

Гострий холецистит.

Гострий холецистит - є неспецифічне гостре запалення жовчного міхура, що виникає в результаті дії комплексу факторів, основними з яких є блокада міхурової протоки (найчастіше жовчним конкрементом) і розвиток інфекції (проникає висхідним шляхом із кишечника, низхідним - із печінки, гематогенно чи лімфогенно).

Серед ургентних хірургічних захворювань органів черевної порожнини гострий холецистит, на сьогоднішній день, займає друге місце після гострого апендициту.

Клінічна анатомія і фізіологія

Жовчнокам'яна хвороба (cholelithiasis) – полівалентне захворювання, при якому в результаті уродженого чи набутого порушення метаболізму холестерину і жовчних кислот в асоціації з порушеннями пасажу жовчі по жовчних шляхах і діяльністю інфекційних агентів утворюються жовчні конкременти (жовчні камінці).

За даними англо-саксонської літератури, жовчнокам'яну хворобу прийнято називати захворюванням п'яти "F": femina (жінка), after forty (після сорока), fertile (плодовита, багатодітна), а fat (з надлишковою масою тіла), fletulent (страждає від газів, метеоризму)..

Анатомо-фізіологічні дані.

Жовчний міхур (vesica fellea) – грушоподібної форми резервуар ємністю 40-100 мл, що розміщений в однойменній заглибині на нижній поверхні правої частки печінки .З позицій хірургічної анатомії в ньому виділяють *дно, тіло, шийку* з кишенею Гартмана, *вивідну протоку* (ductus cysticus), яка впадає в загальну печінкову протоку, утворюючи загальну жовчну протоку. Стінка жовчного міхура складається із (зовні досередини) серозної, м'язової, підслизової і слизової оболонок (чи шарів). Відносно серози жовчний міхур здебільшого розміщується мезоперитонеально, але досить часто спостерігають варіанти.

М'язова оболонка в ділянці вивідної протоки утворюють *сфінктер* (Люткенса). Слизова оболонка разом з підслизовою, утворює множинні дрібні випинання (*кишені* Ашофа-Рокитанського). У ділянці печінкового ложа жовчного міхура можливі додаткові дрібні жовчовивідні протоки (ходи Люшка), що з'єднують його просвіт з дрібними внутрішньопечінковими протоками. Слизова оболонка в ділянці вивідної протоки утворює спіралеподібну складку відому як *клапан* Гейстера.

Кровопостання жовчного міхура відбувається через міхурову артерію (a. cystica), яка переважно є відгалуженням правої печінкової артерії, але можливі численні варіанти.

Загальна жовчна протока (ductus choledochus) довжиною 4-6 см, діаметром 0,5 – 0,7 см поділяється на *супрадуоденальну, ретродуоденальну, інтрапанкреатичну і трансдуоденальну частини* та впадає у дванадцятипалу кишку разом із протокою підшлункової залози в ділянці великого дуоденального сосочка. Циркулярні м'язові волокна термінальних відрізків загальної жовчної і панкреатичних проток утворюють *м'язовий жом* (сфінктер Oddi), що представлений трьома м'язовими групами: сфінктери власне жовчної протоки, протоки підшлункової залози (Вестфалія) й ампули – власне сфінктер Одді.

Таким чином, м'язово-сфінктерний апарат зовнішніх жовчних шляхів представлений м'язом жовчного міхура і сфінктерами *Люткенса, Міріці, Одді*.

Протягом доби в середньому виділяється до 700-1000 мл жовчі.

Найважливішими (з точки зору жовчнокам'яної хвороби) є *холестерин, жовчні кислоти, жовчні пігменти, фосфоліпіди і кальцій*.

Хірургічна анатомія.

Печінково - дванадцятипалу зв'язку ,вважають життєво важливим утворенням, що складається (справа наліво) із загальної жовчної протоки, ворітної вени (дещо ззаду) і власне печінкової артерії (ductus-vena-arteria – "dva"), покритих вісцеральною очеревиною. Пальцеве перетискання цієї зв'язки використовують для тимчасової (не більше 10-15 хв.) зупинки кровотечі.

