

Гострый холецистит



- Гострий холецистит - неспецифічне гостре запалення жовчного міхура, яке виникає в результаті дії комплексу факторів, головними з яких є блокада міхурової протоки і розвитку інфекції.

Клінічна класифікація гострого холециститу

- 1. Гострий простий холецистит.
- 2. Гострий деструктивний неускладнений місцевим необмеженим 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.
 -

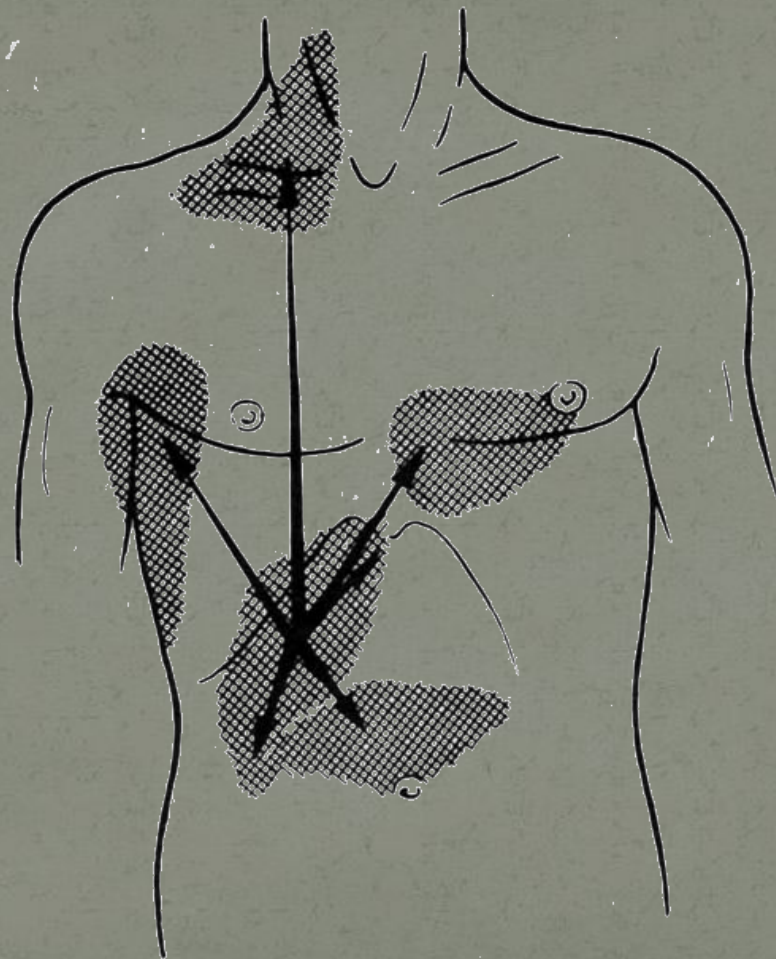
Патанатомічна класифікація гострого холецистититу

- 1. Катаральний
- 2. Флегмонозний (гостра емпієма жовчного міхура)
- 3. Гангренозний:
 - А) без перфорації;
 - Б) перфоративний з розлитим жовчним перитонітом;
 - В) перфоративний з навколومیхуровим абсцесом.

Суб'єктивні ознаки

- 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), рідко поширюється в ділянку серця (холецисто-кардіальний рефлекс С.П. Боткіна)
- 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.

