

БЕСКАМЕННЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ И ЖЕЛТУХА

Гирля В.И., Зимовский В.Л., Бабур А.А.

Одесский госуниверситетский медицинский университет, г. Одесса

Частота бескаменного холецистита варьирует от 8,6 до 22,4% [1, 2].

Диагностика и лечение этой особой формы острого холецистита сопряжена с некоторыми трудностями/3/. Генез бескаменного холецистита не всегда удается выяснить. Более изучены механизмы развития острого ферментативного [4, 5] и сосудистого холецистита [2]. К редким осложнениям бескаменного холецистита относят желтуху [6]. Её природа остаётся неясной. Тщательно выполненные рентгеноанометрические исследования билиарного тракта в исследованиях *M.Karandji, F.Poilleux*, не выявив органических препятствий оттоку желчи, позволили авторам связать желтуху с дуоденобилиарной дискинезией, однако, механический генез желтухи аргументирован ими неубедительно.

Под нашим наблюдением находились 173 больных с верифицированным острым ферментативным холециститом и 23 больных с первично сосудистым генезом острого холецистита. Бескаменный холецистит был у 42 больных острым ферментативным холециститом, что составило 24,3%, и у 16 больных с острым гангренозным холециститом сосудистого генеза.

Желтуха наблюдалась у 7 больных с бескаменным холециститом, из них у 6 - с острым ферментативным холециститом. Диагноз основывался на результатах клинического исследования, данных УЗИ, диагностической лапароскопии, рентгено-манометрических исследований во время и после операции, данных биохимических исследований крови, желчи и мочи, включая исследования активности амилазы, фосфолипазы А2, С, содержания малонового диальдегида, а также данных морфологического исследования препаратов желчного пузыря.

У 38 больных острым ферментативным холециститом о состоянии моторной функции двенадцатиперстной кишки судили по показателям внутри дуоденального давления, исследованного методом открытого катетера и данных дуоденокинезиографии по разработанной в клинике методике [7].

Наиболее информативной в диагностике острого ферментативного холецистита была диагностическая лапароскопия. Достоверными признаками ферментативной природы острого холецистита были: наличие экссудата с примесью желчи в брюшной полости у

79,3% больных, студенистое желтушное пропитывание печеночно-двенадцатиперстной связки и стенки желчного пузыря у 96,5% больных и очаговый некроз стенки желчного пузыря - у 39,6% больных. Диагноз ферментативного холецистита подтверждали высокие показатели амилазы, фосфолипазы А2 и С в желчи и экссудате из брюшной полости, а также высокое содержание малонового диальдегида в этих средах. При рентгеноанометрических исследованиях больных острым бескаменным холециститом, выполненных интраоперационно или под контролем лапароскопа, выявлена внутривнутрипузырная и внутривнутрипротоковая гипертензия у 24 больных, рефлюкс контрастного вещества в Вирсунгов проток у 9 больных, стеноз Фатерова сосочка - у 11 больных, без патологии - 4 больных.

Из 7 больных бескаменным холециститом, протекавшим с синдромом желтухи, только у 3 она имела механический характер и была обусловлена стенозирующим папиллитом, при этом наблюдались явления холангита и желчная гипертензия. У 4 больных биохимические показатели билирубина, его фракций, активность трансаминаз указывали на смешанный характер желтухи - механической с явлениями холестатического гепатита. Однако, рентгеноанометрические исследования во время операции не подтверждали наличие препятствий желчеоттоку. У этих больных клинически, а также по данным дуоденоанометрии и дуоденокинезиографии, выполненных только у 2 больных до операции, наблюдался дуоденостаз с гипертонической ($286 \pm 15,6$ мм вод.ст.) и гипокинетической дискинезией двенадцатиперстной кишки.

