

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации
«Красноярский государственный медицинский университет им. проф.
В.Ф.Войно-Ясенецкого Минздрава России»**

Реферат:

Желчно - каменная болезнь. Острый калькулезный холецистит

**Выполнил: ординатор Петряев Михаил Валерьевич
Кафедральный руководитель: д.м.н. проф. Кафедры
общей хирургии им. проф. М.И. Гульмана
Тюхтева (Маркелова) Надежда Михайловна**

Красноярск 2019

ПЛАН РЕФЕРАТА.

- 1. Введение**
- 2. Этиология и патогенез**
- 3. Клинические проявления.**
- 4. Дифференциальная диагностика**
- 5. Принципы лечения**
- 6. Список литературы**

ВВЕДЕНИЕ

Острый холецистит – воспалительный процесс во внепеченочных путях с преимущественным поражением желчного пузыря, при котором происходит нарушение нервной регуляции деятельности печени и желчных путей по выработке, а также изменения самих желчных путей на почве воспаления, застоя желчи и холестеринемии.

В зависимости от патологоанатомических изменений различают катаральный, флегмонозный, гангренозный и перфоративный холецистит.

Наиболее частыми осложнениями острого холецистита являются осумкованный и разлитой гнойный перитонит, холангит, панкреатит, абсцессы печени. При острых калькулезных холециститах может наблюдаться частичная или полная закупорка общего желчного протока с развитием обтурационной желтухи.

Различают острый холецистит, развившийся впервые (первичный острый холецистит) или на почве хронического холецистита (острый рецидивирующий холецистит). Для практического применения можно рекомендовать следующую классификацию острого холецистита:

I Острый первичный холецистит (калькулезный, бескаменный): а) простой; б) флегмонозный; в) гангренозный; г) перфоративный; д) осложненный холецистит (перитонитом, холангитом, непроходимостью желчных путей, абсцессом печени и др.).

II Острый вторичный холецистит (калькулезный и бескаменный): а) простой; б) флегмонозный; в) гангренозный; г) перфоративный; д) осложненный (перитонитом, холангитом, панкреатитом, непроходимостью желчных путей, абсцессом печени и др.).

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Воспалительный процесс в стенке желчного пузыря может быть обусловлен не только микроорганизмом, но и определенным составом пищи, аллергологическими и аутоиммунными процессами. При этом покровный эпителий перестраивается в бокаловидные и слизистые, которые вырабатывают большое количество слизи, уплощается цилиндрический эпителий, им теряются микроворсинки, нарушаются процессы всасывания. В нишах слизистой происходит всасывание воды и электролитов, а коллоидные растворы слизи превращаются в гель. Комочки геля при сокращении пузыря выскальзывают из ниш и слипаются, образуя зачатки желчных камней. Затем камни нарастают и пропитывают центр пигментом.

Главными причинами развития воспалительного процесса в стенке желчного пузыря является наличие микрофлоры в полости пузыря и нарушение оттока желчи. Основное значение придается инфекции. Патогенные микроорганизмы могут попадать в пузырь тремя путями: гематогенным, лимфогенным, энтерогенным. Чаще в желчном пузыре обнаруживают следующие организмы: *E.coli*, *Staphilococcus*, *Streptococcus*.

Второй причиной развития воспалительного процесса в желчном пузыре является нарушение оттока желчи и ее застой. При этом играют роль механические факторы - камни в желчном пузыре или его протоках, перегибы удлинённого и извитого пузырного протока, его сужение. На фоне желчекаменной болезни, по данным статистики, происходит до 85-90% случаев острого холецистита. Если в стенке пузыря развивается склероз или атрофия, то страдают сократительная и дренажные функции желчного пузыря, что приводит к более тяжелому течению холецистита с глубокими морфологическими нарушениями.

Безусловное значение в развитии холецистита играют сосудистые изменения в стенке пузыря. От степени нарушения кровообращения зависят темпы развития воспаления, а также морфологические нарушения в стенке.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

Клиника острого холецистита зависит от патологоанатомических изменений в желчном пузыре, длительности и течения заболевания, наличия осложнений и реактивности организма. Заболевание обычно начинается приступом болей в области желчного пузыря. Боли иррадиируют в область правого плеча, правое надключичное пространство и правую лопатку, в правую подключичную область. Болевой приступ сопровождается тошнотой и рвотой с примесью желчи. Как правило, рвота облегчения не приносит.