Варіанти іррадіації болю



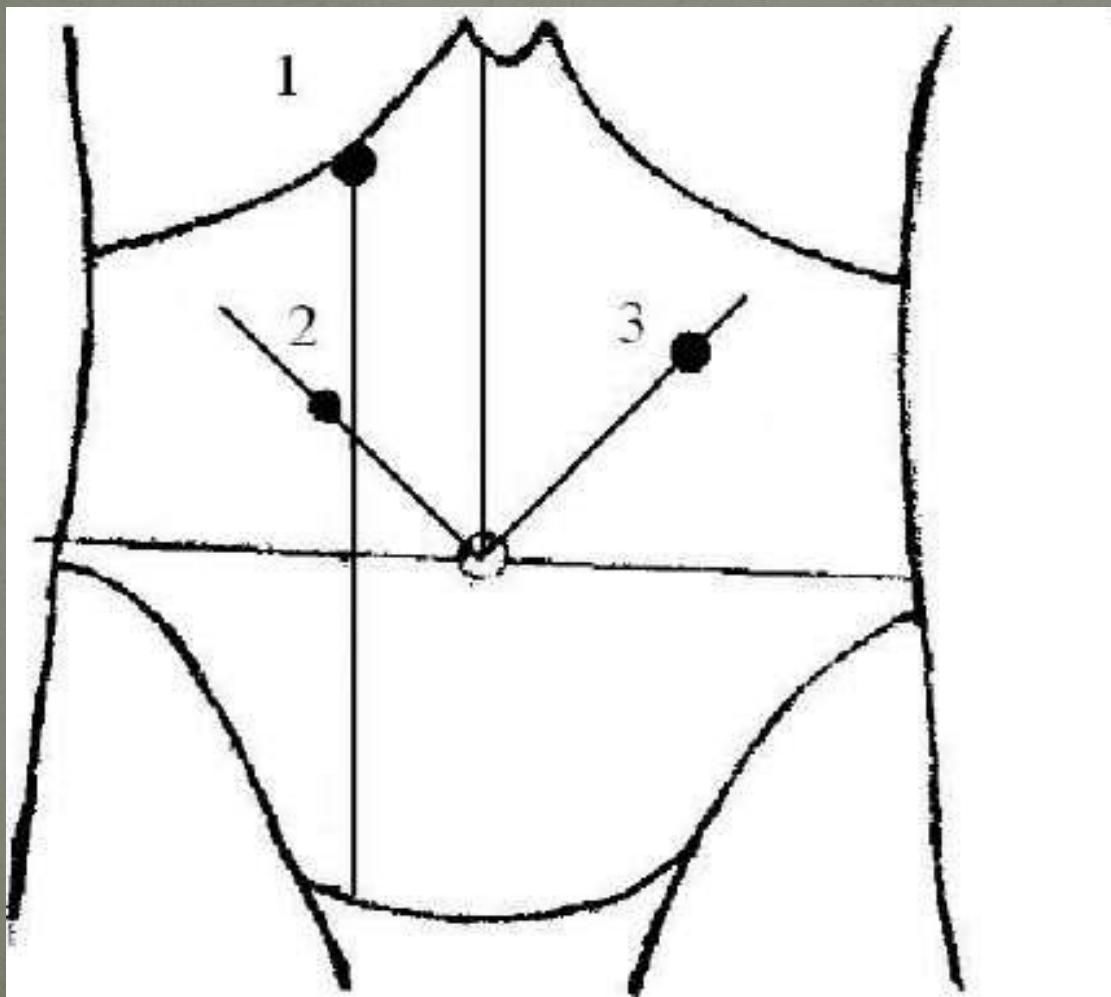
Об'єктивні ознаки

- 1. При огляді – субіктеричність (іктеричність) склер, шкіри; сухий, обкладений язик; іноді в правому підребер'ї, й епігастральній ділянці гіперпігментація 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 °C 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), при захопленні в процес підшлункової залози болючість у проекції останньої.
- 5. У правому підребер'ї пальпаторно визначають жовчний міхур

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 (у зв'язку з розгалуженням правого діафрагмального нерва в перитонеальному покриві жовчного міхура) 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 Керте, Мейо-Робсона тощо. (див. відповідний розділ);
- е) подразнення очеревини в правому підребер'ї: Щоткіна-Блумберга, Роздольського.

Положення больових точок



1. - точка Кера

2. - точка
Дежардена

3. - точка Мейо-
Робсона

Лабораторні та інструментальні методи діагностики.

