

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени В. Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Кафедра и клиника хирургических болезней им. проф. Ю. М. Лубенского

Зав. Кафедрой:

дмн., доцент Здзитовецкий Д.Э.

Реферат

Острый холецистит.

Выполнил:

ординатор 2 года

Лалетин А. Н.

Красноярск 2021 год

Острый холецистит – Воспаление желчного пузыря, сопровождающееся местной и системной воспалительной реакцией.

Эпидемиология

Заболевания желчного пузыря и желчевыводящих путей — распространенная патология внутренних органов. ЖКБ страдают до 20% взрослого населения развитых стран. Число больных с заболеваниями желчевыводящих путей вдвое превышает число лиц, страдающих гастро- дуоденальной язвенной болезнью.

Этиология и патогенез.

Острый холецистит является самым частым осложнением ЖКБ. Примерно в 90% наблюдений острый холецистит развивается на фоне ЖКБ, а в 10% - при отсутствии камней в желчном пузыре и поэтому обозначается как острый бескаменный холецистит (часто развивается у тяжелобольных пожилого возраста и сопровождается большим числом осложнений и более высокой летальностью).

Основной причиной возникновения острого воспаления и некробиотических процессов в стенке пузыря является повышение внутрипузырного давления до 200-300 мм вод. ст. Как правило (90- 95%), оно возникает из-за нарушения оттока желчи из желчного пузыря в результате обтурации камнем, комочком слизи или желчным шламмом и др. В патогенезе заболевания (острого воспаления) важное значение придают лизолецитину (конвертируется из лецитина желчи фосфолипазой А, высвобождающейся при травме слизистой желчного пузыря) и повышенной продукции простагландинов Е и F1a. Возникновение желчной гипертензии является главным фактором в уменьшении кровоснабжения слизистой желчного пузыря. Снижение гемоперфузии стенки (особенно в пожилом и старческом возрасте при наличии склеротических изменений) способствует нарушению слизистого барьера, проникновению и росту микроорганизмов (выделяют из желчи и стенки желчного пузыря в 50-60% наблюдений; в 75% выделяют анаэробы), что в свою очередь увеличивает воспалительную экссудацию в просвет органа.

Классификация.

По этиологии	По патогенезу	Клинико-морфологические формы	
Калькулезный	Обтурационный	Катаральный	Обструктивный (обтурационный)
Бескаменный	Ферментативный	Флегмонозный	Деструктивный
Паразитарный	Сосудистый	Гангренозный	
		Перфоративный	

Диагностика

Клинические симптомы острого холецистита имеют высокую чувствительность и высокую специфичность и должны быть определены до инструментально-лабораторного обследования больного

На основании физикального обследования диагноз острого холецистита не может быть достоверно установлен или отвергнут. Патогномоничных симптомов острого холецистита нет, хотя сочетание ряда клинических и лабораторных признаков имеют высокую чувствительность и специфичность.

1. Местные признаки воспаления желчного пузыря.

-Боль, болезненность и напряжение мышц в правом подреберье и/или эпигастрии.

-Симптом Мерфи имеет чувствительность до 65%, однако большинство работ свидетельствует, что диагноз острого холецистита не может быть ни достоверно поставлен, ни достоверно отвергнут на основании симптома Мерфи.

2. Системные признаки воспаления при остром холецистите.

Лихорадка, повышение уровня С-реактивного белка, лейкоцитоз, в сочетании с ультразвуковой картиной острого холецистита, имеют чувствительность (до 97%), специфичность (76%) и положительную прогнозирующую ценность 95% (УД 1b), - следует использовать в процессе принятия решения о диагнозе.

У больных старшей возрастной группы и/или у больных с сахарным диабетом возможна стертая картина болезни, отсутствие признаков системной воспалительной реакции и незначительная болезненность при глубокой пальпации при наличии деструктивных изменений в стенке желчного пузыря.

Ни один лабораторный анализ, равно как и их сочетание, не позволяют достоверно поставить или отвергнуть диагноз острого холецистита (УД 1a). Лабораторное обследование в плане диагностики ОХ имеет вспомогательное значение и предназначено в основном для вынесения решения о тяжести состояния больного.

