

Острый холецистит

Острый холецистит – одно из наиболее распространенных хирургических заболеваний, и по частоте занимает второе место после аппендицита.

Этиология и патогенез

- Возникновение острого холецистита связано с действием не одного, нескольких этиологических факторов, однако ведущая роль в возникновении его принадлежит инфекции. В желчный пузырь инфекция проникает тремя путями: гематогенным, энтерогенным и лимфогенным.
- Воспаление в желчном пузыре при попадании инфекции в желчный пузырь не происходит, если только не нарушена его дренажная функция и нет задержки желчи. В случае нарушения дренажной функции создаются необходимые условия для развития воспалительного процесса.

Факторы нарушения оттока желчи из пузыря: камни, перегибы удлинённого или извитого пузырного протока, его сужение.

Острый холецистит, возникающий на почве желчекаменной болезни составляет 85-90%.

- . В этой классификации выделены две группы острого холецистита: осложненный и неосложненный.
К неосложненному отнесены все патологоанатомические формы воспаления желчного пузыря, повседневно встречающиеся в клинической практике – катаральный, флегмонозный и гангренозный холецистит. Каждую из этих форм следует рассматривать как закономерное развитие воспалительного процесса, поэтапный переход от катарального воспаления к гангрене. Исключением из этой закономерности является первичный гангренозный холецистит, поскольку в механизме его развития лежит первичный тромбоз пузырной артерии.

- Острое воспаление желчного пузыря может протекать при наличии камней в его просвете и без них. Принятое деление острого холецистита на бескаменный и калькулезный носит условный характер, так как независимо от того, имеются камни в пузыре или они отсутствуют, клиническая картина заболевания и лечебная тактика будут практически одинаковы при каждой форме холецистита.

Осложненный холецистит

- Группу осложненного холецистита составляют осложнения, которые непосредственно связаны с воспалением желчного пузыря и с выходом инфекции за его пределы. К этим осложнениям относятся околопузырный инфильтрат и абсцесс, прободение желчного пузыря, перитонит различной распространенности, желчные свищи, острый панкреатит, и наиболее частые осложнения – механическая желтуха и холангит. Осложненные формы встречаются в 15 – 20 % случаев.

Клиническая симптоматика и диагностика

- Острый холецистит встречается у людей разного возраста, но чаще им болеют лица старше 50 лет. Больные пожилого (60 – 74 лет) и старческого (75 – 89 лет) возрастов составляют 40 – 50 % от общего числа заболевших острым холециститом.

Клиническая картина острого холецистита многообразна, что зависит от патологоанатомической формы воспаления желчного пузыря, распространенности перитонита и наличия сопутствующих изменений в желчных протоках. Вследствие многообразия клинической картины заболевания возникают диагностические трудности и ошибки в диагнозе.

- Острый холецистит, как правило, начинается внезапно. Развитию острых воспалительных явлений в желчном пузыре предшествует нередко приступ желчной колики. Вызванный закупоркой пузырного протока камнем острый болевой приступ купируется самостоятельно, или после приема спазмолитических препаратов. Однако, через несколько часов после купирования приступа колики, проявляется вся клиническая картина острого холецистита.

- Ведущим симптомом острого холецистита является сильная и постоянная боль в животе, интенсивность которой по мере прогрессирования заболевания нарастает. Отличительной особенностью боли является локализация ее в правом подреберье с иррадиацией в правую подключичную область, плечо, лопатку или в поясничную область. Иногда боли иррадиируют в область сердца, что может расцениваться как приступ стенокардии (холецисто-коронарный синдром, по С. П. Боткину).

Постоянные симптомы острого холецистита – тошнота и повторная рвота, которая не приносит облегчения больному. Повышение температуры тела отмечается с первых дней заболевания. Характер ее во много зависит от глубины патоморфологических изменений в желчном пузыре.

- Состояние больного бывает различным, что зависит от тяжести заболевания. Кожные покровы обычной окраски. Умеренная желтушность склер наблюдается при локальном гепатите и при воспалительной инфильтрации внепеченочных желчных протоков с застоем желчи в них. Появление яркой желтухи кожи и склер указывает на механическое препятствие нормальному оттоку желчи в кишечник, что может быть связано с закупоркой желчного протока камнем или со стриктурой терминального отдела общего желчного протока.

- Частота пульса колеблется от 80 до 120 ударов в 1 мин и выше. Частый пульс – это грозный симптом, свидетельствующий о глубокой интоксикации и тяжелых морфологических изменениях в брюшной полости.

Живот при пальпации значительно болезненен в правом подреберье и часто в эпигастральной области. При переходе процесса на париетальную брюшину возникают напряжение брюшных мышц – симптом Щеткина – Блюмберга. Желчный пузырь удается пальпировать при деструктивных формах острого холецистита, когда он увеличивается в размерах и становится плотным. Однако при значительном мышечном напряжении прощупать его не всегда возможно.

Специфические симптомы острого холецистита

- Симптом Ортнера – боль при покалывании правой реберной дуги ребром ладони;
- симптом Кера – усиление боли при глубоком вдохе, когда пальпирующая рука касается воспаленного желчного пузыря;
- симптом Мерфи – произвольная задержка дыхания на вдохе при давлении на область правого подреберья;
- симптом Георгиевского-Мюсси – болезненность при пальпации между головками грудино-ключично-сосцевидной мышцы.

Лабораторная диагностика

- В клиническом анализе крови отмечается высокий лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево и увеличение скорости оседания эритроцитов.