Температура повышается до 38-39°C, иногда с ознобами. У лиц пожилого и старческого возраста тяжелые деструктивные холециститы могут протекать с небольшим повышением температуры и умеренным лейкоцитозом.

Пульс при простых холециститах учащается соответственно температуре, при деструктивных и, особенно, перфоративных холециститах с развитием перитонита отмечается тахикардия до 100-120 ударов в минуту.

У больных при осмотре отмечается иктеричность склер; выраженная желтуха возникает при нарушении проходимости общего желчного протока вследствие обтурации камнем или воспалительными изменениями.

Живот при пальпации болезненен в области правого подреберья. В этой же области определяется напряжение мышц и симптомы раздражения брюшины, особенно выраженные при деструктивных холециститах и развитии перитонита.

Имеется болезненность при поколачивании по правой реберной дуге (симптом Грекова-Ортнера), боль при надавливании или поколачивании в области желчного пузыря (симптом Захарьина) и при глубокой пальпации на вдохе больного (симптом Образцова). Больной не может произвести глубокий вдох при глубокой пальпации в правом подреберье. Характерна болезненность при пальпации в правой надключичной области (симптом Георгиевского).

В начальных стадиях заболевания при осторожной пальпации можно определить увеличенный напряженный и болезненный желчный пузырь. Последний особенно хорошо контурируется при развитии острого холецистита на почве водянки желчного пузыря. При гангренозных, перфоративных холециститах в связи с выраженным напряжением мышц передней брюшной стенки, а также при обострении склерозирующего холецистита пальпировать желчный пузырь не удастся. При тяжелых деструктивных холециститах отмечается резкая болезненность во время поверхностной пальпации в области правого подреберья, легкого поколачивания и надавливания на правую реберную дугу.

При исследовании крови отмечается нейтрофильный лейкоцитоз ($10 - 20 \times 10^9/\text{л}$), при желтухе гипербилирубинемия.

Течение острого простого первичного бескаменного холецистита в 30-50% случаев заканчивается выздоровлением в течение 5-10 дней после начала заболевания. Хотя острый холецистит может протекать очень тяжело с быстрым развитием гангрены и перфорации пузыря, особенно у лиц пожилого и старческого возраста. При обострении хронических калькулезных холециститов камни могут способствовать более быстрой деструкции стенки пузыря вследствие застоя и образования пролежней.

Однако значительно чаще воспалительные изменения нарастают постепенно, в течение 2-3 суток определяется характер клинического течения с прогрессированием или затиханием воспалительных изменений. Следовательно, обычно имеется достаточно времени для оценки течения воспалительного процесса, состояния больного и обоснованного метода лечения.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Острый холецистит дифференцируют со следующими заболеваниями:

- 1) Острый аппендицит. При остром аппендиците боль не бывает столь интенсивна, и, главное, не иррадирует в правое плечо, правую лопатку и пр. Также для острого аппендицита характерна миграция боли из эпигастрия в правую подвздошную область или по всему животу, при холецистите боль точно локализуется в правом подреберье; рвота при аппендиците однократная. Обычно при пальпации обнаруживается уплотнение консистенции желчного пузыря и локальное напряжение мышц брюшной стенки. Зачастую положительны симптомы Ортнера и Мерфи.
- 2) Острый панкреатит. Для этого заболевания характерен опоясывающий характер боли, резкая болезненность в эпигастрии. Отмечается положительный симптом Мейо-Робсона. Характерно тяжелое состояние больного, он принимает вынужденное положение. Решающее значение при диагностике имеет уровень диастазы в моче и сыворотке крови, доказательны цифры выше 512 ед. (в моче).
При камнях в панкреатическом протоке боль обычно локализуется в левом подреберье.
- 3) Острая кишечная непроходимость. При острой кишечной непроходимости боли схваткообразные, нелокализованные. Не бывает повышения температуры. Усиленная перистальтика, звуковые феномены (“шум плеска”), рентгенологические признаки непроходимости (чаши Клойбера, аркады, симптом перистости) отсутствуют при остром холецистите.
- 4) Острая непроходимость артерий брыжейки. При этой патологии возникают жестокие боли постоянного характера, но обычно с отчетливыми усилениями, носят менее разлитой характер, чем при холецистите (более диффузный). Обязательно в анамнезе наличие патологии со стороны сердечно-сосудистой системы. Живот хорошо доступен для пальпации, без выраженных симптомов раздражения брюшины. Решающим является рентгеноскопия и ангиография.
- 5) Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки. Чаще этим страдают мужчины, в то время как холециститом чаще страдают женщины. При холецистите характерна непереносимость жирных продуктов, часты тошнота и недомогание, чего не бывает при прободной язве желудка и двенадцатиперстной кишки; боли локализуются в правом подреберье и иррадируют в правую лопатку и т.п., при язве боль иррадирует в основном в спину. Ускорено оседание эритроцитов (при язве - наоборот). Проясняют картину наличие язвенного анамнеза и дегтеобразного стула. Рентгенологически в брюшной полости обнаруживаем свободный газ.
- 6) Почечная колика. Обращают внимание на урологический анамнез. Тщательно исследуют область почки, симптом Пастернацкого положительный, проводят