- а) загальний аналіз крові – спостерігають нейтрофільний лейкоцитоз ($8-10-15-18 \times 10^9$), вираження якого прямо залежить від стадії запального процесу в жовчному міхурі, зсув лейкоцитарної формули вліво до появи навіть незрілих форм гранулоцитів і токсичної зернистості нейтрофілів, лімфопенію, еозинопенію, моноцитопенію, можливе збільшення швидкості осідання еритроцитів;
- б) загальний аналіз сечі – можливі помірні протеїнурія, гематурія (частіше вилужені еритроцити), піурія, циліндрурія як прояви інтоксикації і гіпостенурія як прояв порушення концентраційної функції нирок; при захопленні в процес підшлункової залози характерна гіперамілазурія;
- в) біохімічні дослідження крові – можливі гіпербілірубінемія, в основному за рахунок прямого білірубіну, збільшена кількість сечовини, креатиніну, гіперамілаземія, незначне збільшення кількості ферментів АЛТ, АСТ;
- г) рентгенологічне дослідження – на оглядовій рентгенограмі правого підребер'я можливі тіні рентгеноконтрастних (кальцинованих) жовчних конкрементів, на внутрішньовенній холецистограмі відсутня тінь жовчного міхура (негативна холецистограма);
 - д) УЗД – найбільш повна і безпосередня інформація для верифікації діагнозу – збільшений, блокований жовчний міхур із потовщеними стінками і жовчними конкрементами у просвіті з точною кількісною характеристикою розмірів міхура, його стінки, протоки, конкрементів, загальної жовчної протоки та якісною характеристикою вираження запальних змін у навколومیхуровому просторі;
- е) лапароскопія – візуальні морфологічні ознаки гострого холециститу (наявність ексудату, гіперемія, запальна інфільтрація, фібринні нашарування тощо).

Консервативне лікування (немедикаментозне)

- 1. Ліжковий режим.
- 2. Обмеження харчування протягом 3—5 діб з подальшим призначенням дієти № 5 за Певзнером, вживання лужних мінеральних вод (боржомі, поляна квасова), оскільки кислий вміст шлунка стимулює продукцію кишкових гормонів (секретину, холецистокініну), які сприяють активації моторної функції жовчного міхура і секреторної функції підшлункової залози.
- 3. Холод на праву підреброву ділянку (по 20—30 хв кожні 3—4 год). Застосування тепла неприпустиме через загрозу прогресування запального процесу з виникненням деструктивних змін у жовчному міхурі.

Медикаментозне лікування

- 1. Для покращення пасажу жовчі і зменшення інтенсивності болю призначають спазмолітичні препарати (ношпу, папаверину гідрохлорид, платифілін, атропіну сульфат) внутрішньом'язово, внутрішньовенно інфузійно, підшкірно. Атропіну сульфат і платифілін, крім того, зменшують секрецію підшлункової залози.
- 2. Для усунення болю широко використовують ненаркотичні аналгетичні засоби, а також препарати комбінованої спазмолітичної та аналгетичної дії (розчин анальгін, баралгін, спазган, спазмалгон, трамал, ношпалгін й ін.). Наркотичні засоби не бажано призначати через їх здатність спричиняти спазм м'яза — замикача спільної жовчної протоки (сфінктера Одді), що сприяє виникненню жовчної гіпертензії і порушенню пасажу панкреатичного соку (при гострому холециститі вкрай не бажано).
- 3. Потенціюють дію аналгетичних засобів і зумовлюють седативний і протизапальний ефект антигістамінні препарати (розчин димедролу, супрастин, дипразин та ін.).
- 4. Одним із найважливіших компонентів консервативного лікування є інфузійна і симптоматична терапія, яка передбачає зменшення ступеня тяжкості інтоксикації, корекцію порушень обміну речовин і функціонального стану життєво важливих органів (неогемодез, реополіглюкін, 5—10 % розчин глюкози з комплексом вітамінів, еуфілін, корглікон, строфантин, сечогінні засоби — фуросемід, лазикс та ін.).
- 5. Антибактеріальна терапія передбачає призначення препаратів, здатних накопичуватися у жовчі (гентаміцин, напівсинтетичні пеніциліни — ампіцилін, оксацилін, ампіокс, цефалоспорини — кефзол, клафоран, фортум, зинацеф, цефтріаксон, цефобід та ін.).
- При деструктивних формах захворювання у зв'язку із загрозою приєднання анаеробної інфекції призначають метронідазол, метрагил.
- 6. За наявності ознак панкреатиту доцільно призначати інгібітори протеаз (контрикал, трасилол, гордокс, сандостатин, 5-фторурацил та ін.).
- 7. Гепатопротектори (гептрал, есенціале, хофітол, цитрагілін, гепарсил).

