

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России)
Кафедра и клиника хирургических болезней им. проф. А.М. Дыхно с курсом
эндоскопии и эндохирургии ПО

РЕФЕРАТ

«Холецистит»

Выполнил: Клинический ординатор

Заборцев М.Е.

Красноярск

2019

Острый холецистит — воспаление желчного пузыря, характеризующееся внезапно возникающим нарушением движения желчи в результате блокады ее оттока. Возможно развитие патологической деструкции стенок желчного пузыря. В подавляющем большинстве случаев (85-95%) развитие острого холецистита сочетано с конкрементами (камнями), более чем у половины (60%) пациентов определяется бактериальное заражение желчи (кишечные палочки, кокки, сальмонеллы и т.п.). При остром холецистите симптоматика возникает единожды, развивается и, при адекватном лечении, стихает, не оставляя выраженных последствий. При многократном повторении острых приступов воспаления желчного пузыря говорят о хроническом холецистите. Острый холецистит чаще развивается у женщин, риск его возникновения увеличивается с возрастом. Есть предположения о влиянии гормонального фона на развитие холецистита.

Классификация

1. Острый (калькулезный). Клинико-морфологическая классификация острого холецистита:
 - Катаральный холецистит. Его симптомы — интенсивные постоянные боли в правом подреберье и эпигастральной области с иррадиацией в поясничную область, правую лопатку, правую половину шеи.
 - Флегмонозный холецистит имеет более выраженную клиническую симптоматику. Боли значительно интенсивнее, чем при катаральной форме воспаления. Боли усиливаются при дыхании, кашле, перемене положения тела. Чаще возникает тошнота и многократная рвота, ухудшается общее состояние больного, температура тела достигает фебрильной, тахикардия возрастает до 110—120 в минуту. Живот несколько вздут за счет пареза кишечника; при дыхании правая половина передней брюшной стенки отстает от левой, защитно напряжена в правом подреберье при пальпации; кишечные шумы ослаблены.
 - Гангренозный холецистит характеризуется бурным клиническим течением, обычно является продолжением флегмонозной стадии воспаления, когда защитные силы организма не в состоянии справиться с вирулентной микробной флорой.
2. Хронический

Этиология и патогенез

Причины холецистита:

- повреждение стенок пузыря твердыми образованиями (камни), обтурация камнями желчного протока (калькулезный холецистит);
- заражение желчи бактериальной флорой, развитие инфекции (бактериальный холецистит);
- заброс ферментов поджелудочной железы в желчный пузырь (ферментативный холецистит).

Во всех случаях развитие воспаления в стенках желчного пузыря вызывает сужение просвета желчного протока (или его обтурацию конкрементом) и застой желчи.

Клиника

Основным симптомом является желчная колика – острая выраженная боль в правом подреберье, верхней части живота, возможно иррадиирующей в спину (под правую лопатку). Реже иррадиация происходит в левую половину тела. Возникновению желчной колики может послужить прием алкоголя, острой, жирной пищи, сильный стресс.

Помимо болевого синдрома, острый холецистит может сопровождаться тошнотой (вплоть до рвоты с желчью), субфебрильной температурой.

В случае обтурации печёночных и панкреатических желчных протоков, может развиваться желтушность кожных покровов.

В легких случаях (без наличия камней в желчном пузыре) острый холецистит протекает быстро (5-10 дней) и завершается выздоровлением. При присоединении инфекции развивается гнойный холецистит, следствием которого может стать гангренизация и перфорация стенки желчного пузыря. Эти состояния чреваты летальным исходом и требуют незамедлительного оперативного лечения.

Диагностика

Для диагностики имеет значение выявление нарушений в диете или стрессовых состояний при опросе, присутствие симптоматики желчной колики, пальпация брюшной стенки. При подозрении на острое воспаление желчного пузыря

выполняется УЗИ органов брюшной полости. Оно показывает увеличение органа, наличие или отсутствие в желчном пузыре и желчном протоке конкрементов.

При ультразвуковом обследовании воспаленный желчный пузырь имеет утолщенные (более 4 мм) стенки с двойным контуром, может отмечаться расширение желчных протоков, положительный симптом Мерфи (напряжение пузыря под ультразвуковым датчиком).

Детальную картину органов брюшной полости дает компьютерная томография. Для детального исследования желчных протоков применяют методику ЭРХПГ (эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография).

Анализ крови показывает признаки воспаления (лейкоцитоз, высокую СОЭ), диспротеинемию и билирубинемия, повышение активности ферментов (амилазы, аминотрансфераз) при биохимическом исследовании крови и мочи.

Дифференциальный диагноз

В случае подозрения острого холецистита проводят дифференциальную диагностику с острыми воспалительными заболеваниями органов брюшной полости: острым аппендицитом, панкреатитом, абсцессом печени, прободной язвой желудка или двенадцатиперстной кишки. А также с приступом мочекаменной болезни, пиелонефритом, правосторонним плевритом.

Лечение

В случае первичного диагностирования острого холецистита, если не выявлено наличие камней, течение не тяжелое, без гнойных осложнений – лечение осуществляют консервативно под наблюдением гастроэнтеролога. Применяют антибиотикотерапию для подавления бактериальной флоры и профилактики возможного инфицирования желчи, спазмолитики для снятия болевого синдрома и расширения желчных протоков, дезинтоксикационную терапию при выраженной интоксикации организма.

В случае развития тяжелых форм деструктивного холецистита – хирургическое лечение (холецистотомия).

В случае выявления конкрементов в желчном пузыре, чаще всего также предлагается удаление желчного пузыря. Операцией выбора является холецистэктомия из минидоступа. При противопоказаниях к проведению операции и отсутствии гнойных осложнений возможно использовать методы

консервативной терапии, но стоит иметь в виду, что отказ от оперативного удаления желчного пузыря с крупными конкрементами чреват развитием повторных приступов, переходом процесса в хронический холецистит и развитием осложнений.

Всем больным острым холециститом показана диетотерапия: 1-2 дня вода (можно сладкий чай), после чего диета №5А. Больным рекомендована пища, свежеприготовленная на пару или вареная в теплом виде. Обязателен отказ от продуктов, содержащих большое количество жиров, от острых приправ, сдобы, жареного, копченого. Для профилактики запоров рекомендован отказ от пищи, богатой клетчаткой (свежие овощи и фрукты), орехи. Категорически запрещены спиртосодержащие и газированные напитки.

Варианты хирургических вмешательств при остром холецистите:

- лапароскопическая холецистотомия;
- открытая холецистотомия;
- чрезкожная холецистостомия (рекомендовано для пожилых и ослабленных пациентов).

Профилактика

Профилактика заключается в соблюдении норм здорового питания, ограничение употребления алкоголя, больших количеств острой, жирной пищи. Так же приветствуется физическая активность – гиподинамия является одним из факторов, способствующих застою желчи и формированию конкрементов.

Прием пищи лучше осуществлять согласно режиму, не реже, чем каждые 4 часа. Обязательно употреблять достаточное количество жидкости (от полутора литров), не переедать на ночь. Неблагоприятными для здоровья желчного пузыря также являются ожирение, кишечные паразиты (аскариды, лямблии), сильные стрессы.