

ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кафедра хірургії №3

ЛЕКЦІЯ: “ Жовчно-кам’яна хвороба. Гострий та хронічний холецистит.”

Лекцію обговорено на методичній нараді кафедри
« » _____ 2020 р. Протокол № 1
Зав. кафедрою _____ проф. Ткаченко О.І

Одеса - 2020

1. Актуальність теми. Обґрунтування теми.

Жовчнокам'яна хвороба розповсюджене захворювання серед населення всього світу.

Мешканці України, як у городі, так і у селі, часто мають це захворювання. Але проблема в тому, що ЖКХ має ускладнення, одним з яких є гострий холецистит. Гострий холецистит виникає частіше на тлі ЖКБ і по частоті займає після гострого апендициту друге місце і складає 10% від всіх гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини.

Ось чому, лікарі будь-якої спеціальності, мають бути знайомі з цією патологією і орієнтуватися в діагностиці, організаційній та лікувальній тактиці.

Матеріал, який викладається в лекції має важливе значення у професійній підготовці фахівця:

- студенти стоматологічного факультету у майбутній практичній роботі мають орієнтуватися в питаннях діагностики, знати варіанти клінічного перебігу та ускладнення, орієнтуватися в організаційній і лікувальній тактиці;
- студенти стоматологічного факультету повинні розуміти, що стан ротової порожнини і зубів має безпосереднє значення в травленні людини і можливого виникнення цього захворювання.

2. Цілі лекції:

- навчальні

Знати:

- визначення патології;
- анатомо-функціональні особливості жовчно-вивідних шляхів;
- загальні дані про захворюваність населення України на цю патологію;
- класифікацію;
- загальний клінічний перебіг та симптоматику гострого та хронічного холециститу;
- ускладнення гострого та хронічного холециститу;
- методи обстеження хворих;
- диференційну діагностику гострого і хронічного холециститу;
- показання до консервативного і хірургічного методів лікування хворих з різними формами захворювання;
- методи оперативного лікування;
- питання непрацездатності і інвалідності;
- реабілітацію хворих.

- виховні

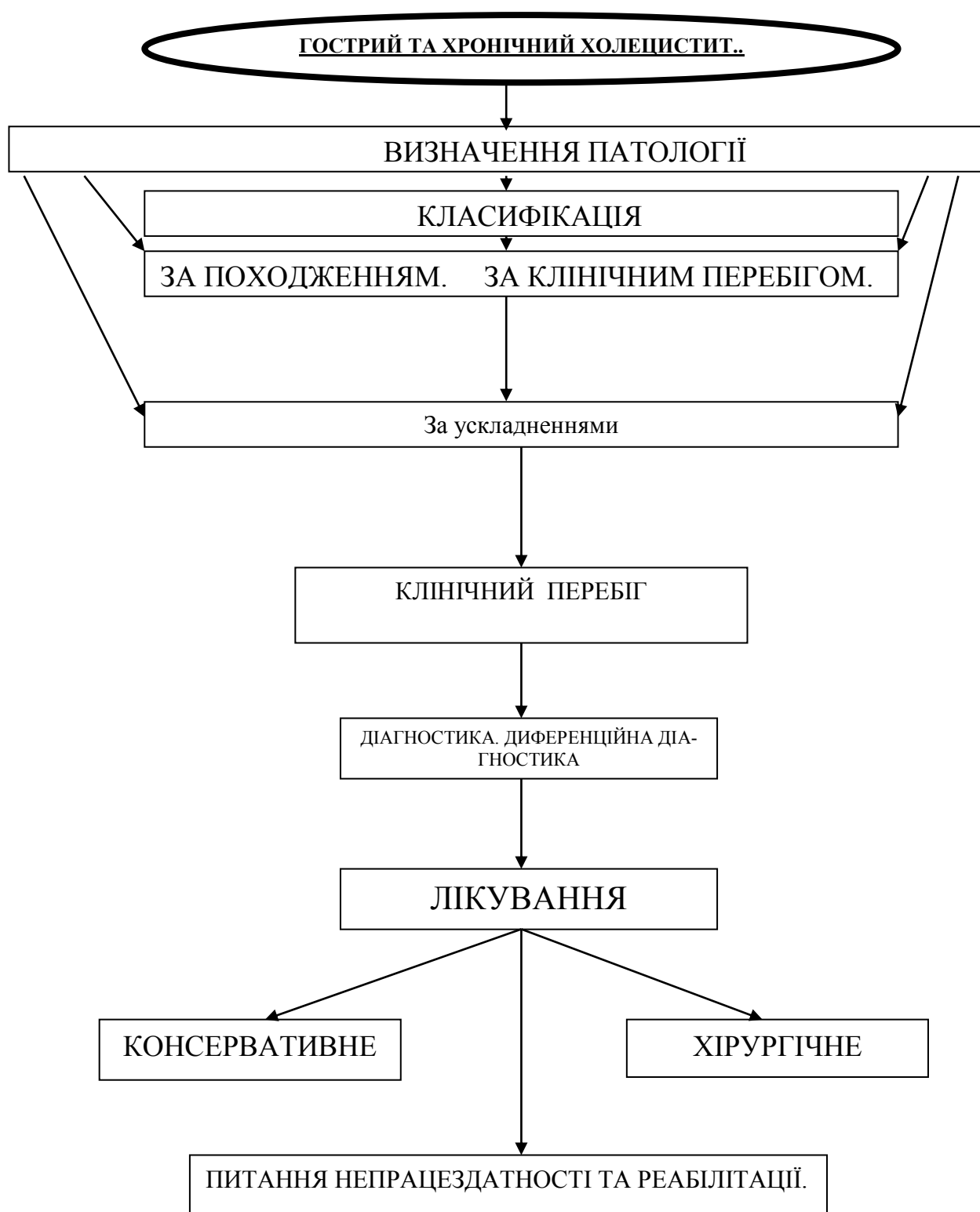
Матеріал лекції спрямовано на формування у студентів логічного і клінічного професійного мислення, відповідальності лікаря за стан хворої людини. Освітлюються питання медичної етики і деонтології.

3. План та організаційна структура лекції.

