

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УО «ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ОРДЕНА ДРУЖБЫ
НАРОДОВ УНИВЕРСИТЕТ»

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХОЛЕЦИСТИТОВ
И ИХ ОСЛОЖНЕНИЙ**

КУРС ЛЕКЦИЙ

Библиотека ВГМУ



Витебск, 2011

616.366-002-029.27(07)

~~УДК 616.153.922(642.3/4)~~

~~ББК 54.574.655 я 73~~

3-56

Рецензент:

Заслуженный деятель науки БССР, заведующий кафедрой
госпитальной хирургии ВГМУ, профессор М.Г. Сачек

Зеньков А.К.

3-56 Хирургическое лечение холециститов и их осложнений.

Курс лекций/А.К. Зеньков - Витебск, ВГМУ, 2011 - 101 с.

ISBN 978-985-466-309-8

Курс лекций «Хирургическое лечение холециститов и их осложнений» включает в себя 8 лекций посвященных анатомическим сведениям о желчевыводящих путях, этиопатогенезу острого и хронического холецистита. Освещены современные методы диагностики заболевания желчевыводящих путей, приведена клиническая картина различных форм острого холецистита, включая поражения желчевыводящих путей, хирургическая тактика, способы хирургических вмешательств, ошибки в хирургии желчевыводящих путей, постхолецистэктомический синдром.

Курс лекций соответствует учебной программе цикла «Хирургическое лечение холециститов и их осложнений» и предназначен слушателям факультета повышения квалификации, для интернов и студентов старших курсов лечебного факультета.

УДК 616.153.922(642.3/4)

ББК 54.574.655 я 73

305942

Утвержден Центральным учебно-методическим Советом ВГМУ
(протокол № 6 от 22 октября 2008 г.)

ISBN 978-985-466-309-8

Витебский государственный
медицинский университет
Б. БАНЮК

© Зеньков А.К., 2011
© УО «Витебский
государственный
медицинский университет».
2011

О Г Л А В Л Е Н И Е

Введение	4
Лекция 1. Анатоомофизиологические сведения о желчном пузыре и желчных протоках	5
Лекция 2. Методы обследования больных с заболеваниями печени и желчных путей	11
Лекция 3. Желчнокаменная болезнь	20
Лекция 4. Острый холецистит	44
Лекция 5. Острый холецистит, осложненный поражением желчных протоков	61
Лекция 6. Хирургическая тактика при остром холецистите	72
Лекция 7. Ошибки в хирургии желчевыводящих путей	77
Лекция 8. Постхолецистэктомический синдром	88
Выборочный список литературы	100

Введение

Одним из наиболее частых и в то же время наиболее важных показаний к хирургическому вмешательству в современной хирургии брюшной полости являются воспалительные заболевания желчного пузыря и желчных протоков. Кажущиеся простыми операции в техническом отношении в действительности чреваты многочисленными и неожиданными осложнениями. Ошибка лечащего врача в диагнозе может поставить под угрозу жизнь больного.

Острый холецистит всегда был достаточно сложной проблемой хирургии. Тактика его лечения с течением времени неоднократно менялась от предельно консервативной до чрезвычайно активной. В настоящее время хирургическая тактика при остром (и хроническом) холецистите определена. Однако нередко в отдельных лечебных учреждениях до сего времени существуют различные подходы к лечебной тактике при этой патологии, что не позволяет говорить о существовании единого мнения по лечению этих больных.

Курс лекций «Хирургическое лечение холециститов и их осложнений» предусматривает цель научить хирургов правильной дооперационной диагностике холециститов и их осложнений, дать объективные критерии для определения хирургической тактики и методов оперативных пособий при остром и хроническом холециститах и их осложнениях с учетом анатомических, физиологических, соматических и возрастных особенностей организма.

ЛЕКЦИЯ 1.

АНАТОМОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ СВЕДЕНИЯ О ЖЕЛЧНОМ ПУЗЫРЕ И ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКАХ.

Желчные пути представляют собой систему протоков, через которые желчь из печени и желчного пузыря поступает в 12-перстную кишку. Подразделяют внутripеченочные и внепеченочные желчные протоки. Желчные капилляры являются началом системы желчных путей и находятся между балками печеночных клеток. Соединяясь между собой эти капилляры образуют ампулы. От них отходят прекапиллярные желчные каналы, которые проходят между дольками. Малые и средние каналы, сливаясь, дают начало внутripеченочным желчным протокам.

Желчевыводящие протоки, соединившиеся внутри печени в 4 главных сегментарных протока, образуют, как правило, при входе в ворота печени 2 печеночных протока. Левый печеночный проток образуется соединением сегментарного латерального протока с медиальным, которые могут быть иногда удвоены. Правый печеночный проток в большинстве случаев образуется соединением переднего и заднего сегментарного протоков. Эти две главные печеночные ветви после соединения образуют общий печеночный проток. Виды соединения их могут быть разными – в виде бифуркации, трифуркации, а иногда сегментарные ветви справа соединяются с левым протоком раздельно. Протяженность общего печеночного протока составляет 2-5 см, диаметр – около 6 мм. В месте слияния печеночных протоков расположен гладко-мышечный сфинктер, описанный Миризи в 1931 году.

Общий желчный проток (холедох).

Ниже соединения пузырного и печеночного протоков начинается общий желчный проток. Его нормальная длина около 8 см, однако она может значительно колебаться (5-15 см) в зависимости от уровня устья пузырного протока и положения общего желчного протока в нисходящей части 12-перстной кишки (90% по данным эндоскопических исследований). Изредка фатеров сосок расположен в верхнем изгибе двенадцатиперстной кишки (4%) или в нижней горизонтальной части двенадцатиперстной кишки (6%). Общий желчный проток делится на супрадуоденальный, ретродуоденальный, панкреатический и интрамуральный (интрадуоденальный или сфинктерный) отделы. Диаметр общего желчного протока считается нормальным в пределах 4-10 мм. Диаметр его с возрастом несколько увеличивается. При непроходимости общего желчного протока его диаметр может увеличиваться до 2-3 см.

Супрадуоденальный отдел общего желчного протока часто используют при операциях на протоках (холедохотомия,

хольдоходуоденостомия). При низком впадении пузырного протока этот отдел может отсутствовать, но обычно длина его составляет около 2,5 см.

Ретродуоденальный отдел общего желчного протока расположен экстраперитонеально и протяженность его составляет 0,5-4,0 см. Длина его зависит от уровня расположения верхней части поджелудочной железы и верхнего края 12-перстной кишки.

Панкреатический отдел общего желчного протока проходит в ткани поджелудочной железы и направляется пологой дугой слева к нисходящей части 12-перстной кишки. Длина его колеблется в пределах 0,5-5,0 см. Через ткань поджелудочной железы он проходит в 80% случаев, в борозде по задней поверхности железы – в 10% случаев и вне железы – в 10%. Согласно данным Стельзнера, общий желчный проток проходит не через ткань поджелудочной железы, а между вентральным и дорсальным язычками поджелудочной железы.

Интрамуральный или интрадуоденальный отдел желчного протока отличается мышечной тканью и является самым узким местом (2-3 мм). Длина его равна 1-2 см выше уровня папиллы. Варианты соединения общего желчного протока с протоком поджелудочной железы могут быть следующими: соединение в общий канал без образования ампулы (33%), соединение с образованием общей ампулы (60%) и когда оба протока впадают в двенадцатиперстную кишку отдельно. Встречаются случаи удвоения устья панкреатического протока и различные варианты его впадения в 12-перстную кишку. Давление в панкреатическом протоке составляет 400 мм вод.ст., в холедохе – 300 мм вод.ст. При закупорке фатерова соска, в результате повышения давления в системе желчных протоков желчь может попасть в панкреатический проток и вызвать панкреатит. В толще фатерова соска находится циркулярный мышечный слой, образующий сфинктер Одди. По мнению Бойдена (1957), в соске расположены три сфинктера, один общий и по одному – вокруг устьев желчного и панкреатического протока.

В результате сложного рефлекторного механизма сокращение и расслабление сфинктера происходит до 10 раз в минуту, при этом обеспечивается прохождение желчи в двенадцатиперстную кишку до 1000мл в сутки.

Желчный пузырь.

Точка желчного пузыря соответствует углу между реберной дугой и наружным краем прямой мышцы живота справа. Обычно эта точка бывает смещена латеральнее у полных людей. Желчный пузырь располагается в переднем отделе правой сагиттальной борозды печени. Форма его – грушевидная. Емкость – 30-70 мл желчи. Длина пузыря равна 7-10 см, диаметр – 3-4 см. Различают: дно, тело, шейку пузыря и пузырный проток.

Свободная часть пузыря, соприкасающаяся с передней брюшной стенкой и выступающая за край печени, называется дном, которое покрыто

брюшиной и этот отдел пузыря при, необходимости, используется для холецистостомии или для холецистоэнтеростомии. Дно желчного пузыря определяют по пересечению линии, соединяющей подмышечную ямку с пупком и реберной дугой справа

Между дном и шейкой находится тело желчного пузыря.

Шейка желчного пузыря отделена от тела четко различимой поперечной перетяжкой (складкой) и переходит в пузырный проток в виде изгиба книзу.

Шейка желчного пузыря полностью покрыта брюшиной. Ее иногда называют карманом Гартмана (Hartmann), но как полагает Emilio Etala (2006) – это результат патологического процесса, вызванного ущемлением конкремента в нижней части шейки желчного пузыря. Это приводит к расширению устья и формированию кармана Гартмана. Карман Гартмана по его мнению нужно рассматривать как патологическое изменение, так как нормальная шейка не имеет формы кармана.

У астеников пузырный проток, шейка и инфундибулярная (воронкообразная) части переходят друг в друга почти прямолинейно, а у гиперстеников нередко образуют сигмовидное искривление (Siphonopathie Ruch), затрудняющее отток желчи и могущее привести к возникновению болей. При таком искривлении в области воронки образуется расширение, получившее название кармана Гартмана, в котором нередко ущемляются камни при желчнокаменной болезни. Свободная от печени часть желчного пузыря покрыта брюшиной. Редко желчный пузырь весь покрыт брюшиной и имеет брыжейку, а иногда располагается внутривнутрипеченочно. При этом дно и шейка его находятся вне печени.

Тело и шейка желчного пузыря соединены с нижней поверхностью печени рыхлой соединительной тканью. Покрытая брюшиной стенка желчного пузыря состоит из серозного покрова, продольного и циркулярного мышечных слоев, подслизистой и слизистой оболочки. Эпителиальные ответвления слизистой в виде канальцев входят иногда до субсерозного слоя – так называемые ходы Люшка. Последние при воспалительной гиперплазии образуют в мышечном слое структуры тубоальвеолярного типа – так называемые синусы Ашоф-Рокитанского. Кроме того, в стенке желчного пузыря, обращенной к печени, в перимускулярной соединительной ткани располагаются aberrантные желчные протоки Люшка, которые, выходя из печени, проникают в стенку желчного пузыря, но не сообщаются с его полостью. После удаления желчного пузыря эти протоки могут быть источником желчеистечения в брюшную полость.

Пузырный проток расположен у правого края печеночно-12-перстной связки в толще субсерозной клетчатки. Длина его колеблется от 2 до 10 см в зависимости от варианта его соединения с печеночным протоком. Диаметр пузырного протока в нормальных условиях равен 2-3

мм, но в случае непроходимости желчных путей, проходьшего камня он может достигать диаметра до 1,5 см.

Пузырный проток в начальном отделе имеет 3-5 поперечных полулунных складок Гейстера. Это не заслонки, у них нет мышц, не исключая и последней складки в пузырном протоке, неправильно называемой сфинктером Люткенса.

Пузырный проток впадает в печеночный под острым углом справа. В таких случаях хорошо выражен треугольник Кало (Calot). Реже (около 20% случаев) он сразу и тесно прилегает к печеночному протоку, что затрудняет его препарирование и зондирование печеночных протоков. Иногда в месте прилегания оба протока имеют общую мышечную оболочку и разделены только слизистой. Встречается спиральный ход пузырного протока вокруг печеночного, идущий вниз, чаще сзади, чем спереди и впадает в проток более дистально.

Встречается низкое соединение пузырного и печеночного протока позади двенадцатиперстной кишки; впадение пузырного протока в правый или в левый печеночные протоки. Редко правый печеночный проток впадает в желчный пузырь. Такой вариант очень опасен пересечением его при холецистэктомии.

Во время операции редко, но встречаются случаи «отсутствия» пузырного протока при расширении его на границе с печеночным до размеров шейки желчного пузыря. Это наиболее опасный вариант, так как в подобном случае печеночный проток может быть ошибочно перевязан вместо пузырного.

Аномалии: двойной желчный пузырь с вариантами сообщения только с общим печеночным протоком или и с долевыми; двойной желчный пузырь с одним протоком; соустье пузырного протока с правым печеночным; сегментарный печеночный проток впадает в пузырный проток; сегментарный проток впадает в желчный пузырь; желчный пузырь формы фригийского колпака.

Кровоснабжение желчного пузыря обеспечивается пузырной артерией, отходящей чаще всего от правой ветви печеночной артерии. Она проходит выше пузырного протока в треугольнике Кало и подходит к желчному пузырю на высоте его шейки впереди, где делится на две или большее число ветвей. Артерия начинается типично только в 60% случаев. В остальных случаях артерия может начинаться от любой части общей и собственной печеночных артерий и даже от желудочно-двенадцатиперстной артерии. К пузырю она может подходить не только спереди, но и сверху и снизу. Источником пузырной артерии может быть и сегментарная артерия правой доли печени (А.Ф.Рылюк, 1997).

Кровоснабжение гепатикохоледоха обеспечивается тонкими сосудами от прилегающих тканей. Каждый мелкий сосуд снабжает кровью лишь определенный сегмент протока, связь между такими сосудами не

надежда, и значительная изоляция протока при его мобилизации может стать причиной некроза его стенки и последующей стриктуре.

Венозная кровь от пузыря и гепатикохоледоха оттекает в воротную вену с помощью многочисленных вен малого калибра, которые идут к паренхиме печени.

Лимфатические сосуды желчного пузыря идут к паренхиме печени, к лимфатическим узлам гепатикохоледоха, к верхним поджелудочным и чревным узлам. Выше и рядом с шейкой желчного пузыря располагаются лимфоузлы, известные как пузырьные, или узлы Mascagni.

Образование желчи в печени происходит непрерывно. За сутки выделяется 250-1000 мл желчи. Печеночная желчь имеет золотисто-желтую окраску, содержит около 98 % воды, желчные кислоты, билирубин, холестерин, лецитин, жирные кислоты, витамины, минеральные соли, протеин и такие инзимы как фосфатазу, амилазу. При поражении печени содержание протеина в желчи увеличивается. У больных сахарным диабетом в желчи может обнаруживаться сахар.

В желчном пузыре происходит концентрация желчи. Концентрация желчных кислот повышается в 5-8 раз, холестерина и билирубина больше чем в 10 раз. В пузырной желчи содержится 1-4% муцина, который вырабатывается слизистой желчного пузыря. Муцин обладает свойствами защитных коллоидов и препятствует выпадению в осадок компонентов желчи. Билирубин и холестерин сохраняются в растворенном виде, пока соотношение между концентрацией холестерина и солями желчных кислот поддерживается на минимальном уровне (1:20, 1:30). Процесс желчеобразования тесно связан с желчевыведением. Основным звеном в эвакуации желчи является желчный пузырь. Моторика желчного пузыря тесно связана с функциональным состоянием сфинктера Одди. Секреторное давление желчи в норме составляет 200-360 мм вод.ст.. Вне фазы пищеварения давление в желчном пузыре составляет 100-110 мм вод.ст., а во время пищеварения оно достигает 240-370 мм вод.ст. В общем желчном протоке давление в норме равно 120-150 мм вод.ст. Клапаны шейки желчного пузыря способствуют более свободному поступлению желчи в желчный пузырь, чем эвакуации ее из пузыря. При закрытом сфинктере Одди вначале заполняется общий желчный проток. При повышении давления в нем 120-140 мм вод.ст. открываются складки Гейстера, сфинктер Люткенса и желчь поступает в желчный пузырь. При сокращении желчного пузыря давление в нем повышается до 180-220 мм вод.ст. и тогда открывается сфинктер Люткенса. Максимальное сопротивление сфинктера Одди в норме равно 150-190 мм вод.ст. При патологии желчевыводящих путей давление желчи в желчевыводимой системе может понизиться до 50-60 мм вод.ст. или повыситься до 500-700 мм вод.ст. Желчь поступает в двенадцатиперстную кишку в результате сокращения желчного пузыря при расслаблении сфинктера Одди. При

заполнении желчевыводящих путей желчью бывают ее спонтанные выбросы в двенадцатиперстную кишку и вне фазы активного пищеварения. Если давление, необходимое для открытия сфинктера Одди, превышает 150 мм вод.ст., то это указывает на гипертонию сфинктера Одди, а если ниже 150 мм вод.ст. – на гипотонию. При давлении 200-250 мм вод.ст. происходит застой в желчных путях, а при повышении до 280-300 мм вод.ст. начинается приступ печеночной колики.

Таким образом, желчный пузырь является не только резервуаром для желчи и местом ее концентрации, но и органом, регулирующим поступление желчи в пищеварительный тракт.

Ретроградное поступление желчи исключается, благодаря высокому секреторному давлению в печени (300 мм вод.ст.) и сокращению сфинктера Мириizzi. Если давление в общем желчном протоке повышается, в работу включается фатеров сосок, ампула которого при закрытом сфинктере раскрывается и заполняется желчью. После наполнения ампулы открывается сфинктер, и порция желчи выбрасывается в 12-перстную кишку. Сосок снова закрывается, ампула расслабляется и заполняется желчью.

Повреждение сфинктерного аппарата в зоне фатерова соска, приводит к исчезновению сложной системы рефлексов, участвующих в наполнении желчного пузыря и дозированном поступлении желчи в кишечник.

ЛЕКЦИЯ 2.

МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЕМ ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ.

Как и при любом заболевании, обследование пациента при хирургических заболеваниях печени и желчевыводящих путей начинается с выяснения жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни и физических методов обследования. На основании полученных данных зачастую можно поставить правильный предварительный диагноз. Но некоторые заболевания печени не хирургического профиля по клиническому течению приходится дифференцировать с механической желтухой, холангитом, абсцессами печени и др. и тогда потребуются, кроме вышеуказанного проводить дополнительные методы исследования.

Таким образом, все исследования у больных с заболеванием желчевыводящих путей можно разделить на общеклинические, вспомогательные и специальные. Специальные в свою очередь следует разделить на дооперационные и интраоперационные.

Общеклинические методы исследования

Эти методы исследования направлены на выяснение динамики развития заболевания желчевыводящих путей, взаимосвязи его форм.

Жалобы. Различные по характеру жалобы при желчнокаменной болезни (ЖКБ), холециститах объясняются многообразием проявлений этой патологии и их осложнениями. Боль в правом подреберье (в типичных точках), характерная иррадиация болей, ощущение горечи во рту, иногда кожный зуд, диспептические расстройства, отрыжка, изжога, вздутие живота наблюдаются зачастую при холециститах, хотя некоторые из них могут наблюдаться при сопутствующей патологии – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, гастродуоденит, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, хронический колит и др.

Анамнез. При выяснении анамнеза заболевания необходимо уточнить давность появления приведенных выше симптомов, с чем они обычно связаны, где обследовался больной до настоящего момента, как длительно держались боли, было ли при этом повышение температуры, была ли желтуха.

В обязательном порядке выясняют вопрос о перенесенных ранее заболеваниях, о наличии сопутствующих, которые могут повлиять на течение заболеваний желчных путей.

Правильно собранный анамнез играет зачастую решающую роль в постановке диагноза.

Осмотр. При осмотре удается выявить ряд симптомов характерных для заболевания печени, различных форм холецистита и их осложнений – иктеричность склер и кожных покровов, расширение подкожных вен живота, характер дыхательных движений живота и др..

Пальпация, перкуссия. Обследование больного проводится в положении его на спине при полном расслаблении передней брюшной стенки. При этом определяют типичные болевые точки характерные для холецистита.

Симптом Ортнера-Грекова – болезненность при поколачивании краем ладони правой реберной дуги.

Симптом Мерфи – при пальпации правого подреберья в проекции желчного пузыря усиливается боль при глубоком вдохе

Симптом Пекарского – боль при надавливании на мечевидный отросток.

Симптом Кера – болезненность при пальпации и легкой перкуссии в области желчного пузыря.

Симптом Мюсси (френюкус-симптом) – связан с раздражением диафрагмального нерва, который проецируется в надключичной области.

Симптом Курвуазье – пальпируется увеличенный болезненный желчный пузырь на фоне развития механической желтухи. Признак описан как характерный для опухолевого процесса в фатеровом соске, в поджелудочной железе.

Симптом Босса – болезненность при пальпации в точках по паравerteбральной линии справа в нижнегрудном и верхнепоясничном отделе позвоночника.

Симптом кашлевого толчка (Г.Г. Караванов) - больной указывает болевую точку болевой реакции. При наличии острого холецистита она проецируется в точке желчного пузыря.

Симптом Спектора – смещение пупка вверх и вправо при остром холецистите в результате локального напряжения мышц живота.

Лабораторные исследования

В комплекс обязательных исследований входят: полный развернутый анализ крови, общий анализ мочи, анализ мочи на α -амилазу, реакция Вассермана. В анализе крови обращают внимание на количество лейкоцитов, лейкоцитарную формулу, СОЭ. Показатели высокого лейкоцитоза с нейтрофилезом, увеличение количества палочкоядерных лейкоцитов и ускоренная СОЭ могут указывать на воспалительный процесс и тяжелую интоксикацию.

Наличие в моче белка, желчных пигментов, уробелина, глюкозы, лейкоцитов, эритроцитов может указывать так же на тяжелую интоксикацию при деструктивных формах холецистита, холангитах.

Биохимические исследования состоят из оценки функции печени, почек, некоторых показателей функции поджелудочной железы (α -амилаза крови, глюкоза крови, при необходимости сахарная кривая). При обследовании больных с желтухой неясной этиологии проводится комплекс исследований, включающий показатели билирубина и его фракций, щелочной фосфатазы, аспартат – и аланинаминотрансферазы (АсАТ, АлАТ), лактат дегидрогеназы (ЛДГ), мочевины, креатинина, реакции на австралийский антиген, показатели свертывающей системы крови (коагулограмма).

Специальные методы исследования

Дооперационные методы исследования желчных путей.

Обзорная рентгенография брюшной полости. При этом исследовании можно выявить обызвествленные камни желчных путей, наличие газа в желчных протоках, который указывает на возможную фистулу желчных протоков с желудочно-кишечным трактом или на недостаточность сфинктера Одди. Такой снимок лучше делать в вертикальном положении больного. В некоторых случаях при воспалении желчного пузыря можно обнаружить газ в нем вследствие присутствия анаэробной инфекции. Обзорная рентгенография может дать информацию о размерах печени, о возможной патологии в соседних органах (камни в почках, мочеточнике и др.).

Внутривенная холеграфия. Метод основан на поглощении гепатоцитами и выделении с желчью органических иодосодержащих рентгеноконтрастных препаратов (билигност, билиграфин и др.) введенных внутривенно из расчета 40-60 мл.20% раствора билигноста. Рентгеновские снимки делают через 30, 60, 120 минут. На 120 минуте больному дают желтки, для исследования сократительной функции желчного пузыря. На снимках изображаются главные желчные протоки и более отчетливо виден желчный пузырь, если сохранена проходимость пузырного протока. Важным признаком нарушения оттока желчи является увеличение диаметра гепатикохоледоха.

При недостаточности сфинктера Одди, желчных свищах, билиодигистивных анастомозах контрастирование желчных протоков практически не наступает. Причина недостаточного контрастирования желчных протоков может быть связана с нарушением функции гепатоцитов, которая может наблюдаться при механической желтухе, гепатите, если уровень билирубина в сыворотке крови выше 25-34 мкмоль/л. Не наступает контрастирования желчных протоков и при снижении альбуминно-глобулинового коэффициента ниже 1,1 так как контрастное вещество не связанное с альбуминами, выделяется почками.

Неудачи при внутривенной холеграфии по данным разных авторов составляет 14,5-24,5%. Несколько лучшие результаты можно получить путем инфузионной холеграфии (О.Б.Милонов и соавт., 1986).

Противопоказанием для внутривенной холеграфии является непереносимость йодистых препаратов.

В настоящее время внутривенная холеграфия почти не применяется, так как ее заменили более информативные методы исследования.

Чрескожная чреспеченочная холеграфия. Такой метод применяется при длительной нарастающей механической желтухе и когда вопрос об операции решен положительно. Методика исследования состоит в пункции расширенных внутрипеченочных желчных протоков через кожу и паренхиму печени под контролем УЗИ и введение в них контрастного вещества, после чего выполняется рентгенография. Пункцию печени производят по правой акселярной линии в 9-11 межреберье или ниже 11 ребра на 5-6 см. вправо от позвоночника в месте экстраперитонеального прилегания печени (лучше под контролем УЗИ). Противопоказания те же, что и при внутривенной холеграфии, наличие геморрагического синдрома и эхинококкоза печени.

Лапароскопическая холецистохолангиография. Этот метод заключается в чрескожной пункции желчного пузыря под контролем лапароскопии. Через иглу вводят контрастное вещество в желчный пузырь, который заполняет и гепатикохоледох. Метод имеет большое значение в дифференциальной диагностике желтух, диагностике рака желчного пузыря, объемных процессов в печени. Такую холецистохолангиографию можно проводить под контролем УЗИ при хорошей проходимости пузырного протока.

Для уточнения причины желтухи и для предотвращения желчеистечения из пузыря в настоящее время применяется чрескожная, чреспеченочная холецистохолангиография.

Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (РХПГ). Исследование проводят на рентгеновском столе с телевизионной установкой. С помощью дуоденоскопа тонкий катетер вводится в фатеров сосочек и вводимое через него контрастное вещество заполняет желчевыводящие протоки и панкреатический проток. Это исследование дает возможность выявить расширение желчных протоков, наличие в них конкрементов, сужение и проходимость дистального отдела холедоха, внутренних желчных свищей. Точность диагностики холедохолитиаза, стриктуры фатерова сосочка при таком исследовании составляет до 88,9-92,6%. Кроме этого, метод РХПГ будучи эффективным является и менее опасным по сравнению с чрескожными пункциями, которые в настоящее время проводятся при невозможности сделать РХПГ.

Ультразвуковая эхография (УЗИ). УЗИ осуществляется на основании регистрации отраженных эхосигналов с помощью специальной

аппаратуры. Метод не имеет противопоказаний. С помощью этого метода можно выявлять патологические процессы в печени и желчевыводящих путях, в поджелудочной железе (опухоли и абсцессы печени, камни в желчевыводящих путях, расширение желчных протоков и др.)

Компьютерная томография (КТ) сравнительно новый способ рентгеновского исследования. Метод не обременителен для больного. Для увеличения разрешающей способности КТ (стандартный шаг – 10мм) широко применяются контрастные вещества и средства, усиливающие изображения различных органов и тканей. Разработан метод спиральной КТ с трехмерным изображением, который обладает большой разрешающей способностью. В хирургии желчевыводящих путей, используя этот метод, можно обнаружить рентгено-негативные камни, можно получить четкое изображение желчевыводящих протоков у больных с механической желтухой. Способ хорош в диагностике объемных процессов в печени и поджелудочной железе.

