190,0 – 249,0	$215,6 \pm 1,0$	148
III ст.	250,0 – 400,0	$299,3 \pm 1,0$	142
ВСЕГО:	80,0 – 400,0	$207,0 \pm 1,0$	508
Контрольная группа	100,0 – 160,0	$121,0 \pm 1,5$	50

Примечание: n – число наблюдений.

Как видно из таблицы, у 18 (3,5%) больных с калькулёзным холециститом выявлены пониженные цифры манометрии желчного протока, свидетельствующие о гипотонии желчных путей. Между прочим гипотонус другим способами пока, не выявляется, так как манометрией. У 136 (26,8%) пациентов с холелитиазом показатели тонуса желчного протока колебались в пределах «нормы». Среди остальной группы больных с патологией желчевыводящих путей - у 354 (69,7%) наблюдались различные показатели степени (билиарной) гипертензии. Здесь уровень манометрического давления был предельно высоким и колебался в пределах 190,0-400,0 мм. вод. ст. Здесь у пациентов имелись следующие осложнения, как-то: почти у 90% различные виды холангита (катаральный,

гнонный, гангренозный, геморрагический, смешанный), холедохолитиаз, более чем у 25% случаев, рубцовый стеноз фатерова соска (I – III степени) у 12% пациентов, индуративный (склерозирующий) панкреатит более чем у 25% пациентов. Нередко у пациента обнаруживалось сразу же несколько тяжелых осложнений со стороны желчных путей, например, холедохолитиаз и индуративный панкреатит, почти всегда холангит, часто стеноз фатерова соска с ущемлением в нем камней и т.д., скопление замазкоподобной массы, обтурирующей желчные пути, плотно закупоривая желчные пути и нераспознаваемая при УЗИ желчных путях исследовании. Всё перечисленные изменения при длительном течении холецистита способствуют сужению дистальной части холедоха, с расширением его в проксимальной части, и развитию желчной гипертензии II ст. (207,0 мм.вод. ст.)

Тщательное наблюдение за нашими пациентами и анализ “нормальных показателей” манометрии во многом убедили нас в том, что некоторые симптомы желчной гипертензии уже удавалось заподозрить на уровне манометрических показателей 135,0-159,0 мм .вод. см., у 64 (12,5 %) больных. Это позволило нам выделить так называемую “латентную или скрытую желчную гипертензию” при холецистите [9].

Учитывая все вышеприведенные показатели манометрии, с учетом латентной гипертензии у больных холелитиазом из 508 больных желчная гипертензия определялась в 417 (82,1%). Если хирургам хорошо и давно известно о билиарной гипертензии при холелитиазе, то терапевтам, по-видимому, об этом не всем достаточно известно. Ведь даже в современных руководствах по пропедевтике ничего не сообщается о желчной гипертензии, с чем связаны ошибки в диагностике кардиалгий неясной этиологии, которые могут свидетельствовать о латентном течении холелитиаза.

При желчной гипертензии при холецистите, помимо желчной колики и билирубинемии, одним из частых клинических симптомов, наблюдаются болевые ощущения в сердечной области. Иногда они настолько бывают интенсивными и продолжительными, что обычно принимаются за стенокардию или инфаркт миокарда. Мы многократно бывали свидетелями транзиторных аритмий (бигемений-аллоритмий), мерцательной аритмии, ложных стенокардий и “повторных инфарктов миокарда”, ошибочно лечившихся многие годы от ИБС и её осложнений. Так, больная Д., 58 лет многократно поступала в терапевтическую клинику Российского университета дружбы народов по поводу ИБС, приступов некупирующейся стенокардии с указанием на 2 перенесенных инфаркта миокарда в прошлом. Однако при тщательном, кропотливом анамнезе удалось установить, что болевые ощущения различной степени интенсивности у нее никогда не возникали при физической нагрузке. Больная свободно могла подниматься на 4-5 этаж по лестнице без болей в сердце. Нитраты никогда у нее не оказывали эффективного лечебного действия, хотя она многие годы постоянно принимала нитраты. Длительное обследование пациентки выявило у нее множественный холелитиаз, холедохолитиаз, хронический панкреатит. Она была переведена в хирургическую клинику, где успешно оперирована по поводу хронического калькулёзного холецистита. При манометрии желчных путей у нее оказалась желчная гипертензия II-III ст., так как цифры остаточного давления определялись на уровне 260 мм вод.ст. Последующие многие годы она не жаловалась на сердечные боли и чувствовала себя хорошо. Через 5 лет у нее на фоне приёма жирного, жареного, копчёностей развился тяжелый приступ многодневной желчной колики с механической желтухой и пациентка была госпитализирована в хирургическую клинику Российского университета дружбы народов. Здесь у нее был диагностирован рецидив желчнокаменной болезни и она подверглась повторному лечению по поводу холедохолитиаза. Манометрическое давление оказалось на уровне 380 мм вод.ст. Послеоперационный период протекал благополучно. Пациентка наблюдалась в клинике более 14 лет и никогда по поводу жалоб сердца больше к врачам не обращалась.