№№ п. п.	Основні етапи лекції та їх зміст.	Цілі у рівнях абстракції.	Тип лекції, оснащення лекції.	Розподіл часу.
1	2	3	4	5
	Підготовчий етап			
1.	Визначення навчальних цілей.	I-II	тематична лекція	3%
2.	Забезпечення позитивної Мотивації.	I-II		2%
	Основний етап			
3.	Викладення лекційного Матеріалу. План:		Таблиці, схеми,	90%
	1.Анатомо-функціональні особливості жовчно-вивідних шляхів.	I-II	кодограми,	
	2.Загальні відомості про захворюваність населення України.	I-II	слайди. Відеофільм.	
	3.Класифікація гострого та хронічного холециститу.	I-II		
	4. Методи обстеження хворих та діагностика.	I-II		
	5. Клінічний перебіг різних форм та їх ускладнення.	I-II		
	6.Консервативне та хірургічне лікування.	I-II		
	8.Питання працездатності, та реабілітації.	I-II		
	Заключний етап			5%
4.	Резюме лекції			
5.	Відповіді лектора на можливі запитання.		Список літератури	
6.	Завдання до самопідготовки		Питання. Завдання.	

4. Зміст лекційного матеріалу:

структурно-логічна схема змісту теми;



ЖОВЧНОКАМ'ЯНА ХВОРОБА, ГОСТРИЙ І ХРОНІЧНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ ТА ЇХ УСКЛАДНЕННЯ.

ГОСТРИЙ ХОЛЕЦИСТИТ. Гострий холецистит - запалення жовчного міхура. За частотою це захворювання займає друге місце після апендициту і складає близько 10 % відносно всіх гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини. В етіології холециститу найважливішими факторами вважають: інфекцію, дискоординацію пасажу жовчі та порушення обміну речовин. Усі вони зумовлюють утворення конкрементів.

При бактеріологічному дослідженні вмісту жовчного міхура найчастіше висівають кишкову паличку, стафілокок і ентерокок. Рідше зустрічаються стрептокок та інші мікроорганізми.

Холециститом значно частіше (70-80 %) хворіють жінки, в яких під час вагітності майже завжди порушується пасаж жовчі у дванадцятипалу кишку. Цьому сприяють малорухливий спосіб життя "сидяча робота" та інші види гіподинамії. При гострому холециститі розвивається катаральне, фібринозне та гнійне запалення. Стінка жовчного міхура потовщена, набрякла, гіперемована з нашаруваннями фібрину та гною. Прогресування процесу може призвести до некрозу (гангрені) стінки жовчного міхура. **Класифікація.** Гострий холецистит поділяють на:

I. Гострий калькульозний холецистит. II. Гострий некалькульозний холецистит.

1. Катаральний.
2. Флегмонозний.
3. Гангренозний.
4. Перфоративний.
5. Ускладнений:
 - а) водянка:
 - б) емпієма:
 - в)панкреатит:
 - г) жовтяниця
 - д)гепатит:
 - е) холангіт:
 - е) інфільтрат:

Симптоматика і клінічний перебіг . Захворювання, як правило, починається після порушення режиму харчування: прийому великої кількості жирної, м'ясної їжі, особливо в поєднанні зі спиртними напоями. Больовий синдром. Характерними для нього є сильний розпираючий біль у правому підребер'ї та епігастральній ділянці з іррадіацією в праву надключичну ділянку та праве плече. Якщо больовий синдром має сильно виражений нападopodobний характер, його називають печінковою колькою. Диспепсичний синдром. Частими симптомами, що турбують хворого, є нудота, багаторазова блювота, спочатку шлунковим вмістом, а пізніше - з домішками жовчі. Згодом до них часто приєднуються відчуття здуття живота, затримка випорожнень та газів. Огляд. При огляді майже у всіх пацієнтів спостерігають субіктеричність склер навіть при нормальному пасажі жовчі. Язик, як правило, обкладений нашаруваннями біло-сірого кольору. Хворі скаржаться на сухість у роті, У тяжких випадках язик звичайно сухий, обкладений білим нальотом із жовтою плямою в центрі, що залежить від перебігу нападу захворювання. Підвищення температури тіла короткочасне та незначне (в середньому до 37,2°C) при катаральному холециститі й більш стійке (в межах 38° C) при його деструктивних формах.

Тахікардія певною мірою свідчить про ступінь інтоксикації. У перші години захворювання пульс, зазвичай, відповідає температурі, а при прогресуванні процесу, особливо з розвитком перитоніту, він стає частим і слабого наповнення.

Під час пальпації спостерігають болючість у місці пересічення правої реберної дуги із зовнішнім краєм прямого м'яза живота (точка Кера). Поверхневою і глибокою пальпацією правого підребер'я, як правило, виявляють болючий, збільшений жовчний міхур, що може бути важливим, а іноді визначальним для діаг-

нозу, симптомом. Напруження черевних м'язів часто свідчить про екстраміхурове поширення інфекції та подразнення ексудатом парієтальної очеревини. У клініці гострого холециститу визначають ряд характерних симптомів:

Мерфі - затримка дихання під час пальпації жовчного міхура на вдиху.

Кера - посилення болю при натисненні на ділянку жовчного міхура, особливо на глибокому вдиху.

Ортнера - болючість при легкому постукуванні по правій реберній дузі краєм долоні.

Мюсси- Георгієвського - болючість при пальпації між ніжками (над ключицею) правого кивального м'яза.

Щоткина-Блюмберга - збільшення болючості при швидкому забиранні пальців, якими натискували на передню черевну стінку. Цей симптом не є патогномонічним для холециститу, але має велике значення в діагностиці перитоніту.

Треба відзначити також важливість градації вираження симптомів: різко позитивний, слабопозитивний, сумнівний, від'ємний.

Симптоматика гострого холециститу може наростати протягом 2-3 годин, а потім без будь-якого лікування, під впливом грілки або лише після початого консервативного лікування, швидко йде на спад і зникає повністю. Це майже завжди означає, що причина, яка викликала гостре запалення, ліквідована (зник спазм, пройшов протокою конкремент, просунувся клубок слизу тощо).

Деструктивні холецистити маніфестуються найтяжчою клінічною картиною. Так, гангренозний холецистит, як правило, перебігає з різко вираженими явищами інтоксикації та супроводжується клінікою жовчного перитоніту. Перфорацією може ускладнюватися флегмонозний або ж гангренозний холецистит, і тоді на фоні вираженої клініки деструктивного процесу настає раптове погіршення стану хворого. Це проявляється на початку раптовим посиленням болю і швидким наростанням явищ перитоніту. Але треба відзначити, що така клінічна картина може розвиватися тільки у випадках прориву вмісту жовчного міхура у вільну черевну порожнину.

Лабораторні дані. Лейкоцитоз у межах 10:109/л і більше, зсув лейкоцитарної формули вліво, лімфопенія і збільшена ШОЕ. Сонографічне дослідження жовчного міхура може виявити збільшення його розмірів, потовщення стінок, розвиток перивезікальних абсцесів, наявність чи відсутність конкрементів і їх розміри.