В последние годы для уточнения диагноза заболеваний печени, желчевыводящих путей и поджелудочной железы применяется магнитно-резонансная томография (МРТ). Последние технологические разработки существенно улучшили данный метод исследования путем создания высокоразрешающей технологии изображения. В их основе лежит сверх быстрая регистрация радиочастотных импульсов намагниченного вещества тканей организма. В результате регистрации, усиления и преобразования этих сигналов слабоподвижные жидкости такие, как желчь и сок поджелудочной железы, приобретают сигнал высокой интенсивности в противоположность окружающим органам, тканям и кровеносным сосудам. Следствием этой комбинации образов является оптимально контрастное изображение гиперинтенсивных панкреатобилиарных протоков на фоне гипоинтенсивных окружающих тканей, возможность трехмерного изображения объектов исследования за счет комбинации продольных и поперечных сечений. Для проведения исследований не требуется применения контрастных средств и ионизирующего излучения, качество изображения также практически независимо в основной своей технической части от действий персонала.

Результаты применения данного метода исследования многообещающие. Нормальная анатомия желчных протоков полностью визуализируется в 98-100% случаев, при этом точность определения анатомических вариантов впадения пузырного протока составляет 86-95%. Холедохолитиаз диагностируется с точностью 85-100%, причем доступны для диагностики конкременты до 2 мм в нерасширенных желчных протоках.

Фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС). Это исследование дает возможность детально осмотреть слизистую пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки. При этом можно визуально определить

состояние фатерова сосочка и при необходимости сделать биопсию или РХПГ и по показаниям папиллосфинктеротомии.

Лапароскопия. Лапароскопия позволяет осмотреть через аппарат переднюю часть печени, часто – желчный пузырь и соседние органы, выявить наличие асцита.

При метастазах опухоли в печень это исследование позволяет избежать лапаротомии.

Лапароскопию можно использовать для одновременной биопсии печени, для лапароскопической холецистохолангиографии или для наложения холецистостомы.

Радиоизотопные исследования. Эти исследования дают возможность судить о печени в анатомическом и функциональном аспекте на основании данных о поглотительной и выделительной функции ее, нарушении кровообращения и проходимости желчевыводящих протоков.

Проба с бенгальской розовой. меченой J^{131} основана на поглощении ее гепатоцитами и выделении затем с желчью в кишечник. Датчики прибора устанавливаются над печенью, в области сердца и в проекции двенадцатиперстной кишки.

Регистрация гамма-излучений в этих точках осуществляется непрерывно в течение 60-90 минут с момента внутривенного введения препарата. При механических желтухах и циррозах печени исследования дополняются регистрацией радиоактивности в указанных точках через каждые 2-4 часа в течение 24 часов.

При механической желтухе (если не наступило заметного нарушения функции печени) отмечаются нормальные параметры поглощения (не более 30-32 минут) и нарушается кривая выделения изотопа в кишечник (в норме не более 30 минут). Портальный цирроз дает увеличение времени выделения до 6-9 часов, а биллиарный цирроз – еще больше.

Сканирование печени. При наличии специальной электронной аппаратуры метод позволяет довольно точно определить функциональное состояние различных сегментов печени, ее анатомическое положение, размеры и выявить очаговые ее поражения (опухоли, кисты, метастазы опухолей). Для получения сканограмм используют коллоидное золото Au^{198} или коллоидный раствор серы с технецием.

Выбор диагностических методов. Выбирая необходимые методы вспомогательной диагностики, мы должны учитывать то, чтобы получить нужную информацию в кратчайший срок и с наименьшими трудностями.

Анамнез и первые клинические признаки заболевания зачастую дают возможность врачу правильно поставить предварительный диагноз и наметить пути дальнейших исследований. Диагностике остроого холецистита, как уже указывалось раньше, помогают лабораторные данные, которые могут указывать на наличие воспалительного процесса у больного. В анализе крови определяется лейкоцитоз со сдвигом

лейкоцитарной формулы влево и увеличение СОЭ. В крови повышается содержание щелочной фосфатазы и в меньшей степени повышается содержание аминотрансфераз, альдолазы.

Необходимость других исследований определяется не только потребностью и доступностью в данной ситуации, но и общим состоянием больного.

УЗИ в настоящее время является методом выбора в диагностике холециститов и их осложнений. При этом могут решаться почти все диагностические задачи этой патологии. Это неинвазивный способ диагностики и не требует большого времени для исследования. Метод практически не имеет противопоказаний и дает возможность наблюдения за развитием патологического процесса в динамике.

При катаральном калькулезном холецистите выявляется утолщение стенки желчного пузыря до 5 мм и более с двойным контуром, а также наличием эхопозитивных структур с акустической тенью в полости пузыря. Такие акустические тени могут смещаться в желчном пузыре или быть фиксированными в шейке его (при обтурационном холецистите). При холестазах выявляется увеличенный в объеме желчный пузырь, застойное содержимое в его полости в виде гиперэхогенной пристеночной массы. Или наличие подвижных хлопьев, нередко с горизонтальным уровнем (А.Г. Бебуришвили),

Деструктивный холецистит проявляется тотальным или фрагментарным расслоением стенки желчного пузыря, наличием между этими расслоениями жидкостных образований, а иногда и пузырьков газа. При перфорации стенки желчного пузыря в результате ее деструкции можно выявить дефект в ней, а вокруг – жидкостное образование вне желчного пузыря, которое зачастую отграничено воспалительным инфильтратом от брюшной полости.

Данные УЗИ определяют состояние желчевыводящих протоков, расширение их, утолщение стенок и наличие в них конкрементов.

Лапароскопия используется только в атипичных случаях, иногда – для дифференциальной диагностики с прикрытой перфорацией язв. При остром холецистите, осложненном поражением желчевыводящих путей (холедохолитиаз, стриктуры протоков и фатерова сосочка, холангит, механическая желтуха) используется РХПГ, которая по показаниям может завершиться папиллосфинктеротомией и экстракцией камней из желчных протоков.

Компьютерная томография и магнитно-резонансная томография, как указывалось выше, обладают большими диагностическими возможностями, но в настоящее время пока не все лечебные учреждения располагают такой аппаратурой. Другие рентгенологические методы в диагностике воспалительных заболеваний желчного пузыря в настоящее время почти не используются.

Интраоперационные методы исследования желчных путей.

В настоящее время общепризнанно, что ни одно из хирургических вмешательств на печени и желчевыводящих путях нельзя осуществить без тщательного их обследования во время операции. Даже самые современные дооперационные методы исследования не всегда дают истинное представление о характере поражения желчевыводящих путей, локализации и распространенности этих изменений, осложнениях и сопутствующих заболеваниях соседних органов. Даже при выполнении такого информативного исследования, как РХПГ до операции позволяет решать оперативно-тактические задачи у 90% исследованных больных, причем окончательно диагностические вопросы уточняются все же на операционном столе (А. А. Шалимов и соавт.)

Использование таких методов как чрескожная чреспеченочная холеграфия, лапароскопическая холеграфия из-за технической сложности и осложнений не позволяет ее выполнение во всех случаях. К этим исследованиям приходится прибегать при наличии у больных механической желтухи и при невозможности выполнить РХПГ.

По вскрытию брюшной полости осматривают печень, желчный пузырь и производится ревизия всех органов брюшной полости.

Осмотр, пальпация и пункция желчного пузыря позволяют выявить характер поражения его. Сложнее обстоит дело с ревизией наружных желчных протоков и поджелудочной железы, особенно если печеночно-двенадцатиперстная связка инфильтрирована вследствие вовлечения в воспалительный процесс. Естественно выделение желчных протоков в таких условиях сопряжено с определенными трудностями. О состоянии поджелудочной железы судят по данным, полученным при пальпации. По вскрытии сальниковой сумки можно частично осмотреть поджелудочную железу.

При ревизии наружных желчевыводящих протоков определяют диаметр общего печеночного протока, холедоха и плотность стенок его. Пальпаторно можно выявить наличие камней в протоках.

Если показаний к холедохотомии нет, то выполнять зондирования желчных протоков не обязательно.

Операционная холангиография. Метод контрастного рентгенологического исследования желчных путей во время операции был предложен аргентинским хирургом Mirizzi в 1932 году. Этот метод наиболее точный и важный в диагностике проходимости желчных путей. Холангиография выполняется через катетер, введенный в холедох через пузырный проток, либо путем пункции холедоха. Обычно вводится 20-40 мл 60% раствора верографина или другого водорастворимого контрастного вещества и сразу делают рентгеновский снимок. Холангиография дает возможность получить полное представление о

строении желчных протоков до вмешательства. С помощью этого исследования можно выявить анатомические варианты протоков, их калибр, наличие камней и их локализацию, а также другие патологические изменения в протоках. Выборочное проведение холангиографии уменьшает вероятность ошибок в диагностике и лечении. Расширению возможностей операционной холангиографии способствовало использование в некоторых клиниках передвижных рентгеновских аппаратов с электронно-оптическими преобразователями (телевидение). При таком исследовании удастся определить не только проходимость желчных путей, но и функциональную способность сфинктерного аппарата фатерова сосочка. Холангиография используется для контроля после холедохолитотомии.

Исследование зондированием желчных путей в настоящее время пользуются лишь в тех случаях, когда снимки при холангиографии ненадежны и требуют уточнения проходимости желчных путей. Зондированием пользуются и тогда, когда нельзя воспользоваться рентгенодиагностикой и когда есть показания для обследования протоков. Зондирование холедоха лучше проводить сначала мягким детским урологическим катетером. Если оно не удается, попытаться провести в двенадцатиперстную кишку через пузырный проток или холедохотомическое отверстие мочеточниковый катетер или металлический зонд до 2-3 мм в диаметре. Проводя зондирование, одновременно производят пальпацию желчных путей и при такой манипуляции иногда удается обнаружить камни в протоках, которые при обычной пальпации не определялись. Для более детальной ревизии ретродуоденального отдела холедоха иногда требуется частичная мобилизация двенадцатиперстной кишки по Кохеру. Зондированием можно установить проходимость фатерова сосочка и его диаметр. При этом исследование должно быть очень щадящим.

Холедохоскопия. Этот метод исследования наружных желчных протоков во время операции известен давно, хотя используется не очень часто. Современные холедохоскопы бывают жесткими или гибкими с волоконной оптикой. Их наружный диаметр равен 4-7 мм. Они используются для осмотра желчных протоков, экстракции камней из них или взятия материала для биопсии.

Холедохоскоп вводят в желчные протоки через холедохотомическое отверстие, в отдельных случаях через широкий пузырный проток или через фатеров сосочек при трансдуоденальной папиллосфинктеротомии. Хорошо отработанная холедохоскопия длится около 5-10 минут. Она способствует сокращению числа оставленных камней в желчных протоках.

ЛЕКЦИЯ 3.

ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

В 90-95% всех случаев острых и хронических холециститов у больных имеются камни в желчевыводящих путях.

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) - обменное заболевание гепатобилиарной системы, характеризующееся образованием желчных камней в желчном пузыре или в желчных протоках.

Еще Гиппократ заложил основы диагностики печеночной колики при ЖКБ и описал ее клиническую картину. Гален дал картину механической желтухи.

Первые письменные упоминания о желчных камнях у человека относятся к XIV веку. Везалий (XVI) подробно описал желчнокаменную болезнь. Шеврей в 1884 г. назвал вещество, из которого состоят желчные камни, холестерином (А.С.Ермолов, 1998).

Основными факторами, приводящими к развитию ЖКБ, в настоящее время считают следующие:

1. ***Нарушение обмена.***

Как правило, оно обусловлено наследственностью. Важную роль играют генетические факторы, способствующие образованию в печени литогенной желчи, которая содержит много холестерина и мало фосфолипидов (лецитина) и желчных кислот. Основную роль в камнеобразовании играет недостаток желчных кислот в первую очередь (как растворителя) а не избыток в желчи веществ подлежащих растворению.

2. ***Инфекция в желчных путях.***

Инфекция меняет кислотно-щелочной баланс и химический состав желчи, что ведет к образованию камней. Микроорганизмы, особенно кишечная палочка, выделяют фермент β -глюкоронидазу, которая превращает растворимый конъюгированный билирубин в нерастворимый, неконъюгированный. В нормальной желчи этого фермента нет, а в инфицированной он появляется. Сами бактерии могут служить ядром, на котором идет кристаллизация солей с последующим камнеобразованием. Это подтверждается электронно-микроскопическими исследованиями срезов различных по составу желчных конкрементов.

3. ***Нарушение оттока желчи, желчная гипертензия.***

Это является важным фактором в механизме камнеобразования вследствие нарушения химического состава, концентрации основных компонентов желчи и ее инфицирования.

4. *Нарушение эндокринного баланса.*

Особенно это касается нарушения равновесия половых гормонов.

ЖКБ чаще встречается у женщин, особенно в период гормональной перестройки.

Естественно, что эти факторы не действуют изолированно, они взаимосвязаны.

Эпидемиологические исследования причин ЖКБ выявили также значение генетических факторов и режима питания. Больше всего этим заболеванием страдают люди белой расы и некоторые североамериканские индейские племена. Наследуется, вероятно, полигенная склонность к камнеобразованию, так как с миграцией населения наличие камней у них меняется (Богуслав Нидерле и соавт., 1982).

Индекс литогенности — это частное от деления количества холестерина, находящегося в исследуемой желчи, на максимальное количество его, которое может быть растворено при данном соотношении желчных кислот и фосфолипидов (лецитина).

Для определения индекса литогенности желчи М.С.Сареу предложил специальные таблицы. Если индекс литогенности желчи больше 1, желчь считается литогенной.

Имеются и другие способы определения литогенности желчи.

Наличие камней в желчном пузыре (холецистолитиаз) может длительное время не проявлять себя клинически и оставаться бессимптомным. Камни делят на холестериновые, пигментные и холестерин-пигментно-известковые.

Желчный пузырь является основным местом первичного образования большинства камней и играет главную роль в этиологии хронического заболевания всей желчной системы. ЖКБ часто осложняется воспалением желчного пузыря — настолько часто, что в клинической практике камни и воспаление сливаются в единое заболевание. Если иногда выявляется одно заболевание без другого, то, вероятно, патологический процесс просто не успел развиваться до надлежащей стадии (Богуслав Нидерле).

Наличие камней в желчных протоках (холангиолитиаз) в большинстве случаев является осложнением хронического калькулезного холецистита. Камни могут мигрировать из желчного пузыря в протоки. В то же время вследствие стоаза желчи в протоках камни непосредственно могут образовываться и в них.

В желчном пузыре они обнаруживаются при ЖКБ в 70% случаев и более, во внепеченочных желчных протоках до 8-12%, во внутрпеченочных — до 1%. Число камней может быть от одного до нескольких сотен. С.П. Федоров удалил желчный пузырь «нафаршированный 20000 камнями».

Первые операции на желчных путях связаны с именем французского хирурга Жана Луи Пти (Jean Louis Petit), который в 1735 г. сообщил хирургическому обществу Королевской академии в Париже о первых трех операциях на желчном пузыре. На основании своего опыта Пти в 1743 г. предложил производить операции на желчном пузыре только тогда, когда имеются сращения между брюшной стенкой и пузырем. Автором рекомендовалось вскрытие желчного пузыря – холецистостомия. Взгляды Пти продержались свыше 100 лет (Л. В. Авдей, 1963). В 1867 г. Боббс в Индианаполисе с лечебной целью больному наложил холецистостому, а в 1882 г. немецкий хирург Langenbuch С. сделал первую операцию по удалению желчного пузыря при ЖКБ. В России первую холецистостомию выполнил Е.В.Павлов в 1884 году. В 1889 г. Ю.Ф.Коссинский выполнил первую в России холецистэктомию по поводу эмпиемы и камней желчного пузыря с летальным исходом, вторую – Матляковский в 1889 г. с благоприятным исходом.

ЖКБ – одно из распространенных заболеваний. Заболеваемость ЖКБ выше в том регионе, где население в пищевом рационе больше употребляет мясных продуктов, чистых углеводов. Употребление растительной пищи ведет к снижению ЖКБ. Это подтверждается материалами из таких стран как Вьетнам, Индия, Индонезия, Китай, Япония.

Ида с соавт. (1983) связывает распространение холелитиаза с урбанизацией населения. Это подтверждается материалами ряда клиник Японии.

Schoenfield (1982) приводит данные о том, что 20 млн. американцев имеют камни в желчном пузыре и магистральных протоках. Каждый год это количество увеличивается на 1 млн.

В России в дореволюционное время холелитиаз встречался сравнительно редко. По мере улучшения жизненного уровня населения число больных ЖКБ в СССР достигло 10-12% (сводные данные клиник Москвы, Ленинграда, Киева, Минска, Тбилиси и др. городов).

Многие авторы в своих публикациях отмечают в настоящее время рост заболеваемости населения ЖКБ во всех странах мира (А.Ж. Нурманов, А.Л. Поташов, 1993; В.А. Бородач, А.В. Бородач, 2002; М.А. Бражникова и соавт., 2005; J. Machi et al., 1995 и др.), что требует усовершенствования методов диагностики и организации хирургической помощи этому контингенту больных.

Согласно данным 6-го Всемирного конгресса гастроэнтерологов 10% населения мира страдает ЖКБ и эта патология по частоте уступает только атеросклерозу.

ЖКБ тянется годами. Изменения в желчном пузыре обусловлены защитно-приспособительными реакциями и прежде всего усилением сократительной способности желчного пузыря для того, чтобы

вытолкнуть камни из желчного пузыря, как инородного тела. В.В.Виноградов различает три стадии развития этого процесса: гипертрофическую, дистрофическую и атрофическую. В третьей стадии наступает склероз мышечных волокон, нарушается его функция.

При сокращении желчного пузыря находящиеся в нем камни, особенно небольшие по размеру, ущемляются в области шейки пузыря или в пузырном протоке. Появившаяся гипертензия в желчном пузыре в результате нарушения оттока желчи вызывает болевую реакцию в связи с перерастяжением его стенки – приступ печеночной колики. Блокада пузырного протока приводит к обострению воспалительного процесса, который переходит в новое качественное состояние – острый холецистит (И.Н.Гришин, 1989). Этому может способствовать и проникновение инфекции в желчный пузырь, содержащий камни.

В клиническом проявлении ЖКБ многолика и опасна тяжелыми осложнениями, прежде всего такими, как острый холецистит с перитонитом, механическая желтуха, холангит с печеночной недостаточностью, образование внутренних билиодигестивных свищей, желчнокаменная кишечная непроходимость, билиарный цирроз печени, рак желчного пузыря, панкреатит и др.

Плановое хирургическое лечение неосложненной ЖКБ дает вполне удовлетворительные результаты и послеоперационная летальность при этом составляет 0,2-0,3% (А.С.Ермолов). Хуже обстоит дело с осложненным течением ЖКБ и, в частности, с острым калькулезным холециститом. Проблема эта является предметом незатухающей дискуссии.

Консервативное лечение острого калькулезного холецистита зачастую бывает малоэффективным и чаще всего носит симптоматический характер. По данным многих клиник, общая летальность при консервативной терапии колеблется от 10 до 16%, в то время, как при оперативном лечении она составляет от 0,5% до 3,2%.

Хирургическая тактика по отношению к острому холециститу условно прошла несколько периодов (А.С. Ермолов).

Первый период – от начала хирургических вмешательств на желчных путях до середины 30-х годов 20 –го столетия. Этот период характеризовался выжидательной тактикой. Хирургическая активность составляла около 2%.

Кег считал, что надо оперировать при угрожающих жизни осложнениях ЖКБ и острого холецистита. Операции его проходили часто с ревизией желчного протока путем вскрытия его, но результаты лечения были неутешительными – уровень летальности достигал 50%.

Второй период – с 1935 по 1956 годы характеризовался активной хирургической тактикой. К этому времени отрицательные моменты выжидательной тактики при остром холецистите были явными. Трудно

было прогнозировать развитие воспалительного процесса в желчном пузыре, в результате чего у некоторых больных развивались тяжелые осложнения, приводящие к гибели больных. К концу тридцатых годов и особенно в послевоенное время большинство хирургов за рубежом и в Советском Союзе стали оперировать больных в остром периоде болезни. В отдельных клиниках хирургическая активность достигла 80%. Хотя уровень послеоперационной летальности был выше, чем при операциях в «холодном периоде» (6-10%), но в то же время значительно сократилось число больных с запущенными формами острого холецистита, что в целом привело к улучшению результатов хирургического лечения острого холецистита.

Третий период развития желчной хирургии. Он характеризуется неоднозначностью подхода к хирургической тактике лечения острого холецистита. Рубежами его считают Ленинградский (1956) и Кишиневский (1976) пленумы Правления Всесоюзного общества хирургов, где рассматривались эти вопросы. Сторонники активной хирургической тактики показанием к экстренной операции считали наличие у больного острого холецистита, независимо от его формы, общего состояния и возраста больного (А.В.Гуляев, О.М.Джавадян, В.И.Стручков и др.). Вскоре выявились отрицательные последствия такого подхода к проблеме острого холецистита. Они выражались в том, что оперативные вмешательства зачастую выполнялись в ночное время в экстренном порядке, малоопытными хирургами в желчной хирургии, у недостаточно обследованных больных. Операции при осложненном холецистите часто протекали с большими трудностями, иногда сопровождалась повреждением жизненноважных образований печеночно-двенадцатиперстной связки и соседних органов. Операции зачастую оказывались нерадикальными. Это привело к проблеме повторных операций на желчных путях. Возникла глава «постхолецистэктомический» синдром в желчной хирургии. Был выявлен рост летальности и осложнений. Высокой оказалась летальность у пожилых больных и пациентов с запущенными формами острого холецистита, доходившая по данным В.И.Стручкова до 37,1%.

Сторонники консервативной тактики (В.В.Виноградов, Малле-Ги, Долиотти и др.) предлагали купировать острый приступ, перевести болезнь в «холодный» период, обследовать больного и только потом его оперировать. Летальность при этом составляла 2%. После купирования острого приступа многим больным из группы высокого риска в операции отказывали, а некоторые больные сами от нее отказывались. Как указывает Е.С.Ермолов «известно много случаев, когда больные, выписанные из стационара с формулировкой «оперативное лечение возможно лишь по жизненным показаниям», страдали от следующих друг за другом, почти без перерыва, приступов до тех пор, пока «жизненные показания» в виде

разлитого перитонита, тяжелой желтухи или панкреонекроза не наступали. И тогда операция выполнялась в самом неблагоприятном периоде, когда ожидать хороших результатов не приходилось. Параллельно с совершенствованием методов оперативного лечения желчнокаменной болезни шли разработки способов консервативного лечения осложнений желчнокаменной болезни. Этому способствовали успехи в фармакологии и технический прогресс.

Диетотерапия и спазмолитики не гарантируют от повторных приступов острого холецистита или развития механической желтухи при холелитиазе. Метод желчегонной терапии также не оправдал себя, так как зачастую при этом наблюдалось обострение холецистита вследствие миграции конкрементов, сопровождающейся обтурационной желтухой.

К современным методам консервативной терапии желчнокаменной болезни следует отнести медикаментозное растворение и изгнание желчных камней и экстракорпоральная холецистолитотрипсия. При этом используются методы общего и контактного растворения камней.

Попытки найти медикаменты, растворяющие желчные камни при пероральном применении, предпринимались еще с 18 века. В 1937 году был предложен способ медикаментозного растворения желчных камней путем назначения микстуры, состоящей из смеси желчных кислот. Широкого применения этот метод не получил.

В 1972 году было описано полное растворение желчных камней в результате использования чистой хенодезоксихолевой кислоты. Вторым агентом, который используется для растворения желчных камней, является урсодезоксихолевая кислота. Этот препарат применяется в медицинской практике с начала 80-х годов. Обязательным условием для успешного растворения желчных камней является: наличие у больного холестериновых рентгенонегативных конкрементов, содержащих менее 4% солей кальция; функционирующий желчный пузырь и размеры камней должны быть не более 2 см в диаметре.

Но, как показал опыт, лучшие результаты растворения желчных камней наблюдались у больных, имеющих плавающие холестериновые камни размером до 5 мм. Однако число таких больных составляет менее 15%.

Полностью растворить желчные камни, при тщательном отборе больных, удастся не более чем у 50% случаев. Медикаментозное растворение желчных камней наиболее эффективно у больных с единичными конкрементами молодого возраста и не страдающих ожирением, т.е. неподходящих к группе высокого риска оперативного лечения.

Есть указания на весьма высокий процент рецидивов при медикаментозном растворении желчных камней. В течении первых 5 лет

после проведенного лечения ежегодно у 15% пациентов конкременты образуются вновь.

Кроме этого, для проведения курса лечения растворения желчных камней у лиц с высоким операционным риском выявлено много противопоказаний, связанных с общими заболеваниями – заболевания печени, сахарный диабет, язвенная болезнь, хронические заболевания почек, заболевания желудочно-кишечного тракта, сопровождающиеся диареей. Лечение продолжительное и дорогостоящее.

В середине 80-х годов предложен метод контактного растворения желчных камней. В качестве растворителя используют метилтетрабутиловый эфир, который вводят в желчный пузырь путем чрескожной чреспеченочной пункции последнего. У этого метода имеются существенные недостатки – растворяются только холестериновые камни; процесс растворения длится от нескольких часов до двух суток. В 15-40 % могут наблюдаться такие осложнения, как диарея, химический холецистит, панкреатит, гемолиз, дуоденальные эрозии.

П.М.Постоловым были проведены исследования по контактному растворению камней в желчном пузыре и протоках у больных с повышенным операционным риском, перенесшими лапароскопическую холецистостомию по поводу острого обтурационного холецистита. С этой целью был использован российский литолитический препарат «Октаглин», являющийся по химическому составу монооктаноином. В исследованиях было показано, что «Октаглин» в стендовых условиях обладает высокой литолитической активностью по отношению к холестериновым камням. Очевидно, что методика растворения желчных камней будет иметь перспективы в будущем при изобретении препаратов без указанных выше недостатков и обладающих хорошей литолитической активностью при применении их неинвазивным методом.

С середины 80-х годов в клинической практике стали применять экстракорпоральную холецистолитотрипсию (ЭКХЛТ). Принцип заключается в дистанционном разрушении желчных камней акустическими ударными волнами на мелкие фрагменты, которые могут мигрировать из желчных путей. Но такой метод применим в лучшем случае у 6% больных. Для этого необходимо, чтобы у пациентов не было воспалительных изменений со стороны желчного пузыря и сохранение его функции, хорошая проходимость желчных протоков; число камней не должно превышать трех и общий их размер не должен быть более 3 см; наличие холестериновых камней. Противопоказания для ЭКХЛТ: беременность, нарушение свертываемости крови, ожирение, наличие кардиостимуляторов и клеточных образований по ходу ударной волны. При этом раздробить камни до состояния пыли не удастся, и зачастую фрагменты их достигают 0,3-0,5 см в диаметре. В связи с этим возможны

такие осложнения как острый обтурационный холецистит, холангит, панкреатит, механическая желтуха. Возможны рецидивы.

