

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

Кафедра общей хирургии им. проф. М.И. Гульмана
Зав. кафедрой: д.м.н., профессор Винник Ю.С.

РЕФЕРАТ
«Острый холецистит»

Выполнил: врач-ординатор 1 года
группы 105 Григорьев Н. А.

Красноярск 2023г.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	3
1. Глава 1. Этиология и патогенез острого холецистита	4
2. Глава 2. Классификация острого холецистита	6
3. Глава 3. Клиника острого холецистита	7
4. Глава 5. Диагностика острого холецистита	10
5. Глава 6. Лечение острого холецистита	12
Заключение	16
Список используемой литературы	17

ВВЕДЕНИЕ

Острый холецистит — заболевание, в основе которого лежит острое (как правило неспецифическое) воспаление стенки желчного пузыря, чаще всего являющееся следствием нарушения оттока желчи конкрементами (> 95 %).

Острый холецистит, часто сочетающийся и осложняющий желчекаменную болезнь (ЖКБ), среди всех острых заболеваний органов брюшной полости занимает 2–3-е, а по некоторым последним статистическим данным даже 1 место, составляя от них 20–25 %. ЖКБ страдают от 10 до 20 % всего населения земного шара, 40 % лиц старше 60 и 50 % старше 70 лет. А. Т. Лидский считает ЖКБ одной из основных проблем геронтологии. В последние годы отмечается учащение заболеваний желчных путей, что связано с нерациональным, богатым жирами питанием и с увеличением продолжительности жизни.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Возникновение острого холецистита связано с действием нескольких этиологических факторов, однако, ведущая роль в его возникновении принадлежит инфекции. В желчный пузырь инфекция проникает 3 путями: гематогенным, энтерогенным и лимфогенным.

При гематогенном пути инфекция попадает в желчный пузырь из общего круга кровообращения по общей печеночной артерии или из кишечного тракта по воротной вене далее в печень. Лишь при снижении фагоцитарной активности печени микробы проходят через клеточные мембраны в желчные капилляры и желчный пузырь.

Лимфогенный путь инфекции возможен из-за обширной связи лимфатической системы печени и желчного пузыря с органами брюшной полости.

Энтерогенный (восходящий) путь возможен при заболеваниях терминального отдела общего желчного протока, функциональных нарушениях его сфинктерного аппарата, когда инфицированное дуоденальное содержимое может забрасываться в желчные пути. Этот путь наименее вероятен.

При попадании инфекции в желчный пузырь воспаление не происходит, если только не нарушена его дренажная функция и нет задержки желчи. В случае нарушения дренажной функции создаются условия для развития воспалительного процесса.

Факторами нарушения оттока желчи из пузыря являются камни, перегибы удлиненного или извитого пузырного протока, его сужение.

Острый холецистит, возникающий на почве желчекаменной болезни составляет 85–90 %. Также имеет значение хроническое изменение желчного пузыря в виде склероза и атрофии элементов стенок желчного пузыря.

Бактериологической основой острого холецистита являются разные микробы и их ассоциации. Среди них основное значение имеют грамотрицательные бактерии группы *Escherichia coli* и грамположительные

бактерии рода *Staphilococcus* и *Sterptococcus*, а также анаэробная неклостридиальная флора. Другие микроорганизмы, вызывающие воспаление желчного пузыря, встречаются крайне редко.

Вследствие анатомо-физиологической связи желчевыводящих путей с выводными протоками поджелудочной железы возможно развитие ферментативных холециститов. Их возникновение связано не с действием микробного фактора, а с поступлением панкреатического сока в желчный пузырь и повреждающим действием панкреатических ферментов на ткань пузыря. Как правило, данные формы сочетаются с явлениями острого панкреатита. Сочетанные формы острого панкреатита и холецистита рассматриваются как самостоятельное заболевание, получившее название «холецисто-панкреатит».

Общеизвестно, что в патогенезе острого холецистита важное значение имеют сосудистые изменения в стенке желчного пузыря. От расстройства кровообращения в пузыре за счет тромбоза пузырной артерии зависят темп развития воспалительного процесса и тяжесть заболевания. Следствием сосудистых нарушений являются очаги некроза и перфорации стенки пузыря. У пожилых больных сосудистые нарушения, связанные с возрастными изменениями, могут вызывать развитие деструктивных форм острого холецистита (первичная гангрена желчного пузыря).

