

Щербакова Е.С.,

студентка

5 курс, лечебный факультет

Пермский Государственный Медицинский Университет

им. академика Е.А. Вагнера

Россия, г. Пермь

Лусевич А.И.,

студентка

5 курс, лечебный факультет

Пермский Государственный Медицинский Университет

им. академика Е.А. Вагнера

Россия, г. Пермь

Фаустова Ю.П.,

студентка

5 курс, лечебный факультет

Пермский Государственный Медицинский Университет

им. академика Е.А. Вагнера

Россия, г. Пермь

ПЕРФОРАТИВНЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ

Аннотация: В хирургической практике наблюдаются различные формы холецистита, его осложнений. В статье описано одно из осложнений - перфоративный холецистит. Рассматриваются типы перфорации, описана клиническая картина. Представлены диагностические критерии. Описаны методы хирургического лечения при каждом типе перфоративного холецистита.

Ключевые слова: хирургия, абдоминальные хирургия, желчный пузырь, прободение, холецистит, перфоративный холецистит.

Annotation: In surgical practice, various forms of cholecystitis and its complications are observed. The article describes one of the complications - perforated cholecystitis. Types of perforations are considered, the clinical picture is described. Diagnostic criteria are presented. Methods of surgical treatment for each type of perforated cholecystitis are described.

Key words: surgery, abdominal surgery, gallbladder, perforation, cholecystitis, perforated cholecystitis.

Острые хирургические заболевания органов брюшной полости на сегодняшний день занимают второе место. Одним из часто встречаемых заболеваний в хирургической области является холецистит. Холецистит – воспалительный процесс желчного пузыря, сопровождающийся болями в правом подреберье, тошнотой, рвотой, диареей, метеоризмом, которые возникают на фоне эмоционального стресса, нарушения питания, злоупотребления алкоголем.

Перфоративный холецистит является наиболее редкой и тяжелой формой осложнения. Перфорация чаще всего наблюдается при деструктивном холецистите [3].

Стенка желчного пузыря тонкая и имеет плохо развитый мышечный слой. Так же стенка пузыря имеет ходы Люшка, которые образуются глубоким заворотом слизистой оболочки. В свою очередь, заворот слизистой оболочки проникает между разрозненными мышечными волокнами до середины серозного покрова желчного пузыря. В область шейки желчного пузыря вклинивается желчный конкремент, который является причиной обтурации пузырного протока и прекращения оттока желчи. В дальнейшем внутрипросветное давление в желчном пузыре повышается, нарушается микроциркуляция. В этот же момент присоединяется бактериальный

компонент, который вызывает воспалительный процесс стенки желчного пузыря [1]. Возникший воспалительный процесс распространяется по ходам Люшка по всей стенке желчного пузыря. При сформировавшихся интрамуральных абсцессах и вовлеченных в патологический процесс серозного покрова желчного пузыря, начинается развитие перихолецистического выпота. Развитие дефекта стенки до момента сращения с органами принято обозначать, как быстрое прободение, что характеризует 3 тип перфоративного холецистита. В ситуациях, когда прободение более медленно и формирование перипузырных спаек происходит гораздо быстрее, чем сквозной дефект стенки пузыря и при этом распространению желчи и гноя в свободную брюшную полость препятствуют окружающие органы. Данная патогномичная картинка характерна для 2 типа перфоративного холецистита. При рецидивирующих приступах холецистита, когда стенки желчного пузыря склерозируются, нервные окончания теряют чувствительность и клинически исчезают желчные колики, конкременты, особенно крупные, плотно фиксируются главным образом в области шейки желчного пузыря, оказывая механическое давление на его стенку по типу пролежня, вызывая образование фистулы (перфорация I типа) между желчным пузырем и фиксированными к нему окружающими органами [2,3].

Факторами возникновения перфоративного холецистита считают холецистолитиаз, системную инфекцию, малигнизацию, травму, прием глюкокортикостероидов, сахарный диабет, атеросклероз, нарушение кровообращения в желчном пузыре, иммуносупрессию любой этиологии.

