**Холециститы**

**Острый холецистит**

Острый холецистит, часто сочетающийся и осложняющий желчекаменную болезнь (ЖКБ), среди всех острых заболеваний органов брюшной полости занимает 2-З-е, а по некоторым последним статистическим данным даже 1-ое место, составляя от них 20.25%. ЖКБ страдают от 10 до 20% всего населения земного шара, 40% лиц старше 60 и 50% старше 70 лет. А.Т. Лидский считает ЖКБ одной из основных проблем геронтологии. В последние годы отмечается учащение заболеваний желчных путей, что связано: а) с нерациональным, богатым жирами питанием, б) с увеличением продолжительности жизни.

Среди больных нашей клиники 54% больных были в возрасте, превышающем 60 лет. В зависимости от преобладания тех или других этиологических факторов различают: а) калькулезный острый холецистит (в 76% случаев), б) бескаменный острый холецистит (в 10%), г) ферментативный острый холецистит (в 10%), д) сосудистый острый холецистит (в 5% случаев).

В патологоанатомическом отношении различают:

Среди острых холециститов -

1) простой (катаральный) холецистит,

2) деструктивный – флегмонозный, гангренозный, перфоративный.

Среди хронических холециститов -

1) гипертрофический,

2) атрофический,

3) водянка желчного пузыря.

Последняя является абсолютным показанием к операции.

Диагностика острого холецистита в случаях типичного течения заболевания не сложна. Характерны боли в области правого подреберья и эпигастрия с иррадиацией в правое плечо, лопатку, надключичную область (по диафрагмальному нерву). Иногда болям сопутствует рефлекторная стенокардия, что отмечал еще Д.С. Боткин.

Боли носят или характер печеночной колики – очень резкие, при которых больные беспокойны, мечутся, меняя положение тела чаще всего при ЖКБ, при закупорке пузырного протока или холедоха камнем, реже слизью или гноем. В других случаях боли нарастают постепенно, больные лежат, боясь пошевелиться, "тронуться", что наблюдается при превалировании воспалительного процесса, растяжении пузыря воспалительным экссудатом и вовлечении в процесс брюшины.

Болям предшествуют погрешности в диете (жирная, острая, пища), физическое перенапряжение, иногда нервное потрясение. Сопутствует – рвота – повторная, скудная, мучительная, не приносящая облегчения. Пульс при наличии воспалительного компонента учащен, иногда аритмичен, при наличии желтухи может быть замедлен. Температура тела – при колике нормальная, при наличии воспаления поднимается, иногда до высоких цифр, при осложнении холангитом могут иметь место ознобы. У стариков даже при деструктивных формах температура может оставаться нормальной.

Живот ограниченно участвует в дыхании в верхнем отделе, болезнен и напряжен в правом подреберье, здесь же при деструктивных формах отмечается защитное напряжение мышц, положительным симптомом Щеткина-Блюмберга и Менделя.

Специальные симптомы холецистита:

Симптом Захарьина – болезненность при надавливании в проекции желчного пузыря.

Симптом Образцова – усиление болей при надавливании в области правого подреберья на вдохе.

Симптом Ортнера-Грекова – болезненность при поколачивании ребром ладони по правой реберной дуге.

Симптом Георгиевского-Мюсси (симптом диафрагмального нерва) – болезненность при надавливании между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы.

Иногда может быть положителен симптом Курвуазье – пальпируется желчный пузырь или перепузырный инфильтрат (хотя этот симптом описан при раке головки поджелудочной железы и, строго говоря, не является симптомом холецистита.