КЛАССИФИКАЦИЯ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

По механизму развития различают:

1. бескаменный холецистит (за счет дискинезии желчного пузыря, тромбоза а. cystica, лямблиоза, ферментативных воздействий и др.)
2. калькулезный (обтурационный):
 - водянка
 - эмпиема желчного пузыря

По характеру морфологических изменений:

1. катаральный холецистит: воспалительный процесс ограничен слизистой (зоны первичного воспаления Ашоффа) или подслизистой (субмукозной) оболочками стенки
2. флегмонозный холецистит: воспаление всех слоев стенки; нередко сопровождается изъязвлениями участков слизистой (флегмонозноязвенный холецистит)
3. гангренозный холецистит: развивается в случаях некроза ограниченного участка стенки или тотального с поражением всего пузыря.

По виду осложнений:

1. формирование околопузырного инфильтрата с исходом в околопузырный (перивезикальный) абсцесс
2. перфорация стенки желчного пузыря
3. желчный перитонит (за счет перфорации стенки или «пропотевания» по ходам Люшке)
4. гнойный холангит с исходом в абсцессы печени (разновидность холангиогенного сепсиса)
5. острый холангиогепатит;
6. механическая желтуха
7. острый билиарный панкреатит

8. формирование свищей с внутренними органами, реже — наружных. Возможный исход данного осложнения — развитие обтурации тонкого кишечника желчным конкрементом.

КЛИНИКА ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Острый холецистит встречается у людей разного возраста, но чаще им болеют лица старше 50 лет. Больные пожилого (60–74 года) и старческого (75–89 лет) возрастов составляют 40–50 % от общего числа заболевших.

Клиническая картина острого холецистита многообразна, что зависит от патологоанатомической формы воспаления желчного пузыря, распространенности процесса и наличия сопутствующих изменений в желчных протоках. Вследствие многообразия клинической картины заболевания иногда возникают диагностические трудности и ошибки при диагностике.

Выделяют болевой, диспептический, воспалительный, перитонеальный, синдром механической желтухи.

Острый холецистит, как правило, начинается внезапно. Развитию острых воспалительных явлений в желчном пузыре нередко предшествует приступ желчной колики. Вызванный закупоркой пузырного протока камнем острый болевой приступ купируется самостоятельно или после приема спазмолитических препаратов. Однако через несколько часов после купирования приступа колики проявляется вся клиническая картина острого холецистита.

Ведущим симптомом является сильная и постоянная боль в животе, интенсивность которой по мере прогрессирования заболевания нарастает. Отличительной особенностью боли является ее локализация в правом подреберье с иррадиацией в правую надключичную область, плечо, лопатку или в поясничную область. Иногда боли иррадируют в область сердца, что может расцениваться как приступ стенокардии (холецистокоронарный синдром, по С. П. Боткину).

К постоянным симптомам острого холецистита можно отнести тошноту и повторную рвоту, которая не приносит облегчения больному. Повышение температуры тела отмечается с первых дней заболевания. Ее характер во многом зависит от глубины патоморфологических изменений в желчном пузыре.

Состояние больного зависит от тяжести заболевания. Кожные покровы обычной окраски. Умеренная желтушность склер наблюдается при локальном гепатите и при воспалительной инфильтрации внепеченочных желчных протоков с застоем желчи в них. Появление яркой желтухи кожи и склер указывает на механическое препятствие нормальному оттоку желчи в кишечник, что может быть связано с закупоркой желчного протока камнем или со стриктурой терминального отдела общего желчного протока.

Частота пульса колеблется от 80 до 120 уд./мин и выше. Частый пульс свидетельствует о глубокой интоксикации и тяжелых морфологических изменениях в брюшной полости.

Живот при пальпации значительно болезненен в правом подреберье и часто в эпигастральной области. При переходе процесса на париетальную брюшину возникают напряжение брюшных мышц (симптом Щеткина–Блюмберга), и появляются признаки динамической кишечной непроходимости. Желчный пузырь удается пальпировать при деструктивных формах острого холецистита, когда он увеличивается в размерах и становится плотным. Однако при значительном мышечном напряжении прощупать его не всегда возможно.