Таким образом, всем указанным выше методам нехирургического лечения желчнокаменной болезни присущ общий недостаток – непатогенность лечения. Langenbuch С. еще в 1882 году писал: «желчный пузырь должен быть удален не потому, что он содержит камни, а потому, что он их продуцирует». Следовательно, консервативное лечение желчнокаменной болезни должно рассматриваться в настоящее время как вспомогательное и в исключительных случаях.

Число больных с осложненными формами желчнокаменной болезни составляет 15-20% от общего числа urgentных хирургических больных. До сих пор вопрос о хирургической тактике при бессимптомном течении желчнокаменной болезни окончательно не решен. Иногда делается вывод о невысокой вероятности развития острого холецистита при желчнокаменной болезни. Даже среди некоторых хирургов ведутся споры о целесообразности применения хирургических пособий у «каменосителей». Однако ведь никто не дискутирует на тему: «Что делать со снарядом, который пролежал в земле, не разорвавшись со времен Великой Отечественной войны, и был случайно найден при строительных работах. Такой снаряд не закапывают обратно, а обезвреживают» (А.С.Ермолов).

Преобладающее большинство хирургов рекомендуют оперировать пациентов с бессимптомным камненосительством. Многие исследования показали, что бессимптомное камненосительство в любой момент может дать клинические проявления осложнений ЖКБ и привести к серьезным последствиям (Walsh D.B., Eckhauser F.E. et. al., 1982; Emilio Etala, 2006, и др.). У пожилых пациентов и больных сахарным диабетом нередко развивается острый деструктивный холецистит с перфорацией желчного пузыря или острый холангит на почве холедохолитиаза. У некоторых пациентов клинические проявления могут отсутствовать даже при развитии таких осложнений как билиблиарные или билиодуоденальные свищи. У себя в клинике мы наблюдали два случая билиодуоденальных свищей у больных старше 65 лет, которые оперированы по поводу острой кишечной непроходимости на почве обтурации тонкой кишки желчными камнями. По заявлению больных до появления признаков острой кишечной непроходимости болевых ощущений в животе они не испытывали.

При плановых холецистэктомиях послеоперационная летальность составляет 0,1–0,5%, а при осложненном остром холецистите она на много выше.

Много лет назад, когда осложнения после холецистэктомии были частыми, а послеоперационная летальность – высокой, конечно, было неправильно рекомендовать плановую холецистэктомию при

бессимптомном камненосительстве, но в настоящее время ситуация в корне изменилась. Не рекомендуется выполнять холецистэктомию при бессимптомном камненосительстве пациентам старше 70 лет или имеющим серьезную патологию со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной систем и патологию почек.

Материалы нашей клиники, как и данные других авторов, показывают, что из числа поступивших в стационар больных с тяжелыми осложнениями желчно-каменной болезни, у 10-13,3% приступ острого холецистита отмечался впервые, хотя многие из них знали о том, что при УЗИ у них находили камни в желчном пузыре, но зачастую они или сами отказывались от предложенной операции, или им ее не предлагали. В дальнейшем значительную часть из таких пациентов оперируют по поводу осложнений желчнокаменной болезни и чаще всего по поводу острого обтурационного холецистита или механической желтухи. Следует отметить и то, что по литературным данным в 97% случаев рака желчного пузыря наблюдался холедистолитиаз.

Таким образом, в связи с тем, что консервативная терапия неэффективна, следует считать, что любые формы проявления ЖКБ подлежат хирургическому лечению.

В 1981 году на Всесоюзном съезде хирургов (Минск, 1981), обобщая многолетний опыт хирургии при осложнениях ЖКБ, были приняты рекомендации на активно-выжидательную тактику, которая подразумевает следующее:

1. Экстренная операция выполняется только при наличии разлитого желчного перитонита.
2. Срочное оперативное вмешательство выполняется при неэффективности консервативного лечения острого холецистита в течение 24-48 ч. или при прогрессировании желтухи.
3. Плановая операция выполняется при успешном купировании приступа.

Однако «активное выжидание» хирурги понимают по-разному. Нередко показания или противопоказания к операции определяются не столько данными объективного обследования больного, сколько темпераментом хирурга, а понятие «стихание» или «прогрессирование» приступа трактуются весьма произвольно. Не решили неясных вопросов ни дискуссия, проводившаяся в 80-х годах журналом «Хирургия», ни «круглые столы» Московского хирургического общества. Если в группе больных молодого возраста, неотягощенных тяжелой сопутствующей патологией, вопросы хирургической тактики можно считать в достаточной степени ясными, то для больных с высокой степенью операционного риска ни сроки, ни характер, ни показания к операции решенными считаться не могут.

К 80-м годам результаты лечения больных с ЖКБ оставались неудовлетворительными. Большинство операций выполнялось при осложненной ЖКБ. Летальность при операциях по поводу острого холецистита сохранялась на относительно высоком уровне (5-6%), а при вмешательствах на внепеченочных желчных путях она достигала 10%. Уровень летальности у больных пожилого и старческого возраста при осложненной ЖКБ превышал 30%. При медикаментозной терапии острого холецистита результаты еще менее утешительны. В то же время появились новые данные о патогенезе осложнений ЖКБ. Стала широко внедряться ультразвуковая диагностика ЖКБ, эффективность которой выше, чем рентгенологического исследования в 8 раз и дешевле в 12 раз. Эндоскопическая диагностика позволила проводить диапневтические манипуляции. Создание интактных полимерных материалов дало возможность обеспечить длительное, надежное и безопасное дренирование желчных путей. Все это послужило поводом для разработки новых тактических подходов, и появилась возможность для их технического осуществления.

Изучены пути проникновения антибактериальных препаратов в желчный пузырь и закономерности этого процесса в условиях воспаления желчного пузыря.

В экспериментальных и клинических исследованиях детально изучена фармакокинетика антибиотиков в желчном пузыре. Доказано, что состояние проходимости пузырного протока не служит показателем, определяющим содержание антибиотика в желчном пузыре, т.е. установлено, что желчь не является основным средством транспорта антибактериальных препаратов в желчный пузырь. Также изучено влияние избыточного внутрипузырного давления у больных с острым обструктивным холециститом на содержание антибиотика в желчном пузыре.

Современные принципы лечения ЖКБ

Говоря о современных принципах лечения ЖКБ, А.М. Шулуток в своей лекции «Хирургическое лечение желчно-каменной болезни» (2003) указывает на следующее:

1. Наличие камней в желчном пузыре и желчных протоках требует оперативного лечения. Лечение, отличное от этого стандарта, должно приниматься при сочетании камненосительства и тяжелых форм сахарного диабета или болезней крови.
2. Консервативное лечение ЖКБ имеет ограниченные показания, высокую частоту рецидива и нуждаются в дальнейшем совершенствовании.
3. Традиционная холецистэктомия (ТХЭ) представляет собой отработанную максимально безопасную в плане повреждения

внепеченочных желчных путей, эффективную операцию при всех вариантах ЖКБ, и она остается стандартом для сравнения эффективности новых методов хирургического лечения. Переход от операции малых доступов к ТХЭ не является осложнением. Результаты ТХЭ зависят в большей степени от опытности и мануальных данных хирурга и в меньшей степени от технической оснащенности лечебного учреждения.

4. Операции малых доступов (видеолапароскопическая холецистэктомия и «открытая лапароскопическая» холецистэктомия из мини-доступа) являются операциями выбора для большинства больных ЖКБ. Результаты этих операций в значительной степени зависят от опытности и мануальных данных хирурга и от технической оснащенности лечебного учреждения. Отсутствие должного технического оснащения делает операции малых доступов невыполнимыми или чрезвычайно опасными для больного.
5. Необходимы дальнейшие исследования и разработки для повышения безопасности операций малых доступов, строгие критерии оценки эффективности лечения и хорошая подготовка хирургов.
6. Важна проблема лечения патологии внепеченочных желчных протоков, в особенности холедохолитиаза, пока еще являющегося основной причиной выполнения операций из традиционного доступа или конверсии. Необходимы разработки и совершенствования методов разрешения протоковой патологии малоинвазивными способами. Преобладающий двухэтапный подход к лечению холецистохоледохолитиаза подразумевает эндоскопическую санацию гепатикохоледоха после эндоскопической папиллосфинктеротомии.
7. Неинвазивные методы лечения безопасны для жизни больного, как и вопросы профилактики ЖКБ, должны найти отражения в изучении этой патологии.

Характеристика оперативных вмешательств при ЖКБ и ее осложнениях

В арсенале хирургов, оперирующих больных с ЖКБ, в настоящее время имеются три основных вида оперативных вмешательств: ТХЭ, лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ), «открытая лапароскопическая» холецистэктомия из мини доступа с набором инструментов «мини-ассистент» (ОЛХЭ).

ТХЭ.

При ТХЭ выполняема вся программа интраоперационной ревизии внепеченочных желчных путей: осмотр и пальпация, определение

наружного диаметра общего желчного протока (ОЖП), интраоперационная холангиография, УЗИ, холедохотомия с интраоперационной холедохоскопией, исследования калиброванными зондами ОЖП, холангиоанометрия.

Недостатками ТХЭ являются: операционная травма средней тяжести, ведущая к катаболической фазе раннего послеоперационного периода, к нарушению функции внешнего дыхания, ограничению физической активности больного, парезу кишечника и др. Как результат раневой травмы передней брюшной стенки могут наблюдаться ранние и поздние послеоперационные осложнения, такие как нагноение в ране, послеоперационные вентральные грыжи и др. Сравнительно длительная послеоперационная реабилитация и нетрудоспособность больных для лиц физического труда, а также косметический дефект в виде большого послеоперационного рубца.

Разрезы: верхняя срединная лапаротомия, косые подреберные разрезы Кохера, Кера, Федорова, Черни, Рио-Бранко, Шпренгеля (поперечный), трансректальный, параректальный и т.д. Эти разрезы обеспечивают хороший доступ к желчному пузырю, внепеченочным желчным протокам, печени, двенадцатиперстной кишке, поджелудочной железе. Возможна ревизия всех органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

После вскрытия брюшной полости хирург производит ревизию ее органов: осмотр и пальпацию желудка, двенадцатиперстной и ободочной кишки. Определяет расположение желчного пузыря, взаимоотношение его с окружающими органами, наличие в нем конкрементов, наличие воспалительного инфильтрата в зоне печеночнодвенадцатиперстной связи. Производится пальпация наружных желчевыводящих путей, головки поджелудочной железы, осмотр тонкой кишки (при срединных лапаротомных разрезах).

На желчный пузырь ближе к гартмановскому карману накладывается окончательный зажим для желчного пузыря или геморроидальный окончательный зажим. Потягивая за зажим, осторожно рассекается ножницами брюшинный покров на передней поверхности печеночнодвенадцатиперстной связи для обнажения печеночного и общего желчного протоков вблизи их слияния с пузырным протоком. При осмотре протоков обращается внимание на их ширину, цвет стенки, плотность, определяется место впадения пузырного протока в наружные желчевыводящие пути и расположение сосудов. Осмотр передней поверхности протоков позволяет определить место прохождения печеночной артерии, ее ветвей и пузырной артерии.

Всякое сомнение при осмотре желчного протока должно быть решено, как утверждает И.Н. Гришин (1989), пункционной холангиографией.

ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ОТ ШЕЙКИ ПУЗЫРЯ.

После проведенной ревизии пузыря и протоков диссектором раздвигаются ткани окружающие пузырный проток. После выделения пузырного протока его берут на держалку. При необходимости холангиографии на операционном столе надсекается пузырный проток остроконечными ножницами и в проксимальном направлении в него вводится тонкая полихлорвиниловая трубка, через которую в желчевыводящие пути вводится контрастное вещество и производится рентгеновский снимок. При хорошей проходимости наружных желчевыводящих путей и отсутствии какой-либо патологии с их стороны пузырный проток лигируют под контролем глаза на расстоянии около 4-5 мм от печеночного протока. Вторая лигатура на пузырный проток накладывается как можно ближе к пузырю и проток пересекается. Следующим этапом должна быть выделена и лигирована пузырная артерия и ее основные ветви. При выделении пузырной артерии необходимо удостовериться, что это не правая ветвь печеночной артерии, диаметр которой достигается 1.5-2 мм.

По краям желчного пузыря ножницами рассекается серозная оболочка, затем острым путем и тупо отделяется желчный пузырь от нижней поверхности печени. При выраженных деструктивных изменениях в стенке желчного пузыря нет необходимости стремиться к субсерозному удалению его. В таких случаях желчный пузырь удаляется вместе с серозной оболочкой. Как показывает опыт, кровотечение из ложа желчного пузыря бывает незначительным. В этом случае при наличии кровотечения ложе желчного пузыря ушивают кетгутowymi швами. Перитонизация ложа желчного пузыря способствует избежать образования спаек с окружающими тканями, лучшему гемостазу и лучшему пережатию случайно пересеченных aberrантных желчных протоков.

Во втором случае, при наличии кровотечения из ложа, атравматической иглой следует прошить кровоточащие сосуды в ткани печени. Мелкие сосуды коагулируются. Если ушить ложе желчного пузыря при наличии воспалительного процесса в нем, то в этой зоне может образоваться абсцесс.

К ложу желчного пузыря подводится окончатая дренажная трубка и резиновая перчатка. Тампон подводится к ложу желчного пузыря в том случае если оно не ушивалось кетгутom, а имеется кровоточивость из мелких сосудов печени, то есть с целью гемостаза.

ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ОТ ДНА.

Эта методика холецистэктомия применяется реже предыдущей. Холецистэктомию от дна выполняют тогда, когда имеются большие

анатомические изменения в печеночнодвенадцатиперстной связке и пузырного протока, чаще всего в следствие воспалительного инфильтрата.

В начале производят пункцию желчного пузыря, после чего это место в пузыре захватывают окончатый зажимом. Потягивая желчный пузырь вниз и медиально, субсерозно или с серозной оболочкой, тупо и остро выделяют желчный пузырь до пузырной артерии, которую лигируют и пересекают. В дальнейшем выполняются те же этапы холецистэктомии, что и при холецистэктомии от шейки.

ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ПО ФЕДОРОВУ

При тех же ситуациях, которые указаны в описании операции «холецистэктомии от дна», после выделения дна или тела желчного пузыря последний вскрывается продольным разрезом. Находящиеся в нем камни удаляются, а в просвет пузыря вводится указательный палец и далее тупым и острым путем, ориентируясь по направлению к шейке желчного пузыря, пузырь отделяют от печени, поэтапно лигируют сосуды. Особую осторожность следует соблюдать, чтобы не повредить элементы печеночнодвенадцатиперстной связки. Последующие этапы операции общеизвестны.

И. Литман в подобных случаях предложил удаление желчного пузыря производить вводя в рассеченный желчный пузырь вместо пальца зонд, головка которого продвигается в пузырный проток. Пальпируя зонд, тупым и острым путем выделяют шейку желчного пузыря и его проток. Далее проводится выделение пузырной артерии. Желчный пузырь удаляют от дна.

При сморщенном, рубцовоизмененном пузыре, где имеется выраженный деструктивный процесс, показана операция мукоплазии, предложенная в 1928 г. Pribram, в дальнейшем видоизмененная и разработанная А.В.Вишневым - иссечение стенок пузыря, электрокоагуляция слизистой пузыря и пузырного протока.

ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ПО МИРИЗЗИ.

При внутripеченочном расположении желчного пузыря, после пункции его или операционной холеграфии, он удаляется вместе с тканью печени. Окаймляющим разрезом в проекции желчного пузыря «от шейки до шейки» надсекается ткань печени и пузырь вылущивается. Ложе желчного пузыря ушивается кетгуттом или дренируется. Проток желчного пузыря и артерия лигируются обычным путем.

После холецистэктомии обязательно дренируется подпеченочное пространство и операционная рана ушивается до дренажа. Дренажем может быть окончатая трубка, резиновая перчатка или окончатая трубка с резиновой перчаткой. Марлевый тампон вводится к ложу желчного пузыря в случае нестабильной остановки кровотечения из мелких сосудов печени.

При холецистэктомии из косых разрезов выведение дренажей допустимо в нижнем углу раны, так как дренажи в таких случаях проходят через хорошо выраженные мышечные слои и послеоперационные грыжи образуются очень редко.

При холецистэктомии из срединного разреза дренажи выводят через небольшой дополнительный разрез в правом подреберье.

Хирургия малых доступов (ХМД) – понятие более широкое, чем лапароскопические вмешательства или открытые лапароскопические операции, оно подразумевает получение информации о месте приложения воздействия любым способом – с помощью УЗИ или КТ, рентгенологически, через мини доступ, видеоэндоскопически и другие. Больному оказывается хирургическое пособие, вызывающее минимальные болевые ощущения и дающее возможность быстрого восстановления активности и трудоспособности. Естественно, при этом сокращаются сроки пребывания больного в стационаре.

Основные преимущества операций малых доступов заключаются в следующем: отсутствие косметического дефекта (большого послеоперационного рубца), снижение интенсивности обезболивания в раннем послеоперационном периоде, отсутствие послеоперационного пареза кишечника, снижение влияния на функцию внешнего дыхания, раннее восстановление трудовой и физической активности, снижение возможности спайкообразования в брюшной полости.

Но и ХМД имеет тоже свои недостатки и осложнения. Высокая стоимость оборудования, удлинение время операции, возможные осложнения при освоении техники операции. Тем не менее многие хирурги указывают на то, что в ближайшие десятилетие более 70% операций на органах брюшной полости и грудной клетки будут проводиться из малых доступов. В настоящее время операции малых доступов нашли более широкое применение при лечении ЖКБ (А.М. Шулушко).

Видеолапароскопическая холецистэктомия.

Показания к ЛХЭ не должны отличаться от ТХЭ, так как задача этих операций одна и та же – удаление желчного пузыря. Однако и ЛХЭ имеет некоторые ограничения.

Показания к ЛХЭ: хронический калькулезный холецистит, полипоз желчного пузыря, бессимптомный холецистолитиаз, острый холецистит (калькулезный и бескаменной) до 3-х суток от начала заболевания.

Противопоказания для ЛХЭ: выраженная легочно-сердечная недостаточность, нарушение свертывания крови, перитонит, воспалительные изменения передней брюшной стенки, механическая желтуха, острый панкреатит, рак желчного пузыря. К противопоказаниям также относятся ранее перенесенные операции на верхнем этаже брюшной полости, поздние сроки беременности. Некоторые из перечисленных противопоказаний являются в достаточной степени относительными. Так,

например, появляются сведения о возможности видеолапароскопических операций на ОЖП. Как справедливо указывает А.М. Шулушко «очень важен субъективный фактор – хирург сам должен решить, по силам ли ему справиться с данной ситуацией методом ЛХЭ или безопаснее другие варианты».

Основные этапы ЛХЭ: выделение пузырного протока и артерии и их клипирование, отделение желчного пузыря от печени, удаление желчного пузыря из брюшной полости.

Видеолапароскопическая операция по поводу желчно-каменной болезни позволяет выполнить осмотр органов брюшной полости, их инструментальную пальпацию, осуществить холецистэктомию, выполнить программу интраоперационного обследования внепеченочных желчных путей: осмотр и определение диаметра супрадуоденального отдела ОЖП, интраоперационная халангиография, УЗИ, фиброхоледохоскопия через пузырный проток, холедохотомия с исследованием ОЖП зондом Фогарти. Видеолапароскопическая операция дает возможность завершить холедохотомию первичным швом ОЖП, наружным дренированием его или наложением холедоходуоденоанастомоза (ХДА).

Однако следует подчеркнуть, что лапароскопические операции на ОЖП выполнимы, но далеко непросты и не могут быть общедоступными. Их следует производить только в специализированных отделениях.

К преимуществам ЛХЭ относятся: малая травматичность операции, снижение потребности в послеоперационном обезболивании, сравнительно короткая послеоперационная реабилитация больных, сокращение срока пребывания больного в стационаре, сокращение срока восстановления трудоспособности и физической активности, хороший косметический эффект, снижение числа послеоперационных раневых осложнений, снижение послеоперационной летальности у больных пожилого и старческого возраста.

Минилапаротомия с элементами открытой лапароскопии в хирургическом лечении ЖКБ.

В 1903 году российский хирург-гинеколог Дмитрий Оскарович Отт произвел осмотр органов брюшной полости через небольшой разрез заднего свода влагалища с помощью длинных крючков-зеркал и налобного рефлектора в качестве источника освещения. К 1907 г. им были выполнены несколько операций на органах малого таза с помощью описанной методики визуализации. Этот принцип – малый разрез брюшной стенки и создания гораздо большей зоны в брюшной полости для адекватного осмотра и манипулирования заложен в основу минилапаротомии с «элементами открытой лапароскопии» по М.И. Прудкову.

С помощью набора специальных инструментов (кольцевидный ранорасширитель, набор крючков-зеркал, система освещения) можно при разрезе брюшной стенки длиной от 3 до 5 см получить в подпеченочном пространстве зону для достаточного осмотра и манипулирования при выполнении холецистэктомии и вмешательств на внепеченочных желчных протоках.

Разрез передней брюшной стенки выполняется отступя на 2 поперечных пальца вправо от средней линии и от реберной дуги вертикально вниз длиной 3-5 см, для того чтобы войти в брюшную полость правее круглой связки печени.

Правильная установка крючков-зеркал и осветителя дает возможность хорошего визуального осмотра и манипуляций в подпеченочном пространстве. Видение элементов треугольника Кало при холецистэктомии от шейки по технике выполнения операции отличается от ТХЭ только необходимостью дистанционного оперирования и невозможностью ввести руку в брюшную полость. Эта методика операции значительно ближе к ТХЭ, чем к ЛХЭ. Основные правила выполнения ОЛХЭ:

- при выделении элементов треугольника Кало следует четко видеть гепатикохоледох;
- нельзя перевязывать и пересекать выделяемые трубчатые структуры до их полной индентификации;
- если анатомические взаимоотношения желчного пузыря и окружающих тканей остаются неясными, необходимо перейти на ТХЭ.

Эти правила выработаны на основе анализа причин осложнений при подобного рода операций. Операция обычно заканчивается подведением силиконового окончатого дренажа к ложу желчного пузыря через дополнительный разрез в правом подреберье. Рана брюшной стенки ушивается наглухо.

Показания к ОЛХЭ: хронический калькулезный холецистит, полипоз и холестероз желчного пузыря, острый калькулезный холецистит; холецистолитиаз, холедохолитиаз, неразрешенный эндоскопически; технические трудности при ЛХЭ.

Противопоказания к ОЛХЭ: необходимость ревизии органов брюшной полости; перитонит; нарушение свертываемости крови, цирроз печени; рак желчного пузыря.

Преимущества ОЛХЭ из мини доступа:

- минимальная травма передней брюшной стенки;
- хороший доступ к желчному пузырю и желчным протокам;
- возможность выполнения операции после ранее произведенных операций на органах брюшной полости;
- позволяет с высокой степенью надежности и безопасности выполнить холецистэктомию практически при всех формах калькулезного

холециста, осуществить интраоперационную ревизию вышеченочных желчных протоков. При наличии показаний можно произвести интраоперационную холедохотомию, удаление камней, холедохоскопию, исследование ОЖП зондами. Представляется возможным произвести во время операции эндоскопическую контролируруемую антеградную или ретроградную папиллосфинктеротомию. По показаниям возможно наложение холедоходуоденоанастомоза:

- возможность выполнения операций у больных с большим сроком беременности;
- отсутствие пневмоперитонеума, малая травматичность операции;
- снижение числа послеоперационных осложнений;
- отсутствие нарушения внешнего дыхания, пареза кишечника, снижение потребности в обезболивающих препаратах в раннем послеоперационном периоде, раннее восстановление физической активности и трудоспособности.

Многие авторы указывают, что ближайшие и отдаленные результаты ЛХЭ и ОЛХЭ из мини доступа почти одинаковы как по уровню травматичности, так и по качеству жизни больных. Эти методы оперативного вмешательства не являются конкурирующими, а в значительной степени дополняют друг друга, так например, ОЛХЭ может быть использовано при возникновении трудностей ЛХЭ. Практически одинаковые технические условия операции, невозможность осмотра всей брюшной полости и пальпации при ОЛХЭ, одинаковые показания и противопоказания делают возможным рекомендовать общий алгоритм предоперационного обследования больных ЖКБ для операций из малых доступов.

Значительная роль в прогнозировании технических сложностей предполагаемых операций из мини доступа отводится УЗИ. Признаками технической сложности для выполнения ЛХЭ являются: отсутствие просвета желчного пузыря, крупные неподвижные камни в области шейки желчного пузыря или гартмановского кармана, паравизикальное скопление жидкости. Перечисленные УЗИ признаки информативны как для ОЛХЭ так для ТХЭ.

Эндоскопическое обследование желудочно-кишечного тракта:

- эзофагогастродуоденоскопия;
- определение доступности большого дуоденального соска для РХПГ и эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ);
- при наличии жалоб - ректороманоскопия и фиброколоноскопия;

Обзорная рентгеноскопия легких, ЭКГ. Биохимические исследования крови: общий билирубин плазмы и его фракции, трансаминазы плазмы (АлАТ, АсАТ), щелочная фосфатаза, лактат дегидрогеназа (ЛДГ).

ЛХЭ в большинстве случаев при наличии холедохолитиаза предполагает дооперационную ЭПСТ с последующей контрольной РХПГ.

С 1973 года в ФРГ и Японии, а с 1975 года и в СССР стала применяться эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ).

Чаще всего показаниями к ЭПСТ служат камни холедоха и стеноз БДС.

При наличии биллиарной гипертензии, естественно, по показаниям, чаще стали прибегать к ЭПСТ. Это пособие показано и больным, у которых клиника холедохолитиаза или стеноза большого дуоденального сосочка (БДС) была бессимптомной и характер патологии был выявлен только во время обследования.

При невозможности канюляции фатерового соска может быть выполнена супрапапиллярная эндоскопическая холедоходуоденостомия с контрольной РХПГ.

Различают папиллотомию, при которой рассекается только внутрислизистый сфинктер Одди, и папиллосфинктеротомию, при которой разрезом длиной 15-20 мм рассекается и интрамуральный сфинктер Бойдена. В первом случае обеспечивается профилактика дуоденобилиарного рефлюкса, во втором – профилактика образования новых камней. По литературным данным функция сфинктера Одди через некоторое время после ЭПСТ восстанавливается.

Сроки ликвидации гипербилирубинемии после ЭПСТ такие, как и после холецистостомии и составляют 5-8 суток.

Возможные осложнения ЭПСТ: кровотечения, перфорация двенадцатиперстной кишки, острый деструктивный панкреатит, септический шок на фоне обтурационной желтухи и гнойного холангита.

Как указывает А.М. Шулуто, частота осложнений при выполнении ЭПСТ в руках опытного эндоскописта невелика, но следует помнить, что при возникновении осложнений ЭПСТ, требующих хирургической коррекции, послеоперационная летальность может быть высокой.

Для лечения острого обтурационного холецистита у больных пожилого и старческого возраста в 80-х годах был предложен этапный метод лечения. На первом этапе, для прерывания деструктивных изменений в желчном пузыре таким больным накладывали лапароскопическую микрохолецистостомию. Это дает возможность сравнительно быстро ликвидировать воспалительный процесс в желчном пузыре, ликвидировать гипербилирубинемия, объективно оценить состояние желчевыводящих путей, провести достаточную предоперационную подготовку и необходимое исследование и таким образом уменьшить опасность оперативного вмешательства, снизить послеоперационную летальность.