Хірургічне лікування

Оперативні втручання з приводу гострого холециститу за термінами виконання розділяють на:

- 1. Невідкладні — здійснюють у терміни 2—12 год після госпіталізації за наявності ознак деструктивного холециститу, при ускладненні його перфорацією, перитонітом, у разі швидкопрогресуючої інтоксикації, спричиненої жовтяницею, гнійним холангітом.
- 2. Термінові — виконують у терміни 24—72 год після госпіталізації за відсутності ефекту від консервативної терапії при прогресуванні інтоксикації, появі місцевих ознак перитоніту, септичного холангіту тощо.
- 3. Ранні відкладені операції — виконують через 3—10 діб після госпіталізації хворим, яким була показана термінова операція, проте з тих чи інших причин не була здійснена (відмова пацієнта, тяжкий стан). У 5—50 % таких хворих виявляють деструктивні форми гострого холециститу.
- 4. Планові — виконують у різні терміни після виписування хворих зі стаціонару (через 1—3 міс і більше).

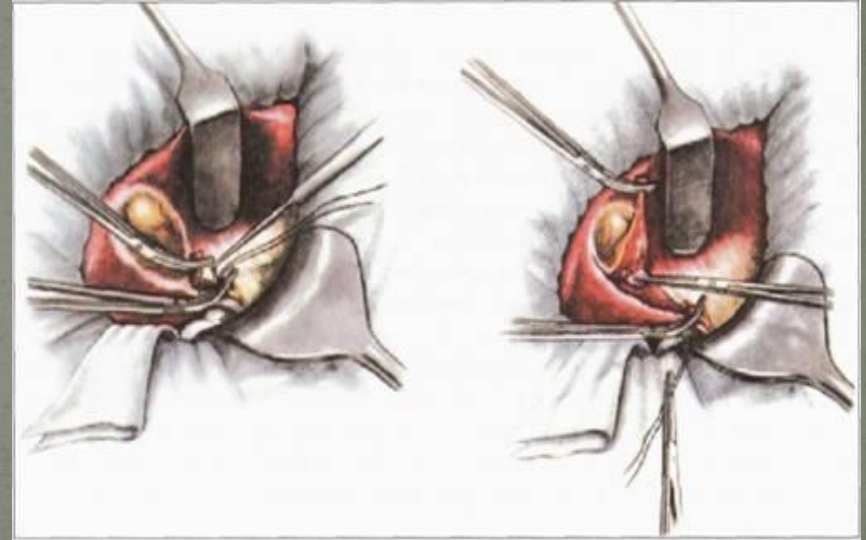
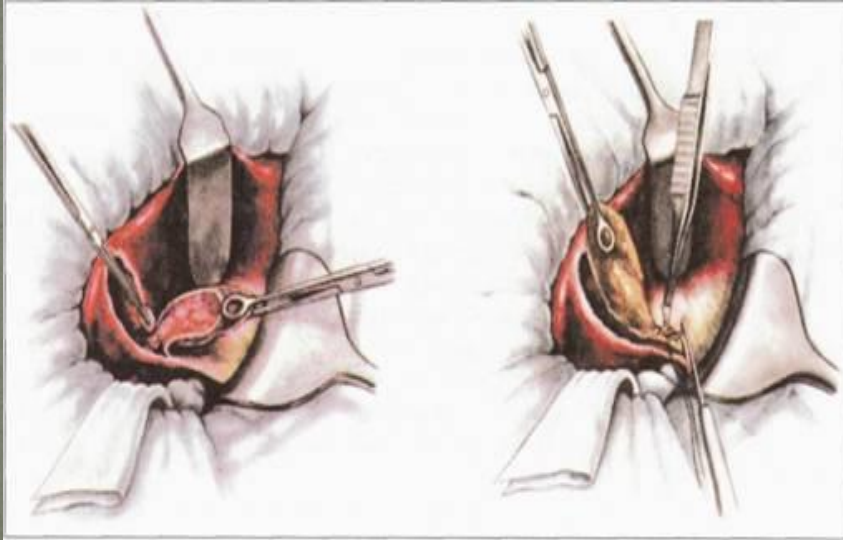
Хірургічне лікування