При общем осмотре, как правило, выявляются следующие специфические симптомы:

- 1) симптом Захарьина — болезненность при надавливании в проекции желчного пузыря
- 2) симптом Образцова — усиление болей при надавливании в области правого подреберья на вдохе

- 3) симптом Ортнера–Грекова — болезненность при поколачивании ребром ладони по правой реберной дуге;
- 4) симптом Георгиевского–Мюсси (симптом диафрагмального нерва) — болезненность при надавливании между ножками грудинноключично-сосцевидной мышцы
- 5) симптом Лепене — резкая болезненность при поколачивании правого подреберья, особенно на высоте вдоха;
- 6) симптом Пекарского — резкая болезненность при надавливании на мечевидный отросток;
- 7) симптом Керра — определение при помощи пальпации и легкой перкуссии болезненности в области желчного пузыря во время вдоха;
- 8) симптом Мерфи — кисть левой руки нужно положить так, чтобы большой палец поместился в области желчного пузыря, а остальные пальцы этой руки — по краю реберной дуги. Глубокий вдох будет невозможен из-за острой боли в животе под большим пальцем.

Желтуха наблюдается у 40–70 % больных, чаще при калькулезных формах, когда она носит обтурационный и механический характер. Она может быть следствием вторичного гепатита или сопутствующего панкреатита, а также холангита. В этом случае она бывает паренхиматозной. Обтурационной желтухе калькулезного генеза обычно предшествует приступ печеночной колики. Желтуха может носить ремитирующий характер (в отличие от механической желтухи опухолевого происхождения, которая постепенно развивается и прогрессивно нарастает). При полной обтурации холедоха помимо интенсивной окраски мочи (из-за наличия билирубина) «цвета пива», «крепкого чая», становится обесцвеченным кал: в нем отсутствует стеркобилин.

ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Диагноз ставится на основании клинической картины заболевания, специфических симптомов, данных объективного исследования и дополнительных клинико-лабораторных исследований.

Сразу определяется количество лейкоцитов в крови и амилаза крови и мочи.

Биохимические исследования: кровь на билирубин и его фракции, холестерин (в норме до 6,3 ммоль/литр), В-липопротеиды (до 5,5 г/л), сахар, белок и его фракции, щелочная фосфатаза, протромбиновый индекс, фибриноген, трансаминазы, тимоловая проба. При желтухах в моче исследуется билирубин и его фракции, а также уробилин; в кале — стеркобилин.

УЗИ является очень ценным и при возможности должно производиться в экстренном порядке. Оно позволяет выявить наличие камней в желчных путях, уточнить размеры желчного пузыря и/или признаки воспаления его стенки (их утолщение, двухконтурность).

Фиброгастродуоденоскопия (ФГС) также показана при наличии желтухи — дает возможность видеть выделение желчи или ее отсутствие из фатерова соска, а также вклинившийся в него конкремент. При этом возможно выполнение ретроградной холангиопанкреатографии (РХПГ) для уточнения диагноза.

Холангиография с контрастированием перорально или внутривенно может производиться только после исчезновения желтухи и стихания острых явлений, в связи с чем ее информативность невысокая. В диагностически неясных случаях показана видеолaparоскопия, которая дает информативный результат в 95% случаев.

Дифференциальнодиагностические трудности возникают в случаях атипичного течения острого холецистита.

При этом наибольшие сложности возникают при диагностике:

1) с острым аппендицитом:

- при подпеченочном расположении червеобразного отростка или при завороте толстой кишки в период эмбрионального развития, когда в правом подреберье оказывается слепая кишка вместе с аппендиксом;
- при низком расположении желчного пузыря (вентероптозе) чаще всего у лиц пожилого возраста;
- 2) перфоративной язвой (чаще дуоденальной или пилорического отдела желудка, при малом диаметре перфоративного отверстия или прикрытой перфорации);
- 3) при наличии желтухи, когда возникает необходимость дифференцировать механическую желтуху калькулезной природы от опухолевой (рак головки поджелудочной железы или фатерова соска), а иногда от паренхиматозной и даже гемолитической;
- 4) острым панкреатитом, который часто сопутствует заболеваниям желчных путей, при этом приходится решать, что является первичным или превалирует в клинической картине (холецистопанкреатит или панкреатохолецистит);
- 5) правосторонней почечной коликой при отсутствии типичной иррадиации болей и симптоматики;
- 6) высокой тонкокишечной непроходимостью, особенно при обтурации 12-перстной кишки желчным камнем в результате пролежня стенки желчного пузыря и 12-перстной кишки камнем;
- 7) стенокардией и инфарктом миокарда, учитывая, что приступ печеночной колики может провоцировать и сопровождаться стенокардией;
- 8) нижнедолевой правосторонней пневмонией, особенно при вовлечении в процесс диафрагмальной плевры. В случаях диагностических трудностей особенно подробно должен быть собран анамнез, тщательно проведено исследование живота с проверкой симптомов всех перечисленных заболеваний, проведены и проанализированы данные дополнительных исследований.