Выделяют несколько типов перфоративного холецистита:

1. Формирование внутреннего или внешнего свищей.
2. С локализацией воспалительного экссудата и желчи в месте перфорации, с перихолецистическим абсцессом, с локализованным перитонитом;
3. С развитием разлитого желчного перитонита;

Самым часто встречаемым вариантом перфоративного холецистита является второй тип. Наблюдается прободение задней стенки и формирование ретропузырного абсцесса, либо формирование перипузырного, подпеченочного абсцесса, если место перфорации накрывается большим сальником. Крайне редко встречается возникновение абсцесса передней брюшной стенки с дальнейшим образованием наружного свища. Такой клинический случай возможен у пациентов, длительно страдающих хронической формой калькулезного холецистита и дополнительно к этому имеющих массивный спаечный процесс в области желчного пузыря [2].

Наиболее тяжелое течение наблюдается при третьем типе перфоративного холецистита. У пациентов наблюдаются сильные боли в правом подреберье, напряжение мышц передней брюшной стенки, рвотой. Далее клиническая картина может протекать в двух вариантах: первый – возникновение неограниченного местного перитонита, второй – формирование разлитого перитонита. Разлитой перитонит характеризуется быстрым ухудшением и нарастанием тяжести заболевания. Больные жалуются на диффузные сильнейшие боли, перитонеальные симптомы, вздутие живота, нарушение отхождения газов, задержку стула. Желчь, попавшая в брюшную полость, повреждает брюшину, что приводит к генерализованному характеру течения [4].

Распространенный перитонит делится на 3 фазы: 1 – шоковая, 2 – мнимого благополучия, 3- печеночно-почечная недостаточность, 4 – конечная (развитие тяжелых гнойных осложнений). Шоковая фаза характеризуется началом перфорации и поступлением желчи в брюшную полость, во времени длится несколько часов. Для данной фазы характерны резкие боли, чувство страха, беспокойство, бледность кожных покровов, одышка, гипотония, многократная рвота, напряжение мышц брюшной стенки. Для фазы мнимого благополучия, которая длится примерно 12-24 часа, характерно уменьшение болевого синдрома, нормализация артериального давления, отсутствие

одышки. При пальпации будет наблюдаться болезненность в правом подреберье. Фаза печеночно-почечной недостаточности характеризуется адинамией, апатией, сонливостью, так же будут отмечаться признаки сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности. Так как происходит нарушение печеночной и почечной функций, то для данной фазы характерна желтуха, болезненность, симптомы раздражения брюшины. Конечная фаза, фаза тяжелых гнойных осложнений, сопровождается симптомами гнойного перитонита.

Местный перитонит, по сравнению с распространенным, протекает более спокойно. При данной форме перитонита основными клиническими признаками являются местные симптомы [1].

Основными клиническими критериями для диагностики являются повышение температуры тела, тахикардия, болезненность брюшной полости, боли в правом подреберье, напряжение мышц передней брюшной стенки, ощущение слабости, чувство недомогания, гипотония, симптомы раздражения брюшины.

Клиническая картина перфоративного холецистита многообразна. Течение данного заболевания зависит от формы, места перфорации, возраста пациента, наличия сопутствующих заболеваний. Одним из основных симптомов является резкая болезненность в животе, которая сопровождается многократной рвотой. Ощущается холодный пот, наблюдается бледность кожных покровов, брадикардия и гипотония. При пальпации – резкая болезненность во всех отделах живота, напряжение мышц передней стенки брюшины, положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Прободение с отграниченным воспалительным инфильтратом протекает менее выражено, так как желчь и гной не поступают в свободную брюшную полость. Данный процесс обычно заканчивается образованием абсцесса. При хроническом холецистите с хроническими ноющими болями непостоянного характера, пациенты отмечают у себя кратковременный болевой приступ, который

постепенно самостоятельно стихает. При сдавлении желчных протоков у больных будет наблюдаться желтуха [1,5].