Оглядова рентгенографія органів черевної порожнини дозволяє констатувати наявність у проекції жовчного міхура рентген позитивних конкрементів із вмістом кальцію **Варіанти клінічного перебігу й ускладнення.** Клінічний перебіг гострого холециститу багатогранний і залежить від ряду причин, серед яких найбільше значення мають ступінь порушення пасажу жовчі міхуровою протокою і холедохом, вірулентність інфекції, наявність або відсутність панкреатоміхурового рефлюксу (закидання панкреатичного соку). До цього перебігу треба додати передуючі анатомічні й функціональні зміни жовчного міхура та прилеглих органів, а також стан захисних і регуляторних механізмів хворого.

Особливості перебігу гострого холециститу у хворих похилого та старечого віку. Характерним для них є велика частота розвитку деструктивних форм холециститу та їх ускладнення перитонітом. Причому, треба мати на увазі, що такі зміни в жовчному міхурі можуть розвинутиися вже в першу добу перитоніту внаслідок перфорації міхура. Атиповий перебіг у цих хворих проявляється, в основному, невідповідністю клінічної картини захворювання патоморфологічним змінам, наявним у жовчному міхурі. У клінічній картині у хворих на перший план часто виступають симптоми інтоксикації, тоді як біль і ознаки перитоніту можуть бути виражені нерізно.

Водянка жовчного міхура - це асептичне його запалення, що виникає внаслідок блокади міхурової протоки конкрементом або слизом. При цьому жовч із міхура всмоктується, а на заміну в його просвіті накопичується прозорий ексудат. Під час пальпації у хворих відзначають збільшений і неболючий жовчний міхур.

Емпієма жовчного міхура є неліквідованою своєчасно його водянкою, що при повторному інфікуванні трансформувалась у нову форму. Жовчний міхур у таких хворих пальпують у вигляді щільного, помірно болючого утвору, проте симптоми подразнення очеревини, як правило, відсутні.

Періодично спостерігають високу температуру тіла, озноб. У крові наявні високий лейкоцитоз із зсувом формули крові вліво.

Біліарний панкреатит. Основними його проявами є погіршення стану хворого, поява оперезуючого болю, багаторазової блювоти, ознак серцево-судинної недостатності, високої амілазурії, наявність інфільтрату в епігастральній ділянці та позитивні симптоми Воскресенського і Мейо-Робсона.

Жовтяниця найчастіше виникає при порушенні пасажу жовчі у дванадцятипалу кишку внаслідок obturaції холедоха конкрементом, замазкою чи через набряк головки підшлункової залози. При цьому виникають

характерна істеричність склер, білірубінемія, темна сеча і світлий незабарвлений кал.

Холангіт. У хворих із цією патологією, поряд із жовтяницею, підвищується температура тіла до 38-39°C, виникає лихоманка, високий лейкоцитоз і знижуються величини функціональних проб печінки.

Гепатит проявляється жовтяницею, наростанням явищ загальної слабості, збільшенням у крові показників аланінаміно- й аспарагінамінотрансфераз і лужної фосфатази. Печінка при цій патології під час пальпації болюча з гострими краями.

Інфільтрат - ускладнення, що може виникати на 3- 4 добу після нападу гострого холециститу.

Характерними для нього є тупий біль, наявність у правому підребер'ї щільного пухлиноподібного утвору з нечіткими контурами, підвищення температури тіла до 37,5-38°C та від'ємні симптоми подразнення очеревини.

Абсцес. Хворі з цією патологією скаржаться на високу температуру, біль у правому верхньому квадранті живота, де пальпують болючий пухлиноподібний утвір, на лихоманку, загальну слабкість, відсутність апетиту, жовтяницю, іноді блювоту. Рентгенологічно в правому підребер'ї спостерігається горизонтальний рівень рідини та газу над ним. У крові наявний високий лейкоцитоз із зсувом лейкоцитарної формули ліворуч.

Печінково-ниркова недостатність часто може виникати при найтяжчих формах холециститу.

Загальний стан хворого при цьому тяжкий, різко виражені інтоксикація, збудження, галюцинації, марення, олігурія й анурія.

Перитоніт є чи не найчастішим ускладненням при перфорації жовчного міхура у вільну черевну порожнину і проявляється різким болем у животі та повторною блювотою. Хворий вкритий холодним потом, шкірні покриви його бліді, артеріальний тиск при цьому падає, пульс частий і слабого наповнення. Під час об'єктивного обстеження відзначають напруження м'язів передньої черевної стінки, позитивний симптом Щоткіна-Блюмберга в правій половині живота або вповдовж його.

Діагностична програма

1. Анамнез і фізикальні методи обстеження.
2. Оглядова рентгенографія органів черевної порожнини.
3. Сонографія.
4. Загальний аналіз крові й сечі.
5. Діастаза сечі. _
6. Біохімічний аналіз кров. Білірубін, амілаза, аланінамінотрансфераза, аспарагінамінотрансфераза, лужна фосфатаза, залишковий азот, креатинін).
7. Коагулограма.

Диференціальна діагностика

Проривна виразка. Для цього захворювання характерними є триада Мондора (багнетний біль, напруження м'язів передньої черевної стінки і виразковий анамнез) та позитивний симптом Спіжарного (зникнення печінкової тупості). Під час оглядової рентгенографії органів черевної порожнини у хворого виявляють пневмоперитонеум у вигляді серпоподібної смужки під правим або лівим куполом діафрагми.

Ниркова колька. Біль при правобічній нирковій кольці також може бути локалізований у правому підребер'ї. Проте її завжди супроводять розлади сечопуску, а цього при холециститі, як правило, не буває. Поряд із цим, нирковий біль завжди іррадіює вниз за ходом сечоводу, в статеві органи. Крім цього, для цієї патології характерними ще можуть бути мікро- чи макрогематурія, наявність конкрементів у нирці, виявлених при сонографії та на оглядовій урограмі, відсутність функції нирки під час хромоцистоскопії.

Гострий апендицит. Треба завжди пам'ятати, що підпечінкове розташування патологічне зміненого апендикса також здатне проявлятися болем у правому підребер'ї. Проте для хворих із гострим апендицитом притаманні початок із болем в епігастральній ділянці, відсутність печінкового анамнезу, виражених диспепсичних явищ, запальних змін зі сторони жовчного міхура при сонографії. Наявність позитивних симптомів Ровзінга, Сітковського, Кримова, іррадіації болю під праву лопатку і в плече дають можливість відрізнити гострий холецистит від апендициту. Однак у тяжких, незрозумілих випадках лише лапароскопія або ж лапаротомія дозволяє встановити правильний діагноз.

Панкреатит. Гострий панкреатит найчастіше супроводжується вираженим болем в епігастральній ділянці оперізуючого характеру. При пальпації в лівому реберно-хребтовому куті хворі відчувають болючість (симптом Мейо-Робсона), а цього не буває при холециститі.