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Лечение больных с острым холециститом (с первого часа поступления в клинику) должно начинаться с интенсивной комплексной патогенетической терапии, направленной как на основное заболевание, так и на коррекцию или стабилизацию сопутствующей патологии.

Лечебные мероприятия включают:

- покой (постельный режим в хирургическом стационаре);
- голод (2–3 суток, затем диету № 5а по Певзнеру);
- холод при наличии воспалительных явлений;
- спазмолитики миотропного действия (но-шпа, дюспаталин, баралгин);
- новокаиновые блокады (по Вишневскому, круглая связка печени по Виноградову, забрюшинная новокаиновая по Л. И. Роману);
- антибиотики широкого спектра действия (цефалоспорины III–IV поколений, тетрациклинового ряда, аминогликозиды, создающие высокую концентрацию в желчных путях);
- инфузионную дезинтоксикационную терапию;
- симптоматическую терапию сопутствующих заболеваний.

Показанием к операции являются перфорация пузыря с перитонитом, угроза перфорации, т. е. деструктивный холецистит, особенно при ферментативной или его атеросклеротической (сосудистой) форме, осложненные формы — абсцессы, механическая желтуха, холангит.

В настоящее время действия хирурга зависят от срока давности заболевания, характера морфологических изменений и местных осложнений, возраста больного, сопутствующей патологии и эффекта проводимой терапии.

При этом различают следующие виды вмешательств:

1. Неотложная операция (в первые 4–6 часов после поступления больного) показана при перфорации стенки с развитием желчного перитонита.

Предоперационная

подготовка, как правило, проводится на операционном столе. В остальных случаях больным назначается комплексная интенсивная терапия, которая одновременно является и предоперационной подготовкой, с одновременным дообследованием (включая УЗИ).

2. Срочная операция показана при отсутствии эффекта от консервативного лечения в течение 24–48 часов.

3. В случаях, когда консервативная терапия приводит к купированию острого процесса, операцию проводят в отсроченном периоде (через 8–14 дней), не выписывая больного (после предварительной подготовки и обследования). Но в настоящее время отсроченные операции практически не выполняются, так как пациентов выписывают на амбулаторное лечение с последующим выполнением лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) через 3–4 месяца после разрешения острого воспаления стенки желчного пузыря, которое является «золотым» стандартом лечения осложненной ЖКБ.

Операции по неотложным показаниям имеют летальность до 37,2 %, по срочным — до 2,6 %. Особо тяжелым больным с сопутствующей патологией сразу выполняют микрохолецистостомию под контролем УЗИ. Обезболивание, как правило, интубационный наркоз — эндотрахеальный с миорелаксантами.

Когда невозможно выполнить ХЭ путем видеолапароскопии, большинство хирургов применяют верхнесрединный разрез от мечевидного отростка до пупка или разрезы в правом подреберье (по Федорову или Кохеру), а также трансректальный разрез справа длиной до 3–4 см (мини-доступ) с установкой специального оборудования (видеоассистент «Лига — 7»).

Операция на желчных путях обязательно должна начинаться:

- с ревизии гепатопанкреатодуоденальной зоны;
- осмотра желчного пузыря, его размеров, состояния его стенок (определение наличия в нем камней после аспирации его содержимого);
- осмотр печеночно-двенадцатиперстной связки и проходящего в ней холедоха с

определением его диаметра (если диаметр более 11 мм, то это говорит о желчной гипертензии);

– интраоперационной холангиографии путем введения контраста после пункции холедоха или канюлирования пузырного протока (по показаниям);

– осмотра и пальпации поджелудочной железы (особенно ее головки);

– после вскрытия протока: холедохотомии (определяется характер желчи: замазкоподобная, с камнем, прозрачная, мутная), ревизии зондами Долиотти с целью выявления проходимости в 12-перстную кишку;

– видеохоледохоскопии при расширенном протоке и подозрении на камни.