Приведенный случай свидетельствует о том, что у больной в течение многих лет латентно протекала желчекаменная болезнь на фоне желчной гипертензии, которая ошибочно принималась за ИБС. Удаление конкрементов из холедоха-декомпрессия желчных путей привела к полному исчезновению кардиалгии, которая длительно принималась за

ИБС. Приводим еще один случай собственного наблюдения. Больная Ч., 65 лет поступила в терапевтическое отделение клиники внутренних болезней Российского университета дружбы народов с диагнозом ИБС стенокардия. У нее в течение более 12 лет отмечались боли в нижней части грудины, возникавшие часто без всякой причины, которые часто поднимались вверх по груди. При полном обследовании с применением дозированной ориентировочной физической нагрузки (ОФН) ИБС у нее не была подтверждена, выявлен множественный холе- и холедохолитиаз, панкреатит. Изменения же на ЭКГ в виде отрицательных зубцов Т в U1-U5- были расценены как проявление холецистокардиального синдрома, и пациентка была переведена в хирургическое отделение, где была успешно оперирована на желчных путях. При ревизии желчных путей у нее оказался увеличенным размер желчного пузыря (210 см³- норма 41,0 см³), хроническая эмпиема. При манометрии холедоха давление у нее определялось на уровне 250 мм вод.ст. (желчная гипертензия II-III ст.) головка поджелудочной железы оказалась плотной (индуриативный панкреатит). Послеоперационный период протекал благополучно. Нормализовалась финальная часть ЭКГ. Болей в сердце не определялось.

В данном случае тоже синдром желчной гипертензии ошибочно принимался за ИБС, у которой хроническая эмпиема желчного пузыря с множественным холедохолитиазом и хроническим панкреатитом латентно протекала под «маской кардиалгии» многие годы. Синдром желчной гипертензии при холецистите мы наблюдали независимо от возраста, т.е. в самых разных возрастных группах. Например больная М., 36 лет часто лечилась у терапевтов от «стенокардии», несколько раз находилась в клинике. Впервые через 10 лет установлен калькулезный холецистит, холедохолитиаз, заподозрена желчная гипертензия. Успешно оперирована на желчных путях. Манометрическое давление оказалось на уровне 285 мм вод. ст. (билиарная гипертензия III ст.). После операции в течении 1,5 лет болей в сердечной области не отмечала.

У больной К., 21 года в течение 2-3 лет были часто боли в сердечной области с диффузными изменениями на ЭКГ в финальной части желудочкового комплекса. Диагностирован калькулёзный холецистит, холедохолитиаз. Во время операции на желчных путях манометрическое давление определено на уровне 310 мм вод. ст. (желчная гипертензия III ст.). После операции на желчных путях боли в сердечной области исчезли, нормализовалась ЭКГ.

Следовательно, в приведенных двух случаях с калькулезным осложненным холелитиазом, на фоне желчной гипертензии III степени имела кардиалгия (кардиальный синдром Боткина), которая исчезла после декомпрессии желчных путей.