Молодым и среднего возраста больным с невысокой степенью операционного риска (длительная желтуха в сочетании с деструктивным

холециститом) следует производить холецистэктомию без предварительной холецистостомии.

Внедрение УЗИ в хирургическую практику позволяет выполнить микрохолецистостомию под контролем только УЗИ. Естественно, это пособие менее травматично.

Огромный опыт холецистэктомий, накопленный более чем за 125 лет после первой удачной операции в июне 1882 года, выполненной Карлом Лангенбухом в Берлине показал, что удаление желчного пузыря, как правило, не имеет отрицательных последствий для организма человека.

Так как резервуара желчи нет, сосочек отводит желчь печени без повышения внутрипротокового давления, без изменения тонуса сфинктера Одди. Желчный проток больше освобождается давлением открытия, хотя чувствительность к холецистокинину остается. Лишь резкие колебания внутрипротокового давления, например, после спазма сфинктера Одди, вызванного морфином, скорее могут вызвать боль.

Переваривание жиров и других веществ после прекращения поступления концентрированной желчи в кишку нисколько не нарушается.

Концентрация желчных кислот в энтерогепатальном круге значительно колебалась, теперь она более плавна, бесперебойна и ряд авторов установили, что ранее литогенная желчь в результате холецистэктомии нормализуется.

ХОЛЕЦИСТОСТОМИЯ.

Эта операция должна выполняться в тех случаях, когда радикальная холецистэктомия связана с риском потерять больного из-за тяжести сопутствующих заболеваний и интоксикации по причине запущенности воспалительного процесса.

Техника холецистостомии. Основной задачей операции является декомпрессия желчного пузыря и желчевыводящих путей при условии проходимости пузырного протока. Декомпрессионная холецистостомия заключается в дренировании желчного пузыря через небольшой разрез в правом подреберье. Дренажную трубку, введенную в желчный пузырь, укрепляют одним или двумя кисетными швами и выводят наружу. Обследование желчных путей, поджелудочной железы, удаление камней проводится в зависимости от состояния больного, то есть дифференцированно подходят к холестостомии.

Расширенная холецистостомия заключается в тщательной ревизии желчных протоков, удалении всех камней и зачастую она может быть окончательным оперативным вмешательством. В послеоперационном периоде применяют фистулохолангиографию для уточнения проходимости желчных путей. При хорошей проходимости протоков плохих результатов по утверждению Б.А. Королева и Д.Л. Пиковского у них не было.

В последние годы с целью декомпрессии желчного пузыря под контролем УЗИ выполняют чрескожную и чреспеченочную пункцию желчного пузыря и при необходимости через иглу вводят катетер в желчный пузырь, таким образом, формируя холецистостому. Такое же пособие можно осуществить, выполнив лапароскопию и под контролем лапароскопа произвести санационную декомпрессию желчного пузыря путем его пункции троакаром и введением через него дренажной трубки в желчный пузырь.

ХОЛЕДОХОТОМИЯ И ДРЕНИРОВАНИЕ ОБЩЕГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА.

Холедохотомию и дренирование общего желчного протока производят при наличии в общем желчном протоке камней, песка, замазкообразной массы, мутной желчи или гноя, холангита.

Общий желчный проток вскрывают в супрадуоденальном отделе между двумя держалками наложенными на переднюю стенку холедоха. Затем производят все необходимые в таких случаях исследования, а иногда вначале удаляют из холедоха конкременты. Операцию заканчивают глухим швом холедоха, наружным или внутренним дренированием.

Существует много способов наружного дренирования. Основные из них – Т-образный дренаж по Кehr, дренаж – сифон манометр по А.В. Вишневному, декомпрессионный дренаж пузырного протока по Л.Д. Пиковскому, транспапиллярный дренаж по Voleker, расщепленный дренаж по Л.Д. Пиковскому, дренаж с резиновой трубкой по Mayo, Robson.

При наличии замазкообразной массы в общем желчном протоке, увеличении головки поджелудочной железы показана операция внутреннего дренирования - холедоходуоденостомия. Холедоходуоденостомия достаточно хорошо снимает гипертензию в желчных путях, хотя декомпрессионный эффект достигается не всегда сразу, так как возможно повышение давления в двенадцатиперстной кишке, а следовательно и в зоне анастомоза. Этого можно избежать если дренировать холедох через пузырный проток или дренировать холедох по Смирнову и Попову. Такое дренирование холедоха осуществляют тонким зондом, который проводят через носовой ход, пищевод, желудок, двенадцатиперстную кишку и холедоходуоденальное соустье.

При наличии стриктуры фатерова сосочка производят папилосфинктеротомию одним из известных способов.

Как уже указывалось выше, одним из методов выявления конкрементов общего желчного и печеночного протока, а также других патологических нарушений в желчевыводящей системе являются холангиоанометрия и контрастная холангиография на операционном столе. Холангиоанометрия на операционном столе дает возможность

выявить функциональные и органические изменения сфинктеров, а также зарегистрировать любое препятствие в желчевыведительной системе.

В настоящее время широко распространен метод рентгенологического исследования желчных путей во время операции. Эта методика называется прямой операционной холангиографией, так как контрастное вещество вводят через иглу непосредственно в желчные протоки, для чего большинство авторов применяет концентрированные водорастворимые контрастные вещества (кардиотраст, урокон, диодон и др.). До введения контрастного вещества в желчные протоки из них необходимо по возможности удалить желчь, после чего ввести его подогретым до температуры тела. Не следует вводить контрастное вещество под большим давлением, что может повести к забрасыванию его в протоки поджелудочной железы, повышению в них давления и развитию острого панкреатита.

Операционная холангиография показана при наличии:

- 1) мелких камней в желчном пузыре;
- 2) расширения пузырного протока;
- 3) расширения общего желчного протока;
- 4) камней в общем желчном протоке, определяемых пальпаторно;
- 5) мутной желчи в общем желчном протоке;
- 6) увеличения и уплотнения головки поджелудочной железы.

Лучшим методом рентгенологического исследования желчевыводящих путей является рентгенотелевизионный метод.

В клинической практике в настоящее время с целью уточнения патологии наружных желчевыводящих путей, для удаления обнаруженных при этом камней в протоках применяется холедохоскопия.

Использование эндоскопической папилосфинктеротомии и эндоскопическое удаление камней из общего желчного протока зачастую решают проблему холедохолитиаза и механической желтухи на этой почве, что может способствовать стиханию острого холецистита.

МЕГАХОЛЕДОХ.

Иногда встречаются пациенты с расширенным общим желчным протоком без наличия видимой причины холедоха. При обследовании у них не обнаруживают конкрементов в наружных желчевыводящих протоках, стриктуры холедоха или фатерова сосочка. Некоторые хирурги считают целесообразным в таких случаях выполнять холедоходуоденостомию или папилосфинктеротомию. По мнению Эмилио Итала, при таком значительном расширении общего желчного протока без стриктуры его дистального сегмента нет необходимости накладывать обходной билиодигестивный анастомоз или производить сфинктеропластику. Во время операции у таких больных, как и у больных после инструментальной ревизии общего желчного протока, оставляют Т-

образную трубку, которая позволит убедиться после операции в том, что конкрементов в желчных путях не осталось и рентгеноконтрастное вещество свободно поступает в двенадцатиперстную кишку.

КОНКРЕМЕНТЫ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ.

Конкременты внутрипеченочных желчных протоков можно удалить с помощью инструментов используемых для удаления камней из наружных желчных протоков. Это катетеры Fogarti, корзинчатые катетеры Dormia, ложечки разных размеров, катетеры которыми можно манипулировать через супрадуоденальное холедохотомическое отверстие, используя при этом промывание и аспирацию. Для удаления внутрипеченочных конкрементов используются гибкие холедохоскопы. Инструментальное удаление камней под контролем рентгеноскопии с электронно-оптическим усилением изображения.

Если хирург не смог удалить камни из внутрипеченочных протоков, следует завершить операцию холедоходуоденостомией при расширенном холедохе или папилосфинктеротомией (если диаметр холедоха небольшой) в расчете на то, что некоторые конкременты в последующем самопроизвольно смогут пройти через холедох в двенадцатиперстную кишку.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД.

Благоприятный исход оперативного вмешательства по поводу острого холецистита зависит не только от правильных показаний и своевременно произведенной операции, но и от правильного ведения больных в послеоперационном периоде, так как сама операция по поводу острого холецистита представляет достаточно сложное вмешательство.

В послеоперационном периоде необходимо принять ряд мер по предупреждению послеоперационного шока, дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности, инфекции, а также показано применение препаратов, стимулирующих функцию печени, почек, желудочно-кишечного тракта и других органов.

Для профилактики послеоперационных пневмоний назначают достаточное обезболивание, что улучшит экскурсию диафрагмы, проводят дыхательную гимнастику, по показаниям ставят горчичники на грудную клетку. При необходимости применяют сердечные средства. Целесообразно периодически осуществлять рентгенологический контроль за состоянием легких, плевральной полости, высотой стояния купола диафрагмы, а также исследовать кровь на билирубин, мочевины, креатинин, α -амилазу, измеряют суточный диурез. Больным с желтухой проводят профилактику послеоперационной печеночной недостаточности.

Для борьбы с интоксикацией показано внутривенное введение кристаллических растворов, реополиглюкина, 5% раствора глюкозы с инсулином в течение 2-3 дней по 2000-3000 мл с добавлением витаминов В₁ и С. Больным, у которых до операции была желтуха, назначают викасол, хлористый кальций в течение 3-5 дней, внутривенное переливание плазмы.

Для борьбы с инфекцией проводят антибактериальную терапию в течение 6-7 дней после операции, лучше всего в комбинации нескольких антибиотиков, как это рекомендует А.Н.Косинец. Схемы антибактериальной терапии:

- амоксиклав (амоксициллин + клавулановая кислота) 1,2 г 3 раза в сутки внутривенно в разведении;
- гентамицин 80 мг в/венно через 8 часов + метронидазол 100 мг в/венно через 8 часов;
- гентамицин 80 мг в/венно через 8 часов + ампициллин 1,0 в/венно через 6 часов;
- цефазолин 2,0 в/венно через 8 часов.

Со второго дня разрешают активные движения в постели, а при гладком течении послеоперационного периода на 3-4 день - вставание.

Очень важен вопрос о введении в пищеварительный тракт выделяющейся по дренажам желчи. Вместе с желчью теряется калий, ферменты и другие электролиты. Поэтому следует предпринять введение профильтрованной желчи в пищеварительный тракт с помощью желудочного зонда в количестве 150-200 мл в сутки. Мы у себя в клинике с этой целью иногда смешивали желчь с пивом в соотношении 2:1 и давали больным эту смесь per os во время еды.

Швы снимают на 8-9 день после операции. Ведение больных в послеоперационном периоде необходимо строго индивидуализировать.

Выписывают больных из стационара после ТХЭ при гладком течении послеоперационного периода на 12-14 день. После лапароскопических холецистэктомий больные активно себя ведут на второй день после операции и выписываются из стационара на 5-6 день.

ЛЕКЦИЯ 4.

ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ

Количество больных острым холециститом в хирургических стационарах ежегодно увеличивается, а операции по поводу острого холецистита стали наиболее частыми в ургентной хирургии, где он прочно занял второе место после острого аппендицита, а в ряде регионов и опережает его (Р.М.Евтихов и соавт., 2001). Следовательно, актуальность проблемы острого холецистита с каждым годом возрастает. Число таких больных, как уже было сказано, постепенно увеличивается, а результаты лечения их не могут считаться удовлетворительными. Послеоперационная летальность при лечении острого холецистита раньше составляла 4-11%, а у больных старше 60 лет достигала 10-26% (Королев Б.А. 1977; Стручков В.И., Лохвицкий С.В., Мисник В.И. – 1976). С введением в широкую практику малотравматичной хирургии эти показатели снизились до 2.5 %. Не уменьшается количество осложненных форм холецистита, частота которых достигает 35 %.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ.

Этиология и патогенез острого холецистита трактуется до сих пор по-разному. Тот факт, что острым холециститом болеют чаще женщины и у них чаще наблюдаются камни в желчном пузыре, по-видимому, следует связать с особенностями обмена веществ. У женщин, например, во время беременности наблюдается гиперхолестеринемия. Не исключается возможность семейного предрасположения.

Немаловажную роль следует отвести неправильному режиму и избыточному питанию. Известно, что холециститом чаще болеют люди полные и тучные.

Роль инфекции в генезе холецистита неоспорима. Пути проникновения микробов в желчные пути различны: гематогенный - по системе воротной вены при различных заболеваниях кишечника; возможен и лимфогенный путь их проникновения - при воспалительных заболеваниях соседних органов (аппендицит, панкреатит, язва желудка, гастрит, колит и др.).

Наиболее вероятный путь инфицирования - восходящий; энтерогенный, при застое в желчевыводящей системе. Микрофлора в таких случаях в желчевыводящие пути проникает из двенадцатиперстной кишки.

Так как желчь не обладает бактерицидными свойствами, то в ней могут размножаться микроорганизмы, в 88,2% это ассоциации анаэробов – аэробы: *E.coli* (1,5%), *Klebsiella sp/* (8,4%), *Streptococcus fl/* (7%). *S. epidermis* (6,3%), *Pseudomonas aeruginosa* (3.5%), анаэробы: *Bacteroides fragilis* (65,3%), *Peptostreptococcus an.* (12,9%), *Peptococcus sp.* (8,9%),

Fusobacterium sp. (6,5%), *Bacteroides* sp/ (4%), *B. melaninogenicus* (1,6%), *Lactobacillus* sp. (0,8%) (А.Н. Косинец, 2003).

Основное значение в развитии острого воспалительного процесса в желчном пузыре имеет нарушение оттока желчи. При обтурации пузырного протока конкрементом резко повышается внутрипузырное давление, что приводит к резким нарушениям микроциркуляции. Особенно отчетливо удается выявить нарушения микроциркуляции в стенке желчного пузыря у лиц пожилого и старческого возраста, у которых в короткий срок развиваются деструктивные процессы (Р.А.Нихинсон, 1976). Наличие желчной гипертензии способствует возникновению патологической проницаемости стенки желчного пузыря, пропотеванию экссудата и образованию инфильтрата. Следует, очевидно, согласиться с точкой зрения Б.А.Королева и Д.Л.Пиковского (1971) о том, что в развитии деструктивного процесса в стенке желчного пузыря, основное значение имеет не инфекция а нарушение оттока желчи и желчная гипертензия. Фактические данные свидетельствуют о том, что возможна ситуация, когда после острой закупорки пузырного протока и возросшим давлением в желчном пузыре деструктивный процесс не развивается. Это может случиться при деблокировании желчного пузыря или возникновении водянки его. При развившемся деструктивном процессе давление в пузыре всегда высокое.

С момента обтурации пузырного протока появляется опасность развития инфекции и деструкции желчного пузыря. Сложность заключается и в том, что невозможно прогнозировать дальнейшее течение болезни, гипертензия в пузыре может достичь больших величин; инфекция может четко проявиться не с самого начала, а когда она уже окажется генерализованной; эти осложняющие моменты часто сопровождаются развитием декомпенсации сопутствующих заболеваний. Исследования В.В. Вигнорадова, Э.И. Гальперина, Д.Л. Пиковского и других показали, что понятие «желчной гипертензии» вбирает в себя патогенез всех форм осложненного холецистита. Гипертензия является пусковым механизмом развития деструктивного холецистита, холангита, желтухи, панкреатита.

Нарушение оттока желчи при обтурации или сосудистой ишемии ведет к быстрому развитию не только патогенных, но и условно патогенных микробов. В результате этого давление в желчном пузыре еще больше увеличивается. Обсемененность пузырной желчи, по данным разных авторов, колеблется в пределах 40-90 %. Бактериemia нарастает в зависимости от сроков обтурации. Как указывает А.Г. Бебуришвили, абактериальные посевы являются следствием несовершенства методик исследования в стандартных условиях и в этих наблюдениях имеет место анаэробная инфекция.

Определенное место в патогенезе острого холецистита занимают сосудистые изменения в стенке желчного пузыря. В результате расстройства кровообращения в пузыре за счет тромбоза пузырной артерии или атеросклеротических изменений ее зависит темп развития воспалительного процесса и тяжесть заболевания. Как следствие таких сосудистых нарушений появляются очаги некроза и перфорации стенки желчного пузыря.

Причиной «желчной гипертензии» кроме камней могут быть и такие механические факторы, как перегиб удлинённого желчного пузырного протока, склероз фатерова сосочка и др. В основе органических изменений зачастую лежат функциональные нарушения. Любые нарушения деятельности желудочно-кишечного тракта могут рефлекторно влиять на функцию желчного пузыря. Функциональные расстройства желчных путей в некоторых случаях обусловлены заболеваниями нейрогенного, аллергического характера.

Микрофлора в желчные пути может заноситься вместе с лямблиями. Редко холецистит и обтурация внепеченочных желчных путей возникает вследствие проникновения через большой дуоденальный сосок аскариды или прорыва эхинококковой кисты печени в желчные пути.

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ

Патологоанатомические изменения в желчном пузыре при остром холецистите зависят от нарушения кровообращения в стенке пузыря и вирулентности инфекции.

При катаральном холецистите желчный пузырь увеличен в объеме, напряжен, стенка его гиперемирована и несколько отечна, воспалительная реакция на окружающие органы не распространяется или выражена слабо. В просвете желчного пузыря обнаруживается мутноватая желчь. Слизистая пузыря гиперемирована, отечна. При микроскопическом исследовании обнаруживается инфильтрация стенки пузыря, дистрофические изменения в эпителии и десквамация его.

Воспалительный процесс начинается со стенок ходов Льюшка, затем распространяется на мышечную и серозную оболочки. При высокой вирулентности микрофлоры развивается гнойная инфильтрация всей стенки желчного пузыря (флегмонозный холецистит), а после тромбоза сосудов - гангренозные изменения (А.Н. Косинец).

При флегмонозном воспалении желчный пузырь напряжен, увеличен, нередко прикрыт сальником и брыжейкой поперечноободочной кишки, которые также оказываются воспалительноизмененными. Стенка желчного пузыря резко гиперемирована, утолщена до 5-10 мм, нередко покрыта фибринозным налетом. Вокруг пузыря под печенью появляется мутный, а позже и гнойный выпот, то есть развивается местный ограниченный перитонит, который может стать и разлитым. Слизистая

оболочка разрыхлена, с участками кровоизлияния. В стенке желчного пузыря выявляется массивная лейкоцитарная инфильтрация, иногда мелкие абсцессы. При закупорке желчного протока развивается эмпиема желчного пузыря.

При остром гангренозном холецистите имеется очаговое или тотальное омертвление стенки желчного пузыря. Некротические изменения желчного пузыря наступают в результате прогрессирования флегмонозного процесса с последующим тромбированием сосудов. Такие некротические изменения наступают обычно через несколько дней от начала заболевания. В некоторых случаях омертвление стенки желчного пузыря наблюдается в ранние сроки, что является причиной тромбоза сосудов пузыря. При флегмонозном и гангренозном холецистите иногда развиваются тяжелые осложнения такие, как перфорация стенки пузыря, перитонит, холангит, панкреатит, печеночно-почечная недостаточность, механическая желтуха.

КЛАССИФИКАЦИЯ ХОЛЕЦИСТИТОВ

В литературе описаны различные классификации воспалительных заболеваний желчных путей. Дифференцирован и подход к решению некоторых вопросов этой проблемы. Так, одни авторы придают значение морфологическим, другие – клиническим признакам болезни. Стремление же охватить все разнообразие клинических проявлений, патологоанатомического субстрата, течение и исходов воспалительных заболеваний желчных путей, а также возможных осложнений, встречающихся в самых различных комбинациях и часто наслаивающихся друг на друга, неминуемо приводит к созданию сложных и громоздких схем.

Наиболее часто встречается следующая классификация холециститов: острый и хронический холециститы; катаральный; флегмонозный и гангренозный холециститы; каменный и безкаменный холециститы; с перфорацией и без перфорации; осложненный и неосложненный. Выделяют также эмпиему желчного пузыря, когда полость его наполнена гноем, но деструкции стенки нет. (А.Н. Косинец).

По-видимому, следует согласиться с тем, что создать классификацию, охватывающую всю проблему в целом и удовлетворяющую одновременно интересы хирургов, терапевтов, морфологов, если и можно, то вряд ли приемлемо для практических целей. Классификация острого холецистита должна помочь в первую очередь в решении наиболее важных в экстренной хирургии вопросов, касающихся методов лечения: показаний к операции, их оптимальных сроков, объема оперативного вмешательства и др. (Б.А.Королев, Д.Л.Пиковский).

В приведенной ниже классификации все случаи острого холецистита разделены на две группы: неосложненный и осложненный холецистит.

Такое деление острого холецистита имеет принципиальное значение (А.М.Джавадян, Л.Б. Крылов – 1976). Во-первых, потому, что в понятие осложнений вкладывается иногда слишком широкое содержание, когда считают неосложненными лишь случаи с отсутствием деструктивных изменений.

I. Неосложненный холецистит	II. Осложненный холецистит
1. Катаральный (простой) холецистит (калькулезный или бескаменный), первичный или обострение хронического рецидивирующего.	1. Оклюзионный (обтурационный) холецистит (инфицированная водянка, флегмона, гангрена желчного пузыря).
2. Деструктивный холецистит (калькулезный или бескаменный), первичный или обострение хронического : а. Флегмонозный, флегмоно-язвенный холецистит; б. Гангренозный холецистит (бескаменный, сосудистого генеза)	2. Прободной холецистит с явлениями местного или разлитого перитонита.
	3. Острый холецистит, осложненный поражением желчных протоков: а. холедохолитиаз, холангит; б. стриктура холедоха, папиллит, стеноз фатерова сосочка.
	4. Острый холецистопанкреатит.
	5. Острый холецистит, осложненный пропотным желчным перитонитом

Кроме вышеуказанной, приводим для сравнения классификацию острого холецистита Стручкова В.И., Лохвицкого С.В., Мисника В.И. (1978):

I. Неосложненный острый холецистит (простой, катаральный).

II. Осложненный острый холецистит.

1. Деструктивные поражения желчного пузыря:

- а) флегмонозный;
- б) гангренозный;
- в) перфоративный;

2. Внепузырные осложнения:

- а) околопузырный инфильтрат;
- б) местный и разлитой перитонит;
- в) холангит;
- г) холедохолитиаз;

- д) гепатит;
- е) абсцессы;
- ж) панкреатит, панкреонекроз;
- з) наружные и внутренние свищи.

В последние годы нами используется клинико-морфологическая классификация, предложенная В.С. Савельевым (1986).

Острый холецистит:	
Калькулезный, бескаменный	
Неосложненный	Осложненный
Катаральный; флегмонозный; гангренозный	Околопузырным инфильтратом; околопузырным абсцессом; прободением пузыря; перитонитом; механической желтухой; холангитом; наружным или внутренним желчным свищем; острым панкреатитом

В.М. Буяновым (1974) на основании данных УЗИ предложена классификация острого холецистита с учетом сонографических признаков:

1) острый холецистит без деструкции стенки (увеличение линейных размеров и объема желчного пузыря, утолщение его стенки более 4 мм и ее двойной контур);

2) острый деструктивный холецистит без внепузырных осложнений (увеличение линейных размеров желчного пузыря, фрагментарное или тотальное расслоение стенки и нечеткость его контуров, скопление между расслоениями жидкостных образований, а также пузырьков газа на передней стенке, отсутствие изменений паравезикальных тканей);

3) острый деструктивный холецистит, осложненный инфильтратом, абсцессом (при перфоративном холецистите на фоне деструктивного процесса стенки, визуализируется дефект свободной стенки, вокруг определяется жидкость, которая чаще ограничена инфильтратом от брюшной полости, ультразвуковые симптомы абсцесса или инфильтрата);

4) острый деструктивный холецистит, осложненный перитонитом (наличие жидкости в брюшной полости с признаками динамической кишечной непроходимости).

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА И ДИАГНОЗ.

При воспалительных заболеваниях желчных путей особенно применимо в клинической практике выражение: хорошо собранный анамнез - половина диагноза.

Главным симптомом при остром холецистите является боль. Обычно больные хорошо описывают начало и момент возникновения болей, их характер, локализацию и иррадиацию. Боль возникает, как правило, во время сна. В некоторых случаях перед приступом болей больные в течение нескольких дней ощущают тяжесть в подложечной области, горечь во рту, тошноту. Боль наблюдается всегда, чаще локализуется в правом подреберье, но может распространяться и в эпигастральную область. Иногда болевые ощущения возникают и без четкой локализации, по всему животу, иногда, при одновременном вовлечении в процесс поджелудочной железы, они становятся опоясывающими. Боли нередко кратковременные, но могут длиться несколько дней, носят периодический приступообразный, а иногда и постепенно нарастающий характер. Существенную роль играет иррадиация болей в правое плечо, лопатку, подключичную область.

Имеется несколько причин, объясняющих механизм возникновения боли при остром холецистите: холестаз, воспалительный процесс в желчном пузыре, миграция камней. При окклюзии пузыря и чрезмерном его растяжении интенсивность болей резко увеличивается и нередко отмечается их иррадиация в область сердца. Связь болей при холецистите с болями в области сердца впервые установил С.П.Боткин. Он описал клиническую картину и отметил, что приступ холецистита может протекать как приступ стенокардии (холецисто-коронарный синдром Боткина).

Иногда приступы стенокардических болей преобладают над всеми другими проявлениями холецистита и в течение многих лет могут держать врача и больного в неведении об истинной причине заболевания.

Тошнота и рвота - почти постоянные спутники острого холецистита.

Рвота может быть повторной, многократной и не приносит облегчения больным. Неукротимая рвота желчью является признаком дуоденостаза или холецистопанкреатита.

К местным специфическим симптомам острого холецистита относятся такие, как симптом Грекова-Ортнера - боль при поколачивании ребром ладони по правой реберной дуге; симптом Мерфи - усиление боли, возникающее в момент пальпации желчного пузыря при глубоком вдохе; асимметрия пупка - при напряжении мышц правой половины живота, пупок расположен несколько выше и правее (Г.И.Караванов, А.Ф.Спектор). В ряде случаев бывает положительным симптом Мюсси-Георгиевского (френикус-симптом) - болезненность при надавливании

между ножками. грудино-ключично-сосковой мышцы справа. Симптом Воскресенского - исчезновение пульсации брюшной аорты в эпигастральной области. Этот признак в сочетании с опоясывающими болями, резистентностью в подложечной области (симптом Карта) характерен для сопутствующего панкреатита. При сопутствующем панкреатите может быть положительным симптом Мейо-Робсона (болезненность в левом реберно-позвоночном углу).

Повышение температуры наблюдается не всегда. При выраженных приступах, чаще при осложненном холецистите, она повышается до 38°C и выше. Если воспалительный процесс приобретает гнойный характер, тогда температура достигает $39-40^{\circ}\text{C}$, носит гектический характер и сопровождается ознобами.

Симптомы гнойного холецистита бывают общие и местные. Выраженность симптомов зависит от тяжести гнойного процесса в желчном пузыре, вида и вирулентности микрофлоры, состояние иммунных и защитных сил организма, наличия осложнений, степени эндогенной интоксикации (А.Н. Косинец).