Основным оперативным вмешательством при холецистите является холецистэктомия — удаление желчного пузыря «от дна к шейке» или «от шейки ко дну» с изолированной перевязкой пузырной артерии и пузырного протока.

В редких случаях — у крайне тяжелых, пожилых больных, при технических трудностях удаления и недостаточной квалификации хирурга — производится холецистостомия «вплотную» и «на протяжении» с дренированием пузыря. Эта операция является сугубо паллиативной, она невозможна при гангренозных формах, а в последующем у значительной части больных требуется повторная операция — холецистэктомия.

В последние годы у пожилых больных с высокой степенью операционного риска, особенно при наличии желтухи, рекомендуется холецистостомия путем лапароскопии как первый этап для декомпрессии и санации желчных путей. Холедохотомия (вскрытие холедоха) показана при расширении холедоха более 11 мм, закупорке его камнем или множественных камнях, холангите, недостаточной проходимости терминального отдела холедоха или сфинктера Одди, явлениях желчной гипертензии. Она сопровождается восстановлением «пассажа» путем извлечения камней, реже — видеохолангиоскопией. Холедохотомия завершается глухим швом холедоха,

наружным дренированием (по Вишневному, Пиковскому–Холстеду через пузырьный проток при достаточном его диаметре, по Керру на Т-образном дренаже), внутренним дренированием путем формирования билиодигестивных анастомозов — холедоходуоденального или холедохоеюнального — по Микуличу, Юрашу–Виноградову, Финстереру, Флеркену. Реже выполняется наружное дренирование, показанное при отсутствии дуоденостаза, холангите (мутная желчь, ознобы в анамнезе), расширении холедоха более 12 мм, желчной гипертензии при сопутствующем панкреатите. Внутреннее дренирование показано при выраженной протяженной структуре дистального отдела холедоха II–III степени, плотно вклиненном, не поддающемся извлечению камне в области фатерова соска, при множественных камнях или замазкоподобной желчи.

В двух последних случаях, а также при стенозирующем папиллите в настоящее время чаще производится трансдуоденальная папиллосфинктеротомия с последующей папиллосфинктеропластикой. При наличии специального оборудования возможно проведение эндоскопической ретроградной папиллосфинктеротомии с санацией желчевыводящих путей. Все операции на желчных путях должны завершаться дренированием подпеченочного пространства (чаще по Спасокукоцкому).

Послеоперационный период зависит от характера выполненной операции, состояния больного и наличия осложнений. На фоне инфузионной терапии, включающей растворы глюкозы, белковые препараты, солевые растворы, вводятся антибиотики, гепатопротекторы, спазмолитики. При необходимости (избыточный вес, пожилой возраст, распространенные гнойнонекротические процессы и др.) вводится гепарин (или низкомолекулярные гепарины — фраксипарин, фрагмин), эластично бинтуют нижние конечности, проводится ранняя активация больных.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Острый холецистит является одним из самых частых острых заболеваний органов брюшной полости. Хирурги, занимающиеся оказанием неотложной помощи всё чаще встречаются со стертой клинической картиной острого холецистита. Таким образом, в настоящее время лечение острого холецистита требует дифференцированного подхода. Точная диагностика сразу на этапе госпитализации больного использованием, прежде всего УЗИ даст возможность определить наиболее приемлемый вариант хирургического лечения, необходимость и объем как первичных, так и окончательных мероприятий.

Подход к лечению больных острым холециститом должен быть индивидуализированным с учетом выраженности воспалительных изменений в желчном пузыре, осложнении и отягчающих факторов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Хирургические болезни : учеб. / под ред. М. И. Кузина. М. : Медицина. 2002.
2. Шорох, Г. П. Острый холецистит (эндохирургические аспекты) / Г. П. Шорох, Н. В. Завада. Минск : Технопринт, 1997.
3. Шалимов, А. А. Хирургия печени и желчевыводящих путей / А. А. Шалимов. Киев : Здоровье, 2003.
4. Неотложная абдоминальная хирургия : справ. пособие для врачей / под ред. А. А. Гринберга. М. : Триада X, 2000. 496 с.
5. Клиническая хирургия : рук-во : в 3 т. / Рос. об-во хирургов ; под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. 858 с.