3. Визуализационные методы диагностики острого холецистита.

Ультразвуковой диагноз острого калькулезного холецистита можно установить при наличии:

- 1.увеличения продольного (>8 см) или поперечного (>4 см) размеров,
- 2.утолщения стенки более 3 мм с признаками ее отека и нарушением эхоструктуры (слоистость и неоднородность, «двойной контур»)
- 3.блокирующего конкремента в шейке желчного пузыря
- 4.перивезикального жидкостного скопления.

Высокую специфичность и чувствительность показывает положительный ультразвуковой симптом Мерфи, заключающийся в усилении или появлении болей при надавливании датчиком на переднюю брюшную стенку в проекции визуализируемого дна желчного пузыря при глубоком вдохе больного.

Формулировка диагноза

При окончательной формулировке диагноза целесообразно использовать классификацию Токийского соглашения по острому холецистититу (Токуо guidelines (2007, 2013)). Эта классификация коррелирует с подходами по систематизации информации об остром холецистите, которую используют в отечественной хирургии.

***Легкое течение* (Grade I):**

-острое воспаление желчного пузыря у соматически здоровых пациентов без сопутствующих заболеваний с умеренными воспалительными изменениями в стенке желчного пузыря (острый простой холецистит (Королев Б.А., Пиковский Д.Л., 1990 г.)) или острый обструктивный холецистит.

***Среднетяжелое течение* (Grade II):**

-анамнез заболевания более 72 часов, пальпируемый желчный пузырь или инфильтрат в правом подреберье, лейкоцитоз более $18 \times 10^9/\text{л}$, верифицированные деструктивные формы острого холецистита с развитием

перипузырных осложнений или желчного перитонита. Наличие одного из перечисленных признаков позволяет отнести пациента к данной группе. По терминологии Королева Б.А. и Пиковского Д.Л. (1990) – осложненный холецистит, или острый деструктивный холецистит.

Тяжелое течение (Grade III):

острый холецистит, сопровождающийся полиорганной недостаточностью, артериальная гипотония, требующая медикаментозной коррекции, нарушения сознания, развитие респираторного дистресс-синдрома взрослых, повышение уровня креатинина в плазме, нарушения свертывания крови, тромбоцитопения (Угрожаемая группа, группа повышенного риска).

Методы лечения острого холецистита.

Консервативное лечение

Проведение консервативной терапии может рассматриваться в основном, как предоперационная подготовка, основой которой являются: отказ от приема пищи и воды через рот, внутривенное введение жидкости и

антибактериальная терапия, особенно при наличии признаков обезвоживания и лихорадке (СР В).

Для купирования болевого синдрома возможно применение НПВП, спазмолитиков или опиоидных анальгетиков. Следует отметить, что использование анальгетиков не влияет на информативность динамического наблюдения, в том числе на выявление УЗ-симптома Мерфи.

Хирургическое лечение острого холецистита.

Острый холецистит подлежит хирургическому лечению в ранние сроки

– до 72 часов от начала заболевания. Операция выполняется по мере завершения диагностического процесса и готовности пациента в зависимости от степени тяжести его состояния. В стационарах, не располагающих возможностью круглосуточного адекватного до и интра-операционного обследования больного и наличием операционной бригады достаточной квалификации, выполнения «ночных» операций следует избегать.

Ранняя операция холецистэктомия может быть успешно выполнена с помощью стандартной методики из лапаротомного доступа, методом минихолецистэктомии или видеолапароскопической холецистэктомии.

Методом выбора является видеолaparоскопическая холецистэктомия. Такой подход обеспечивает значительное снижение послеоперационной летальности и числа осложнений, сокращению сроков госпитализации, быстрое выздоровление и возврат к труду. При поступлении больного позже оптимального срока для проведения ранней операции, видеолaparоскопическая холецистэктомия возможна при ее выполнении достаточно квалифицированным хирургом.

Сроки оперативного лечения

Оптимальный срок оперативного лечения острого холецистита – до 72 часов от начала заболевания.

Ранняя операция в вышеуказанные сроки уменьшает риск развития послеоперационных осложнений и летальности, сокращает суммарное время лечения и реабилитации.