Из общих симптомов деструктивного холецистита, кроме гнойной интоксикации, следует выделить наличие диспепсических явлений рефлекторного характера (тошнота, рвота, изжога, запоры) и появление желтухи. Причиной желтухи могут быть холедохолитиаз, стриктура фатерова соска, а также холангиты и панкреатиты.

В морфологическом составе крови при деструктивных формах холецистита выявляется лейкоцитоз до 18×10^9 , нейтрофилез, нередко - лимфопения, отмечается повышенная скорость оседания эритроцитов (СОЭ).

У больных пожилого и старческого возраста симптоматика холецистита имеет некоторые особенности, связанные, по-видимому, с понижением чувствительности в старческом возрасте. Однако клиническая картина деструктивного холецистита, протекающего тяжело у лиц этого возраста, всегда достаточно полная и четкая для того, чтобы правильно судить о характере заболевания. Трудности диагностики связаны чаще не с возрастными особенностями, а скорее всего с особенностями проявления острого холецистита на фоне сопутствующих заболеваний. «У старых людей обычной находкой являются сочетания сердечных и мозговых признаков атеросклероза, сочетание их и других с каменной болезнью (мочевых и желчных путей)»..., потому «диагноз любой болезни у старого человека необходимо сочетать с диагнозом общего состояния индивидуума, и это может быть даже важнее формального диагноза...» (И.В. Давыдовский).

СПЕЦИАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ.

Одним из наиболее достоверных и распространенных методов исследований желчного пузыря и желчевыводящих протоков является УЗИ. Неинвазивность и простота метода, отсутствие противопоказаний делают его в случаях диагностики острого холецистита незаменимым. Как уже указывалось выше, использование в клинике УЗИ дает возможность выявить не только камни желчного пузыря и желчных путей, но и изменение стенки желчного пузыря, признаки его деструкции и перитонита. Ряд авторов оценивает достоверность УЗИ в диагностике острого холецистита в 95,4 -99.6 %.

Очень важна дооперационная диагностика синдрома Мириizzi, позволяющая предупредить случайное повреждение внепеченочных желчных протоков во время операции. Различают два типа синдрома Мириizzi. Синдром Мириizzi I когда камень, вклиненный в пузырный проток и шейку желчного пузыря, вызывает обтурационную желтуху вследствие обтурации холедоха. В случае образования холецистохоледохиального свища при ЖКБ развивается синдром Мириizzi 2.

Ретроградная холангиография с помощью дуоденоскопа дает возможность выявить наличие стриктур, внутренних свищей с полыми органами, камней желчевыводящих путей. Кроме того, дуоденоскопия дает возможность визуально осмотреть фатеров сосок и, при необходимости, сделать биопсию.

Объективные симптомы не при всех формах холецистита выражены одинаково. Например, учащение пульса до 100-120 в 1 минуту, сухой, обложенный язык - признаки интоксикации, они характерны для деструктивного холецистита с явлениями перитонита. При холецистите с одновременным поражением холедоха (камень, стриктура) заболевание часто протекает с желтухой и увеличением печени. Увеличение желчного пузыря при этом определяется не всегда. Этому может препятствовать напряжение мышц в правом подреберье. Рубцовоизмененный пузырь, вследствие ранее перенесенных приступов холецистита, не увеличивается и пальпаторно не определяется.

КАТАРАЛЬНЫЙ («ПРОСТОЙ») ХОЛЕЦИСТИТ.

Катаральный холецистит протекает в большинстве случаев относительно спокойно. При неосложненном холецистите воспалительный процесс не выходит за пределы стенки желчного пузыря. Острый простой (катаральный) холецистит характеризуется клинической картиной типичной желчной колики. Боли возникают исподволь в верхней половине живота, носят тупой характер, постепенно усиливаясь, локализуются в области правого подреберья. При пальпации определяется локальная болезненность, положительный симптом Грекова-Ортнера. Увеличение

желчного пузыря при этом не отмечается. Температура обычно нормальная или субфебрильная и редко достигает 38°C , ознобов не бывает. Количество лейкоцитов не превышает $8-10 \times 10^9$. При своевременно начатом лечении приступ, как правило, хорошо купируется. Вопрос об оперативном лечении решается в плановом порядке после детального обследования больного и уточнения диагноза.

ОККЛЮЗИОННЫЙ (ОБТУРАЦИОННЫЙ) ХОЛЕЦИСТИТ.

Вначале развивается картина желчной колики. Боли появляются остро в правом подреберье и быстро нарастают. Такие больные возбуждены, мечутся в постели, стонут. Лицо страдальческое, кожные покровы бледны. На высоте приступа возникает рвота, нередко многократная.

Живот может быть мягким и тогда удастся пальпировать увеличенный, резко болезненный желчный пузырь. Температура может быть нормальной вначале заболевания или субфебрильной. Приступ может длиться от нескольких часов до 1-2 дней и при отхождении камня в желчный пузырь внезапно закончиться. При закупорке пузырного протока возникает водянка желчного пузыря, а при присоединении воспаления - деструктивный холецистит. Прогнозировать течение такого приступа достаточно сложно. Однако динамическое наблюдение за больным позволяет выявить последовательность развития местных изменений, которые складываются из следующих компонентов: обтурация пузырного протока, резкое нарастание давления в желчном пузыре, стаз в сосудах желчного пузыря, бактериохолия, деструкция стенки желчного пузыря, инфильтрат, местный и разлитой перитонит.

Процесс может развиваться в трех направлениях:

1. Деблокирование желчного пузыря.

Самостоятельно или под влиянием проводимой консервативной терапии камень может отойти в дистальном направлении к телу желчного пузыря или выпасть в ОЖП. В таких случаях желчный пузырь освобождается от содержимого, исчезает явление желчной гипертензии пузыря, больной чувствует облегчение. В подобном случае лечение следует продолжать до полного купирования острых явлений, а в последующем больного обследуют для решения вопроса о дальнейшей хирургической тактике.

2. Водянка желчного пузыря.

При маловирулентной инфекции или ее отсутствии, при сохраненной способности стенки пузыря к дальнейшему растяжению исходом такого приступа может стать водянка желчного пузыря. Такой исход приступа возникает сравнительно редко и по сообщению А.Г. Бебуришвили составляет менее 5% случаев.

При водянке желчного пузыря отсутствует клиническая картина острого холецистита. Нередко удается пальпаторно определить увеличенный безболезненный или умеренно болезненный желчный пузырь. При присоединении инфекции может произойти нагноение и таким образом возникает эмпиема желчного пузыря, что проявляется повышением температуры, лейкоцитозом, наличием болевой реакции при пальпации зоны желчного пузыря.

3. Деструктивный холецистит

Если в результате консервативного лечения не наступило деблокирование желчного пузыря, а в окклюзионном пузыре развивается инфекционный процесс, что проявляется повышением температуры тела, лейкоцитозом, появлением симптомов раздражения брюшины, то это указывает на начало деструктивного холецистита (флегмонозного, гангренозного).

При благоприятном течении процесс может перейти в подострую фазу. Тогда на 4-5 день образуется инфильтрат, захватывающий желчный пузырь и соседние органы - гепатодуоденальную связку, поперечно-ободочную кишку и ее брыжейку, большой сальник, иногда двенадцатиперстную кишку. При этом уменьшаются боли, напряжение брюшной стенки исчезает и при пальпации определяется уплотнение, соответствующее желчному пузырю и околопузырному инфильтрату.

В дальнейшем инфильтрат может рассосаться, и боли исчезают до следующего приступа.

В центре инфильтрата может образоваться гнойник. Обычно местом скопления гноя оказывается полость желчного пузыря - это эмпиема желчного пузыря, как результат гнойного холецистита.

Но бывает и так, что возникшие боли держатся постоянно. По своему характеру они интенсивные, чаще тупые и распирающие. Больные лежат на правом боку, боясь шевельнуться. Наблюдается повторная рвота, язык сухой, может быть иктеричность склер и мягкого неба, потемнение мочи. Это обусловлено инфильтрацией гепатодуоденальной связки и отеком слизистой оболочки желчных протоков.

Пальпаторно определяется напряжение мышц передней брюшной стенки, более выраженное в зоне правого подреберья, симптомы Ортугера, Щеткина-Бломберга положительны. Если напряжение мышц брюшной стенки не выражено, то удается пальпировать дно увеличенного и болезненного пузыря. Температура повышается до 38°C и выше, лейкоцитоз - до $12-19 \times 10^9$, отмечается сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

Процесс в таких случаях становится неуправляемым и требует принятия самых неотложных мер.

Исследования показали, что внутрипузырное давление при остром обтурационном холецистите может повышаться до 400 мм вод.ст. и более.

При этом медикаментозные препараты, и в первую очередь антибиотики, с трудом проникают в ткань желчного пузыря, а следовательно, слабо воздействуют на течение воспалительного и деструктивного процесса. Это позволило сделать вывод, что при проведении любого вида декомпрессии желчного пузыря резко повышается концентрация антибактериальных и спазмолитических препаратов в стенке и просвете желчного пузыря вследствие улучшения микроциркуляции. Этим создаются условия для быстрого купирования острого холецистита (А.С.Ермолов).

Для лечения острого обтурационного холецистита у больных пожилого и старческого возраста в 80-х годах был предложен этапный метод лечения. На первом этапе, для прерывания деструктивных изменений в желчном пузыре, таким больным накладывали лапароскопическую микрохолецистостомию. Это дает возможность сравнительно быстро ликвидировать воспалительный процесс в желчном пузыре, ликвидировать гипербилирубинемия, объективно оценить состояние желчевыводящих путей, провести достаточную предоперационную подготовку и необходимое исследование и, таким образом, уменьшить опасность оперативного вмешательства, снизить послеоперационную летальность.

Молодым и среднего возраста больным, как уже указывалось выше, с невысокой степенью операционного риска (длительная желтуха в сочетании с деструктивным холециститом) следует производить холецистэктомию без предварительной холецистостомии.

ГАНГРЕНОЗНЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ.

Клиническая картина вначале соответствует флегмонозному воспалению, т.к. это часто является переходной формой флегмонозного холецистита. Течение заболевания на первый взгляд может изменяться к лучшему: уменьшаются боли, становятся менее выраженными симптомы раздражения брюшины (напряжение мышц, симптом Щеткина-Блюмберга), снижается температура. Вместе с тем на фоне такого «мнимого благополучия» прогрессируют явления интоксикации: тахикардия, сухой язык, повторная рвота, заостренные черты лица, парез кишечника. Перкуторно иногда, или при УЗИ определяется выпот в правом латеральном отделе брюшной полости.

При первичном гангренозном холецистите сосудистого происхождения клиническая картина заболевания с самого начала развивается бурно с выраженными явлениями интоксикации и перитонита, что требует экстренного оперативного вмешательства.

ПРОБОДНОЙ ХОЛЕЦИСТИТ.

Прободение желчного пузыря может наблюдаться при деструктивных формах холецистита, но чаще – при гангренозном холецистите.

Прободение желчного пузыря - закономерный исход гангренозного холецистита, хотя и встречается не так часто. Это зависит от анатомического положения желчного пузыря и окружающих его органов, которые могут «припаиваться» к месту прободения стенки желчного пузыря.

В отличие от прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки момент прободения желчного пузыря может остаться незамеченным. При таком осложнении холецистита появляются: более разлитая болезненность в животе, напряжение мышц правого верхнего квадрата брюшной стенки или всей ее правой половины, положительные симптомы раздражения брюшины.

При первичном гангренозном холецистите прободение может наступить в 1-е или 2-е сутки заболевания. Отсутствие спаечных сращений вокруг желчного пузыря приводит к развитию разлитого перитонита с соответствующей клинической картиной.

ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТОПАНКРЕАТИТ.

Особую группу осложненного холецистита составляют больные с острым холецистопанкреатитом. Это заболевание характеризуется сочетанием различных форм острого холецистита с любой формой острого панкреатита.

Чаще этим заболеванием страдают женщины старше 50 лет. Боль возникает остро и часто связана с алиментарным фактором, т.е. появляется после приема жирной или острой пищи. Боль возникает в правом подреберье, подложечной области, а затем или остается такой же, или распространяется на эпигастральную область. Характерна иррадиация болей в область спины, поясницы и правый плечевой пояс. Может наблюдаться левосторонняя иррадиация в поясницу, особенно при деструктивном панкреатите. Заболевание сопровождается диспептическими явлениями: тошнотой, рвотой, последняя часто бывает многократной и не приносит облегчения. На 2 – 3 день от начала заболевания иногда появляется небольшая желтуха, которая чаще всего обусловлена сдавливанием терминального отдела холедоха, увеличенной и отечной головкой поджелудочной железы.

Температура бывает нормальной или субфебрильной. Заболевание протекает с перитонеальными явлениями, парезом желудка и кишечника

(парез поперечной ободочной кишки). Положительные симптомы Ортнера, Воскресенского, Керта, Мейо-Робсона. При наличии панкреонекроза наблюдается тахикардия, акроцианоз. Лейкоциты в периферической крови в пределах $12-15 \times 10^9$ и выше со сдвигом лейкоцитарной формулы влево.

Лабораторные исследования выявляют гипербилирубинемию, гипертрипсинемию - амилаземию (в крови и в моче), гипергликемию и гипокальциемию.

ПРОПОТНОЙ (НЕПРОБОДНОЙ) ЖЕЛЧНЫЙ ПЕРИТОНИТ.

Пропотной желчный перитонит является следствием панкреатобилиарного рефлюкса и ферментативного поражения желчных путей. Правильный диагноз до операции ставится крайне редко.

Начало заболевания острое с сильными болями в подложечной области и правом подреберье. Наблюдается многократная рвота желчью. Болезнь быстро прогрессирует с явлением тяжелой интоксикации. Отмечается бледность кожных покровов, акроцианоз или легкое желтушное окрашивание кожи и склер. Желтуха в таких случаях может быть паренхиматозного характера в результате поражения внутривенных протоков и ткани печени протеолитическими ферментами поджелудочной железы (ферментативный гепатит).

При обследовании живота нередко выявляется увеличенный болезненный желчный пузырь, чаще этому препятствует напряжение мышц передней брюшной стенки. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга. В брюшной полости при УЗИ определяется жидкость. Наблюдается тахикардия, иногда снижается артериальное давление, лейкоцитоз достигает $15-20 \times 10^9$, хотя температура может быть нормальной. Нередко наблюдается повышение уровня α -амилазы в крови и моче.

Такая клиническая картина по своей симптоматике напоминает острый панкреатит. Это и понятно, так как пропотной желчный перитонит встречается при указанном осложнении примерно в 50% всех случаев.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

В некоторых случаях приходится проводить дифференциальную диагностику острого холецистита с другими заболеваниями со сходными симптомами. Из заболеваний, которые протекают со сходной клинической картиной являются: дискинезия желчевыводящих путей, перфоративные пилородуоденальные язвы, острый аппендицит, острый панкреатит, правосторонняя почечная колика, правосторонняя нижнедолевая плевропневмония, инфаркт миокарда и др.

Дискенезия желчевыводящих путей. Это заболевание проявляется возникновением болей в правом подреберье. Больные зачастую указывают на связь появления болей с приемом пищи. Заболевание связано с нарушением физиологической функции желчевыводящих путей приводящим к застою желчи. Возникшие боли не проявляются клинической картиной воспалительного процесса в желчном пузыре. В диагностике помогают УЗИ, исследования общего анализа крови. Температура, как правило, остается нормальной.

Перфоративная пилородуоденальная язва. Сходными симптомами являются: локализация болей, острое их начало. В диагностике помогают - язвенный анамнез, клиническая картина обострения язвенной болезни за несколько дней до наступления перфорации. Возникшая острая (кинжальная) боль быстро распространяется по всему животу. Рвота и повышение температуры не характерны для перфоративной язвы. Они появляются уже при развитии перитонита и интоксикации. При осмотре больного наблюдается отсутствие участия брюшной стенки в акте дыхания. При пальпации определяется резкая боль по всему животу, положительные симптомы Щеткина-Блюмберга, отсутствие перистальтических шумов кишечника. Большим подспорьем в диагностике является обзорная рентгенография органов брюшной полости, при которой у 40-65 % больных с перфоративной язвой выявляется наличие свободного газа в брюшной полости (под куполом диафрагмы в вертикальном положении больного). Более сходная картина с холециститом наблюдается при прикрытой перфорации язвы пилородуоденального отдела желудка, когда появившиеся острые боли через некоторое время уменьшаются вследствие небольшого поступления содержимого желудка и двенадцатиперстной кишки в брюшную полость. Однако при внимательном осмотре больного выявляется местное защитное напряжение мышц брюшной стенки в эпигастрии справа, локальная боль в этой зоне и положительные симптомы раздражения брюшины. При обзорной рентгенографии также иногда можно выявить наличие свободного газа в брюшной полости. В диагностике помогает УЗИ, ФГДС, а в затруднительных случаях лапароскопическое исследование.

Острый аппендицит. Сходство с острым холециститом наблюдается в начале заболевания, когда боли беспокоят больного в эпигастральной области (симптом Кохера). Локализация болей в правом подреберье может быть и при высокой локализации червеобразного отростка. Отличительными признаками являются менее интенсивные боли при остром аппендиците в начале заболевания, отсутствие характерной иррадиации болей. Рвота при остром аппендиците бывает однократная и редко. Отмечается небольшое повышение температуры. Для уточнения диагноза в затруднительных случаях используются УЗИ или диагностическая лапароскопия.

Острый панкреатит. Боли локализуются в эпигастриальной области и сопровождаются частой рвотой. В отличие от острого холецистита боли носят опоясывающий характер. Общее состояние больного тяжелое, наблюдаются выраженная интоксикация, положительные симптомы Мейо-Робсона, Воскресенского, повышенный уровень α -амилазы в моче и крови. Из вспомогательных методов диагностики используется УЗИ.

Правосторонняя почечная колика. Сходство в локализации болей, иррадиации в правую поясничную область и правую половину живота, повышении температуры тела. В отличие от острого холецистита боли не связаны с приемом пищи, хотя приступ почечной колики при наличии мочекаменной болезни может возникнуть после употребления острой, соленой пищи. При почечной колике имеется характерная иррадиация болей по ходу мочеточника, в правую паховую область. Отмечаются дизурические расстройства. Отсутствуют локальные симптомы характерные для острого холецистита. Уточнению диагноза помогают общий анализ крови, общий анализ мочи (гематурия) и УЗИ.

Правосторонняя нижнедолевая плевропневмония. При правосторонней нижнедолевой плевропневмонии боли локализуются в правой половине грудной клетки, в нижних ее отделах с иррадиацией в правую половину живота и правую поясничную область. Наблюдается повышение температуры тела, часто сопровождающееся ознобом и герпесом. В отличие от острого холецистита у больного отмечается наличие кашля, ограничение дыхательной экскурсии правой половины грудной клетки. Отсутствует связь появления болей с нарушением диеты. Наличие характерных для плевропневмонии данных перкуссии, аускультации и рентгенологических изменений со стороны легких помогают в диагностике.

Инфаркт миокарда (абдоминальная форма). Клиникой острого холецистита может проявляться также атипичная форма инфаркта миокарда, при которой боли локализуются преимущественно в животе, главным образом в эпигастриальной области, возможно развитие диспепсических явлений. Такая клиническая картина при остром инфаркте миокарда связана с раздражением диафрагмального нерва, который иннервирует центральную часть диафрагмы. Раздражение этой области независимо от того, будет ли оно исходить из брюшной или плевральной полости, дает сходную клиническую картину. Для правильной диагностики атипичных форм острого инфаркта миокарда имеет большое значение учет других его характерных признаков (иррадиация болей в левую руку, плечо, лопатку, развитие коллаптоидного состояния), отсутствие усиления болей в животе при его глубокой пальпации (симптом Джанелидзе), изменение ЭКГ.

Иногда больные с острым холециститом ошибочно госпитализируются в инфекционное отделение с подозрением на пищевую

токсикоинфекцию. Такие ошибки возможны в случаях, когда пищевая токсикоинфекция протекает с преимущественными симптомами гастрита. Но при гастрите и сопутствующем ему иногда энтероколите без поноса боли не бывают очень резкими и не усиливаются при движении больного. Гастритические заболевания не вызывают значительной болезненности при глубокой пальпации и не сопровождаются напряжением мышц живота.

Следует всегда помнить, что диагноз пищевой токсикоинфекции может быть поставлен только после исключения всех возможных острых заболеваний органов брюшной полости. При малейшем сомнении в диагнозе больного необходимо госпитализировать в хирургическое отделение. В дифференциальной диагностике перечисленных заболеваний помогают УЗИ, ФГДС, компьютерная томография и ЯМРТ, при необходимости лапароскопия.

ЛЕКЦИЯ 5.

ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ, ОСЛОЖНЕННЫЙ ПОРАЖЕНИЕМ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Механическая желтуха.

Механическая желтуха – это состояние, которое проявляется признаками желчной гипертензии в связи с нарушением оттока желчи в двенадцатиперстную кишку. Различают следующие виды механической желтухи: подпеченочную (когда возникает блок внепеченочных желчных протоков), внутripеченочную (при сдавлении желчных протоков в паренхиме печени). Паренхиматозная желтуха обусловлена патологическим процессом гепатоцитов.

Наиболее частой причиной подпеченочной механической желтухи является холедохолитиаз (35-40%), на втором месте – рак головки поджелудочной железы (30-35%), на третьем месте – рак внепеченочных желчных протоков (10-12%), на рак фатерова сосочка приходится около 1-2%. Более редкими причинами подпеченочной желтухи являются: склерозирующий холангит, воспалительные и постравматические стриктуры холедоха (В.П. Кочуков и соавт.).

Клиническими признаками механической желтухи являются: желтуха кожных покровов, слизистых и склер; обесцвеченный кал и темная моча; кожный зуд; брадикардия. Другие симптомы как болевой, диспептический, похудание обычно обусловлены заболеванием, вызвавшим нарушение оттока желчи в двенадцатиперстную кишку.

Кожный зуд при холедохолитиазе может появиться до начала желтухи, хорошо поддается корригирующей терапии в отличие от зуда возникшего на почве опухоли, имеющего изнуряющий характер. Продолжительность желтухи различна – от нескольких дней при холедохолитиазе до нескольких месяцев при опухолевых механических желтухах. При желтухах, возникших на почве опухолей, нередко наблюдается положительный симптом Курвуазье, который свидетельствует о постепенном развитии желтухи, что и бывает при опухолях.

Для механической желтухи характерна гипербилирубинемия в основном за счет прямой фракции, повышение щелочной фосфатазы. Активность аминотрансфераз в начале заболевания может быть нормальная. По мере угнетения функции гепатоцитов при длительной механической желтухе в крови может увеличиться количество непрямого билирубина и уровня аминотрансфераз.

Механическую желтуху как осложнение острого холецистита необходимо дифференцировать с паренхиматозной желтухой (острый

вирусный гепатит), гемолитической желтухой, а также с механической желтухой, обусловленной опухолевым поражением желчного пузыря и протоков, острым панкреатитом, приведшим к сдавлению дистального отдела ОЖП.

При паренхиматозной желтухе на почве вирусного гепатита страдают все функции гепатоцитов - дезинтоксикационная, синтетическая, выделительная и др. Особенностью такой желтухи являются: наличие анамнестических данных и продромального периода; повышение уровня общего билирубина в основном за счет непрямого (несвязанного); повышение уробилина в моче и снижение уровня стеркобилина в кале; повышение в крови уровня трансаминаз; снижение уровней холестерина, протромбина, альбумина в результате нарушения синтетической функции печени. Наличие длительной субфебрильной температуры является диагностическим критерием при дифференциальной диагностике механической желтухи и вирусного гепатита, при котором в желтушном периоде температура обычно нормализуется.

При гемолитической желтухе (которая часто наблюдается при отравлениях гемолитическими ядами) в анамнезе имеются указания на источник желтухи. При такой желтухе отмечается повышение в крови как непрямого, так и прямого билирубина в результате массивного разрушения эритроцитов и поступления значительного количества несвязанного «непрямого» билирубина в печень. Отмечается повышение уровня уробилина в моче и сохраняется уровень стеркобилина в кале. Отсутствуют признаки выраженной печеночной недостаточности.

Для рака желчного пузыря характерен инфильтрирующий рост с прорастанием в ткань печени. В таких случаях желтуха развивается на поздних стадиях заболевания вследствие сдавления желчных протоков метастазами опухоли в паренхиме печени или в воротах печени. Кроме общеклинических признаков опухолевого процесса в диагностике помогает УЗИ, компьютерная томография.

При опухолях фатерова сосочка и головки поджелудочной железы обтурация ОЖП развивается постепенно, при этом зачастую пальпируется увеличенный желчный пузырь на фоне прогрессирующей желтухи (симптом Курвуазье). В диагностике помогает ФГДС.

В отличие от острого холецистита, осложненного механической желтухой, указанные выше заболевания характеризуются постепенным и малоболевым началом, а желтуха появляется на поздних стадиях.

Проблемы диагностики и дифференциальной диагностики причин обтурации желчных путей не потеряли актуальности и в настоящее время. Хирургические вмешательства у больных механической желтухой, выполняемые по экстренным показаниям, сопровождаются большим числом осложнений, а летальность достигает 15-30%, что в 4 раза выше, чем в тех случаях, когда механическую желтуху удастся ликвидировать до

операции (С.Г. Шаповальянц, А.Ю. Цкаев, Г.В. Грушко, 1997; Ю.В. Иванов, 2002 и др.). Синдром механической желтухи возникает у 15-40% больных с ЖКБ и у всех больных, имеющих опухолевое поражение желчевыводящих путей.

Начало заболевания на почве холедохолитиаза зачастую острое. Появляется приступ сильных болей, характерный для калькулезного холецистита (нередко холецистокардиальный синдром). Через несколько часов или на следующие сутки появляются темная моча и желтушное окрашивание кожи и склер - признаки обтурации общего желчного протока. Если присоединяется инфекция и распространяется на желчные протоки, то развивается симптоматика холангита: высокая лихорадка, ознобы. При восстановлении проходимости желчных протоков (уменьшение отека слизистой оболочки протока, отхождение камня в расширенную часть холедоха) симптомы воспалительного процесса постепенно купируются.

При холедохолитиазе желтуха носит стойкий характер в случае ущемления крупного камня в большом дуоденальном соске. Она быстро нарастает, сопровождается кожным зудом, темной мочой и обесцвеченным калом. Иногда присоединяются явления восходящего септического холангита. Это проявляется ремитирующим типом температуры, потрясающими ознобами. Билирубин сыворотки крови достигает 170-340 мкмоль/л. Количество лейкоцитов в периферической крови увеличивается до $18-25 \times 10^9$ - с резким сдвигом лейкоцитарной формулы крови влево. Заболевание может осложниться опасным для жизни холемическим кровотечением и острой печеночной недостаточностью.

Острый холецистит, осложненный стенозирующим папиллитом или стриктурой холедоха, относится к патологии, трудно поддающейся клиническому распознаванию. У таких больных часто имеется длительный анамнез характерный для заболевания желчных путей. Боли при стенозе фатерова сосочка носят постоянный сжимающий характер. Желтуха обусловлена в таких случаях частичной непроходимостью холедоха и носит зачастую ремитирующий характер. Обычно она не резко выражена и довольно быстро проходит после стихания острого приступа. Правильно поставить диагноз помогает ФГДС, РХПГ.