Желтуха – наблюдается у 40-70% больных, чаще при калькулезных формах, когда она носит характер обтурационной, механической. Она может быть следствием вторичного гепатита или сопутствующего панкреатита, а также холангита – тогда бывает паренхиматозной. Обтурационной желтухе калькулезного генеза обычно предшествует приступ печеночной колики, она может носить ремитирующий характер (в отличии от механической желтухи опухолевого происхождения, которая развивается исподволь и прогрессивно нарастает). При полной обтурации холедоха помимо интенсивной окраски мочи (из-за наличия биллирубина) – "цвета пива", "крепкого чая", становится обесцвеченным кал – в нем отсутствует стеркобилин – "желтый человек с белым калом".

Печень увеличивается, спленомегалии (в отличие от гемолитической желтухи) нет. При длительной желтухе наступает гибель печеночных клеток, выделяется "белая желчь", развивается печеночная недостаточность с переходом в кому. Быстро прогрессируют и переходят в деструктивную форму ферментативный и сосудистый холециститы.

Осложнения наблюдаются у 15-25% (Лидский) и даже до 45% (Маят) больных, это:

Перфорация с местным отграничением процесса: а) инфильтрат; б) абсцесс.

Разлитой желчный перитонит при отсутствии отграничения.

Подпеченочный, поддиафрагмальный и другой локализации абсцессы,

Холангит, ангиохолит с последующим абсцедированием печени и билиарным циррозом.

**Панкреатит.**

Дополнительные исследования

В срочном порядке определяется количество лейкоцитов в крови и амилаза крови и мочи. При возможности из биохимических исследований – кровь на билирубин и его фракции, холестерин (в норме до 6,3 м/моль/литр), В-липопротеиды (до 5,5 г/л), сахар, белок и его фракции, протромбиновый индекс, трансаминазы и амилаза крови. При желтухах – в моче исследуется билирубин и уробилин, в кале – стеркобилин.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) является очень ценным и при возможности должно производиться в порядке скорой помощи. Оно позволяет выявить наличие камней в желчных путях, размеры желчного пузыря и признаки воспаления его стенок (утолщение их, двухконтурность).

Фиброгастродуоденоскопия (ФГС) показано при наличии желтухи – дает возможность видеть выделение желчи или ее отсутствие из фатерова соска, а также заклинившийся в нем конкремент. При наличии аппаратуры возможна ретроградная холангио-панкреатография (РХПГ).

Холангиография с контрастированием перорально или внутривенно может производиться только после исчезновения желтухи и стихания острых явлений и к ней теперь прибегают редко. В диагностически неясных случаях показана лапароскопия. которая дает положительный результат в 95% случаев.

Дифференциально-диагностические трудности возникают обычно в случаях атипичного течения острого холецистита.

1) С острым аппендицитом –

а) при высоком расположении червеобразного отростка – подпеченочном или при завороте толстого кишечника в период эмбрионального развития, когда в правом подреберье оказывается слепая кишка вместе с аппендиксом.

б) При низком расположении желчного пузыря, при вентероптозе, чаще всего у стариков.

2) С перфоративной язвой обычно дуоденальной или пилорической, при малом диаметре перфоративного отверстия, при прикрытой перфорации.

3) При наличии желтухи, когда возникает необходимость дифференцировать механическую желтуху калькулезной природы от опухолевой (рака головки поджелудочной железы или фатерова соска), а иногда от паренхиматозной и даже гемолитической.

4) С острым панкреатитом, который часто сопутствует заболеваниям желчных путей и приходится решать что является первичным, превалирует в клинической картине холецистопанкреатит или панкреато-холецистит.

5) С правосторонней почечной коликой, иногда в отсутствии типичной иррадиации и симптоматики.

6) С высокой тонкокишечной непроходимостью, особенно при обтурации двенадцатиперстной кишки желчным камнем в результате пролежня стенки желчного пузыря и двенадцатиперстной кишки камнем.

7) Со стенокардией и инфарктом миокарда, учитывая, что приступ печеночной колики может провоцировать и сопровождаться стенокардией.

8) С нижнедолевой правосторонней пневмонией, особенно при вовлечении в процесс диафрагмальной плевры.