При среднетяжелом течении острого холецистита ранняя холецистэктомия должна выполняться опытным хирургом в хирургических стационарах с достаточным опытом в желчной хирургии.

Ранняя (первые 24 – 72 часа от начала заболевания) лапароскопическая холецистэктомия максимально эффективна и безопасна.

Выбор методы операции.

Лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите предпочтительнее открытой операции.

У больных старше 65 лет, при длительном анамнезе ЖКБ, непальпируемом желчном пузыре, лейкоцитозе более $13 \times 10^9/\text{л}$, ультразвуковых признаках гангренозного холецистита – значительно возрастает число конверсий при ЛХЭ. Этим больным предпочтительнее минилапаротомная холецистэктомия или операция из срединного лапаротомного доступа. При наличии достаточно большого опыта видеолaparоскопических операций при остром холецистите эта методика может быть применена.

При наличии острого холецистита и холедохолитиаза, при невозможности или неэффективности эндоскопического восстановления оттока желчи, минилапаротомная операция позволяет оставаться в поле миниинвазивной технологии на достаточном уровне эффективности и безопасности. При наличии достаточного опыта видеолaparоскопических холедохолитотомий подготовленная бригада может использовать этот вариант оперирования.

При возникновении технических трудностей хирург должен выполнить своевременную конверсию лапароскопического или минилапаротомного доступа в открытую операцию до развития осложнений, в т.ч. повреждения внепеченочных желчных протоков.

Холецистэктомия из минилапаротомного доступа является эффективным и безопасным методом хирургического лечения острого холецистита, число осложнений, летальность и сроки реабилитации значительно лучше, чем при традиционном оперировании.

Острый холецистит, осложненный механической желтухой

Как правило, механическая желтуха обусловлена камнями супрадуоденального или терминального отдела гепатикохоледоха или его стриктурой в сочетании с холедохолитиазом. Вероятность одновременного

существования конкрементов в желчном пузыре и протоках при остром калькулезном холецистите достигает 20% и более.

Практически можно выделить три варианта клинического течения:

- неинфицированный тип окклюзии общего желчного протока
- вклиненный камень БСДК, острый панкреатит
- вклиненный камень ОЖП, холангит

При этом возможен любой вариант острого холецистита – от катарального до гангренозного.

Динамическое ультразвуковое исследование не обладает достаточной степенью информативности по отношению к холедохолитиазу и может лишь ориентировать на наличие признаков желчной гипертензии.

Для уточнения диагноза необходимы МР-холангиопанкреатография, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, интраоперационная холангиография и/или интраоперационное ультразвуковое исследование.

Тактика лечения

Предпочтительным следует считать выполнение эндоскопической трансдуоденальной папиллосфинктеротомии и санации гепатикохоледоха с

последующей холецистэктомией, выполненной одномоментно или в течение ближайших дней.

При доминировании клиники острого деструктивного холецистита, а также при невозможности или неэффективности эндоскопического восстановления желчеоттока, показана одномоментная операция: холецистэктомия, холедохолитотомия, наружное дренирование холедоха по показаниям.

У больных угрожаемой группы, при наличии холангита с полиорганной дисфункцией, методом выбора является этапное лечение. Основой его являются декомпрессия желчного пузыря и декомпрессия ОЖП.

Чрескожная чреспеченочная холецистостомия считается безопасной альтернативной манипуляцией по сравнению с одномоментной операцией у пациентов высокого хирургического риска.

Эндоскопический назо-билиарный дренаж и стентирование гепатикохоледоха через транспапиллярный эндоскопический доступ также являются альтернативой в лечении острого холецистита, осложненного механической желтухой и холангитом.

Прогноз

При своевременно проведенном радикальном лечении острого холецистита легкой и средней тяжести прогноз благоприятный. У больных угрожаемой группы прогноз в основном зависит от характера и степени компенсации сопутствующих заболеваний

Список литературы:

1.Национальные клинические рекомендации по лечению острого холецистита.

2.Э. И.Гальперин, П. С. Ветшева. «Руководство по хирургии желчных путей» 2е издание, 2009г.