Тактика і вибір методу лікування

Консервативне лікування доцільно застосувати хворим при відсутності в них виражених проявів деструктивного або ускладненого холециститу та переконливих даних, що вказують на калькульозний процес. Воно повинно включати:

1. Ліжковий режим.
2. Голод 1-3 доби, в наступному - стіл N5 за Певзнером.
3. Холод на праве під ребер'я.
4. Спазмолітики (сульфат атропіну, гідротартрат платифіліну, гідрохлорид папаверину, но-шпа, баралгін).
5. Антибактеріальна терапія:
 - а) напівсинтетичні пеніциліни (ампіцилін, оксацилін, ампіокс);
 - б) цефалоспорини (кефзол, клафоран);
 - в) нітрофурані (фурадонін, фуразолідон);
 - г) сульфаніламідні препарати (бісептол, етазол, норсульфазол).
6. Інгібітори протеаз (контрикал, тразилол, гордокс, антагозан).
7. Десенсibiliзуючі засоби (димедрол, піпільфен, супрастин, тавегіл).
8. Дезінтоксикаційна терапія (гемодез, реополіглюкін).
9. Вітамінотерапія (вітаміни С, В1, В6, В12).

Інтенсивний біль у хворих знімають за допомогою морфіну (1 % -1,0) разом із введенням атропіну (0,1 % - 1,0). Менш гострий біль припиняють за допомогою баралгіну з платифіліном і папаверином. Системне застосування антибіотиків потрібне хворим літнього віку з жовтяницею та фебрильною температурою (цефазолін -1 г тричі на добу внутрішньовенно і метронідазол - 2 табл. через 6 годин або 1 г у свічках тричі на добу).

Якщо ж стан хворого від проведеного лікування не покращується, необхідно пропонувати невідкладне хірургічне втручання.

Показання до хірургічного лікування.

Хірургічному лікуванню підлягають усі форми гострого калькульозного холециститу, деструктивні й ускладнені форми некалькульозного холециститу (за винятком інфільтрату), а також гострий катаральний холецистит, консервативне лікування якого було неефективним. Кращим доступом вважають верхньо-серединну лапаротомію. Проте окремі хірурги надають перевагу параректальному, косому (за Кохером) та кутовому (за Федоровим) доступам.

Методи оперативного втручання.

Найраціональнішою з операцій при даній патології вважають холецистектомію від шийки (ретроградна). При її виконанні спочатку перев'язують міхурову протоку й артерію, а потім уже видаляють жовчний міхур, зашиваючи його ложе .

Показана при наявності дрібних конкрементів у жовчному міхурі. Холецистектомію від дна (антеградна) застосовують у випадках технічних труднощів при виділенні елементів шийки міхура. Вона полягає у видаленні міхура від дна до шийки, з наступною перев'язкою міхурової протоки, артерії та зашиванням ложа жовчного міхура. Атипова холецистектомія. При цьому оперативному втручанні жовчний міхур розкривають за його поздовжньою віссю, звільняють від вмісту і під контролем пальця, заведеного в його просвіт, визначають положення шийки, а потім видаляють. Операцію виконують у випадках поширених інфільтратів і коли зрощення оточують не тільки міхур, але й шийку, міхурову та жовчну протоки. При цьому хірург повинен пам'ятати, що пошуки міхурової протоки й артерії в таких умовах можуть бути небезпечними.

Лапароскопічна холецистектомія. Для її виконання використовують комплекс спеціальної апаратури: операційний лапароскоп із відеокамерою та кольоровий відео монітор. Після створення пневмоперитонеуму і введення в черевну порожнину лапароскопа через окремі проколи черевної стінки вводять інструмент-маніпулятори. З їх допомогою під візуальним контролем відповідно до зображення на відео моніторі видаляється жовчний міхур. При цьому на куску міхурової протоки та на артерію накладають металеві кліпси .

Ідеальна холецистолітомія - операція, що включає розкриття жовчного міхура, видалення конкрементів і його зашивання. Показана у хворих із великими поодинокими конкрементами при відсутності виражених змін зі сторони стінки жовчного міхура.

Холецистостомія - операція, що ґрунтується на створенні зовнішньої нориці жовчного міхура. При цій операції дно останнього вшивають у рану так, щоб воно було ізольованим від черевної порожнини. Лапароскопічна холецистостомія - накладання зовнішньої нориці на жовчний міхур під контролем лапароскопа. Це та ж операція, тільки виконана під контролем лапароскопа. Холецистостомію застосовують, головним чином, як перший етап операції в дуже ослаблених хворих для відведення з міхура та протоків інфікованого вмісту. За своєю суттю ця операція паліативна і часто в майбутньому вимагає повторної операції для усунення жовчної нориці - холецистектомії.

Треба пам'ятати, що під час холецистектомії необхідно обов'язково провести інтраопераційну ревізію жовчних проток, яка повинна включати огляд, пальпацію та визначення діаметра гепатико-холедоха (норма - до 8 мм), а також інструментальні методи дослідження жовчних проток. Холангіографія - контрастування жовчних проток шляхом введення в них через куксу міхурової протоки водорозчинних йодомістких препаратів (білігност, кардіотраст, верографін у концентрації 30-33 %). Холангіографія дає можливість визначити ширину проток, наявність чи відсутність у них конкрементів, а також характерне для стенозу конусоподібне звуження термінального відділу холедоха. Холангіоманометрія - метод, що за допомогою водного манометра апарату Вальдмана дозволяє виявити в протоках ступінь жовчної гіпертензії. Нормальний тиск знаходиться в межах 80-120 мм вод. ст. (0,78-1,17 кПа), а більш високий - свідчить про жовчну гіпертензію. Дебітоманометрія - метод визначення кількості рідини при перфузії через Фатерів сосочок під сталим тиском за одиницю часу (1 хв.). У хворих із нормальною прохідністю жовчних проток величина дебіту рідини при тиску 150 мм вод.ст. (1,47 кПа) складає від 5 до 8 мл/хв. У патологічних умовах, при їх обтурації, цей дебіт зменшується, а при недостатності сфінктерного апарату - збільшується. Зондування жовчних проток. Метою зондування є встановлення наявності конкрементів та їх прохідності в жовчних протоках. У нормі зонд діаметром 4 мм вільно проходить у просвіт дванадцятипалої кишки через великий дуоденальний сосочок. Холедохоскопія - метод ендоскопічного дослідження жовчних шляхів фіброхоледохоскопом під час холедохотомії. Зовнішнє дренивання жовчних протоків може бути виконаним такими способами;

- 1) за Піковським - поліетиленовим катетером, який вводять через куксу міхурової протоки ;
- 2) за Кером - Т-подібним латексним дренажем ;
- 3) за О.В.Вишневським -дренажем до воріт печінки ;
- 4) за Холстедом .