При остром холецистите и его осложнениях возникают значительные структурные и функциональные изменения в ткани печени. В зависимости от глубины этих изменений в крови можно обнаружить повышенное содержание ферментов – аминотрансферазы, альдолазы, щелочной фосфатазы, лактатдегидрогеназы (V фракция). Повышенное содержание этих ферментов в крови больных говорит о функциональных нарушениях в печени, которые могут перейти в острую печеночную недостаточность. Значительные сдвиги происходят в реологическом состоянии крови и в системе гемостаза: повышаются вязкость крови, агрегационная способность тромбоцитов, коагуляционная активность крови.

Консервативное лечение

- Проведение консервативной терапии в полном объеме и в ранние сроки заболевания обычно позволяет купировать воспалительный процесс в желчном пузыре и устранить тем самым необходимость срочного оперативного вмешательства, а при большом сроке заболевания – подготовить больного к операции.

Консервативная терапия, основанная на патогенетических принципах, включает в себя комплекс лечебных мероприятий, которые направлены на улучшение оттока желчи в кишечник, нормализацию нарушенных процессов метаболизма и восстановление нормальной деятельности других систем организма.

комплекс лечебных мероприятий

- 1) голод в течение 2-3 дней;
- 2) применение «пузыря» со льдом на область правого подреберья;
- 3) промывание желудка при сохранении тошноты и рвоты;
- 4) назначение в инъекциях спазмолитиков (атропин, платифиллин, но-шпа, или папаверин) 3 раза в день. Назначение обезболивающих препаратов при остром холецистите считается недопустимым, так как снятие боли нередко сглаживает картину заболевания и приводит к просмотру момента прободения желчного пузыря.

лечение

- Важным компонентом лечебных мероприятий при остром холецистите является выполнение правосторонней паранефральной блокады 0,5 % раствором новокаина в количестве 80 – 100 мл. Паранефральная новокаиновая блокада не только снимает болевые ощущения, но и улучшает отток инфицированной желчи из желчного пузыря и желчных протоков благодаря усилению сократительной способности пузыря и снятию спазма сфинктера Одди (сфинктер печечно-поджелудочной ампулы). Восстановление дренажной функции желчного пузыря и опорожнение его от гнойной желчи способствуют быстрому стиханию воспалительного процесса.
- При остром холецистите показано применение только тех антибиотиков, которые в достаточной концентрации накапливаются в пузырной желчи и к которым чувствительна вызвавшая острый холецистит микробная флора.

Хирургическое лечение

- **Хирургические доступы.** Для доступа к желчному пузырю и внепеченочным желчным протокам предложено множество разрезов передней брюшной стенки, но наибольшее распространение получили разрезы Кохера, Федорова, Черни и верхнесрединная лапаротомия. Оптимальными являются разрезы в правом подреберье по Кохеру и Федорову. Они обеспечивают хороший доступ к шейке желчного пузыря и магистральным желчным протокам, а также удобны для оперативного вмешательства на большом дуоденальном сосочке. Характер операции может заключаться в холецистостомии или холецистэктомии, которая при наличии показаний дополняется холедохотомией и наружным дренированием желчных протоков или созданием билиодегистивного анастомоза.

- **Наружное дренирование желчных протоков.** Каждая холедохотомия, предпринятая при остром холецистите с диагностической или лечебной целью, должна заканчиваться наружным дренированием желчных протоков при условии их свободной проходимости. Наружное дренирование желчных протоков может быть произведено следующими способами: 1) по Аббе – полиэтиленовым катетером, вводимым через культю пузырного протока; 2) по Керу - Т-образным латексным дренажем; 3) по А. В. Вишневскому – дренажем-сифоном. К выбору способа дренажа подходят с учетом патологии в протоках и характера хирургического вмешательства.

Послеоперационный период.

- В послеоперационном периоде необходимо продолжить интенсивную терапию, направленную на коррекцию нарушенных метаболических процессов и принять меры по профилактике послеоперационных осложнений.

Основу лечебных мероприятий послеоперационного периода составляет инфузионная терапия, включающая введение солевых и белковых растворов, 5 и 10 % растворов глюкозы, панангина, кокарбоксилазы, витаминов группы В и витамина С. Для улучшения реологического состояния крови и микроциркуляции в жизненноважных органах (печень, почки) назначают введение реополиглюкина (400 мл) и компламина (300-600 мг), гемодеза.

- При тенденции к олигурии которая бывает связана с функциональной недостаточностью почек, необходимо своевременно стимулировать диуреза введением лазикса или маннитола. В целях улучшения функции печени вводят сирепар или эссенциале. Инфузионная терапия в объеме 2-2,5 л жидкости в сутки должна проводиться в течение 3-4 дней; по мере улучшения состояния больного и исчезновения интоксикации объем вводимой парентерально жидкости сокращают.

- Профилактика нагноительных процессов в брюшной полости и операционной ране проводится в ходе самой операции и в послеоперационном периоде. Важнейшими мероприятиями этого плана являются промывание подпеченочного пространства растворами антисептиков (хлоргексидин) и назначение антибиотиков широкого спектра действия (ампиокс, канамицин, цепорин, гентамицин, мономицин и др.).

- У лиц пожилого возраста принимают меры по профилактике венозных тромбозов и тромбоэмболических осложнений, которые нередко являются причинами смертельных исходов. С этой целью важно с первых суток после операции активизировать больного, проводить лечебную гимнастику, бинтовать нижние конечности эластическими бинтами. Необходимо следить за состоянием системы гемостаза; при выявлении резкого гиперкоагуляционного сдвига, близкого к тромботическому состоянию, назначают антикоагулянтную терапию (гепарин по 5000 ЕД 4 раза в сутки внутримышечно под контролем тромбоэластограммы).