анализ мочи, экскреторную урографию, хромоцистографию для уточнения диагноза, так как почечная колика нередко провоцирует желчную.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЕ

Правильная оценка состояния больного и течения заболевания при остром холецистите требует клинического опыта и внимательного наблюдения за состоянием больного, повторных исследований числа лейкоцитов и лейкоцитарной формулы с учетом в динамике местных и общих симптомов.

У больных с первичным приступом острого холецистита операция показана только при крайне тяжелом течении заболевания, быстром развитии деструктивных процессов в желчном пузыре. При быстром стихании воспалительного процесса, при катаральных холециститах операция не показана.

Консервативное лечение больных заключается в применении антибиотиков широкого спектра действия, дезинтоксикационной терапии. Для купирования болевого синдрома целесообразно провести курс терапии атропином, но-шпой, папаверином, а также проводить блокаду круглой связки печени или паранефральную новокаиновую блокаду по Вишневскому.

Хирургическое лечение холециститов является одним из самых трудных разделов абдоминальной хирургии, что объясняется сложностью патологических процессов, вовлечением в воспалительный процесс желчных путей, развитием ангиохолита, панкреатита, околопузырных и внутрипеченочных абсцессов, перитонита и частым сочетанием холециститов с холедохолитиазисом, обтурационной желтухой.

В течение первых 24-72 часов после поступления показана экстренная операция тем больным с острым холециститом, у которых отмечается ухудшение заболевания, несмотря на энергичное лечение с применением антибиотиков. Ранняя операция показана после затихания воспалительного процесса спустя 7-10 суток от начала приступа, больным, страдающим острым калькулезным холециститом, обострением хронического холецистита с тяжелыми и часто повторяющимися приступами заболевания. Ранняя операция способствует быстрейшему выздоровлению больных и предупреждению возможных осложнений при консервативном лечении.

При остром холецистите показана холецистэктомия, при наличии непроходимости желчных протоков - холецистэктомия в сочетании с холедохотомией. При очень тяжелом состоянии больных производят холецистотомию. Операции можно проводить как лапароскопическим методом, так и стандартными методами с лапаротомией.

Лапароскопические операции проводят под местной анестезией. Разрез длиной 4-6 см проводят над дном желчного пузыря, параллельно реберной дуге. Послойно расслаивают и раздвигают ткани брюшной стенки. Выводят в рану стенку желчного пузыря, осуществляют пункцию содержимого. Желчный пузырь

удаляют. Проводят ревизию полости пузыря. При этом после окончания рентгенологических и эндоскопических исследований вставляют пластиковые дренажи, накладывают кисетные швы. Рана ушивается.

Операции, требующие выполнения стандартной лапаротомии: холецистотомия, холецистостомия, холедохотомия, холедоходуоденостомия.

Доступы: 1) по Кохеру;

2) по Федорову;

3) трансректальный минидоступ длиной 4 см.

Холецистотомия - наложение наружного свища на желчный пузырь. При этой операции дно желчного пузыря вшивают в рану так, чтобы оно было изолировано от брюшной полости, и вскрывают тотчас же или на другой день, когда образуются спайки стенок пузыря с краями разреза.

Эта операция проводится как первый момент операции у пожилых людей по поводу острого холецистита. В последующем требуется производство холецистэктомии для устранения желчного свища.

Холецистостомия - вскрытие желчного пузыря, удаление желчного пузыря и зашивание его наглухо. Эта операция производится у ослабленных пациентов, с нарушениями сердечной и дыхательной деятельности, которым более сложная операция может угрожать опасностью для жизни. Эта операция может давать в последующем рецидивы, так как остается патологически измененный желчный пузырь, служащий местом развития инфекции и образования новых камней. Для предупреждения осложнений после операции выгоднее ввести и укрепить герметично в пузыре тонкий резиновый дренаж.