Клінічна класифікація гострого холецистититу:

1. Гострий простий холецистит.
 1. Калькульозний (95-99 %);
 2. Безкам'яний (1-5 %):
 - а) інфекційний (бактеріальний);
 - б) паразитарний;
 - в) судинний;
 - г) ферментативний.
2. Гострий деструктивний неускладнений із місцевим невідмежованим перитонітом.
3. Гострий деструктивний ускладнений холецистит:
 - а) жовчним перитонітом (без видимої перфорації);
 - б) перфоративним жовчним перитонітом;
 - в) паравезикальним інфільтратом;
 - г) паравезикальним абсцесом;
 - д) механічною жовтяницею;
 - е) септичним холангітом;
 - є) гострим панкреатитом.

Патанатомічна класифікація гострого холецистититу:

1. Катаральний холецистит.
2. Флегмонозний холецистит (гостра емпієма жовчного міхура).
3. Гангренозний холецистит:
 - а) без перфорації;
 - б) перфоративний із розлитим жовчним перитонітом;
 - в) перфоративний із біляміхуровим абсцесом.

Клінічна симптоматика.

Суб'єктивні (функціональні) ознаки гострого холецистититу:

1. Біль у правому підребер'ї – починається *гостро або раптово*, вираженої *інтенсивності*, спочатку *переймоподібний* (жовчна коліка), потім *постійний*, періодично *посилюється*, часто виникає після вживання жирної, смаженої страви; іррадіює в більшості випадків у *праве надпліччя*, ділянку правої лопатки, правого попереку, іноді поширюється в праву епігастральну ділянку, параумбілікальну, часом у ліве підребір'я - оперізувальний (при захопленні в процес підшлункової залози).

2. **Диспептичний синдром:** – *нудота* – виникає здебільшого разом із болем, іноді передує йому, помірна до сильної, постійна; *блювота* – на висоті болю, виражена, повторна, шлунковим вмістом, часто з домішкою жовчі, не полегшує болю. Обидва симптоми рефлекторного характеру. Часто спостерігають затримку газів і випорожнень.

3. **Виражені загальна слабкість**, дискомфорт, підвищення температури до 38 °С і більше, які прогресують із зростанням тривалості захворювання.

4. Подібні повторні больові напади в анамнезі.

Об'єктивні ознаки гострого холецистититу:

1. При огляді – субіктеричність (іктеричність) склер, шкіри; сухий, обкладений язик; іноді в правому підребер'ї, й епігастральній ділянці гіперпигментація шкіри (часте користування грілкою

в минулому); при печінковій (жовчній) коліці хворий не спокійний, не знаходить місця від болю, на стадії деструктивного холециститу лежить нерухомо, обмежена дихальна екскурсія правої половини грудної клітки в нижніх відділах і передньої черевної стінки в правому підребер'ї, й епігастральній ділянці.

2. *Температура тіла* - до 38 °С і більше, адекватна підвищенню температури тіла тахікардія.

3. *Напруження м'язів* передньої черевної стінки в правому підребер'ї і правій епігастральній ділянці.

4. *Болючість при глибокій* пальпації в правому підребер'ї, точці Кера (перетин зовнішнього краю правого прямого м'яза живота з реберною дугою – точка жовчного міхура), зоні Шоффара (медіальна частина ділянки передньої черевної стінки в правому підребер'ї, відмежована серединною лінією, горизонталлю, проведеною на рівні пупка, бісектрисою утвореного ними прямого кута і медіальною половиною правої реберної дуги).

5. У правому підребер'ї пальпаторно визначають жовчний міхур .

Відомо п'ять клінічних ситуацій, коли можна пропальпувати жовчний міхур:

а) *гострий холецистит* – жовчний міхур збільшений, напружений, болючий, поверхня гладка, промацується на фоні напруженої черевної стінки в правому підребер'ї з позитивними ознаками подразнення очеревини; в ряді випадків можна пропальпувати запальний навколومیхуровий інфільтративний конгломерат;

б) *водянка жовчного міхура* – збільшений, напружений, еластичний, поверхня гладка, не болючий, обмежено рухомий, на фоні незміненої передньої черевної стінки (м'якої), без ознак подразнення очеревини;

в) *рак головки підшлункової залози*, великого дуоденального сосочка чи термінальної частини загальної жовчної протоки – жовчний міхур промацується з такими ж характеристиками, як при водянці, тільки більш еластичний і, обов'язково, на фоні механічної жовтяниці – позитивний патогномонічний симптом Курвуазьє;

г) *рак жовчного міхура* – хрящеподібної щільності, з нерівною (горбистою) поверхнею, майже не болючий, іноді на фоні помірної жовтяниці;

д) *жовчний міхур, переповнений конкрементами* – промацується рідко, щільний, із гладкою поверхнею, при м'якій передній черевній стінці, без жовтяниці й ознак подразнення очеревини.

