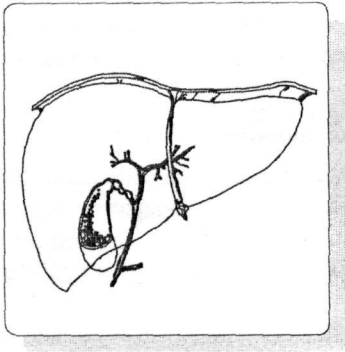


Н.А. Колпаков

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ЖЕЛЧНО-КАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, г. Санкт-Петербург; Дальневосточный государственный медицинский университет, г. Хабаровск



По многочисленности клинических проявлений и variability течения желчно-каменная болезнь (ЖКБ) превосходит многие другие заболевания органов брюшной полости, что в ряде случаев создает значительные трудности на пути распознавания заболевания.

Недостаточно четко и полно отражены особенности клинической симптоматики ЖКБ в возрастном аспекте, а также характера осложнений. Первые публикации в литературе, подчеркивающие необычный характер ЖКБ во втором и третьем десятилетии жизни, появились в конце 50-х гг. [3-5]. У 47-75% молодых больных клиническая картина ЖКБ протекает с атипичной локализацией и иррадиацией боли [1-5].

С целью выяснения особенностей клинической симптоматики ЖКБ в возрастном аспекте проведен анализ клинической картины данного заболевания у больных молодого возраста, в сравнении с пациентами старшей возрастной группы.

Краткая клиническая характеристика обследованных больных. По поводу различных форм ЖКБ в клинике лечилось 360 больных в возрасте от 16 до 35 лет (321 женщина и 39 мужчин), что составило 15% от общего числа больных, страдающих данным заболеванием. Результаты, полученные при подробном изучении клинической картины ЖКБ у больных молодого возраста, сравнивались с аналогичными, выявленными у больных среднего возраста. По собственным и литературным данным, ЖКБ наблюдается наиболее часто в возрасте 50-60 лет. Контрольную группу для сравнительного анализа составили 100 больных вышеуказанного возраста, набранных по принципу рандомизации (80 женщин и 20 мужчин).

Результаты и обсуждение

Прежде всего заслуживают внимания факты, которые могут быть ориентирами в диагностике, а именно 89,2% больных молодого возраста, страдающих ЖКБ, составляют женщины и лишь 10,8% мужчины (соотношение 9:1), причем преобладание женщин среди молодых более выражено, чем в других возрастных группах больных; в отличие от пациентов среднего возраста, среди молодых больных преобладают лица с нормальной и пониженной массой тела — 74,2% и только 25,8% — с избыточной; вопреки распространенному мнению, короткий анамнез заболевания (до 1 г.) выявляется лишь у 24,3% больных молодого возраста, страдающих ЖКБ.

Изучение возникновения боли и ее продолжительности не выявило закономерной зависимости от возраста больных. Однако определены существенные различия в характере локализации и иррадиации боли в разных возрастных группах. Типичная локализация боли, в правом подреберье, отмечена среди 165 (45,8%) больных молодого возраста, тогда как у пациентов старшего возраста — у 79 (79%). У 178 (49,5%) молодых пациентов с атипичной локализацией боли и 17 (4,7%) с латентной формой заболевания диагностика ЖКБ представляла определенные трудности. Атипичные клинические формы ЖКБ у больных старшего возраста выявлены лишь у 19 (19%), латентные формы заболевания были у 2 (2%) пациентов.

Наиболее актуальным является анализ атипичных форм ЖКБ, протекающих под “маской” других заболеваний. Из 178 молодых больных с атипичной клинической формой ЖКБ самую многочисленную группу составили пациенты с локализацией болевого синдрома в эпигастриальной области — 118 (32,8%). Более половины больных с “гастральной” формой ЖКБ длительно и не всегда успешно лечились в поликлинической сети с предполагаемым хроническим гастритом, гастродуоденитом, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. У 60 (16,7%) молодых пациентов отмечались более редкие формы клинического течения ЖКБ. Боль в правой подвздошной области и правой половине живота наблюдалась у 12 (3,3%) больных, что послужило поводом для выполнения аппендэктомии у 7 пациентов, которая не принесла ожидаемого результата. Локализация боли в поясничной области наблюдалась у 14 (3,8%) больных, и первоначальное обследование проводилось урологом. Локализация боли по типу “опоясывающих” отмечена у 10 (2,8%) пациентов, в левом подреберье и левой половине живота — у 7 (1,9%), в околопупочной области — у 5 (1,4%) больных. Боль в различных точках правой половины грудной клетки наблюдалась у 7 (1,9%) пациентов, локализация боли в левой половине грудной клетки и за грудиной была у 5 (1,4%) больных.