В случаях диагностических трудностей особенно подробно должен быть собран анамнез, тщательно проведено исследование живота с проверкой симптомов всех перечисленных заболеваний, проведены и проанализированы данные дополнительных исследований.

Лечение больных с острым холециститом с первого же часа поступления в клинику должно начинаться с интенсивной комплексной патогенетической терапии, направленной как на основное заболевание, так и на возможное уменьшение тяжести состояния больного, связанного с наличием возрастных или сопутствующих заболеваний (которые нужно за этот период выявить). Оно включает в себя:

покой (постельный режим в хирургическом стационаре),

диету (стол 5а, при наличии явлений панкреатита – голод),

холод при наличии воспалительных явлений – лед на живот; при печеночной колике без воспалительного компонента – тепло – грелка, ванна.

атропин, при колике с промедолом,

новокаиновые блокады по Вишневскому – паранефральная справа, круглой связки печени (Виноградов),

антибиотики широкого спектра действия, желательного тетрациклинового ряда, создающего большую концентрацию в желчных путях,

инфузионную дезинтоксикационную терапию,

симптоматическую терапию сопутствующих заболеваний. Показанием к операции являются перфорация пузыря с перитонитом, угроза перфорации, т.е. деструктивный холецистит, особенно при ферментативной или атеросклеротической (сосудистой) его форме, осложненные формы – абсцессы, механическая желтуха, холангит.

По срокам оперативного вмешательства различают:

а) Неотложная операция, в первые часы после поступления больного, показана при наличии перфорации, перитонита. Предоперационная подготовка проводится на операционном столе. В остальных случаях больным назначается комплексная интенсивная терапия, которая одновременно является и предоперационной подготовкой, проводится обследование, включающее ультразвуковое исследование.

б) Если консервативное лечение в течение суток не дает эффекта, показана срочная операция, которая обычно проводится на 2-3 день от момента начала заболевания.

в) Если консервативная терапия приводит к купированию острого процесса, операцию лучше производить в отсроченном периоде (через 8-14 дней), не выписывая больного, после предварительной подготовки и обследования.

Такова тактика ведущих хирургов страны (Петровский, Виноградов, Вишневский и др.). В этих случаях (при отсутствии желтухи в анемнезе) она может быть произведена лапароскопически. Операция неотложная сопровождается летальностью – 37,2%, срочная – 2,6%, отсроченная – 1,1% (Кузин). При безуспешности консервативного лечения, повторности приступов и отсутствии признаков интоксикации необходимо исключить дискинезию желчных путей. Абсолютным показанием к операции является водянка желчного пузыря – показано оперативное лечение.

Обезболивание – интубационный наркоз, перидуральная анестезия. Доступы: чаще Федоровский, параллельный реберной дуге, реже параректальный или срединный. Последний применяется при сочетании с пупочными грыжами и диастазом прямых мышц или при необходимости одновременного вмешательства на желудке.

Операция на желчных путях обязательно должна начинаться

а) с ревизии гепато-панкреатодуоденальной зоны.

б) осмотр желчного пузыря, его размеров, состояния его стенок Определение наличия в нем камней, что возможно иногда только при отсасывании его содержимого,

в) осмотр печеночно-двенадцатиперстной связки и проходящего в ней холедоха с определением его диаметра (более 1,2 см говорит о нарушении оттока).

в) трансиллюминация протока с целью выявления камней,

г) холангиография путем введения контраста пункцией холедоха или канюлированием пузырного протока по Холстеду-Пиковскому,

д) при наличии признаков гипертензии – манометрия,

е) осмотр и пальпация поджелудочной железы, особенно ее головки и фатерова соска,

ж) после вскрытия протока – холедохотомии – определяется характер желчи -замазкоподобная, с камнем, прозрачная, мутная, зондирование и бужирование протока с целью выявления проходимости в 12-ти перстную кишку,

з) при расширенном протоке и подозрении на наличие камня – холедохоскопия,

Основным оперативным вмешательством при холецистите является холецистэктомия – удаление желчного пузыря: (от дна к шейке или от шейки с изолированной перевязкой пузырной артерии и пузырного протока).