Стриктура дистального отдела общего желчного протока - сравнительно редкая патология. Она развивается постепенно, и на определенном этапе появляются тупые постоянные боли, которые так же, как и желтуха, самостоятельно, без операции не проходят.

В настоящее время большинство зарубежных и отечественных авторов считают целесообразным проведение лечения больных механической желтухой в два этапа. На первом этапе выполняют внутреннюю или наружную декомпрессию желчных путей с помощью различных методов желчеотведения, а на втором, после ликвидации

механической желтухи, при плановой операции стараются устранить основную причину вызвавшую механическую желтуху. Это позволяет добиться уменьшения количества послеоперационных осложнений и снизить общую летальность.

Вместе с тем, как указывает Ю.В. Иванов, в ходе разработки способов желчеотведения у больных механической желтухой возникает ряд проблем и спорных вопросов. Как уже указывалось выше, тяжелыми осложнениями механической желтухи, особенно при наличии холедохолитиаза, являются холангит и печеночная недостаточность. Основной причиной возникновения холангита является холестаза с последующим присоединением инфекции.

Узловыми вопросами в лечении механической желтухи остаются сроки и виды декомпрессивных вмешательств, методы профилактики и лечения послеоперационной печеночной недостаточности. Оценки эффективности преимуществ и недостатков различных методов декомпрессии желчных путей («закрытых» и «открытых») при механической желтухе не проводилось. Остается предметом дискуссии проблема выбора инструментальной дооперационной декомпрессии желчных путей при этой патологии.

Таким образом, основной целью хирургического вмешательства при механической желтухе является декомпрессия желчевыводящих путей, устранение обтурации, ликвидация желтухи, профилактика возникновения печеночной недостаточности. В настоящее время достаточно много методов желчеотведения при механической желтухе и они хорошо освещены в доступной литературе.

БАКТЕРИАЛЬНЫЕ ХОЛАНГИТЫ ПРИ ЗАСТОЕ ЖЕЛЧИ.

Холангит или острое воспаление желчных протоков впервые был описан J.M. Charkot в 1877 году в виде триады клинических признаков: ознобов, лихорадки и желтухи. В 1903 году Rogers выявил связь между гнойным холангитом, обструкцией желчных протоков и абсцессами печени у больного, после неудачной попытки разрешить холестаза.

В 1959 году В.М. Remolds и E.L. Dargan описали острый обтурационный холангит как отдельный клинический синдром, требующий немедленной декомпрессии желчевыводящих путей. К триаде Charkot они добавили помутнее сознания, шок и летаргию, которые развиваются вследствие накопление в желчных протоках гнойной желчи под нарастающим давлением при полной обтурации дистального отдела холедоха.

Патогенез развития заболевания и клиническая картина острого холангита складывается из трех синдромов: холестаза, эндотоксикоза и полиорганной недостаточности. Основную патогенетическую роль в

возникновении острого холангита играет резкое повышение давления в желчевыводящих путях, сопровождающееся нарушением пассажа желчи. Этим создаются благоприятные условия для размножения микрофлоры. Нарастание воспалительного отека стенки желчного протока и непосредственное действие на ткани бактериального токсина приводит к ухудшению оттока желчи. Желчь больных с механической желтухой содержит продукты клеточного распада, что делает ее токсичной. Токсическое действие желчи и изменение ее качественного состава выражается в угнетении секреции желчных кислот, повышении вязкости желчи, прогрессировании билирубинемии, уменьшении потребления кислорода клетками печени (Э.И. Гальперин и соавт., 1978). При повышении давления в холедохе до 300-450 мм вод.ст. возникает холангиовенозный и холангиолимфатический рефлюкс, в результате которого бактерии и эндотоксины из инфицированной желчи попадают в системный кровоток (В.Ф. Саенко и соавт., 1998). Токсические ингредиенты желчи, попадая в кровь, приводят к прогрессированию токсемии, которая сопровождается нарушением функции сердечно-сосудистой системы, печени, почек, центральной нервной системы, что в конечном итоге может реализоваться развитием синдрома полиорганной недостаточности.

Острый холангит является наиболее тяжелым осложнением заболеваний желчных путей. Сочетание механической желтухи с гнойным холангитом отмечается в 20-30% случаев, при этом послеоперационная летальность у больных с данной патологией составляет 15-45% (Б.К. Алтыев и соавт., 1998 и др.). Основной причиной летальности является острая печеночная недостаточность. Несмотря на то, что гнойный холангит является спутником обтурации желчных протоков, в настоящее время он приобрел статус самостоятельной проблемы. В значительной степени это обусловлено увеличением числа больных с осложненными формами ЖКБ, снижением эффективности антибактериальных препаратов в лечении гнойных заболеваний, склонностью гнойного холангита к генерализации с образованием множественных абсцессов печени, развитием билиарного сепсиса (В.А. Ситников и соавт., 1995 и др.).

Вторичные обтурационные холангиты встречаются чаще всего. Это «второе» заболевание при ЖКБ, узких анастомозах, стенозах желчевыводящих протоков и фатерова сосочка. Они служат их клиническим признаком и серьезным, иногда угрожающим жизни осложнением (Богуслав Нидерле и соавт, 1982). Бактериальные холангиты могут возникнуть и без обтурации протоков, а при замедленном токе желчи и расширенном желчевыводящем протоке. Характерная клиническая картинка холангита развивается вследствие выраженной токсемии, вызываемой попаданием патогенной кишечной флоры в желчь и размножением ее в желчных путях. При этом гнойный процесс

распространяется на мельчайшие внутривенные протоки. Летальность при остром гнойном холангите по данным разных публикаций составляет от 4,7 до 33 % (Е. Chok 1981; J. Ham, 1989; Sugiyama M et al. 1997).

Кишечная палочка, энтерококк, аэробактер, протей, реже стафилококки и стрептококки вызывают воспалительные процессы в желчевыводящих путях. Микрофлора попадает в желчные протоки из кишечника с портальной кровью или непосредственно восходящим путем из двенадцатиперстной кишки. В желчные пути микробы могут проникать и по лимфатическим путям или через дренажи после операций на желчевыводящих путях. Однако «бактериохолия» еще не говорит о холангите. Решающим фактором для возникновения холангита является застой желчи. Для инфекции недостаточно, например, рефлюкса содержимого кишечника в анастомоз при сохранении адекватного оттока желчи. При этом возможность развития инфекции зависит от типа нарушения оттока. Инфекция чаще возникает при неполных или интермитирующих закупорках (Гальперин Э.И., Неклюдова Е.А., Волкова Н.В. и др. 1979) особенно камнями, чем при злокачественных новообразованиях. Инфицирование желчи таким образом предшествует воспалительным изменениям и клиническим проявлениям холангита.

Интраоперационными признаками холангита бывают хлопья слизи, мутная гнойная желчь, полнокровие стенок желчных протоков, отек и воспалительная инфильтрация. В последующем развиваются фиброзные изменения с потерей эластичности тканей, и желчный проток в результате воспалительного процесса и имеющейся гипертензии необратимо расширяется. На отдельных участках протоков могут появляться изъязвления с последующим стенозом их. Эти изменения сливаются или существуют параллельно. При длительном или очень активном холангите воспалительный процесс захватывает тонкие внутривенные ветви, где впоследствии образуется гной. Эпителий некротизируется и в окружающей печеночной ткани образуются гнойные инфильтраты, которые циркулярно рубцуются и служат очагом возникновения абсцессов.

Иногда бывает клиническое несоответствие с операционными находками, хотя холангит был с явными признаками бактеремии с септической лихорадкой при билиарной гипертензии. Несовпадение такое особенно разительно тогда, когда оперативное вмешательство проводится после ликвидации инфекции с помощью эффективной антибактериальной терапии.

Попытки классифицировать хирургический холангит по путям распространения инфекции, месту препятствия и очага воспаления и анатомическим особенностям кажутся клиницисту неправомочными

(Богуслав Нидерле). Патологоанатомически различают катаральные и гнойные холангиты.

Клиническая картина холангита определяется основным заболеванием, т.е. холедохолитиазом или другой причиной хронической обтурации желчных протоков, к которой присоединяется подъем температуры до высоких цифр с ознобом, проливным потом, болями в правом подреберье, рвотой. Такое повышение температуры до 39-40°C при остром холангите выступает продолжением основного лихорадочного состояния, а при хроническом холангите температура бывает субфебрильной.

Классическая триада признаков по Шарко: лихорадка, желтуха и боль в правом подреберье.

Острый холангит является серьезным, опасным для жизни заболеванием в связи с возможным возникновением сепсиса и печеночной недостаточности. В крови выявляется высокий лейкоцитоз со сдвигом влево лейкоцитарной формулы, признаки холестаза. Гемокультура, взятая для посева на микрофлору во время озноба, часто дает положительные результаты.

Тяжелейшим вариантом течения острого холангита является острая закупорка желчевыводящего протока вклинившимся камнем при которой проток переполнен гноем. Больного с нарушенным сознанием и явлением печеночной недостаточности может спасти лишь экстренная операция.

Другим опасным вариантом является острый холангит с почечной недостаточностью. Он проявляется снижением диуреза и увеличением мочевины и креатинина в крови. Нередко его сопровождает желтуха и желудочно-кишечные кровотечения.

Острый гнойный обтурационный септический холангит.

Такой гнойный холангит является одной из тяжелых форм билиарной инфекции, требующей срочной хирургической декомпрессии, так как без нее процесс может завершиться летально в течение нескольких часов. Причина холангита заключается в накоплении под давлением нагноившейся в протоках желчи неожиданно и полностью закупоренных. Он встречается редко и мало известен врачам. Такой холангит бывает причиной неожиданного летального исхода при желчнокаменной болезни. (Богуслав Нидерле).

Помимо камней блокаду протока могут обусловить и другие причины, но для того, чтобы в протоках могли произойти процессы нагноения со столь острой токсемией, закупорка должна быть внезапной и полной. Это и бывает при наличии камней и вирулентной инфекции у ослабленного больного. В желчи часто находят грамотрицательную смешанную кишечную флору, иногда золотистый стафилококк. Из крови микрофлора, как правило, не высевается. В расширенных протоках

застаивается густая, нагноившаяся желчь. Стенки протоков инфильтрированы и утолщены. Печень набухшая, гиперемирована с тенденцией к некрозу от дегенерации в центре долек до многочисленных печеночных абсцессов.

Клиническая картина. Острое начало, невыносимые боли, высокая температура, затемненное сознание, вскоре желтуха и септический шок. Холангит обычно присоединяется к существующим симптомам желчнокаменной болезни, но может проявиться и без таковых. Острая боль обусловлена повышением давления в желчных протоках. Боль и напряжение мышц в правом подреберье. Лихорадка, озноб. Температура может повышаться до 39-40⁰С. Количество лейкоцитов в периферической крови достигает 15-20х10⁹/л. Может повышаться уровень альфа-амилазы в крови и моче. При дальнейшем течении заболевания из крови может высеиваться микрофлора. Появляется гипогликемия. Увеличивается содержание щелочной фосфатазы. Возникает желтуха.

Вначале больные возбуждены, затем возникает затемнение сознания, переходящее даже в кому. У больных снижается артериальное давление, возникает олигурия. Эти симптомы усиливаются вследствие рвоты, высокой температуры.

Дифференциальная диагностика. На острый гнойный холангит похож пилефлебит, абсцесс печени, острый панкреатит при желчнокаменной болезни. В дифференциальной диагностике вышеуказанной патологии помогают УЗИ, магнитно-резонансная томография печени и поджелудочной железы, обнаружение других воспалительных очагов в брюшной полости, лабораторные исследования.

Лечение. Для адекватной терапии острых холангитов важно установить их причину – обтурацию желчевыводящих путей и, по возможности, место препятствия. Необходимо проводить антибактериальную терапию и устранить застой желчи, как важный и решающий момент в борьбе с воспалительным процессом в желчевыводящих путях. Операция должна заключаться в обеспечении свободного оттока желчи в кишечник или путем наружного дренирования желчевыводящих путей.

Нужно иметь в виду, что при условии желчной гипертензии в протоках при гнойном холангите значение медикаментозной терапии невелико и ее нужно рассматривать как интенсивную кратковременную подготовку больного к проведению срочной декомпрессии желчевыводящих путей.

Методы декомпрессии желчных путей. Показания к применению того или другого метода декомпрессии желчных путей необходимо устанавливать индивидуально в зависимости от клинической ситуации, характера, уровня и протяженности препятствия оттоку желчи с учетом

данных УЗИ и результатов рентгеноконтрастных исследований желчных путей. Как уже указывалось выше, с 1973 года в клинической практике применяется ЭПСТ для устранения обструкции желчных путей камнями или при стриктуре фатерова сосочка. Это оперативное пособие считается безопасным даже у пожилых больных. При неудаляемых камнях и выраженной эндогенной интоксикации в отдельных случаях применяется назобилиарное дренирование с продвижением кончика зонда проксимальнее ущемленного камня. Введение эндопротеза в холедох при посттравматических рубцовых стриктурах и опухолях обеспечивает адекватную декомпрессию и в 90% случаев разрешает холангит. Эндопротез меняется через каждые 3 месяца. ЭПСТ выполняют с целью дальнейшей баллонной дилатации стриктуры желчевыводящих путей (Г.Ахаладзе, 2003).

В 1964 году К.С. Weichel впервые описал чрескожно-чреспеченочную холангиостомию (ЧЧХС). Это один из вариантов декомпрессии желчных путей перед хирургическим вмешательством на них.

В 1977-1979 годах была разработана методика ЧЧХС под контролем УЗИ. Этот метод исключает необходимость предварительного чрескожного контрастирования протоков с увеличением внутрипротокового давления и риском развития билио-венозного рефлюкса с эндогенной токсемией.

Операцию не следует откладывать даже при сравнительно легких формах острого холангита. В критической ситуации можно ограничиться холецистостомией при проходимом пузырьном протоке. Если позволяет состояние больного и не было возможности сделать ЭПСТ или произвести лапароскопическую холецистостомию, то необходимо удалить желчный пузырь и дренировать холедох.

При остром гнойном обтурационном холангите к операции приступают без промедления, не обманываясь временным улучшением состояния больного под влиянием ударных доз антибиотиков и коррекции внутренней среды. Контролируют ЦВД, почасовой диурез, биохимические показатели крови. Инфузионная терапия включает электролиты, плазму крови, альбумины, витаминотерапию. Исход решает декомпрессия желчных путей (холедоха) и лишь когда позволяет состояние больного, можно ликвидировать препятствие. Если есть возможность, то нужно попытаться сделать эндоскопическую папиллосфинктеротомию вместо экстренной операции.

Одной из важнейших проблем в лечении гнойного холангита является назначение адекватной антибиотикотерапии. Факторами, влияющими на экскрецию антибиотиков в желчь, является молекулярный вес антибиотика, его полярность, метаболизм в печени. К сожалению,

роль каждого из этих факторов не уточнена. Вместе с тем установлено, что антибиотики с молекулярным весом ниже 500-600 в желчь поступают с трудом и в основном выделяются с мочей. Так, например, *эритромицин* (молекулярный вес 734) хорошо поступает в желчь, а *цикloserин* (молекулярный вес 102) в желчь не поступает, хотя оксигенация меняет полярность растворимых в жирах антибиотиков, а образование их глюкуронида увеличивает молекулярный вес. Считается, что концентрация антибиотиков в желчи снижается при нарушенной функции печени, а при полной непроходимости протоков они вообще не попадают в желчь. Существует мнение некоторых авторов, что концентрация антибиотиков в желчи не так важна, так как основное лечение должно быть направлено против возникновения септических проявлений, и поэтому, важнее концентрация антибиотиков в крови. К тому же нет никакой корреляции между концентрацией антибиотиков в желчи и их эффективностью (Г.Г.Ахаладзе и др.). Так, например, такой антибиотик как *гентамицин*, обладающий средней концентрационной способностью в желчи, имеет большую эффективность, чем антибиотики со значительно большей концентрационной способностью. Эти авторы сообщают, что *тетрациклины*, несмотря на высокую концентрацию в желчи, имеют в 1000 раз более низкую антимикробную активность в ней, чем в крови. *Ампициллин* (представитель *пенициллинов*) в высокой концентрации накапливается в желчи (при нормальной функции печени) и влияет на большую часть микробов в желчи. При оральном применении концентрация *ампициллина* в желчи выше, чем при парентеральном.

Цефалоспорины. Несмотря на большой арсенал этого ряда, ни один из них не влияет на *Streptococcus faecalis*. При парентеральном введении *цефазолин*, *цефатоксим* активны против других микробов. При приеме внутрь этих антибиотиков отмечается наибольшая концентрация их в желчи.

Аминогликозиды. Концентрация *гентамицина* и *амикацина* в желчи составляет половину их концентрации в сыворотки крови. Они влияют почти на все микробы в желчи.

При септицемии антибиотики необходимо вводить внутривенно еще до дренирования желчных протоков. Целесообразно также введение метронидазола.

После декомпрессии протоков антибактериальная терапия играет вспомогательную роль. Больному в течение нескольких дней назначают антибиотики (ампициллин, гентамицин, хлорамфеникол, цефалоридин), проводят инфузионную терапию.

Учитывая то, что в основе главных осложнений холангита лежит эндотоксемия, то необходимо проводить специфическую терапию. С целью снижения летальности при граммотрицательной бактериемии и бактериальном шоке необходимо использовать человеческую сыворотку к

эндотоксину. Из неспецифических методов эндотоксикации рекомендуется применять плазмоферез. Плазмоферез – наиболее эффективный и патогенетически обоснованный метод, при котором удаляется накопившийся в плазме эндотоксин, цитокины, активные пептиды, циркулирующие иммунореактивные комплексы и продукты их метаболизма. Патогенетически обосновано применение энтеросорбции, при которой сорбент связывает накопившийся в кишечнике эндотоксин и ограничивает его поступление в порталный кровоток. Как сообщает Г.Г. Ахаладзе, эффективность детоксикации зависит от полноты декомпрессии желчных путей. Детоксикация, проведенная до операции, дает непродолжительный эффект.

При сепсисе парентеральное введение глюкозы признается не целесообразным. Жиры являются основным субстратом окисления при сепсисе, а окисление глюкозы при нормальном уровне инсулина снижается. Развивается резистентность к инсулину, и контроль уровня гликемии к экзогенным инсулинам затрудняется. Лишнее количество глюкозы при инфузии приводит к образованию большого количества CO_2 и вызывает респираторный дистресс-синдром. Поэтому при сепсисе оптимальным следует считать внутривенное вливание состоящее из 20% декстрозы (1 л), 1-1.5 гр комплекса аминокислот и до 1-1.5 л 20% интралипида в сутки.

В лечении септического шока при гемодинамических расстройствах (при отсутствии эффекта от допамина) следует применять смесь глюкозы, инсулина и хлорида калия в высокой концентрации.

ЛЕКЦИЯ 6.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ.

Догоспитальная помощь. В настоящее время в этом вопросе не должно быть разногласий. Если больному поставлен диагноз острого холецистита, то он должен быть немедленно госпитализирован в хирургическое отделение. Опыт показал, что длительное лечение такого больного в амбулаторных условиях или в терапевтическом стационаре может привести к развитию тяжелых осложнений и запоздалой операции.

Перед транспортировкой больного можно применить спазмолитики (атропин, платифиллин, но-шпа и др.). Если госпитализацию осуществляют в короткие сроки, то использование наркотиков должно быть ограничено, так как под их влиянием «смазывается» клиническая картина заболевания.

Тактика хирурга в стационаре. У нас в стране широкое распространение получила хирургическая тактика, основные положения которой сформулированы на VI пленуме правления Всесоюзного общества хирургов и подтверждены на XV объединенном пленуме правления Всесоюзного и Молдавского обществ хирургов. Эти положения заключаются в следующем:

1. Экстренному оперативному вмешательству после интенсивной подготовки подлежат больные острым холециститом, осложненным перитонитом, и больные, у которых не удастся исключить деструктивные формы холецистита (флегмона, гангрена пузыря).

2. Срочное оперативное лечение (в первые 24-48 часов) показано больным, у которых после энергичной консервативной терапии не наступает улучшения, а наоборот, отмечается прогрессирование заболевания.

3. При наступлении ремиссии больные острым холециститом подлежат клинико-рентгенологическому, УЗИ и лабораторному обследованию в условиях стационара и при наличии показаний к оперативному лечению.

У больных с окклюзией пузырного протока (флегмона, эмпиема желчного пузыря) или с холангитом не надо слишком медлить с операцией, если нет серьезных к этому противопоказаний, а консервативные меры оказываются неэффективными. Хирургическое вмешательство следует производить в таких случаях в дневные часы в условиях плановой операции квалифицированными хирургами.

Особого внимания заслуживают больные с обтурационной желтухой. У этих больных даже при быстром стихании воспалительных явлений в желчном пузыре вопрос об операции должен быть решен в

первые 7-10 дней болезни, после применения интенсивной терапии. Если желтуха в этот период не уменьшается, то медлить с операцией не следует во избежание развития таких осложнений, как гнойный холангит и печеночная недостаточность. Учитывая то, что оперативные вмешательства при остром холецистите (прободение, перитонит, холангит, желтуха) выполняются по жизненным показаниям, то говорить вообще о каких-либо серьезных противопоказаниях в операции практически не приходится.

Показания к хирургическому вмешательству у больных пожилого и старческого возраста, если принимать во внимание особенности течения холецистита у лиц этого возраста, должны быть расширены. Операция в острой стадии заболевания может производиться при наличии достаточно строгих показаний, так как ее хуже переносят люди пожилого и старческого возраста. Операция же в ранние сроки, после стихания острого приступа и хорошей подготовки, проходит в достаточно благоприятных условиях, что значительно снижает риск оперативного вмешательства.

Консервативное лечение холецистита в остром периоде включает определенный комплекс лечебных средств. Функциональный покой пораженному органу достигается применением голода. При таких диспептических расстройствах как срыгивание, рвота хорошо помогает аспирация желудочного содержимого с помощью зонда, проведенного через носовой ход в желудок.

Для снятия болей назначают холод на живот (периодически), спазмолитики (но-шпа, папаверин, платифиллин), сочетая их с одновременным введением атропина, баралгина, трамадола. В отношении назначения наркотиков нужно помнить, что до тех пор, пока не будет окончательно решен вопрос об операции, отношение к наркотикам должно быть сдержанным. Вводить лучше промедол, а не морфин (пантопон) так как последний вызывает спазм сфинктера Одди и может усилить болевой приступ. Хорошо купирует болевой приступ новокаиновая блокада круглой связки печени. При холецистопанкреатите целесообразно применять поясничную новокаиновую блокаду по А.В.Вишневскому.

С целью дезинтоксикации и компенсации потери электролитов необходимо использовать внутривенные капельные вливания физиологического раствора, раствора Рингера, глюкозы, плазмы, витаминов. Целесообразно одновременное введение 0,25% раствора новокаина (100-200 мл) для более полного обезболивающего эффекта.

При консервативном лечении острого холецистита могут быть использованы антибиотики, оказывающие воздействие на кишечную палочку и энтерококки, так как именно эта микрофлора чаще всего обнаруживается при бактериологическом исследовании содержимого желчного пузыря.

Следует отметить одну важную особенность при лечении антибиотиками. Она заключается в том, что при применении их маскируется клиническая картина заболевания. Несмотря на казалось бы явное клиническое улучшение (снижение температуры тела, лейкоцитоза, уменьшение симптомов местного перитонита и др.), во время операции часто обнаруживают выраженные деструктивные изменения желчного пузыря.

Необходимо помнить об участившихся в последнее время случаях непереносимости некоторыми больными антибиотиков.

В осложненных случаях холецистита полагаться только на эффект антибиотиков и воздерживаться при этом от своевременного оперативного вмешательства не следует, так как нарушение кровоснабжения пузырной стенки приводит к тому, что лекарственные вещества не проникают ни в полость желчного пузыря, ни в его стенку, и консервативное лечение не может достичь желаемой цели. При резком увеличении внутривезикулярного давления, особенно у лиц старческого возраста, могут возникать тромбозы ветвей пузырной артерии, вследствие чего консервативное лечение становится бесперспективным (Г.М.Антоненков, Н.Ф.Федоров).

Таким образом, решающим фактором неуспеха консервативной терапии является повышение внутривезикулярного давления.

Устранение желчной гипертензии в сочетании с антибактериальной терапией в большинстве случаев приводит к купированию приступа острого холецистита.

При угрожающем состоянии больных пожилого и старческого возраста, страдающих различными сопутствующими заболеваниями целесообразно в экстренном порядке с целью декомпрессии под контролем УЗИ выполнить чрескожную чреспеченочную пункцию желчного пузыря. Такое же пособие можно осуществить, выполнив лапароскопию и под контролем лапароскопа произвести санационную декомпрессию желчного пузыря (отсасывание его содержимого, промывание и введение антибиотиков). Радикальную операцию выполняют через 4-5 недель после длительной предоперационной подготовки, когда инфильтрат в области желчного пузыря и печеночно-двенадцатиперстной связки уже рассосался.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА.

Современный ингаляционный наркоз с применением мышечных релаксантов и управляемым дыханием является наиболее приемлемым видом обезболивания при операциях на желчевыводящих путях.

О методике операций при остром холецистите вы можете прочитать выше в разделе «Хирургическое лечение ЖКБ».

Операцией выбора при остром холецистите является холецистэктомия, которая проводится открытым методом (ТХЭ) или из малых доступов.

При наличии у больного разлитого перитонита операцию производят из среднесрединного лапаротомного разреза. Удаляют желчный пузырь. Берут содержимое брюшной полости для бактериологического исследования и определения чувствительности высеванной микрофлоры к антибиотикам. Производят санацию и дренирование брюшной полости. При парезе кишечника целесообразно провести назогастроинтестинальную интубацию тонкой кишки латексной окончатой трубкой. Трубку удаляют после восстановления моторики желудочно-кишечного тракта. В послеоперационном периоде больному проводят инфузионную терапию, антибиотикотерапию как и больным при сепсисе, считая, что разлитой перитонит и есть абдоминальный сепсис.

Хронический холецистит

Согласно принятой классификации по клиническим проявлениям холециститы делятся на острые и хронические, бескаменные и калькулезные.

Хронический холецистит возникает или совсем незаметно, или как последствия острого холецистита. Зачастую он сопутствует ЖКБ, и камни в большинстве случаев находятся в желчном пузыре до развития воспаления. В некоторых случаях выраженного бескаменного холецистита возникает вопрос о возможной миграции камней из желчного пузыря на ранних этапах воспаления.

В основе хронического холецистита лежит продуктивное воспаление слизистой оболочки желчного пузыря. Слизистая пузыря утолщена, в ней образуются инфильтраты, а иногда и даже язвы. Стенка желчного пузыря утолщается, и пузырь рубцово деформируется. В последующем желчный пузырь сморщивается и может превратиться в небольшое соединительнотканное образование с наличием в нем камней или замазкообразной желчной массы. Иногда 1-2 больших камня полностью выполняют просвет желчного пузыря. При облитерации пузырного протока может образоваться хроническая водянка желчного пузыря, а при присоединении инфекции – эмпиема.

Особой клинической формой бактериального хронического холецистита является также постоянное носительство сальмонелл (Богуслав Нидерле).

