**Острый холецистит. Постхолецистэктомический синдром. Холангит**

Острый холецистит - неспецифическое воспаление желчного пузыря. В 85-95% воспаление желчного пузыря сочетается с камнями. Более чем в 60% случаев острого холецистита из желчи высевают микробные ассоциации: чаще кишечную палочку, стрептококки, сальмонеллы, клостридии и др. а ряде случаев острый холецистит возникает при забросе панкреатических ферментов в желчный пузырь (ферментативный холецистит).

Возможно попадание инфекции в желчный пузырь при сепсисе. Коллагенозы, приводя к сужению и тромбозу пузырной артерии, моп/т обусловить развитие гангренозных форм острого холецистита. Наконец, примерно в 1% случаев причиной острого холецистита является опухолевое его поражение, приводящее к обструкции пузырного протока.

Таким образом, в подавляющем большинстве случаев для возникновения острого холецистита необходима обструкция пузырного протока или самого желчного пузыря в области гартмановского кармана. Застой желчи с быстрым развитием инфекции обусловливает типичную клиническую картину заболевания. Нарушение барьерной функции слизистой оболочки желчного пузыря может быть обусловлено некрозом в результате значительного повышения внутрипросветного давления при обструкции пузырного протока; кроме того, прямое давление камня на слизистую оболочку приводит к ишемии, некрозу и изъязвлению. Нарушение барьерной функци'-слизистой оболочки ведет к быстрому распространению воспаления на все слои стенки пузыря и появлению соматических болей.

Симптомы, течение. Чаще возникает у женщин старше 40 лет. Ранние симптомы острого холецистита весьма разнообразны. Пока воспаление ограничено слизистой оболочкой, имеется только висцеральная боль без четкой локализации, часто захватывающая эпигастральную область и область пупка. Боль обычно имеет тупой характер. Напряжение мышц и локальная болезненность не определяются. Изменения со стороны крови в этот период могут отсутствовать.

Диагноз основывается прежде всего на анамнезе (появление болей после погрешности в диете, волнениях, тряской езде), болезненности при пальпации края печени и области желчного пузыря. Однако при возникновении полной обструкции пузырного протока и быстром присоединении инфекции боль значительно усиливается, перемещается в правое подреберье, иррадиирует в надключичную область, межлопаточное пространство, поясничную область. Тошнота, рвота, иногда многократная (особенно при хопецистопанкреатите). Кожные покровы могут быть иктеричны (в 7-15% острый холецистит сочетается с холедохопитиазом). Температура субфеб-рильная, однако она может быстро повышаться и достигать 39 "С.

При осмотре: больные чаще повышенного питания, язык обложен. Живот напряжен, отстает при дыхании в правом подреберье, где может пальпироваться напряженный болезненный желчный пузырь или воспалительный инфильтрат (в зависимости от длительности заболевания). Местно положительные симптомы Ортнера - Грекова. Мерфи, Щеткина - Блюмберга.

В крови - лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, повышение уровня амилазы сыворотки и диастазы мочи (холеци-стопанкреатит), гипербилирубинемия (холедохолитиаз, отек большого сосочка двенадцатиперстной кишки, сдавление хо-ледоха инфильтратом, холецистогопатит).

Существенную помощь в диагностике оказывает ультразвуковое исследование желчного пузыря и желчевыводящих путей (эффективность около 90%). В типичных случаях острого холецистита диагноз несложен. Дифференциальный диагноз проводят с прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, острым аппендицитом, острым панкреатитом, почечной коликой, инфарктом миокарда, базальной правосторонней пневмонией, плевритом, опоясывающим лишаем с поражением межреберных нервов.

Осложнения: разлитой перитонит. Острый холецистит является одной из наиболее частых причин разлитого перитонита. Клиническая картина: типичное начало заболевания, обычно на 3-4-й день отмечаются значительное усиление болевого синдрома, напряжение мышц всей брюшной стенки, разлитая болезненность и положительные симпт ;мы раздражения брюшины по всему животу. Несколько отлична клиническая картина при перфоративном холецистите: в момент перфорации желчного пузыря может быть кратковременное уменьшение боли (мнимое благополучие) с последующим нарастанием перитонеальных симптомов и усилением боли.

Подпеченочный абсцесс возникает в результате отграничения воспалительного процесса при деструктивном холецистите за счет большого сальника, печеночного угла ободочной кишки и ее брыжейки. Длительность заболевания обычно более 5 дней. У больных выражен болевой синдром в правой половине живота, высокая температура, иногда гектического характера. При осмотре язык обложен, живот отстает при дыхании в правой половине, иногда на глаз определяется образование, ограниченно смещающееся придыхании. При пальпации-напряжение мышц и болезненный неподвижный инфильтрат различного размера. При обзорном рентгенологическом исследовании органов брюшной и грудной полости обнаруживают парез ободочной кишки, ограничение подвижности правого купола диафрагмы, возможно небольшое скопление жидкости в синусе. Очень редко выявляют уровень жидкости в полости гнойника. В диагностике помогает ультразвуковое исследование печени и желчевыводящих путей.