Холецистэктомия - удаление желчного пузыря, наиболее часто производится операция в типичных случаях двумя путями: 1) от шейки; 2) от дна.

Холецистэктомия от дна технически проще, но используется реже из-за возможности вытекания гнойного содержимого в холедох. При выделении от дна пузырь захватывают окончатым зажимом, надсекают по бокам его брюшину и тупым или острым путем отделяют пузырь от печени, захватывая и перевязывая отдельные ветви а. cystica. По отделении пузыря от ложа печени перевязывают основную ветвь пузырной артерии и пузырный проток. При наличии мощных спаек метод выделения от дна проще, но кровотечение из ветвей пузырной артерии несколько усложняет операцию, так как при захватывании в глубине раны кровоточащих сосудов может быть перевязан проходящий вблизи пузырной артерии правый печеночный проток.

Холецистэктомия от шейки сложнее. Сперва в треугольнике Кало перевязывают пузырный проток и пузырную артерию. Затем начинают отделение дна желчного пузыря, стараясь сохранить брюшину печеночной поверхности пузыря, чтобы потом перитонизировать его ложе. Допустимо оставление частей слизистой пузыря в его ложе.

В случаях обнаружения во время операции склерозированного и окруженного мощными спайками желчного пузыря, когда отыскание шейки и протока встречает непреодолимые трудности, применяют вскрытие пузыря на всем его протяжении и выжигание слизистой путем электрокоагуляции. После выжигания слизистой оставшуюся стенку пузыря вворачивают внутрь и сшивают

кетгутовыми швами над струпом. Выжигание слизистой представляет в тяжелых случаях преимущество перед удалением пузыря острым путем. Эта операция носит название *mucoclasia* (по Примбау).

Холедохотомия - операция, применяемая для обследования, дренирования, удаления камней из протока. Проток дренируют при холангитах для отведения инфицированного содержимого протоков наружу. Различают три вида холедохотомий: супрадуоденальную, ретродуоденальную и трансдуоденальную.

После удаления камня проток тщательно ушивают тонкими кетгутовыми швами и закрывают вторым рядом швов, накладываемых на брюшину. К месту вскрытия протока подводят тампон, так как при самом тщательном ушивании желчь может просачиваться между швами и вызвать желчный перитонит.

Холедоходуоденостомия - образование соустья между желчным протоком и двенадцатиперстной кишкой. Эта операция производится при сужениях или непроходимых стриктурах желчного протока. Как недостаток холедоходуоденостомии надо отметить возможность попадания дуоденального содержимого в проток. Однако опыт показывает, что при нормальном оттоке желчи это не сопровождается опасными последствиями. Кратковременные вспышки инфекции желчных путей купируют антибиотиками.

В послеоперационном периоде проводят профилактику острого холецистита, коррекцию свертывающей и фибринолитической систем, водно-солевого и белкового обмена, проводят профилактику тромбоэмболических и сердечно-легочных осложнений.

Со второго дня начинают питание жидкой пищей через рот. На 5-й день извлекают и заменяют другими узкий тампон, обращенный к ложу пузыря, оставив на месте широкий отграничивающий тампон, который на 5-6-й день подтягивают и извлекают при гладком течении на 8-10-й день. К 14 дню обычно отделяемое из раны прекращается, и рана самостоятельно закрывается. После удаления желчного пузыря больным рекомендуется соблюдение диеты.

Улучшение результатов лечения больных острым холециститом зависит от более активного хирургического лечения. Холецистэктомия, выполненная своевременно по достаточным показаниям, спасает больных от тяжелых осложнений и длительных страданий.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Авдей Л. В. «Клиника и лечение холецистита», Минск, Госиздат, 1963 г.;
2. Галкин В.А., Линденбратен Л.А., Логинов А.С. “Распознавание и лечение холецистита”, М., Медицина, 1983 г.;
3. Савельев В. С. «Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости», М., 1986;
4. Смирнов Е.В. “Хирургические операции на желчных путях”, Л., Медицина, 1974
5. Скрипниченко Д.Ф. «Неотложная хирургия брюшной полости», Киев, «Здоров’я», 1974;
6. Хегглин Р. «Дифференциальная диагностика внутренних болезней», М., 1991.
7. ”Хирургические болезни”, под редакцией Иузина М.И., Медицина, 1986