6. *Помірний метеоризм*, послаблена перистальтика при аускультатії живота.

7. *Позитивні симптоми*, характерні для патології жовчного міхура:

а) Кера – болючість при глибокій пальпації в точці Кера;

б) Ортнера – біль при дозованому порівняльному постукуванні по правій реберній дузі;

в) Мерфі – посилення болю на висоті вдиху при пальпації в правому підребер'ї.

г) френікус-симптом (Мюссі-Георгієвського) – іррадіація болю (провокована пальпацією чи ні) з правого підребер'я в праве надпліччя з одного боку та провокований пальпацією біль у правій надключичній ділянці між ніжками правого кивального м'яза (в зоні проходження правого діафрагмального нерва) – з іншого;

д) при захопленні в процес підшлункової залози можуть бути позитивними симптоми Кертє, Мейо-Робсона тощо.

е) подразнення очеревини в правому підребер'ї: Щоткіна-Блумберга, Роздольського.

Катаральний холецистит — наиболее легкая форма заболевания, характеризующаяся умеренной интенсивности болями в правом подреберье, тошнотой и одно-двукратной рвотой. Общее состояние больного страдает мало. Пульс может учащаться до 90 ударов в минуту. Язык влажный. При пальпации живота отмечается локальная болезненность в правом подреберье.

Знаковые признаки острого воспаления желчного пузыря - симптомы Ортнера, Кера, Мэрфи и Мюсси-Георгиевского - слабо выражены или отсутствуют; симптом Щеткина-Блюмберга *не определяется*. Желчный пузырь не пальпируется, но область его проекции незначительно болезненна.

Если по стихании воспалительного процесса сохраняется обтурация пузырного протока камнем, образуется **водянка желчного пузыря**. При этом пузырь достигает больших размеров из-за скопления в просвете его бесцветной, слизеподобной стерильной жидкости («белая желчь»). Он пальпируется в виде эластичного и безболезненного образования. Водянка желчного пузыря может существовать долгое время и не причинять каких-либо страданий. Вместе с тем она может осложниться развитием **эмпиемы желчного пузыря**.

Флегмонозный холецистит характеризуется постоянными интенсивными болями в животе с типичной иррадиацией в правое плечо или правую надключичную область. Больных беспокоят тошнота, повторная рвота, не приносящая облегчения. Резко выражены слабость и недомогание, могут быть ознобы. Температура тела повышается до 37,8-38,0°C и выше, держится в течение нескольких дней.

Состояние больного обычно средней тяжести. Пульс учащается до 90-100 ударов в минуту. Язык сухой. Живот вздут, значительно болезненный в правом подреберье и, нередко, в эпигастриальной области. Почти всегда имеются явления местного перитонита: напряжение брюшных мышц и симптом Щеткина-Блюмберга определяют в правом подреберье. При нерезко выраженном напряжении брюшной стенки удается пальпировать увеличенный и болезненный желчный пузырь. Как правило, бывают положительные «знаковые» симптомы острого холецистита. При флегмонозном холецистите воспалительный процесс выходит за пределы желчного пузыря и распространяется на париетальную брюшину и соседние органы, включая гепатодуоденальную связку.

Купирование воспалительного процесса в стенке желчного пузыря и брюшной полости может закончиться образованием **эмпиемы желчного пузыря**. При этом патологическом состоянии желчный пузырь пальпируется в виде плотного и умеренно болезненного образования, симптомы раздражения брюшины не определяются. В результате скопления в «отключенном» желчном пузыре гнойного экссудата у больного периодически появляются ознобы и высокая температура.