Эмпиема желчного пузыря обусловлена закупоркой пузырного протока с развитием инфекции в желчном пузыре при сохранении барьерной функции слизистой оболочки. Под влиянием консервативной терапии боль, свойственная острому холециститу, уменьшается, но полностью не проходит, беспокоит чувство тяжести в правом подреберье, незначительное повышение температуры, в крови может быть небольшой лейкоцитоз. Живот мягкий, в правом подреберье прощупывается умеренно болезненный желчный пузырь, подвижный, с четкими контурами. Во время оперативного вмешательства при пункции пузыря получают гной без примеси желчи.

Лечение острого холецистита. Срочная госпитализация в хирургический стационар. При наличие разлитого перитонита показана экстренная операция. Перед операцией - премедикация антибиотиками. Операцией выбора является холецистэктомия с ревизией желчевыводящих путей, санацией и дренированием брюшной полости. Летальность при экстренных оперативных вмешательствах достигает 25-30%, особенно высока она при септическом шоке.

При отсутствии явлений разлитого перитонита показано проведение консервативной терапии с одновременным обследованием больного (органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, ультразвуковое исследование с целью выявления конкрементов в желчном пузыре). В комплекс консервативной терапии входят: местно - холод, внутривенное введение спазмолитиков, дезинтоксикационная терапия, антибиотики широкого спектра. При подтверждении калькулезного характера холецистита (ультразвуковым исследованием) и отсутствии противопоказаний со стороны органов дыхания и кровообращения целесообразна ранняя (не позже 3 сут от начала заболевания) операция: она технически проще, предотвращает развитие осложнений острого холецистита, дает минимальную летальность. При выраженной сопутствующей патологии особенно в пожилом возрасте, для адекватной подготовки больного к операции можно использовать лапа-роскопическую пункцию пузыря с аспирацией содержимого и промыванием его полости антисептиками и антибиотиками. Через 7-10 дней проводят операцию-холецистэктомию с ревизией желчевыводящих путей.

Профилактикой острого холецистита является своевременное оперативное лечение желчнокаменной болезни.

Постхолецистэктомический синдром - состояние, при котором боль, беспокоившая больного до холецис-тактомии, остается и после операции. В постхолецистэкто-мическом синдроме следует различать группу заболеваний, которые непосредственно связаны с оперативным вмешательством, и заболевания, которые существовали до операции и с выполненным вмешательством не связаны. В последнюю группу можно отнести: грыжу пищеводного отверстия диафрагмы, гастрит, язвенную болезнь, панкреатит, колит, заболевания почек, корешковый синдром и многие другие.

Тяжелую группу составляют больные, страдания которых непосредственно связаны с проведенным оперативным вмешательством. Дефекты интраоперационной диагностики и техники выполнения операции могут привести к оставлению камней в желчевыводящих путях, рубцовому сужению желче-выводящих путей, длинной культе пузырного протока, стенозу большого сосочка двенадцатиперстной кишки (фатерова соска). Показанием к обследованию является болевой синдром или механическая желтуха, холангит. После тщательного исследования с использованием ультразвука, ретроградной панкреатохолангиографии, в ряде случаев-чрескожной чрео-печеночной холангиографии уточняют характер патологии и определяют вид необходимого оперативного вмешательства.

Прогноз в большинстве благоприятный.

Профилактика: детальное обследование больного до холецистэктомии, адекватное интраоперационное исследование желчевыводящих путей, тщательная техника выполнения холецистэктомии.

ХОЛАНГИТ - неспецифическое воспаление желчных ходов. Чаще всего сочетается с холедохолитиазом, кистами общего желчного протока, раком желчных протоков.

Симптомы, течение. Клиническая картина зависит от наличия или отсутствия острого деструктивного холецистита, довольно часто осложняющегося холангитом. Заболевание обычно начинается с болевого приступа, напоминающего печеночную колику (проявление холедохолитиаза), после чего быстро проявляется механическая желтуха, повышение температуры, кожный зуд. При осмотре истеричность кожных покровов, на коже следы расчесов, язык влажный, обложен, живот не вздут. При пальпации живота некоторая ригидность мышц в правом подреберье, болезненность, при глубокой пальпации определяется увеличение размеров печени, край ее закруглен. Температура иногда гектического типа, озноб. В крови-лейкоцитоз со сдвигом влево. Гипербилиру-бинемия в основном за счет прямого билирубина, повышение щелочной фосфатазы, умеренное повышение печеночных ферментов (АЛТ, ACT) за счет токсического поражения печеночной паренхимы. Существенную помощь в установлении диагноза холангита может оказывать ультразвуковое исследование печени и желчевыводящих путей.

Осложнения. Формирование множественных абсцессов печени, сепсис, печеночно-почечная недостаточность.

Лечение. Тактика ведения больных холангитом представляет значительные трудности, они обусловлены наличием гнойного процесса, механической желтухи и острого деструктивного холецистита. Каждый из этих моментов требует скорейшего разрешения, однако больные с механической желтухой не переносят длительных и травматичных оперативных вмешательств. Поэтому целесообразно в первую очередь обеспечить адекватный отток желчи, что одновременно уменьшает клинические проявления холангита, интоксикацию. Вторым этапом выполняют радикальное вмешательство, направленное на ликвидацию причины возникновения холангита.

С целью декомпрессии желчных путей проводят эндоскопическую папиллосфинктеротомию после предварительной ретроградной холангиографии. При резидуальных камнях холедоха после папиллосфинктеротомии иногда отмечается отхождение конкрементов из желчевыводящих путей, явления холангита купируются и вопрос о необходимости повторной операции отпадает. Прогноз серьезный.