Диагностические признаки перфоративного холецистита делят на прямые и косвенные. К прямым признакам относят наличие камней за пределами желчного пузыря или же разрыв стенки желчного пузыря. Абсцесс, наличие камней с утолщением стенки желчного пузыря относятся к косвенным признакам. Обзорная рентгенография позволяет выявить рентгеноконтрастные конкременты. С помощью УЗИ определяется утолщение стенки желчного пузыря, наличие перихолецистического выпота, наличие жидкости в брюшной полости. Наиболее предпочтительным методом для диагностики перфорации желчного пузыря считается компьютерная томография. С помощью компьютерной томографии определяется неровность стенки желчного пузыря, растяжение пузыря, сопровождающееся отеком стенок. При лабораторной диагностике основными признаками будут лейкоцитоз со сдвигом влево, увеличение СОЭ, СРП [1].

Основной и главный метод лечения перфоративного холецистита – хирургический. Объем хирургического лечения зависит от формы и стадии перитонита. Основной целью является ликвидация источника перитонита, борьба с интоксикацией и восстановление свободного оттока желчи в кишечник. Только холецистэктомия или же ее сочетание с холедохотомией является операциями выбора. При холецистэктомии сочетанной с холедохотомией проводится тщательная санация, чтобы устранить токсическое влияние выпота на нейрорецепторы брюшной полости и развитие гнойных осложнений в послеоперационном периоде, и дренирование.

При втором типе перфоративного холецистита выполняется холецистэктомия с последующим дренированием абсцесса, санацией и дренированием брюшной полости. Выбор оперативного лечения при первом типе перфоративного холецистита очень сложен и индивидуален [2].

При билиодигестивных свищах проводят холецистэктомию, удаление конкрементов, разъединение желчного свища, ушивание дефекта желудочно-кишечного тракта, в редких случаях проводится резекция. Дефект стенки желчного пузыря, который образовался из-за разобщения, ушивают в поперечном направлении. Клиновидная резекция стенки, резекция кишки или правосторонняя гемиколэктомия выполняются при грубой рубцовой деформации в области свищевого отверстия [4].

Консервативное лечение перфоративного холецистита заключается в правильной антибактериальной терапии, которую необходимо начать до хирургического вмешательства и продолжать в послеоперационном периоде. Препаратами выбора являются ампициллин в сочетании с аминогликозидами (гентамицин) и метронидазолом, либо амоксициллин/клавуланат, ампициллин/сульбактам, цефотаксим (цефтриаксон) в сочетании с метронидазолом [6].

Использованные источники:

1. Савельев, В.С. Хирургические болезни. В 2 т. Том 1: учебник / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 720 с. - ISBN 978-5-9704-3998-2. - Текст: электронный //URL: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970439982.html> (дата обращения: 10.12.2021).

2. Атипичные формы перфоративного холецистита и возможности видеоэндохирургии в их лечении / А.Г. Бебуришвили, С.И. Панин, А.В. Савицкая [и др.] // Актуальные вопросы хирургии. – Пятигорск, 2016. – С.255-256.

3. Бебуришвили А.Г., Панин С.И., Зюбина Е.Н. Перфоративный холецистит. Классификация и атипичные клинические формы // Хирургия. 2018; №1: 10-13.

4. Хирургическое лечение билиблиарных и билиодигестивных свищей / А.В. Воробей [и др.] // *Анналы хирургической гепатологии*. - 2016. - №3. - С. 92- 100.

5. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению жёлчнокаменной болезни [Электронный ресурс] / В.Т. Ивашкин, И.В. Маев, Е.К. Баранская [и др.] // *РЖГГК онлайн*. – 2016. – №3. – С. 64–80. – URL: www.gastro-j.ru.

6. Kim S. H. et al. Role of prophylactic antibiotics in elective laparoscopic cholecystectomy: A systematic review and meta-analysis // *Annals of hepato-biliary-pancreatic surgery*. – 2018. – Т. 22., №3. – С. 231-247.