Показання до зовнішнього дренивання: 1) після діагностичної холедохотомії; 2) після холедохолітомії; 3) при супровідному холангіті, панкреатиті.

Для внутрішнього дренивання жовчних проток здебільшого застосовують трансдуоденальну папілосфінктеротомію або холедоходуоденостомію. При гострому холециститі ці операції виконують при абсолютних показаннях. Такими є стриктура та загнаний конкремент великого дуоденального сосочка, множинний холедохолітіаз, наявність замазки в протоках або ж їх розширення.

Кращим способом відновлення нормального відтоку жовчі при стенозі та защемленому конкременті великого дуоденального сосочка вважають трансдуоденальний його розтин. Цей спосіб внутрішнього дренивання дозволяє ліквідувати причину непрохідності проток і зберегти фізіологічний пасаж жовчі в кишечник.

При формуванні холедоходуоденоанастомозу найбільше розповсюдження набули способи Юраша, Флеркена, Фінстерера і Кіршнера. Принципова відмінність їх полягає у співвідношеннях напрямку розрізу холедоха та дванадцятипалої кишки (поздовжній, косий, поперечний). Ширина анастомозу повинна бути не меншою 2,5- 3 см. При цьому треба пам'ятати, що накладання холедоходуоденоанастомозу в умовах наявності запального процесу в черевній порожнині завжди треба поєднувати із зовнішнім дрениванням холедоха за Піковським (подвійне дренивання).

ХРОНІЧНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ.

Хронічним холециститом вважають запалення жовчного міхура, що набуло тривалого хронічного характеру.

Етіологія і патогенез

Усе сказане вище про етіологію та патогенез гострого холециститу певною мірою стосується і даної нозологічної одиниці, але з відповідними поправками, пов'язаними з вираженням і тривалістю запального процесу, ступенем порушення пасажу жовчі й індивідуальними особливостями хворого. Найчастіше хронічний холецистит буває калькульозним. Некалькульозні його форми зустрічаються нечасто. Особливою клінічною формою некалькульозного хронічного холециститу вважають постійне носійство сальмонел.

Патоморфологія

Жовчний міхур склерозований, деформований, із сполучно-тканинними зрощеннями. Гістологічне - атрофія слизової, гістіолімфоцитарна інфільтрація, склероз, часто петрифікація, можливі утворення аденом (перед рак) й облітерація просвіту.

Класифікація

Хронічний холецистит розподіляють на:

1. Хронічний калькульозний.
2. Хронічний некалькульозний.

Практичне значення має поділ хронічного холециститу на первинний, рецидивний і ускладнений. Первинним називають холецистит, що виник без попереднього гострого нападу, рецидивним - коли в анамнезі наявні один і більше нападів, ускладненим - коли до процесу в жовчному міхурі приєднались:

- а) порушення прохідності жовчних проток;
- б) септичний холангіт,
- в) облітеруючий холангіт;
- г) водянка жовчного міхура;
- д) панкреатит;
- е) гепатит;
- є) склероз жовчного міхура;
- ж) навколоміхуровий хронічний абсцес;
- з) внутрішня нориця.

Симптоматика і клінічний перебіг. Головним симптомом хронічного холециститу вважають тупий, ниючий біль у правому підребер'ї, що іррадіює в праву підключичну ділянку, лопатку або плече. Оперізуючий характер болю свідчить про залучення до процесу підшлункової залози. Порушення режиму харчування викликає, зазвичай, у хворих посилення болю і може провокувати напад гострого холециститу.

Диспепсичний синдром. Частими проявами цього симптому є тяжкість, відчуття розпирання у правому підребер'ї, здуття живота після прийому їжі, гіркота в роті, відрижка, нудота, блювання, що приносить деяке полегшення, печія і порушення випорожнень (затримка, частіше пронос). На ці симптоми треба звертати особливу увагу, тому що вони можуть бути першими проявами хвороби при хронічному холециститі.

При огляді шкіри та склер часто відзначають субіктеричність. Тривалий анамнез, жовтуватий колір обличчя в худого, виснаженого хворого завжди повинні наштовхувати на думку про можливий цироз печінки, а підвищення температури тіла - про загострення процесу або наявний холангіт.

Іноді в цих хворих у правому підребер'ї можна виявити бурі плями - сліди від застосування грілок і випинання дна збільшеного жовчного міхура (водянка). Активні рухи пацієнтів часто викликають болючість у правому підребер'ї.

Під час пальпації живота можна виявити незначну ригідність м'язів у правому підребер'ї та болючість у проекції жовчного міхура. Часто вдається пропальпувати болючий жовчний міхур.

Симптоми холециститу в таких хворих, як правило, виражені слабо. Майже завжди в них бувають позитивними симптоми Мерфі й Мюсі-Георгієвського. Симптоми ж Ортнера та Кера стають позитивними вже при значно вираженому запальному процесі.

Сонографні дослідження виявляють розміри жовчного міхура, товщину його стінок, наявність чи відсутність конкрементів та їх розміри.

Оглядова рентгенографія правого підребер'я в 10 % хворих виявляє рентген контрастні конкременти із солями кальцію.

Це ж підтверджують контрастні пероральні або внутрішньовенні холецистограми: множинні дефекти наповнення жовчного міхура - конкременти (рис. 3.4.30). При цьому особливу увагу треба звертати на стан проток. Розширення загальної жовчної протоки до діаметра, більшого 10 мм, вказує на порушення пасажу жовчі й вимагає під час операції ліквідації його причини. Від'ємна ж холецистограма (коли жовчний міхур не вдається заповнити) може свідчити про його відключення внаслідок блокади міхурової протоки.

Дуоденальним зондуванням виявляють запальні зміни в жовчі з дванадцятипалої кишки (порція А), з жовчного міхура (порція В) та з печінкових ходів (порція С). Відсутність жовчі "В" дає підстави запідозрити непрохідність міхурової протоки або порушення функції жовчного міхура.

Варіанти клінічного перебігу й ускладнення

Клінічний перебіг хронічного холециститу характеризується періодами загострення та ремісій. Після чергового загострення й посилення болю через декілька місяців настає ремісія, що може тривати іноді декілька місяців. Чергове порушення дієти знову викликає погіршення стану - напад гострого холециститу. Атиповий перебіг хвороби зустрічається нечасто.