Активность амилазы, фосфолипазы А2 и содержание малонового диальдегида в желчи в два раза превышали эти показатели у больных с калькулезным холециститом. В связи с наличием у этих больных расширения внепеченочных желчных протоков, воспалительной инфильтрации стенок холедоха и явлений холангита операция холецистэктомия у всех больных завершалась наружным дренированием общего желчного протока по Холстеду. В послеоперационном периоде чрездренажная санация билиарного тракта растворами антисептиков сочеталась с медикаментозной и электростимуляцией моторики двенадцатиперстной кишки в течение 10-12 дней с хорошим терапевтическим эффектом. Мы

полагаем, что в основе желтухи, холангита у этих больных была стойкая гипертоническая-гипокинетическая дискинезия двенадцатиперстной кишки с выраженным дуоденостазом, дуодено-билиарным рефлюксом. Высокая активность панкреатических ферментов в протоковой желчи и стерильность посевов желчи у 3 из 4 больных позволяют предполагать ферментативный генез холангита, гепатита и смешанной желтухи, имевшей место у этих 4 больных.

У больных бескаменным холециститом сосудистого генеза мы наблюдали описанную П.Н.Напалковым

трехволновость клинического течения. Все больные оперированы по поводу гангренозного холецистита с явлениями перитонита, а в одном наблюдении и токсического гепатита с паренхиматозной желтухой, закончившейся летальным исходом. Ни у одного больного гангренозным холециститом вазообструктивного генеза изменений со стороны протоковой системы, явлений желчной гипертензии не выявлено. Объем операции у всех больных - холецистэктомия с дренированием брюшной полости. Выздоровели все кроме одного больного, умершего от токсического гепатита.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гринев М.В., Опушев В.А. Острый бескаменный холецистит как хирургическая проблема //Хирургия,1989,№1,С.15-20.
2. Напалков П.Н. Острый гангренозный холецистит вазообструктивного происхождения // Вестн.хирургии,1987, №7, С. 89-90.
3. Мамчич В.И. О классификации острого холецистита //Хирургия желчных путей и поджелудочной железы Запорожье, 1982, С.59-60.
4. Шаак Т.В. Ферментативные холециститы. - Л.:Медицина, 1974.-152 с.
5. Гирля В. И. Острый ферментативный холецистит, трудности диагностики и хирургического лечения // Клинич. хирургия,1990,№4, С.10-11.
6. Karandji M., Poilleux F. Ictere fonctionnel obstructif par dyskinesie duodeno- biliaire // Ann.chir.-1969.-vol.23.- №25-26.- P.1349-1354.
7. Караман Н.В.,Доценко А.П.,Зимовский В.Л. и др. Значение дуоденокинезографии в выборе метода внутреннего отведения желчи при осложненном холецистите // Вестн. Хирургии, 1982, т. 129, №7, С. 44-49.

РЕЗЮМЕ

БЕЗКАМІННИЙ ХОЛЕЦИСТИТ І ЖОВТЯНИЦЯ

Гирля В.І., Зимовський В.Л., Бабур А.А., Міщенко Н.В.

Наводяться дані спостережень та лікування 173 хворих з верифікованим гострим ферментативним холециститом та 23 хворих з первинно судинним генезом гострого холециститу. Жовтяниця спостерігалася у 7 хворих з безкамінним холециститом. Усі хворі оперовані з приводу гангренозного холециститу з явищами перитоніту, а в одному спостереженні і токсичного гепатиту з паренхіматозною жовтяницею.

SUMMARY

STONELLES CHOLECYSTITIS AND JAUNDICE

V.I. Gyrlya, V.L. Zimovsky, A.A. Babur, N.V. Mishchenko

The data of observation and treatment of 173 patients with varified acute fermentative cholecystitis and 23 patients with original vascular genesis of acute cholecystitis are presented.Gravelless cholecystitis was in 42 patients, jaundice was in 7 persons. All patients were operated for gangrenous cholecystitis with peritonitis and in one observation – toxic hepatitis with parenchimatous jaundice.