Хронический бескаменный холецистит

Выделяют две клинические формы хронического бескаменного холецистита: стертую и выраженную. При стертой форме хронического бескаменного холецистита симптомы нечеткие. Тяжесть или постоянные

ноющие боли в правом подреберье, иногда боли не интенсивные и связаны только с приемом пищи. Спазмолитики быстро купируют боль.

Пальпаторно можно выявить болезненные зоны, характерные для хронического холецистита. В период ремиссии информация еще более скудная и диагноз в основном базируется на данных УЗИ или компьютерной томографии.

Хронический бескамневой холецистит сам по себе редко служит показанием к операции. Лишь иногда, в связи с неэффективностью консервативного лечения и частыми обострениями решается вопрос об операции (холецистэктомии).

Хронический калькулезный холецистит

Как и при хроническом бескамневом холецистите, так и при хроническом калькулезном выделяют две формы его клинического течения: стертую и выраженную. При стертой форме хронического калькулезного холецистита жалобы больного могут быть такими же, как и при бескамневом холецистите. Зачастую клиническая картина имитирует такие заболевания как гастрит, спастический колит, хронический панкреатит, дуоденит. УЗИ позволяет установить истинную причину, недуга – хронический калькулезный холецистит.

Выраженная клиническая форма хронического калькулезного холецистита наблюдается значительно чаще (по данным И.Н. Гришина в 80-90% случаев). Постоянные тупые боли в правом подреберье. Приступы острых болей (печеночная колика) возникают чаще после приема острой, жирной пищи. Зачастую больные отмечают горечь во рту, тошноту, иногда рвоту. Такая клиническая картина, когда возникают острые боли в правом подреберье, может перейти в острый холецистит со всевозможными последствиями.

Если диагноз хронического калькулезного холецистита установлен на основании клинических проявлений и УЗИ, это должно быть показанием к оперативному лечению, о чем мы говорили в лекции «Желчнокаменная болезнь».

Операцией выбора является холецистэктомия. При холедохолитиазе одновременно выполняют холедохолитотомию. При наличии соответствующей аппаратуры лучше перед холецистэктомией выполнить эндоскопическую папиллосфинктеротомию и удалить камни из холедоха.

ЛЕКЦИЯ 7.

ОШИБКИ В ХИРУРГИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОШИБКИ.

Современные методы исследования позволяют лучше распознавать воспалительные заболевания желчных путей. Разнообразие симптоматики осложненных форм холецистита нередко затрудняет дифференциальный диагноз и может привести к диагностическим ошибкам. Частота неправильных диагнозов увеличивается в запущенных случаях.

Наиболее распространенные ошибки: предполагают острый холецистит, а во время операции обнаруживают другие заболевания органов брюшной полости. Бывает и наоборот: подозревают аппендицит, прободную язву и др., а во время операции диагностируют острый холецистит.

Подробно дифференциальная диагностика острого холецистита от других заболеваний сходных по клинической картине, изложена в разделе «Дифференциальная диагностика острого холецистита» в лекции «Острый холецистит».

ОШИБКИ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ПОКАЗАНИЙ К ОПЕРАЦИИ.

Причина неудач билиарной хирургии кроется не только в тяжести заболевания или состояния больных, но и в ошибках врачей. Врач может заблуждаться при решении вопроса о показаниях к операции и подготовке к ней, нередко в ходе операции и при послеоперационном ведении больного. Зная типичные ошибки их можно зачастую избежать. Каждому хирургу следовало бы сдать такой «экзамен на квалификацию», чтобы хирургия желчных путей стала еще более безопасной. Операция по правильным показаниям, безупречно выполненная, не должна вредить больному или ставить его жизнь под угрозу (Богуслав Нидерле и соавт.).

Ошибки в определении показаний к операции могут иметь весьма серьезные последствия. В них могут быть виновны участковый врач, терапевт, врач лучевой диагностики, но, прежде всего, хирург, несущий основную ответственность, так как он согласился на проведение операции или лично определял показания к ней.

ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПО ОШИБОЧНЫМ ПОКАЗАНИЯМ.

Зачастую мы ставим под сомнение необходимость оперативного вмешательства у больных с бессимптомными камнями в юношеском возрасте или у стариков. Однако многие хирурги не отрицают профилактическую холецистэктомию при такой патологии у больных пятого и шестого десятилетий жизни, пока она не сопряжена с большим риском.

Неправильно ставить показания к операции на основе нарушений неясного генеза, зачастую объясняемых случайно выявленными камнями. Показания к операции надо критически взвесить, при необходимости дообследовать больного с целью выявления в таких случаях сопутствующих заболеваний.

Следует сомневаться в диагнозе, если у больного не выявлены характерные симптомы заболевания. Нельзя делать заключение на спорных результатах УЗИ, томографии или технически несовершенных рентгеновских снимках.

Наоборот, неправильно отказываться от оперативного вмешательства при клинически убедительных симптомах, связанных с желчными камнями, когда УЗИ не выявляет камней. Это бывает при небольшом количестве мелких, акустически плохо проявляемых камней, пальпаторно не определяемых даже в ходе операции и выявляемых только в удаленном пузыре.

Ошибочным, даже опасным показанием является неправильный диагноз, когда заболевание желчных путей путают с уролитиазом, грыжей пищеводного отверстия диафрагмы, пептической язвой, гепатитом, панкреатитом и даже с ишемической болезнью сердца. Безуспешность излишней билиарной операции, хотя показания ставил другой врач, прежде всего на совести хирурга. Если заболевание желчевыводящих путей сочетается с другой болезнью, то больного перед операцией необходимо предупредить, что он не избавится от всех своих страданий (Богуслав Нидерле и соавт.).

ОШИБКИ, НЕДОСТАТОЧНО СОГЛАСОВАННЫЕ ПО ВРЕМЕНИ.

Излишняя торопливость, как и промедление в смысле выбора удобного момента вмешательства также являются операционными ошибками, которые могут поставить больного под серьезную угрозу.

Например, неотложная холецистэктомия, показанная в самом начале холецистита, не должна стать железным принципом, которому следуют даже тогда, когда диагноз не ясен и соответствующая подготовка невозможна. Только угрожающие перитонеальные симптомы требуют

экстренного вмешательства. Легальным исходом может закончиться холецистэктомия (не по показаниям) у больного с инфарктом миокарда.

Неправильные показания к немедленной операции у больных с желтухой, когда начинается улучшение и желтуха явно идет на убыль. Короткая отсрочка в таком случае пойдет больному лишь на пользу и качество подготовки к операции от этого выиграет.

Однако не надо дожидаться и полного исчезновения желтухи. Ее течение колеблется иногда волнообразно, и она может внезапно вспыхнуть вновь.

Повторная операция по поводу оставленных в протоках камней или послеоперационного желчного свища редко бывает неотложной. Как правило, ее можно выполнить без большого риска через некоторое время, когда купируется островоспалительный процесс в брюшной полости или произвести ЭПСТ.

Вместе с тем ошибочным будет и запаздывание с некоторыми оперативными вмешательствами. К числу таких заболеваний, которые требуют неотложного оперативного вмешательства, следует отнести острую форму «папиллярного илеуса», острый септический холангит, приступообразный панкреатит в результате закупорки сосочка или массивная гемобилия. Насущная потребность в операции существует при угрожающей перфорации желчного пузыря, подозрении на билиарный илеус и др. Даже при простом остром холецистите многие рекомендуют оперировать либо в самом начале заболевания, либо впоследствии, когда острейшая фаза уже миновала (Богуслав Нидерле и соавт.).

При плановой операции зачастую проявляют нерешительность не только больной, но и врач. Это касается не только небольших нарушений при желчнокаменной болезни, но и поражения желчного протока. В таких случаях отсрочка бывает серьезной ошибкой, даже когда нет желтухи. Особенно это касается больных сахарным диабетом или другими хроническими прогрессирующими заболеваниями, поскольку осложнения холедохолитиаза так или иначе приведут к операции, но в более поздний период и с несравненно большим риском.

Не нужно откладывать решение вопроса об операции у больных с несложными, но повторяющимися приступами. Они могут вылиться в столь тяжелое состояние, что вмешательство придется надолго отложить.

При желтухе неустановленной этиологии 2 недели являются крайним сроком выжидания, после чего риск вмешательства стремительно повышается из-за опасности развития острой печеночной недостаточности.

Трудно убедить больного, который уже неоднократно оперирован по поводу оставшихся камней в желчных протоках или стриктуры их и потерял надежду на выздоровление и веру в медицину, согласиться на операцию. Но обтурация холедоха, приведшая к гнойному холангиту, чревата прогрессирующими изменениями печени и тогда реальный шанс

на излечение дает лишь новая операция открытым способом или ЭПСТ. Необходимо убедить больного в целесообразности ее и не откладывать.

ОШИБКИ В ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКЕ.

Предоперационная подготовка иногда существенно влияет на степень риска оперативного вмешательства и течение послеоперационного периода.

Больной с неосложненным заболеванием желчевыводящих путей и общим хорошим состоянием должен поступить в хирургическое отделение уже с результатами всех исследований, чтобы предоперационную подготовку ограничить 1-2 днями и подвергнуть больного опасности госпитальной инфекции. Ошибкой надо считать неполное предварительное исследование или несвоевременное лечение сопутствующих заболеваний. Некоторые из них можно лечить амбулаторно.

В стационарной подготовке при постоянном лабораторном контроле нуждаются пожилые, истощенные больные и больные с повышенным риском в результате ограничения функциональных резервов организма. Необходимо оценивать состояние всех факторов, особенно функцию почек, печени.

Бывают случаи, когда больные с осложненными заболеваниями желчевыводящих путей попадают на операционный стол после длительных, порой необоснованных колебаний, но на сей раз слишком быстро. Но некоторые операции могут быть настолько неотложными, что предоперационная коррекция всех нарушений до операции не может быть ни безупречной, ни полной. Необходимо взвесить тщательно, принесет ли дальнейшая подготовка пользу или вред больному.

Подготовку к операции необходимо скорректировать по времени.

Нельзя недооценивать или совсем пренебрегать психологической подготовкой.

Больной должен познакомиться с хирургом, анестезиологом, в чьи руки он себя отдает, которые поддержат его решимость, не скрывая от него серьезности ситуации.

ОШИБКИ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ.

При любой операции на желчевыводящих путях возможен несчастный случай или ошибки такие, как ранения сосудов, желчных протоков, повреждение печени, поджелудочной железы или двенадцатиперстной кишки. Трудно определить частоту подобных

повреждений, особенно тогда, когда небольшие неудачи проходят без последствий, а о тяжелых стараются не говорить.

По данным крупных клиник такие травмы встречаются в 1-2 случаях на 500 операций. Богуслав Нидерле сообщает о 0,3% случаев на 7338 билиарных операций.

Чаще бывает виновным хирург по своей неопытности или неосведомленности, в результате недооценки, чрезмерной смелости, спешки или усталости, иногда даже вследствие испуга.

Ранения происходят при анатомической диспозиции сосудов, протоков или при патологических изменениях: воспаленные инфильтрированные ткани, спайки и т.п.

Риск повышается при операциях в труднодоступных областях в воротах печени или на фатеровом сосочке. Однако было бы ошибкой считать, что чаще происходят ранения при сложных операциях. При них хирург как бы компенсирует неожиданные опасности повышенным вниманием. Общеизвестно, что больше всего неудач при простой холецистэктомии.

Многие хирурги считают, что холецистэктомия заслуживает названия сложной и опасной операции. Она может оставить тяжелые последствия, хотя большинство ошибок можно предупредить.

РАНЕНИЯ СОСУДОВ.

В ходе операции может быть ошибочное наложение лигатуры на артерию печени при остром кровотечении.

Обильное кровотечение чаще бывает при холецистэктомии – кровоточит пузырная артерия, реже правая печеночная артерия и еще реже собственная или общая печеночная артерия.

У пожилых людей артерии склерозированы и подходят даже к шейке желчного пузыря, что создает условие для их повреждения.

В 8-10% случаев печеночная артерия проходит перед протоком.

Кровотечение может быть при повреждении небольшого сосуда при эндоскопической папиллосфинктеротомии, что может потребовать переливание крови и даже открытого оперативного вмешательства.

Такие осложнения, как кровотечение при выполнении ЛХЭ возникают при повреждении пузырной артерии или из печеночного ложа желчного пузыря. Попытка остановить кровотечение из пузырной артерии опасна травмой желчных протоков в условиях недостаточной экспозиции. Опытный хирург может справиться с кровотечением из пузырной артерии, начинающим хирургам при неудачных попытках гемостаза необходимо переходить на широкую лапаротомию.

ПОВРЕЖДЕНИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОВОК (ЖП) И ДРУГИХ ЭЛЕМЕНТОВ ПЕЧЕНОЧНО-ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ СВЯЗКИ.

Тяжелым операционным осложнением при операции на желчевыводящих путях является повреждение желчных протоков и других составляющих печеночно-двенадцатиперстной связки. По литературным данным, наиболее часто повреждаются наружные желчные протоки при холецистэктомии, реже при операциях на поджелудочной железе и при резекции желудка по поводу осложненных язв двенадцатиперстной кишки. Частота повреждений желчных протоков при открытой холецистэктомии, по литературным данным, составляет 0,1-0,8%, при резекции желудка – 0,14%, при лапароскопической холецистэктомии колеблется от 0,3 до 3%. Н.Н.Артемова указывает, что ни длительность заболевания, ни характер операции (срочная или плановая), ни диаметр протока и даже профессиональный стаж хирурга не влияют на возможность повреждения желчных протоков. Как справедливо указывал С.П. Федоров - «Ни в одной области не приходится хирургу бывать иногда в таком затруднительном положении, как при операциях на желчных путях, и нигде нельзя повредить так больному малейшей ошибкой, допущенной при операции».

Хирурги часто не знают о ранении протоков во время операции. Считают, что приблизительно 15% ранений в ходе операций выявляются и сразу же исправляются. Некоторые повреждения приводят к желчным свищам и стенозам, нередко к катастрофическим последствиям.

Как нам кажется, большинство таких ошибок можно предотвратить. С определенностью можно сказать, что в 1/3 таких случаев ранений виновен хирург. Он должен строго соблюдать основное правило: необходимо обеспечить хорошую экспозицию предполагаемого места расположения общего желчного протока, но при этом следует избегать излишнего разделения спаек и освобождения органов, которые не будут мешать оперативному вмешательству. При холецистэктомии может быть угроза повреждения общего желчного протока из-за наличия воспалительного инфильтрата в области желчного пузыря с вовлечением в процесс печеночно-двенадцатиперстной связки. В то же время, причиной повреждения общего желчного протока может быть ситуация прямо противоположная предыдущей, когда при наложении лигатуры на укороченный пузырный проток она захватывает участок и подвижного желчного протока. В таких случаях создается механическая непроходимость холедоха вследствие перевязки его.

В общем причины и обстоятельства повреждений наружных желчных протоков хорошо известны, хотя иногда они и повторяются. Такими причинами бывают:

1. Повреждение протока при выделении из инфильтрата или из рубцовых сращений желчного пузыря;

2. При остановке возникшего кровотечения в «слепую» (без предварительного пережатия печеночно-двенадцатиперстной связки) могут повреждаться желчные протоки;

3. При прошивании культи сосуда можно прошить и желчный проток;

4. Лигирование общего желчного протока при перевязке пузырного протока;

5. Желчный пузырь переполнен и перерастянут в такой ситуации общий желчный проток ошибочно может быть пересечен вместо пузырного протока при выделении пузыря от шейки;

6. Проток может быть сужен при неправильно ушитом холедохотомическом отверстии;

7. Проток может быть сужен рубцовой тканью, образовавшейся в результате воспалительного процесса вблизи места дренирования холедоха вследствие подтекания желчи или при наличии гематомы в этой зоне;

8. Синдром Мириizzi,

9. Анатомическая диспозиция протоков;

10. Излишняя мобилизация протока из окружающих тканей при ревизии его;

11. Операции на соседних органах;

12. Грубое зондирование холедоха при его сужении (можно получить ложный ход или травмировать фатеров сосок);

13. Технические погрешности при папиллосфинктеротомии;

14. Прожигание коагулятором стенки желчного протока или клипирование его при ЛХЭ.

Повреждение внепеченочных желчных протоков, как и при ТХЭ является серьезным осложнением ЛХЭ. Утверждение о том, что при ЛХЭ повреждение желчных протоков наблюдается больше чем в 2 раза по сравнению с ТХЭ, стало общепринятым. Однако во многих публикациях указывают на одинаковую частоту повреждений на внепеченочных желчных протоках при ТХЭ и ЛХЭ.

Есть достаточно четкая корреляция между числом выполненных операций и частотой травм внепеченочных желчных протоков. Этот факт говорит о недостаточном контроле подготовки хирургов к ЛХЭ и неистребимой практике обучения на «собственных» ошибках пересечения чужого желчного протока (А.М. Шулутко).

Классификация ПЖП

Большинство авторов придерживается классификации ПЖП, принятой в Амстердаме в 1996 году, о которой сообщают Bergman и соавт. Классификация разработана для повреждений желчных протоков

при ЛХ, но она вполне пригодна и для повреждений желчных протоков при других операциях.

Различают 4 типа повреждений:

Тип А – желчеистечение из пузырного протока или периферических печеночных ветвей.

Тип В – большое повреждение желчных протоков с желчеистечением (из ОЖП или абберантных сегментарных внепеченочных ветвей правого печеночного протока) с или без сопутствующих желчных стриктур.

Тип С – нарушение проходимости ОЖП без желчеистечения.

Тип D – полное пересечение ОЖП с или без его порциального исстечения.

Э.И.Гальперин справедливо возражает на введение типа А в эту классификацию, т.к. желчеистечение без ранения магистральных протоков (по существу подтекание желчи впервые дни после операции) представляется несравнимым с большим повреждением или пересечением ОЖП, которые и определяют проблему. Выделение желчи по дренажу в таких случаях не является показанием к лапаротомии. При отсутствии перитонита, безусловно, целесообразна выжидательная тактика. Необходимо выяснить, с чем связано подтекание желчи. Во многих случаях это связано с подтеканием желчи из области ложа желчного пузыря или несостоятельности культи пузырного протока. Подобное желчеистечение прекращается, как правило, без дополнительных вмешательств.

Э.И.Гальперин считает важным указать в классификации на то, было ли распознано повреждение ОЖП во время операции, или оно выявлено в послеоперационном периоде, т.к. это определяет разный подход к хирургическому лечению, а также выделить повреждение ОЖП желчеистечением в брюшную полость (перитонит). Важно также разделить повреждение ОЖП на ранние (свежие, выявленные во время первой операции или в первые дни послеоперационного периода) и поздние (выявленные в отдаленные сроки после первой и нередко последующих операциях, к которым и относятся рубцовые стриктуры желчных протоков).

В измененном виде Э.И.Гальперин предлагает следующую классификацию:

Ранние «свежие» повреждения желчных протоков.

I. По тяжести повреждений и характеру желчеистечения.

Тип А – желчеистечение из пузырного протока или из периферических печеночных ветвей.

Тип В – большое повреждение желчных протоков с желчеистечением (из ОЖП или абберантных сегментарных

внепеченочных ветвей правого печеночного протока) с или без сопутствующих желчных стриктур.

Тип С – непроходимость ОЖП и печеночных протоков из-за их перевязки или клипирования.

Тип D – полное иссечение общего желчного протока с или без его порциального иссечения.

Тип E – повреждение ОЖП с желчеистечением наружу и в брюшную полость (перитонит).

II. По времени распознавания повреждения:

1. Повреждения, распознанные во время операции.

2. Повреждения, распознанные в послеоперационном периоде.

Несомненно, что такие добавления в классификации важны, т.к. они во многом определяют хирургическую тактику.

Профилактика операционных ранений желчных протоков.

Внимательное и бережное оперирование может предупредить ранение желчных протоков. Билиарные операции – компетенция хирурга, умеющего не теряться в неожиданных ситуациях, прилежного, работающего без спешки и осознающего размеры опасности даже при весьма простой на первый взгляд холецистэктомии.

Безупречную ориентировку хирурга в операционном поле должны обеспечить хороший разрез, достаточное освещение, правильная ассистенция и полная мышечная релаксация больного. При неясной ситуации или наличии спаечного процесса надо заблаговременно ориентироваться с помощью операционной холангиографии, введения в желчный пузырь пальца или катетера в главный желчный проток. Большое значение имеет заключительная ревизия гемостаза и просачивания желчи.

ДИАГНОСТИКА ПОВРЕЖДЕНИЙ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Диагностика повреждений желчных протоков зависит от того, обнаружено ли это повреждение во время операции или оно заподозрено в раннем послеоперационном периоде. При обнаружении повреждения во время открытой операции холецистэктомии необходимо точно установить место повреждения, его характер (пристеночное повреждение, полное пересечение протока или иссечение сегмента его), диаметр общего желчного протока, толщину его стенки. Для уточнения можно провести зондирование места повреждения, холангиографию, используя раневое отверстие, на операционном столе.

При лапароскопической холецистэктомии, если повреждение протоков замечено во время операции (появление желчи), необходимо перейти на открытую операцию и произвести визуальную диагностику места повреждения.

При незамеченном во время операции повреждении протоков и наличии желчеистечения в раннем послеоперационном периоде (при отсутствии перитонита) необходимо произвести УЗИ для обнаружения места скопления желчи в брюшной полости, состояния внутривнутрипеченочных и внепеченочных желчных протоков, РХПГ или чрескожную чреспеченочную холангиографию. При появлении желтухи у больного или клинической картины острого холангита необходимо произвести биохимические изменения крови, которые помогут выявить нарушения функции печени и функции других органов.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ СВЕЖИХ РАНЕНИЯХ.

Ранения протока ушивают в ходе операции. Шов накладывают без натяжения.

Небольшое ранение стенки ушивают атрауматическими иглами, накладывая атрауматический шов, и дренируют через отдельный разрез.

Более крупный дефект можно прикрыть остатками желчного пузыря или стенкой двенадцатиперстной кишки.

Пересечение протока восстанавливают реконструкцией его: сшивают или формируют анастомоз с двенадцатиперстной или тощей кишкой. Желание хирурга восстановить непрерывность пересеченного желчного протока, вполне объяснимо, однако это делать нежелательно, так как очень большая вероятность образования рубцовой стриктуры после билиобилиарного анастомоза (70-100% по данным разных авторов). Целесообразнее при этом сформировать билиодигестивный анастомоз даже не с двенадцатиперстной кишкой, с сегментом отключенной тонкой кишки.

В настоящее время при краевом ранении или повреждении общего желчного протока на $\frac{1}{2}$ диаметра с помощью дуоденоскопа через фатеров сосок (после предварительной папиллосфинктеротомии) ретроградно в общий желчный проток может быть проведен специальный стент, закрывающий место повреждения. Стент оставляют на 3-4 месяца с последующей заменой в течение одного года.

После реконструктивных операций на протоках тщательно дренируют подпеченочное пространство, используя отсасывающий дренаж.

При значительном наружном желчном истечении без перитониальных симптомов, при отсутствии у больного желтухи или холангита операцию лучше произвести через 2-3 месяца. При появлении симптомов холангита консервативное лечение может быть проведено не более 1-2 суток и при отсутствии эффекта показана срочная операция. Операция в таких случаях может быть закончена наружным

дренированием или наложением билиодигестивного анастомоза если позволяют на то местные условия.

При наличии наружного или внутреннего желчеистечения с клинической картиной перитонита показана срочная операция с наружным дренированием проксимального сегмента общего желчного протока. Для реинфузии желчи целесообразно дренировать и его дистальный сегмент. Накладывать билиодигестивный анастомоз в таких случаях не следует. Восстановительную операцию целесообразно произвести через 2.5-3 месяца.

При появлении желтухи на 2-3 сутки после операции и когда диагноз перевязки или клипирования общего желчного протока подтвержден показана срочная операция. Операция может закончиться снятием лигатуры или клипсы, создающих непроходимость общего желчного протока, и введением Т-образного дренажа для предотвращения возможной рубцовой стриктуры в месте перевязки или клипирования. При значительных изменениях стенки общего желчного протока необходимо наложить билиодигестивный анастомоз.

ПОВРЕЖДЕНИЕ И РАНЕНИЕ ОКРУЖАЮЩИХ ОРГАНОВ В ХОДЕ БИЛИАРНОЙ ОПЕРАЦИИ.

Печень нередко повреждается крючком, или при выделении желчного пузыря. Проводят гемостаз. Обязательно дренируют.

Поджелудочная железа травмируется при удалении вклинившихся камней в холедохе, при зондировании холедоха, при биопсии.

Двенадцатиперстная кишка часто повреждается при повторных операциях, когда она бывает интимно спаяна с печенью. Рану необходимо ушить.

Двенадцатиперстную кишку можно повредить при зондировании холедоха, при полной сфинктеротомии.

Лечение: дренирование протоков и брюшной полости, отсасывание дуоденального содержимого зондом.

ТЕХНИЧЕСКИЕ И ТАКТИЧЕСКИЕ ОШИБКИ.

1. Проталкивание камня из желчного пузыря в холедох.
2. Наложение простой лигатуры на пузырьный проток недостаточно. Целесообразно, для профилактики соскальзывания лигатуры, культулю протока к периферии прошить и перевязать.
3. Нельзя зондировать проток катетером толще 3-4 мм.
4. Неправильная перитонизация ложа желчного пузыря.
5. Оставление камней в протоках.
6. Сфинктеротомия при панкреатических стенозах.

ЛЕКЦИЯ 8.

ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

Опыт хирургии желчевыводящих путей в течение более 120 лет показал, что холецистэктомия при желчнокаменной болезни не всегда избавляет больного от болей. Такая группа больных, по данным многих авторов, составляет 5-25% от всех оперированных

На 6-м Всемирном конгрессе гастроэнтерологов отмечено, что в мире ежегодно на желчных путях производится около 2,5 млн. операций. Несмотря на успехи хирургического лечения острого холецистита, примерно у 10-15% оперированных больных в отдаленном периоде наблюдаются неудовлетворительные результаты. В связи с этим предложен термин «постхолецистэктомический синдром», отражающий возвраты или рецидивы болей, колики и других расстройств, имевших место до операции. Этот термин в 30-х годах был предложен Pribram.

Термин «постхолецистэктомический синдром» (ПХЭС) нельзя признать удачным, так как в смысловом выражении он подразумевает определенные патологические проявления, находящиеся в прямой зависимости от удаления желчного пузыря. Но после удаления желчного пузыря адаптация протекает легко и быстро и дальнейшая жизнь не сопровождается явными нарушениями. Это не зависит от того, удаляют ли функционирующий желчный пузырь или давным-давно утративший свою функцию. Следовательно, ПХЭС не существует в его смысловом выражении.

Огромный опыт холецистэктомий, по времени более чем за 125 лет после первой удачной операции в июне 1882 года, выполненной Карлом Лангенбухом в Берлине, показал, что удаление желчного пузыря, как правило, не имеет отрицательных последствий для организма человека.

Желчного пузыря как резервуара желчи нет, сосочки отводит желчь печени без повышения внутрипротокового давления, без изменения тонуса сфинктера Одди. Желчный проток больше освобождается давлением открытия, хотя чувствительность к холецистокинину остается. Лишь резкие колебания внутрипротокового давления, например, после спазма сфинктера Одди, вызванного морфином, скорее могут вызвать боль.