Більшість ускладнень хронічного холециститу за своїм характером такі ж, як і при гострому холециститі: водянка, холангіт, панкреатит, жовтяниця, гепатит, абсцес і печінково-ниркова недостатність. Внаслідок з'єднання жовчного міхура або проток із порожнистими органами можуть також виникати внутрішні біліарні нориці. Так, при утворенні сполучень між жовчним міхуром і шлунком виникає блювання жовчю, іноді в блювотних масах можуть бути конкременти. Прорив вмісту жовчного міхура в тонку кишку часто викликає ентерит, а при наявності великих (діаметром 2,5 x 3 см) конкрементів останні можуть проникати в тонку кишку, викликаючи obturacіynny непрохідність.

Діагностична програма

1. Анамнез і фізикальні методи обстеження.
2. Оглядова рентгенографія органів черевної порожнини.
3. Пероральна та внутрішньовенна холеграфія.
4. Сонографія.
5. Загальний аналіз крові й сечі.
6. Аналіз сечі на діастазу.
7. Біохімічний аналіз крові (білірубін, амілаза, печінкові проби).
8. Коагулограма.
9. Дуоденальне зондування.
10. Езофагогастродуоденоскопія (ЕГДС).

Диференціальна діагностика

Виразкова хвороба дванадцятипалої кишки. Для цього захворювання характерні печія, голодний нічний біль, загострення хвороби у весняно-осінню пору року. Вирішальне значення у встановленні діагнозу мають рентгенологічне та ендоскопічне дослідження. Для грижі стравохідного отвору діафрагми характерними є симптоми рефлюкс-езофагіту. Такі хворі скаржаться на пекучий або тупий біль за грудиною, в епігастральній ділянці, в підребер'ї з іррадіацією в ділянку серця, лопатку та ліве плече. При рентгенологічному дослідженні в положенні Тренделенбурга виявляють продовження складок слизової оболонки кардіального відділу шлунка вище діафрагми, розгорнутий кут Гісса, зменшення розмірів газового міхура шлунка та рефлюкс контрастної речовини в стравохід.

Тактика і вибір методу лікування

Консервативне лікування повинно бути основним при лікуванні хворих некалькульозним хронічним холециститом. Воно має включати:

- стіл N 5 за Певзнером;
- холеретичні препарати (алохол, холагол, холензим, холосас, оліметин);
- холекінетики (сульфат магнію, холецистокінін, пітуїтрин);
- холеспазмолітики (сульфат атропіну, платифілін, метацин, еуфілін);
- дуоденальне зондування;
- антибактеріальні препарати (під час загострення).

Для зняття больового синдрому парентерально вводять спазмолітичні засоби: но-шпу (2 мл 2 % розчину), папаверин (2 мл 2 % розчину), метоклопрамід, реглан, церукал (по 2 мл), атропін (1 мл 0,1 % розчину), метацин (1 мл 0,1 % розчину). При значно вираженому больовому синдромі одночасно вводять анальгін (2 мл 50 % розчину) або промедол (1 мл 2 % розчину). Часто використовують баралгін (5 мл внутрішньовенне чи внутрішньом'язово). В окремих випадках застосовують таламонал (2-4 мл внутрішньом'язово). Усі ці середники вводять по 3-4 рази на добу, поки не зникне біль. Із метою зняття запального процесу в жовчному міхурі та жовчовивідних шляхах застосовують антибіотики: еритроміцин (0,25 г шість разів на добу), док-сацикліну гідрохлорид (0,5-1,0 г два рази на добу), ампіциліну тригідрат (0,5 г 4-6 разів на добу), бісептол (2 табл. два рази на день після приймання їжі), фуразолідон (0,05 г чотири рази на добу). Курс лікування - 8-10 днів. При великій інтоксикації показане внутрішньовенне введення гемодезу (200-400 мл) або полідезу (250-450 мл). Калькульозний, як і хронічний рецидивний холецистит, лікують тільки оперативним шляхом.

Хірургічному лікуванню підлягають усі форми хронічного калькульозного холециститу і хронічний некалькульозний холецистит із стійким бактеріальним інфікуванням жовчного міхура і жовчних проток при відсутності ефекту від терапевтичного лікування. Оперативне втручання повинно забезпечити видалення вогнища запального процесу (холецистектомія), а у випадках порушення пасажу жовчі протоками - відновлення його. Треба пам'ятати, що, чим раніше виконають операцію, тим кращими будуть безпосередні та віддалені результати.

ОБТУРАЦІЙНА ЖОВТЯНИЦЯ

Обтураційна жовтяниця - це вид жовтяниці, причиною якої є порушення прохідності жовчних шляхів внаслідок їх обтурації зсередини або зовнішнього стиснення чи рубцеве звуження.

Етіологія і патогенез Непрохідність зовнішніх жовчних проток може виникнути з багатьох причин: внаслідок запальних процесів навколишніх органів (підшлункової залози, парахолодохеальних лімфатичних вузлів), пошкодження стінок проток під час операцій, проте найчастіше це жовчнокам'яна хвороба, холедохолітіаз і пов'язані з ними рубцеві зміни великого сосочка дванадцятипалої кишки. Друге місце серед причин обтураційної жовтяниці займають пухлини, найпоширенішою з яких є рак головки підшлункової залози та великого сосочка дванадцятипалої кишки.

Незважаючи на те, що кожне з названих захворювань має свій особливий клінічний перебіг, обтурація жовчних проток викликає зміни, що мають загальний характер. При повній блокаді зовнішніх жовчних проток і зростанні в них тиску вище 300 мм вод. ст. або 2,94 кПа (за нормою - не вище 150 мм або 1,47 кПа) виділення жовчі в жовчні капіляри припиняється. Це зумовлено тим, що секреторний механізм печінкових клітин (гепатоцитів) не може подолати такий опір. При цьому жовч через зруйновані дольки та лімфатичні й венозні судини печінки потрапляє в кров, викликаючи синдром механічної жовтяниці.

Класифікація (за О.О.Шалімовим і співавт., 1993)

Обтураційні жовтяниці поділяють:

I. За рівнем перепони:

- 1) непрохідність дистальних відділів загальної жовчної протоки;
- 2) непрохідність супрадуоденальної частини загальної жовчної протоки;
- 3) непрохідність початкового відділу загальної печінкової протоки і розвилки печінкових проток.

II. За етіологічним фактором:

- 1) обумовлену обтурацією жовчними конкрементами, сторонніми тілами, згортками крові під час гемобілії, паразитами, ятрогенними впливами під час операції;
- 2) непрохідність при захворюваннях стінки жовчних шляхів - вроджених аномаліях (гіпоплазія, кісти й атрезії), запальні захворювання (стенозуючий папіліт і холангіт), рубцеві стриктури (посттравматичні й запальні), доброякісні пухлини жовчних шляхів;
- 3) непрохідність, викликана позапротоковими захворюваннями, що втягують їх у процес (тубулярний стеноз загальної жовчної протоки панкреатичного генезу, виразкова хвороба дванадцятипалої кишки, парахолодохеальний лімфаденіт, злукова хвороба очеревини). Окрім того, за тривалістю захворювання розрізняють:

- 1) гостру обтураційну жовтяницю, що триває до 10 днів;
- 2) тривалу, що продовжується від 10 до 30 днів;
- 3) хронічну, що триває більше місяця.