Частота иррадиации боли в анализируемых возрастных группах больных существенно не отличалась. В группе больных молодого возраста иррадиация боли наблюдалась у 194 (53,9%) пациентов, в группе больных среднего возраста — у 56 (56%). В то же время, у 54,5% молодых больных чаще отмечались случаи атипичной иррадиации боли, против 23,2% пациентов среднего возраста. Характер иррадиации боли

**Характер иррадиации боли при ЖКБ
в разных возрастных группах больных**

Характер иррадиации боли	Молодой возраст, %	Средний возраст, %
В область правой лопатки	15,5	21,4
В область правой ключицы	2,6	8,9
В область правого плеча	2,6	5,4
Сочетание нескольких точек	3,6	7,1
В область спины, поясницы	21,3	33,9
В межлопаточную область	4,6	7,1
В загрудинную область	15,5	8,9
В правую подвздошную область	11,3	3,6
В левые отделы живота	6,2	-
По всему животу	8,2	3,6
Крайне редкие формы иррадиации	8,7	-

при ЖКБ в разных возрастных группах больных представлен в таблице.

Анализ причин, порождающих болевой синдром в разных возрастных группах больных ЖКБ, выявил ряд различий: у 48,8% молодых больных болевые приступы появлялись без видимых на то причин, тогда как у пациентов старшего возраста "самостоятельный" характер отмечен только у 20%. У 70% больных среднего возраста болевые приступы провоцировались приемом острой и жирной пищи, тогда как непереносимость данной пищи у молодых наблюдалась у 35,5% больных.

Различные варианты диспепсии, сопровождающие болевой синдром в период обострения ЖКБ, наблюдались с приблизительно одинаковой частотой у больных молодого и среднего возраста (65%). Изучение частоты наличия специфических симптомов: Кера, Грекова-Ортнера, Мюсси-Георгиевского, Мерфи и т.д. — у больных ЖКБ показало, что последние чаще встречались в группе больных среднего возраста. При анализе острых форм калькулезного холе-

цистита отмечено, что у больных молодого возраста воспалительный процесс сопровождается более выраженным лейкоцитозом и температурной реакцией тела.

Заключение

На основании систематизации клинических проявлений ЖКБ у больных молодого возраста целесообразно выделить типичную (45,8%), атипичную (49,5%) и латентную (4,7%) формы течения заболевания.

Атипичные формы ЖКБ в соответствии с заболеваниями органов, под "маской" которых они протекают, условно разделены: на гастральную (32,8%), почечную (18,6%), кишечную (13,3%), кардиальную (8,3%) и более редкие формы.

Наблюдения показали, что при атипичных клинических формах ЖКБ у больных молодого возраста обследование желудочно-кишечного тракта, почек и сердца с одновременным ультразвуковым исследованием гепатобилиарной системы позволяет в 65,5% случаев отвергнуть заболевания вышеуказанных органов и лишь в 34,5% констатировать наличие таковых в сочетании с ЖКБ.

Относительно высокая частота атипичных клинических форм течения калькулезного холецистита у больных молодого возраста, вероятно, объясняется висцеральными пароксизмами, когда в патологический процесс вовлекаются симпатический и парасимпатический отделы вегетативной нервной системы, приводящие к появлению различных клинических "масок" ЖКБ.

Л и т е р а т у р а

1. Колпаков Н. А. Этиопатогенез, диагностика и хирургическое лечение желчно-каменной болезни у больных молодого возраста: Автореф. ... канд. мед. наук. СПб., 1993. 18 с.
2. Поташов Л.В., Фигурина Т.Д., Колпаков Н.А. // Клин. медицина. 1993. №1. С. 25-27.
3. Смирнов А.В., Балахнина Г.А. // Хирургия. 1959. №3. С. 23-26.
4. Fosburg R.G. // Amer. Surg. 1963. Vol. 106, №1. P. 82-88.
5. Sparoman R.S. // Ann. Surg. 1957. Vol. 145, №6. P. 813.