У больного Т., 67 лет часто возникали боли в сердечной области с экстрасистолией, по поводу чего постоянно многие годы лечился от ИБС. В хирургическую клинику поступил по поводу механической желтухи и экстрасистолии-бигеминии. Впервые диагностирован осложненный калькулезный холелитиаз, холедохолитиаз, индуриативный панкреатит. Во время хирургического лечения выявлено высокое манометрическое давление – 290 мм вод. ст. (желчная гипертензия III ст.). После оперативного лечения наблюдался в течение 3-х лет. Жалоб со стороны сердца не отмечал.

И так, всё вышеизложенное свидетельствует о том, что при атипичном холецистите синдром желчной гипертензии может ошибочно приниматься за органическую сердечную патологию и приводить к неправильному лечению. Во избежание существенных диагностических ошибок надо чаще исследовать желчные пути.

ВЫВОДЫ:

1. У больных калькулёзным холециститом в 82,1% случаев возникает синдром желчной гипертензии.
2. Синдром желчной гипертензии развивается на фоне осложнений со стороны желчевыводящих путей, таких как-то: холедохоледохолитиаза, рубцового стеноза фатерова соска, индуриативного панкреатита и сопутствующего холангита.

3. Во всех атипичных случаях сердечных нарушений необходимо тщательно исследовать желчевыводящие пути, что поможет своевременно выявить калькулёзный холецистит, его осложнения и заподозрить синдром желчной гипертензии.

Литература

1. Виноградов В.В., Буянов В.М.// Экспер.хир.,1957, 3,с. 8-10.
2. Виноградов В.В., Гришкевич Э.В.// Вестник хир.,1964, 12, с.19-24.
3. Виноградов В.В., Венкатадри Г.- Наружное дренирование желчных путей. М., 1975, с.81
4. Виноградов В.В., Зима П.И., Базилович Ф.В., Пауткин Ю.Ф., Зонделов Л. П.- Значение операционных методов исследования желчных путей. // Хирургия желчных путей. Сб.научн. тр.по соврем. пробл. хирург. желч. путей.
5. Виноградов В.В., Зима П.И.- Диагностика холецистита. М.,1978. стр. 199
6. Дедерер Ю.М., Крылова Н.П., Гусинов Г.// Клин.мед. 1982, 8, с.11-15
7. Гальперин Э.И., Куничан М.Д.// Хирургия, 1969, 8, с.74-78
8. Иванов П.А., Остафьевский А.Т.- Простейший универсальный аппарат для хала ангиоманометрии. Дебитометрии и хала ангиографии.// В кн: Научн.тр. врачей Западно-Сибирской ж.д. Новосибирск,1967, с 93-95
9. Панфилов Б.К.- Билиарно-кардиальный синдром-холециститное сердце. М. 1986. с. 242
10. Панфилов Б.К.// Хирургия, 1995. 1, с.34-36.
11. Панфилов Б.К. – ж. Клиническая геронтология- 1996, 1, стр. 68-70
12. Пиковский Д.Л.- Патология и классификация синдрома желчной гипертензии тензии / Тр. Волгоград.мед. ин-т, 1971,т.23 вып.5, с.7-15
13. Coroli J.- La radiomanoetrie biliairesem. Hop. Paris. 1946. V. 22.p 1985-2000.
14. Mallet-gyp- La chirurgie biliatresous controle manometrigueet radiologique Per-operatoire. Paris. 1947

ABOUT BILE HYPERTENSION SYNDROM WITH CHOLELITHIASIS.

B.K. PANFILOV, V.I. MALIARTCHUK, L.G. EJOVA, N.E. BORISOV, Yu.F. PAUTKIN, A.J. KOROLKOV, J.I. ZENCHENKO

RPFU Therapeutic department, Surgical department.117292 Moscow. St. Vavilova. 61

Authors revealed bile hypertension syndrom in 82.1% cases from 508 patients being operated on for cholecistites. This syndrom developed from complications such as choledokolithiasis, pancreatitis, etc. This forms of cholelithiasis may be masked by cardiac symptoms, caused by bile hypertension. Thats why all cases of cardiac pains should be added with precise exploration of bile system.