Симптоматика і клінічний перебіг

Клінічна картина обтураційної жовтяниці ґрунтується, передусім, на симптомах, викликаних порушенням відтоку жовчі.

Больовий синдром є характерним супутником жовчнокам'яної хвороби і холедохолітіазу, що перебігають із нападами печінкових кольок. Проте часто больовий синдром при котрих із цих патологій може бути нерізно вираженим або й зовсім відсутнім. Біль часто спостерігають при стриктурах жовчних проток, але він зовсім нехарактерний для хворих на рак жовчовивідних шляхів.

Жовтяниця - це важлива ознака непрохідності жовчних шляхів, швидкість виникнення й інтенсивність якої залежать від того, наскільки збережений або порушений пасаж жовчі в кишечник. Для холедохолітіазу з "вентильним" характером конкременту притаманний перехідний перебіг жовтяниці, а для раку - більш стійкий і прогресуючий.

Частим супутником жовтяниці є свербіння тіла, що виникає внаслідок дії жовчних кислот. При цьому треба пам'ятати, що в умовах ураження пухлиною спочатку з'являється свербіння, яке продовжується тривалий час, лише пізніше виникає жовтяниця. Під час огляду спостерігають жовтий колір склер, слизових оболонок і шкіри. Одночасно хворі вказують на потемніння сечі та знебарвлення калу ("біла глина"). Підвищення температури тіла свідчить про розвиток холангіту, рідше - метастазування пухлин у печінку.

У змарнілих хворих у правому підбер'ї інколи можна бачити утвір, що рухається під час дихання, ймовірно це жовчний міхур. Якщо ж він еластичний, неболючий і це супроводжується жовтяницею (симптом Курвуаз'є), то вірогідно, що у хворого наявний рак головки підшлункової залози чи дистальних відділів загальних жовчних проток.

Проте треба застерегти, що визначення характеру жовтяниці лише на основі клінічних ознак значною мірою носить тільки умовний характер. Це треба пов'язувати з тим, що при паренхіматозному гепатиті часто спостерігають виражений холестаза, а при обтураційній жовтяниці - ураження печінкових клітин. Тому для встановлення діагнозу обтураційної жовтяниці, крім клінічних даних, необхідні ще й спеціальні методи дослідження.

Лабораторні дані. Для обтураційної жовтяниці характерним є холестатичний синдром із високою білірубінемією переважно за рахунок прямої фракції білірубіну та білірубінурією, відсутністю уробіліну в сечі та стеркобіліну в капі, високою активністю лужної фосфатази при незначно підвищеній трансаміназній активності й від'ємній тимоловій реакції помутніння. При зростанні гіпербілірубінемії цей взаємозв'язок змінюється в бік збільшення прямого білірубіну. Зі сторони гемакоагуляції, як правило, має місце гіпокоагуляція, а з боку загального аналізу крові - нестійкі зміни, що залежать від ступеня інтоксикації або прихованої кровотечі (в ракових хворих). Сонографічне дослідження дозволяє визначити розміри печінки, жовчного міхура, стан внутрішніх і зовнішніх печінкових проток, наявність та ступінь розширення або звуження, наявність чи відсутність конкрементів і ново утвори в печінковій паренхімі. Дуоденографію в умовах штучної гіпотонії застосовують для виявлення патології органів панкреатодуоденальної зони.

Ретроградна панкреатохолангіографія дає можливість ендоскопом оглянути шлунок, дванадцятипалу кишку, провести біопсію, добути жовч і панкреатичний сік для досліджень, отримати рентгенологічне зображення проток: зовнішніх і внутрішніх печінкових проток та протоки підшлункової залози, а в ряді випадків при наявності конкрементів провести ендоскопічну папілотомію й екстракцію через папілотомний доступ. Через шкірну через печінкову холангіографію використовують для виявлення патології жовчних шляхів. Вона певною мірою дозволяє виявити як характер, так і локалізацію обтурації в ділянці гепатодуоденальної зони. Лапароскопія є діагностичним і лікувальним засобом, що дає можливість визначити розміри печінки, її забарвлення, характер поверхні, наявність метастазів, величину й ступінь напруження жовчного міхура. Під контролем лапароскопа можна виконати пункцію жовчного міхура й провести холецистохолангіографію та холецистостомію.

Сканування печінки створює умови, в яких можна виявити первинні та метастатичні пухлини печінки або ж іншу патологію органа.

Варіанти клінічного перебігу й ускладнення

Клінічний перебіг жовтяниці майже завжди залежить від причин обтурації жовчної протоки. У хворих із пухлинами жовтяниця поступово прогресує і призводить до повної та постійної обтурації, разом із тим, при наявності конкрементів у жовчних протоках інтенсивність жовтяниці може коливатися. Такий тимчасовий, перехідний її характер найчастіше має місце при холедохолітіазі, гострому холециститі чи панкреатиті.

На цьому фоні в разі приєднання інфекції швидко розвивається холангіт, абсцедування печінки та сепсис. В інших випадках можуть виникати холемічні кровотечі (частіше гастродуоденальні) або ж гепатаргія чи печінково-ниркова недостатність.

У деяких хворих внаслідок запального та некротичного процесів утворюються внутрішні жовчні нориці, що клінічне проявляються стійким холангітом. На оглядовій рентгенограмі органів черевної порожнини в таких випадках можна побачити в печінкових протоках повітря, так звану "аерохолію".

Діагностична програма. 1. Анамнез і фізикальні методи дослідження.

2. Загальний аналіз крові й сечі.

3. Аналіз сечі на діастазу.

4. Біохімічний аналіз крові (білірубін, сечовина, альбумін-глобуліновий коефіцієнт, кров на австралійський антиген, амілаза, аланінамінотрансфераза, аспарагінамінотрансфераза, лужна фосфатаза).

5. Коагулограма.

6. Сонографія.

7. Езофагогастродуоденоскопія.

8. Ретроградна панкреатохолангіографія.

9. Лапароскопія з біопсією.

10. Через шкірна через печінкова холангіографія.

11. Комп'ютерна томографія.

Диференціальна діагностика

Головне завдання диференціальної діагностики жовтяниці зводиться до визначення хірургічної чи нехірургічної її природи. Адже вирішення цього питання дає можливість звести до мінімуму кількість сумнівних діагностичних лапаротомій.