Гангренозный холецистит. При развитии некроза стенки желчного пузыря в клинической картине болезни на первый план выступают явления интоксикации, тогда как болевой синдром может быть нерезко выраженным. Больные заторможены, адинамичны, или, наоборот, возбуждены. Пульс учащается до 110-120 ударов в минуту. Язык сухой. Живот становится вздутым, нарастает парез кишечника. Пальпаторно можно отметить некоторое уменьшение болезненности в правом подреберье и степени напряжения мышц живота. Температура тела снижается и может быть нормальной. Вместе с тем увеличивается число лейкоцитов и сдвиг влево лейкоцитарной формулы крови. Выраженная интоксикация, появление тахикардии при нормальной температуре (симптом «токсических ножниц») и лейкоцитоза.

Прободной холецистит развивается у пациентов с гангренозной формой заболевания в случае неоказания им хирургической помощи либо за счет пролежня стенки пузыря желчным камнем. Яркая клиническая картина заболевания наблюдается при прободении желчного пузыря в свободную брюшную полость, что ведет к разлитию гнойной пузырной желчи по всем ее отделам. Клинически момент прободения проявляется резчайшими болями в животе и повторной рвотой. Больной покрывается холодным потом, кожные покровы бледнеют. При исследовании живота выявляется картина распространенного перитонита.

Гнойний холангіт, ускладнюючий течення острого холецистита, може розвинути в результаті прямого переходу запального процесу з жовчного пухирця на внепеченочні жовчні протоки. Це супроводжується утолщенням їх стінок і звуженням просвіта, що, в свою чергу, призводить до порушення відтоку жовчі в кишечник. Характерним для нього є три клінічних ознаки (**триада Шарко**): *наростаюче жовтушне забарення шкіри і склер, висока температура до 38-39°C, супроводжується ознобами і болями в правому подребер'ї.*

Лабораторні та інструментальні методи діагностики.

загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, біохімічне дослідження крові (білірубін, амілаза, сечовина, креатинін, АЛТ, АСТ), рентгенологічне дослідження (оглядову рентгенографію правої подреберної ділянки, внутрішньовенну холецистографію), ультразвукове дослідження печінки, жовчного міхура і проток, підшлункової залози, лапароскопію:

Диференційний діагноз.

Диференційну діагностику при гострому холециститі найчастіше проводять із гострими хірургічними захворюваннями органів черевної порожнини (проривною виразкою, гострим апендицитом, гострою кишковою непрохідністю), правосторонньою базальною плевропневмонією, інфарктом міокарда (холецисто-кардіальним синдромом).

Лікувальна тактика та вибір методу лікування.

Консервативне лікування показане хворим на гострий простий холецистит, проводять у хірургічному стаціонарі. Воно включає: ліжковий режим, голод, шлункову декомпресію за допомогою назогастрального зонда, холод на праве подребер'я, паранефральну блокаду чи блокаду круглої зв'язки печінки 0,5 % розчином новокаїну з антибіотиками, анальгетики (окрім морфіну, який викликає спазм сфінктера Одді), спазмолітики, антибактеріальну терапію парентерально, інфузійну дезінтоксикаційну терапію. При позитивному результаті комплексне лікування продовжують 3-5 діб. Відсутність позитивного результату консервативного лікування впродовж 12-24 год. свідчить про те, що запальний процес у жовчному міхурі прогресує в деструктивну стадію.

Оперативне лікування показане хворим на гострий деструктивний холецистит і деструктивний ускладнений холецистит.

Наведений вище комплекс консервативного лікування використовують як *передопераційну підготовку.*

Операції можна виконувати як *традиційним способом*, так і *лапароскопічно*. У більшості хворих виконують холецистектомію (звичайну чи розширену холедохотомію в асоціації з різними варіантами дренивання зовнішніх жовчних шляхів) – радикальну операцію.

У післяопераційний період необхідно продовжувати наведену вище консервативну терапію, доповнену 2-3 - разовим добовим парентеральним харчуванням і симптоматичним лікуванням.

Лікувальна тактика у хворих на перфоративний жовчний перитоніт, механічну жовтяницю, холецистопанкреатит визначають залежно від стадії і поширення процесу. Її характеристика наведена у відповідних розділах.