Переваривание жиров и других веществ после прекращения поступления концентрированной желчи в кишку несколько не нарушается.

Концентрация желчных кислот в энтерогепатальном круге значительно колебалась, теперь она более плавна, бесперебойна и ряд авторов установили, что ранее литогенная желчь в результате холецистэктомии нормализуется.

ПХЭС не отражает сущности патологии, так как причины плохих результатов операции весьма разнообразны. В одних случаях они действительно связаны с ошибками, допущенными во время операции, в результате чего развиваются осложнения, требующие нередко повторных операций; в других - обусловлены заболеванием соседних органов. Это вторичные изменения в органах гепатикопанкреатодуоденальной системы остаются после холецистэктомии и являются причиной послеоперационных расстройств. В некоторых случаях болевые ощущения в правом подреберье вовсе бывают не связаны с патологией печени и желчевыводящих путей.

Термин «постхолецистэктомический синдром» может быть применен только в тех случаях, когда имеются клинические проявления адаптационной перестройки желчевыводящих путей и отсутствуют другие патологические изменения со стороны гепатопанкреатодуоденальной зоны. Кроме того, это состояние носит временный характер.

Высказывались различные мнения по вопросу причины возникновения болей после холецистэктомии: развитие спаечного процесса после операции, нарушение желчеотделения в связи с удалением желчного пузыря, оставление длинной культы пузырного протока, заболевания соседних органов и т. д.

В результате многочисленных исследований было выяснено, что большая часть нарушений после холецистэктомии связаны с некоррегированными изменениями в желчных протоках и в значительно меньшей степени связаны с нарушениями в других органах гепатопанкреатодуоденальной зоны. Это дало обоснование ряду хирургов разделить причины постхолецистэктомического синдрома на две группы: *заболевания желчевыделительной системы и заболевания, связанные с поражением других органов.*

На основании литературных данных и собственных наблюдений, А.А.Шалимов и соавторы (1975) предложили следующую классификацию постхолецистэктомического синдрома:

- I. Нарушения, зависящие от основного патологического процесса, неустраненного полностью при холецистэктомии:***
 1. Оставление камней в желчных протоках и в редких случаях истинный рецидив камней
 2. Стенозирующий воспалительный процесс в общем желчном протоке.
- II. Нарушения, зависящие от появления осложнений вследствие длительного выжидания с операцией при желчнокаменной болезни:***

1. Холангит, холангигические абсцессы, холангиогепатит;
2. Хронический панкреатит, лимфаденит;
3. Дискинезия сфинктера Одди (гипертония, гипотония), дискинезия желчных протоков.

III. *Нарушения, непосредственно зависящие от проведенной операции:*

1. Синдром недостаточности желчного пузыря;
2. Синдром культы пузырного протока;
3. Панкреатит, панкреатопатия;
4. Невриномы, солярит, соляргия;
5. Мезентериальный лимфаденит;
6. Спаечный процесс, стенозирование общего желчного протока, послеоперационные рубцы и грыжи.

IV. *Нарушения, зависящие от сопутствующего поражения других органов:*

1. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хронический гастрит;
2. Хронический панкреатит;
3. Хронический колит и энтероколит;
4. Хронический гепатит и цирроз печени;
5. Мезентериальный лимфаденит;
6. Диафрагмальные грыжи;
7. Почечно-каменная болезнь, нефроптоз, пиелит;
8. Солярит, невралгии, спондилез, пищевая аллергия;
9. Дискинезия сфинктера Одди и желчных протоков;
10. Не совсем изученные или неизвестные причины боли.

Как видно из приведенной классификации, существует огромное количество причин рецидива боли в постхолецистэктомическом периоде, но вместе с тем, хирург никогда не должен забывать, что главной причиной является недостаточная диагностика характера поражения в дооперационном периоде и во время операции.

Одной из главных причин рецидива заболевания после операций на желчевыводящих путях является холедохолитиаз.

Холедохолитиаз встречается у 18-36% больных оперированных повторно на желчных путях (Б.А.Петров и Э.И.Гальперин; В.М.Ситенко и А.И.Нечай; Mallet-Guy и соавт; Bartlett; Bergdahl и Holmlund), поэтому выявление возможных причин оставления камней в гепатикохоледохе представляет значительный интерес.

Камни в холедохе могут быть оставлены во время первой операции (ложный рецидив) и вновь образованы в протоках (истинный рецидив заболевания). Не отрицая существования истинных рецидивов, С.П.Федоров считал, что большей частью рецидивы камней бывают ложными, и наблюдал данное явление у 5 из 115 оперированных им

больных. Bautonetal, Naylos и Doane, Castleden полагают, что оставленные камни в 10 раз чаще просматриваются неопытными хирургами. Кер вначале отмечал 18% просмотренных камней, в дальнейшем этот показатель снизился до 2%.

Анализ нашего клинического материала за последние 10-лет показывает, что дооперационное применение УЗИ в диагностике холедохолитиаза, использование операционной холангиографии, а при необходимости и холедохоскопии, способствовало снижению частоты оставленных после операции холецистэктомии камней в протоках с 7% до 1% случаев.

Приступы болей вскоре после предпринятого вмешательства, нередко сопровождающиеся желтухой, бывают следствием неполной ревизии гепатикохоледоха во время первой операции. «Забывтые» камни часто проявляют себя ранними рецидивами болей (15-30 день после оперативного вмешательства), длительным существованием желчного свища. В оставшемся камне обычно бывает высокое содержание холестерина, в большинстве случаев он многоугольной формы и, что особенно примечательно, он похож на камни, удаленные при первой операции. Новые камни образуются значительно позже, не раньше 4-6 месяцев при замедленном оттоке желчи. Возникновение приступов печеночной колики через более длительное время после операции (2-3 года и более) позволяет думать о появлении вновь образованных камней. Судить о наличии оставленных или вновь образованных камней по их структуре не всегда представляется возможным, так как во время операции у больного можно обнаружить, например, преимущественно холестериновые камни в желчном пузыре и пигментные камни в общем желчном протоке. Однако А.А.Баронин и А.М.Джавадян, Glenn отмечают, что истинные камни имеют особенности, чаще они округлой формы, мягкой консистенции, легко крошатся, а иногда представляют собой массу в виде замазки. Вновь образовавшиеся камни желчных протоков встречаются довольно редко (в 1-7% случаев).

Предрасположенность организма к камнеобразованию, отсутствие профилактики камнеобразования в послеоперационном периоде, нарушение оттока желчи вследствие имевшегося до операции или присоединившегося после нее стеноза большого дуоденального соска, панкреатита, сужения терминального отдела протока, холангита могут быть причинами истинного рецидива камней (Б.А.Королев, и Д.Л.Пиковский; Е.В.Смирнов).

Для предотвращения неблагоприятных исходов операции должна применяться тщательная ревизия желчных протоков, включая общеизвестные методы пальпации, зондирования, холангиографии, дебитоманометрии и при возможности – холедохоскопия, телехолангиография, УЗИ. Операция, произведенная своевременно при

неосложненном холецистите, дает 90,7 % хороших результатов, при осложненном – 54,6% (Л.С.Орлова).

Основу успешной диагностики и лечения постхолецистэктомического холедохолитиаза составляют инструментальные диапневтические вмешательства, выполняемые преимущественно из ретроградного доступа. Составными элементами ретроградного доступа являются РХПГ и эндохирургические вмешательства на большом дуоденальном сосочке. РХПГ является решающим методом диагностики у больных с болевым синдромом после холецистэктомии, дает наиболее полную информацию о характере процесса и играет ведущую роль в определении хирургической тактики, объема операции и показаний к эндоскопическим вмешательствам.

Патология большого дуоденального сосочка (БДС) по частоте занимает второе место неудовлетворительных результатов после холецистэктомии. Различают органические стенозы БДС и функциональные нарушения его - стойкий спазм или недостаточность сфинктера Одди, связанные с дистониями неврогенного характера. При органических изменениях БДС, характеризующихся развитием склеротического порядка, процесс становится, как правило, необратимый, а консервативное лечение неэффективным. Различают первичный и вторичный стеноз БДС. При первичном – процесс развивается с самого начала самостоятельно, при вторичном – возникает в связи с холедохолитиазом. Подход к их лечению должен быть одинаков, т.е. необходимо адекватное восстановление пассажа желчи и панкреатического сока в кишечник.

При постхолецистэктомическом синдроме ЭПСТ считается операцией выбора, в том числе у больных со «слепым мешком» холедоха после холедоходуоденостомии. ЭПСТ показана также у больных с острым панкреатитом, обусловленным папиллитом или вколоченным камнем.

Предложены и другие антеградные методики ЭПСТ – через Т-образный дренаж холедоха и через транспеченочный дренаж. Рассечением в краниальном направлении предсуществовавшей или искусственно созданной супрапапиллярной фистулы формируют эндоскопический холедоходуоденоанастомоз. Обычно к этому прибегают при невозможности канюляции БДС. Такая операция наименее опасна из всех атипичных ЭПСТ. Некоторые авторы считают ее альтернативой ЭПСТ, другие полагают, что эта процедура показана только при широком холедохе и в случае неудачи типичной ЭПСТ.

При холедохолитиазе ЭПСТ обеспечивает успех в 91 %, при стенозе БДС – в 100% случаев. Большинство авторов удаляют камни из холедоха во время ЭПСТ петлей Дормиа, реже – катетером Фогарти. Однако в 4.2-8.7% наблюдений камни удалить не удастся. Из-за этого применяют различные способы фрагментации камней – литотрипсию специальными

инструментами, а также электрогидравлическое разрушение камней через эндоскоп.

Наиболее частое непосредственное осложнение ЭПСТ – острый панкреатит. Реже наблюдается кровотечение, требующее лечения. Из других осложнений встречаются холангит и перфорация. Наличие наружного дренажа холедоха снижает опасность осложнений ЭПСТ. При анализе сводной статистики, включающей более 50000 ЭПСТ (Cotton P. 1984), выяснено, что чаще всего эта операция выполняется больным в возрасте старше 60 лет, перенесшим холецистэктомию и страдающим холедохолитиазом. При этом процедура бывает успешной более чем в 95% случаев, осложнения наблюдаются в 8-10% случаев (1-2% больных нуждаются в экстренной операции), летальность (включая внезапную смерть от сопутствующих заболеваний) составляет примерно 1%.

Одним из самых сложных разделов хирургии является лечение стриктур и наружных свищей желчных протоков (Е.С.Ермолов). Э.И.Гальперин писал: «Трудности и опасности хирургии желчных путей достигают кульминации при лечении больных с рубцовыми стриктурами желчных протоков». Формирование посттравматических стриктур внепеченочных протоков, как правило, связано с непреднамеренным повреждением во время холецистэктомии, операциях на желудке и двенадцатиперстной кишке, реже они возникают после операций на холедохе – шов протока, дренирование его, желчеотводящие анастомозы.

Практически все хирурги, занимающиеся этой проблемой, отказались от восстановительных операций при сформировавшейся стриктуре внепеченочных желчных протоков. Поскольку неудовлетворительные результаты таких вмешательств отмечены у 78-100% больных. Поэтому большинство хирургов при выполнении реконструктивных операций на желчных путях отдают предпочтение формированию соустья между протоком и тощей кишкой, выключенной по Ру, как функционально более выгодным по сравнению с билиодуоденальным соустьем.

Пересмотрено отношение к применению различных видов дренирования при реконструктивных операциях по поводу стриктур желчных протоков. Использование «неуправляемых» дренажей (потерянные прямой и Y –образный дренажи) должны считаться порочной практикой в хирургии желчевыводящих путей, она практически повсеместно оставлена и, как указывает А.С.Ермолов, имеет лишь исторический интерес.

Неудовлетворительные результаты хирургического лечения больных с посттравматическими рубцовыми стриктурами внепеченочных желчных протоков обусловлены как высокой травматичностью и технической сложностью самих операций, так и в значительной степени тяжестью исходного состояния этих больных. Длительный обтурационный холестаз,

ахолия вследствие потери желчи через наружный желчный свищ закономерно приводят к развитию таких опасных осложнений, как холангит, билиарный сепсис, цирроз печени и портальная гипертензия, печеночно-почечная недостаточность. Нет нужды говорить о том, что ликвидация холестаза и ахолии позволяет существенно улучшить состояние больных и тем самым снизить риск последующего оперативного вмешательства.

Исследования показали, что восстановление функциональной активности гепатоцитов происходит не ранее 20-х суток с момента нормализации пигментного обмена печени.

Опыт хирургов показывает, что при выполнении операций вне осложненного периода удастся избежать интра- и послеоперационных осложнений, неизбежных при запущенных формах заболевания. Если в первом случае операция, как правило, приводит к полному излечению, и в дальнейшем пациенты не нуждаются в соблюдении диеты и в медикаментозной терапии, то после операций, выполненных в осложненном периоде, больные вынуждены соблюдать диету и принимать лекарства. Использование этапных методов значительно увеличивает длительность лечения.

Клиническая картина ПХЭС во многом зависит от причины ее. Чаще всего возникают боли в эпигастральной области и правом подреберье, протекают нередко по типу приступов печеночной колики, иногда тупые боли. Могут появляться диспептические расстройства и иногда рвота. Как уже упоминалось выше, может возникнуть и синдром билиарной гипертензии (механическая желтуха, холангит, высокая температура, озноб, кожный зуд).

К сожалению, иногда самое тщательное исследование и освобождение протоков не помогают обнаружить все камни. Блокада сосочка оставшимся камнем может проявиться механической желтухой, холангитом или образованием свища после удаления дренажа.

Стенозирование протоков как результат холедохолитиаза и воспаления проявляются в виде стриктур протоков и в виде стеноза большого дуоденального сосочка.

Сужение протоков может быть и результатом операционной травмы (боковое ранение, результат длительного дренирования в условиях инфицирования). Для стриктур характерно длительное скрытое течение. Стаз желчи в протоках, при развитии стриктур, с одной стороны способствует рецидиву камней, а с другой – ведет к развитию цирроза печени.

Около 20% больных с постхолестэктомическим синдромом поступают в клинику в связи с имеющимися у них холангитами, холангитическими абсцессами печени, холангиогепатитами, хроническим рецидивирующим панкреатитом, дискинезиями сфинктера Одди и

желчных протоков. Обычно этот контингент больных поздно подвергался первичной операции и оперировался уже, имея осложнения, которые хирурги стремились излечить только холецистэктомией. Как правило, такое решение вопроса не приносит успеха в излечении больных.

Дискинезия желчных протоков и сфинктера Одди, как правило, имеется до первой операции и в этом случае произведенная холецистэктомия усугубляет эти состояния вследствие травмы нервных волокон и образования спаек и рубцов.

Синдром недостаточности желчного пузыря может проявляться в двух формах:

1. гипотоническое

2. гипертоническое состояние сфинктера Одди в связи с отсутствием желчного пузыря, степень наполнения которого у здоровых людей регулирует тонус сфинктера Одди и желчных протоков. Этот синдром был описан в 1925 году Chiary u Pavel . Многие авторы отрицают возможность проявления этого синдрома в связи с удалением желчного пузыря.

Длинная культя пузырного протока ранее считалась причиной боли, однако она дает о себе знать лишь при оставленных в ней камнях или воспалении. Так же обстоит дело с остатком желчного пузыря. Длинная культя пузырного протока не увеличивается в размерах и тем более не достигает размеров желчного пузыря, как об этом утверждали некоторые авторы, если нет препятствия для оттока желчи в двенадцатиперстную кишку.

Панкреатиты после холецистэктомии встречаются у 5-13% больных. В большинстве случаев они наблюдались у больных и до операции. Но нужно учитывать и то, что в значительном проценте случаев во время операции не диагностируют стеноз сфинктера Одди и устья Вирсунгова протока, что ведет к обострению панкреатита.

W. Hess (1965) в своей работе сообщал, что в 37,5% случаев стеноз фатерова сосочка был причиной постхолецистэктомического синдрома. Последующие исследования с применением ЭРПГ показали, что эти изменения в сосочке не являются казуистикой. При постхолецистэктомическом синдроме часто выявляются воспалительно-склеротические изменения, такие как стриктура, папиллит, а иногда пролиферативные образования – аденома, папиллома, нарушающие проходимость дуоденального соска.

Операция холецистэктомии может иногда привести к образованию невринома, симптомов ганглионеврита брюшной полости (солярит, соляргия, гипогастральный синдром), которые обуславливают рецидивы болей в послеоперационном периоде, дискинетическим расстройствам.

Pribram (1960) высказал мнение, что рецидив боли после холецистэктомии возникает в связи с активацией инфекции в лимфатических узлах брыжейки. Действительно, в некоторых случаях подобные изменения обнаруживаются (А.М.Ногалер, 1969).

Спаечный процесс в подпеченочной зоне ведет к смещению соседних органов – двенадцатиперстной кишки, желудка. Это может приводить к нарушению их функции, возникновению болей и диспепсическим расстройствам.

Примерно в 20% случаев причины, вызывающие ПХЭС обусловлены заболеваниями, сопутствующими холециститам и прогрессирующими после холецистэктомии. Эти заболевания были приведены в классификации постхолецистэктомического синдрома. Они, как правило, не требуют оперативных вмешательств, но знать их и диагностировать нужно.

До настоящего времени некоторые авторы считают спорным вопрос о нарушениях моторно-эвакуаторной функции двенадцатиперстной кишки как причине постхолецистэктомического синдрома. В.Л. Мартынов и соавторы (1998) отметили, что это является следствием таких причин: 1) хроническая артерно-мезентериальная компрессия, 2) рубцово-спаечный процесс в виде периодуоденита и периеюнита, 3) еюнодуоденальный рефлюкс вследствие недостаточности баугиниевой заслонки.

Диагностическая задача у больных, перенесших холецистэктомию, направлена на решение одной проблемы – нуждается ли больной в повторной операции или нет. Длительное консервативное лечение этой группы больных может привести к необратимым изменениям в печеночной паренхиме и желчных протоках.

Если удастся выявить органическое, т.е. хирургическое заболевание, стараются определить его анатомический субстрат. Остается решить, насколько жалобы больного и результаты исследований делают показанной повторную операцию на желчевыводящих путях. Больному объясняют необходимость повторного оперативного вмешательства, не скрывая, однако, неопределенности ожидаемых результатов.

Внутривенная холангиография является ценным исследованием, при котором можно определить расширение желчных протоков на любом уровне, наличие препятствий току желчи в виде камней, стенозов.

При обследовании больного обязательно проводится ФЭГДС, по показаниям – рентгенологическое обследование позвоночника.

Большим подспорьем в выявлении патологического процесса в печени, желчевыводящих путях, поджелудочной железе и соседних органах является УЗИ, компьютерная томография, ЯМР.

Информативным дооперационным исследованием является ретроградная эндоскопическая холангиография, особенно при наличии желтухи, когда внутривенная холангиография не дает результатов.

Применяется и чрескожная – чреспеченочная холангиография или сочетание обеих.

Обязательным является применение рентгенологических исследований во время операции путем пункции желчных протоков или через дренажную трубку. Телевизионная рентгеноскопия при этом позволяет дифференцировать функциональные и органические изменения.

При расширении наружных желчевыводящих протоков для уточнения причины препятствия току желчи применяют и фиброхоледохоскопию, при которой можно извлечь из протоков «забытые» или вновь образованные камни.

Увеличение сывороточного билирубина, повышение щелочной фосфатазы, задержка выделения бромсульфалеина или бенгальской розовой, меченной радиоактивным йодом – наряду с клинической, рентгенологической картиной, результатами УЗИ помогают установить наличие стаза желчи.

Показания к повторной операции следующие:

1. Постоянная механическая желтуха;
2. Незаживающий наружный желчный свищ;
3. Послеоперационные или травматические стриктуры протоков, выявленные или вероятные;
4. Стеноз билиодигестивных анастомозов при четких признаках нарушения проходимости;
5. Камни в желчных протоках - до сих пор наиболее частое и естественное показание к операции, если они выявлены или обоснованно заподозрены;
6. Камни, выявленные в культе пузырного протока или остатках желчного пузыря, если они являются вероятной причиной нарушений;
7. Подозрение на стеноз сосочка или панкреатической части желчного протока при синдроме неполной закупорки, подкрепленных данными исследований; операция показана при приступах холангита, вторичном панкреатите или ясных признаках холестаза, даже переходящих.

Показания к пробной лапаротомии возникают лишь тогда, когда нарушения имеют органическое происхождение и остались неопределенными после исчерпания всех диагностических возможностей.

Повторная операция была и остается весьма сложным вмешательством не только для больного, но и для хирурга. Решение о повторной операции весьма ответственное, и вмешательство нужно проводить при самых благоприятных условиях.

Больного необходимо хорошо подготовить, в том числе психологически. Нелегко объяснить причину неудачной операции и убедить больного в необходимости повторного вмешательства. Целесообразно проводить вмешательства в том же стационаре, что и в первый раз, но при сложной операции не зазорно обратиться в клинику, оснащенную всем необходимым, и тем самым свести к минимуму возможные неудачи.

Повторные операции на желчных протоках следует разделить на две группы:

1. *Восстановительные операции*, при которых восстанавливается естественный пассаж желчи в двенадцатиперстную кишку с сохранением сфинктерного аппарата БДС.
2. *Реконструктивные операции*, при которых создается новый путь оттока желчи с помощью различных билиодигестивных анастомозов.

К первой группе повторных операций относятся: удаление камней из желчных протоков, удаление остатков желчного пузыря или культы пузырного протока с оставшимися в них камнями; пластика стриктуры протоков, частичная папиллотомия.

Повторные операции второй группы обычно заключаются в папиллотомии и сфинктеропластике, холедохоеюстомии, гепатикоюностомии, наложении гилусного анастомоза с тонкой кишкой, пластика вирсунгиева протока. Хирурги, занимающиеся этой проблемой, отказались от восстановительных операций при сформировавшейся стриктуре внепеченочных желчных протоков, поскольку неудовлетворительные результаты таких вмешательств отмечены у 78-100% больных. Поэтому, как указывалось выше, большинство хирургов при выполнении реконструктивных операций на желчных путях отдадут предпочтение формированию соустья между протоком и тощей кишкой, выключенной по Ру, как функционально более выгодным по сравнению с билиоуденальным соустьем.

Как было указано в лекции «Желчнокаменная болезнь» пересмотрено отношение к применению различных видов дренирования при реконструктивных операциях по поводу стриктур желчных протоков.

Во всех случаях рецидива болей после холецистэктомии следует лечить больных в хирургическом стационаре, оборудованном современной аппаратурой.

С.П.Федоров в 1918 году писал: «...для больного не нужно, чтобы ему была сделана трудная и блестящая операция; ему важно, чтобы операция излечила его от болезни» (по А.С.Ермолову).

Хорошо организованное диспансерное наблюдение с широким использованием ультразвукового исследования, раннее выявление больных с ЖКБ и выполнение лапароскопической холецистэктомии позволят значительно улучшить результаты хирургического лечения и повысить качество жизни больных.

ВЫБОРОЧНЫЙ СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Авдей Л.В. Клиника и хирургическое лечение холециститов. Минск, 1963
2. Адамян А.И. Тактика лечения острого холецистита, осложненного механической желтухой: Дис.к.м.н.-М.1990.
3. Актуальные вопросы гепато-панкреато-биллиарной хирургии. Сб. тр., посвященный 30-летию республиканского центра хирургической гепатологии. Под редакцией профессора С.И. Третьяка. – Минск, 2002 г.
4. Алиев М.А., Байджанов С.Ш., Аманбаев А.А. и др.// Хирургия.-1990.-№10.-с.62-63
5. Богуслав Нидерле и соавт. Хирургия желчных путей.-Прага,1982.
6. Виноградов В.В. Заболевания фатерова сосочка. М., 1962
7. Виноградов В.В., Зима П.И., Кочиашвили В.И. Непроходимость желчных путей. - М.1977.
8. Гальперин Э.И., Волкова Н.В. Заболевания желчных путей после холецистэктомии.-М.1988.
9. Гальперин Э.И., Дедерер Ю.М. Нестандартные ситуации при операциях на печени и желчных путях. М.1997.
10. Гришин И.Н. Холецистэктомия. Минск, 1989
11. Дадвани С.А., Ветшев П.С., Шулуто А.М., Прудков М.И. Желчнокаменная болезнь. – М.,2000.
12. Дедерер Ю.М., Крылова, Устинов Г.Г. Желчнокаменная болезнь. -- М.,1983.
13. Евтихов Р.М., Журавлев В.А, Шулуто А.М., Чумаков А.А, Кукош В.И, Стрельников А.И, Кодин А.В, и др. – Хирургические болезни. – Москва – Иваново – Киров - Нижний Новгород – Ярославль - Казань-Владимир-Тула, 2001 г.
14. Ермолов А.С. //Анналы хирургии //,1988.-№ 3.-с.13-23.
15. Королев Б.А., Пиповский Д.Л. Осложненный холецистит. – М.,1971.
16. Косинец А.Н., Стручков Ю.В. Инфекция в хирургии. – Витебск, 2004
17. Мале-Ги.П. Кестене П.Ж. Синдром после холецистэктомии.-Перевод с французского.- М.1973.
18. Оперативная хирургия под общей редакцией проф. И. Литтманна. Будапешт, 1981
19. Петровский Б.В., Милонов О.Б., Смирнов В.А., Мовчун А.А. Реконструктивные операции при поражении внепеченочных желчных протоков. М., 1980.
20. 50 лекций по хирургии/ Под ред. акад. АМН СССР В.С.Савельева. – М., Медиа М, 2003.

- 21.Рылюк А.В. Топографическая анатомия и хирургия органов брюшной полости. – Минск, 1997.
- 22.Ситенко В.М., Нечай А.И. Постхолецистэктомический синдром и повторные операции на желчных путях.- Л., Медицина, 1972
- 23.Стручков В.И., Ляхвицкий С.В., Мисник В.И. Острый холецистит в пожилом и старческом возрасте. – М.,1978.
- 24.Шалимов А.А., Дманский Б.В., Клименко Г.А., Шалимов С.А. Хирургия печени и желчных протоков.- Киев,1975.
- 25.Шалимов А.А., Радзиховский А.П., Полупан В.Н. Атлас операций на печени, желчных путях, поджелудочной железе и кишечнике. – М., 1979
- 26.Эмилио Итала. Атлас абдоминальной хирургии. Перевод с английского под ред. проф. Ю.Б. Мартова. – Москва, 2006.
- 27.Юрг Хегглин «Хирургическое обследование» перевод с немецкого. Москва. М.1980.

Учебное издание
Зеньков Александр Константинович

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХОЛЕЦИСТИТОВ И ИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Курс лекций

Редактор Зеньков А.К.
Технический редактор Борисов И.А.
Компьютерная верстка Зеньков А.К.

Подписано в печать 01.12.08. Формат бумаги 64x84 1/16
Бумага типографская №2. Гарнитура Times New Roman.

Усл. печ. л. 5,03 Уч.-изд. л. 4,24

Тираж 100 экз. Заказ № 121

Издатель и полиграфическое исполнение
УО «Витебский государственный медицинский университет»
ЛИ № 02330/0549444 от 8.04.09

Отпечатано на ризографе в Витебском государственном
медицинском университете.
210602, Витебск, пр-т Фрунзе, 27
Тел. (8-0212) 261966

Библиотека ВГМУ