З огляду на це, завжди треба пам'ятати, що серед захворювань, які можуть проявлятися жовтяницею, значне місце займають вірусний гепатит, насамперед, його холестатична форма, новоутвори гепатопанкреатодуоденальної зони та жовчнокам'яна хвороба. Вірусний гепатит - одна з багатьох клінічних форм вірусної інфекції, характерною особливістю якої є стійкий і тривалий холестаза. Захворювання носить затяжний характер. Для перед жовтяничного періоду гепатиту притаманна клінічна триада - свербіння шкіри, лихоманка, артралгії. Приблизно в половини хворих можна пальпувати селезінку й помірно збільшену печінку. Лабораторне визначають підвищення активності аланінаміно- й аспарагінамінотрансфераз та позитивну тимолову пробу. Позитивною також є реакція на жовчні пігменти, жовчні кислоти й уробілін у сечі. Важкими з точки зору верифікації діагнозу треба вважати комбінацію таких захворювань, як вірусний гепатит у хворих із холелітіазом чи обтурацію пухлиною в пацієнтів, що страждають алкоголізмом. Тільки послідовне, з урахуванням інформативності попередніх методів, застосування ультрасонографії, ендоскопічної ретроградної панкреатохолангіографії або ж через шкірної, через печінкової холангіографії і лапароскопії дозволяє максимально точно встановити діагноз. При цьому на першому етапі треба використовувати неінвазивні методи діагностики (сонографія), на другому - інвазивні методи прямого контрастування жовчних шляхів (ретроградна ендоскопічна холангіопанкреатографія, через шкірна через печінкова холангіографія, які в разі потреби можуть перетворюватись із діагностичних у лікувальні (ендоскопічна папілосфінктеротомія при стенозуючому папіліті та холедохолітіазі, дилатація та ендопротезування жовчних шляхів при рубцевих стриктурах та пухлинах жовчних проток).

Тактика і вибір методу лікування

Заключний діагноз, що максимально відображає характер обтураційної жовтяниці й об'єм самого оперативного втручання, як правило, встановлюють тільки під час інтраопераційної ревізії. При визначенні лікувальної тактики й вибору методу хірургічного лікування такої жовтяниці треба також максимально об'єктивно оцінити тяжкість загального стану хворих. Для цього необхідно брати до уваги характер жовтяниці, стадію печінкової недостатності з урахуванням тривалості та інтенсивності холестаза, наявність і характер холангіту, тяжкість і вираженість супровідної патології, вік хворих.

Лікувальні заходи в передопераційному періоді повинні бути спрямовані на корекцію порушень гомеостазу, гемокоагуляції (епсилонамінокапронова кислота, вікасол, 10 % розчин хлористого кальцію, однокрупна свіжозаморожена плазма, інгібітори протеаз), покращання мікроциркуляції в печінці (10 % розчин глюкози

з інсуліном, реополіглюкін, гепатопротектори), детоксикацію організму (гемодез, ентеросорбенти), біліарну декомпресію (черезшкірна через печінкова холангіо- або холецистостомія), антибактеріальну терапію при явищах холангіту з урахуванням характеру висіяної мікрофлори та її чутливості до антибіотиків і вітамінотерапію.

У випадках жовчнокам'яної хвороби, ускладненої холедохолітіазом і механічною жовтяницею, об'єм хірургічного втручання повинен включати: холецистектомію, холедохолітотомію зовнішню або внутрішню дренивання загальної жовчної протоки. При наявності спеціальної апаратури у випадках холедохолітіазу, ускладненого механічною жовтяницею, методом вибору є двоетапна тактика лікування - ендоскопічна папілосфінктеротомія з подальшою екстракцією конкрементів та їх літотрипсією на першому етапі й холецистектомія - на другому. Ендоскопічна папілосфінктеротомія є методом вибору при лікуванні залишкового (після холецистектомії) холедохолітіазу.

У хворих похилого або старечого віку з тяжкою супровідною патологією ефективним методом є поєднання екстракорпоральної літотрипсії з ендоскопічною санацією гепатикохоледоха. У деяких із них при високому ризику оперативного втручання й невеликих конкрементах загальної жовчної протоки (діаметром до 10 мм) ефективною може бути ендоскопічна папілотомія. При злоякісних новоутворах жовчовивідних шляхів з обтураційною жовтяницею, залежно від поширення пухлинного процесу, виконують радикальні або паліативні оперативні втручання. Хворим із пухлинами головки підшлункової залози, великого сосочка дванадцятипалої кишки та термінального відділу холедоха, що підлягають радикальній операції, показаною є панкреатодуоденальна резекція, причому у випадку високої жовтяниці на першому етапі лікування роблять жовчну декомпресію гепатобіліарної системи (через шкірна гепатикохолангіостомія, формування білідигестивних анастомозів). Панкреатодуоденальну резекцію виконують другим етапом, через 30-35 днів після накладання жовчовідвідного анастомозу та ліквідації жовтяниці.

Паліативні жовчовідвідні операції при за давнених пухлинах в основному спрямовані на ліквідацію непрхідності жовчних проток. У таких хворих, як правило, накладаються обхідні білідигестивні анастомози: холецистоентеро-, холедохо- або гепатикоєюностомії. Якщо через технічні труднощі й тяжкий загальний стан хворих неможливо їх виконати, застосовують зовнішнє дренивання жовчних шляхів.

5. Матеріали активізації студентів під час викладення лекції.

Матеріал лекції в процесі читання зв'язується з питаннями медичної етики та деонтології.

6. Загальне матеріальне та методичне забезпечення лекції:

На лекції використовуються таблиці, схеми, малюнки, слайди, кодограми, слайдоскоп, кодоскоп, затемнена аудиторія, шкільна дошка.

7. Матеріали для самопідготовки студентів:

А) з теми викладеної лекції /, питання, література, завдання /.

Контрольні питання:

- Дайте визначення патології;
- Наведіть класифікацію гострих та хронічних холециститів;
- Назвіть причини розвитку гострого холециститу;
- З якими захворюваннями проводять диференційну діагностику?
- Назвіть методи інструментального дослідження;
- Які спеціальні методи застосовуються в діагностиці гострого та хронічного холециститу?;
- Які ускладнення можуть розвинути у хворих на гострий та хронічний холецистит?;
- Коли виникають показання до хірургічного лікування гострого та хронічного холециститу?;
- Які курортні фактори та при яких формах захворювання застосовуються в межах України у цих хворих?

Список літератури:

1. Загальна хірургія. – Желіба М.Б., Хіміч С.Д. – 2010р.