- Оперативне втручання з приводу гострого холецистити передбачає усунення вогнища гострого запалення у черевній порожнині, а при порушенні пасажу жовчі у дванадцятипалу кишку — відновлення прохідності жовчних шляхів.
- Операцією вибору при гострому холециститі є холецистектомія, виконанням якої обмежуються майже у 80 % хворих. За методом виконання розрізняють субсерозну холецистектомію від шийки і від дна жовчного міхура. За неможливості субсерозного виділення жовчного міхура, щільного зрощення його з печінкою можливе застосування атипового методу — розрізу стінки жовчного міхура, евакуація вмісту, а потім — виділення жовчного міхура (іноді із залишенням частини його стінки на печінці — операція Прибрама).
- Упродовж останнього десятиріччя широко застосовують лапароскопічну холецистектомію — видалення жовчного міхура з використанням лапароскопічного комплексу (операційний лапароскоп з відеокамерою і кольоровим відео-монітором, інсуфлятор — для подання газу в черевну порожнину, комплекс для коагуляції тканин, лапароскопічні інструменти).

Способи холецистектомії

“від шийки” (ретроградний) - спочатку виконують мобілізацію міхурової протоки і перев'язують основний стовбур міхурової артерії, а потім субсерозно видаляють жовчний міхур .

“від дна” (антеградний) - жовчний міхур видаляють субсерозно від дна з поетапною послідовною перев'язкою гілок міхурової артерії .



Післяхолецистектомічний синдром

- Більшість авторів пропонують виділяти чотири групи захворювань, які можуть бути пов'язані з виконанням операції холецистектомії і бути об'єднані у поняття післяхолецистектомічний синдром:
- 1. Захворювання або патологічний стан органів біліо-панкреатичної системи, не усунений під час виконання оперативного втручання холецистектомії або є її наслідком — залишені камені жовчних проток, стеноз жовчних шляхів, частіше термінального відділу спільної жовчної протоки, великого сосочка дванадцятипалої кишки, холангіт тощо.
- 2. Захворювання або патологічні стани, які безпосередньо є наслідком виконання оперативного втручання: довга кукса міхурової протоки і навіть залишена частина шийки й тіла жовчного міхура, в яких у подальшому можуть утворюватися камені; ятрогенне пошкодження позапечінкових жовчних проток, частіше спільної жовчної протоки, і їх наслідки (стриктура, жовчна нориця та ін.). Ця група причин післяхолецистектомічного синдрому, як правило, пов'язана з дефектами оперативної техніки або є наслідком складності патологічних змін у жовчному міхурі й печінково-дванадцятипалій зв'язці, наявності атипових анатомічних варіантів жовчних проток, системи кровопостачання біліарного тракту тощо.
- 3. Захворювання інших суміжних органів, які значною мірою зумовлені жовчнокам'яною хворобою (хронічний панкреатит, хронічний гепатит, дуоденіт та ін.).
- 4. Супутні захворювання інших органів і систем, зокрема травного каналу, не пов'язаних з біліарною системою, а тим більше з виконаною холецистектомією — виразкова хвороба шлунка або дванадцятипалої кишки, хронічний гастрит, хронічний коліт, діафрагмова грижа, рефлюкс-езофагіт тощо, які нерідко не виявлені перед операцією через недостатній обсяг діагностичних досліджень. Після виконання оперативного втручання можливе загострення цих захворювань, особливо в ранній післяопераційний період.