В редких случаях – у крайне тяжелых, пожилых больных, при технических трудностях удаления и недостаточной квалификации хирурга производится холецистостомия – ("вплотную" и "на протяжении") с дренированием пузыря. Эта операция является сугубо паллиативной, она невозможна при гангренозных формах, а в последующем у значительной части больных требуется повторная операция -холецистэктомия. В последние годы у пожилых больных, с высокой степенью операционного риска особенно при наличии желтухи рекомендуется холецистостомия путем лапароскопии, как первый этап, для декомпрессии и санации желчных путей.

Холедохотомия – вскрытие холедоха показана при расширении холедоха более 1,2 см, закупорка протока камнем, множественных камнях, холангите, недостаточной проходимости терминального отдела холедоха или сфинктера, явлениях желчной гипертензии. Она сопровождается извлечением камней, бужированием и зондированием, а иногда и холангиоскопией. Она может заканчиваться а) глухим швом, б) наружным дренированием (по Вишневскому, по Пиковскому-Холстеду через пузырный проток при достаточном его диаметре, Т-образном). в) внутренним дренированием – наложением обходных, билиодигестивных анастомозов – холедохо-дуоденальным иди холедохо-еюнальным.

Наружное дренирование показано при условии хорошей проходимости в 12-ти перстной кишке: а) при холангите (мутная желчь, ознобы в анамнезе), б) при расширениях холедоха. ( 1,2-1,5 см, в) желчной гипертензии, д) после длительной обтурации камнем, е) сопутствующем панкреатите при условии проходимости Фатерова соска. При нем возможна в последующем антеградная (через дренаж) холангиография.

Внутреннее дренирование показано: а) при выраженной протяженной структуре дистального отдела холедоха, б) при плотно вклиненном, не поддающемся извлечению камне в области фатерова соска, в) при множественных камнях или замазкоподобной желчи. В двух последних случаях, а также при стенозирующем папиллите в настоящее время чаще производится трансдуоденальная папиллосфинктеротомия и папиллосфинктеропластика. При наличии специального оборудования возможно проведение папиллотомии эндоскопически.

Все операции на желчных путях заканчиваются обязательным дренированием подпеченочного пространства.

Послеоперационный период – по схеме, как в дооперационном периоде. Добавляются ингибиторы ферментов, дезинтоксикационные средства, переливание компонентов крови, белковых заменителей, десенсибилизаторы; антикоагулянты (по показаниям). Ранние движения, вентиляция легких /оксигенация/. Дренаж меняется обычно на 4-ый день, удаляется индивидуально. Дренаж из холедоха извлекается не раньше 10-12 дня.

Летальность колеблется в широких пределах в зависимости от сроков операции (об этом уже сказано) возраста больных, осложнений. В среднем она колеблется от 4 до 10%, у пожилых – 10-26%. В нашей клинике общая летальность составляет 4,5%, у лиц старше 60 лет, 18,6%.

**Постхолецистэктомический синдром**

Часто этот диагноз ставится при наличии болей, диспептических явлений у больных, перенесших холецистэктомию. По данным клиники академика Петровского только у 23,3% больных эти явления были связаны с погрешностью во время операции или самой операцией. У 53,3% больных они были обусловлены длительным существованием холецистита до операции, наличием связанных с ним хроническим панкреатитом, гепатитом или сопутствующими заболеваниями органов брюшной полости. Необходимо раньше оперировать больных, до возникновения осложнений холецистита. "Хирурги должны доказывать необходимость своевременного хирургического вмешательства при холецистите и больным, и их лечащим врачам" (А.Д. Очкин).

**Список литературы**

Для подготовки данной работы были использованы материалы с сайта <http://max.1gb.ru/>