

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра хирургических болезней педиатрического и стоматологического
факультетов

НИР на тему:
«Острый холецистит»

Выполнила: студентка педиатрического
факультета 4 курса 8 группы
Болдырева Д.Н

*Проверил:
Кухтенко Ю.В.
" эти " Кух*

Содержание

1. Введение	3
2. Классификация.....	4
3. Этиология и патогенез	5
4. Клиника.....	6
5. Диагностика.....	8
6.Лечение	9
7. Заключение.....	14
8. Список литературы.....	15

1. Введение

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.

2. Классификация

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.).

3. 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 удлиненного 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

4. Клиника

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 болезнен 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 ($10 - 20 \times 10^9 /л$), 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.

5. 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 обязательно назначается УЗИ органов брюшной полости. Оно показывает увеличение органа, наличие или отсутствие в желчном пузыре и желчном протоке камней.

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 билирубинемию, повышение активности ферментов (амилазы, аминотрансфераз) при биохимическом исследовании крови и мочи.

6.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 окончатый 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 перитонировать 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 кетгутowymi 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 кетгутowymi 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 другим 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.

7. Заключение

Легкие формы острого холецистита без осложнений, как правило, заканчиваются скорым выздоровлением без заметных последствий. При недостаточно адекватном лечении острый холецистит может стать хроническим. В случае развития осложнений вероятность летального исхода весьма велика – смертность от осложненного острого холецистита достигает почти половины случаев. При отсутствии своевременной врачебной помощи развитие гангрены, перфораций, эмпиемы желчного пузыря происходит очень быстро и чревато летальным исходом.

Удаление желчного пузыря не ведет к заметному ухудшению качества жизни пациентов. Печень продолжает вырабатывать необходимое количество желчи, которая поступает прямо в двенадцатиперстную кишку. Однако после удаления желчного пузыря может развиваться постхолецистэктомический синдром. Первое время у больных после холецистотомии может отмечаться более частый и мягкий стул, но, как правило, со временем эти явления исчезают. Лишь в очень редких случаях (1%) прооперированные отмечают стойкую диарею. В таком случае рекомендовано исключить из рациона молочные продукты, а также ограничить себя в жирном и остром, увеличив количество употребляемых овощей и других, богатых клетчаткой, продуктов.

Если диетическая коррекция не приносит желаемого результата, назначают медикаментозное лечение диареи.

8. Список литературы

1. Авдей Л. В. «Клиника и лечение холецистита», Минск, Госиздат, 2013 г.
2. Агаджанов В.Г., Шулутко А.М., Насиров Ф.Н., Чантурия М.О., Натрошвили А.Г., Натрошвили И.Г. «Десять лет спустя...» - отдаленные результаты операций из минидоступа при холецистохоледохолитиазе //Московский хирургический журнал. 2013. № 4. С. 14-18.
3. Смирнов Е.В. “Хирургические операции на желчных путях”, Л., Медицина, 2014.
4. Совцов С.А., Прилепина Е.В. Возможности улучшения результатов лечения острого холецистита. // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2015. № 2. С. 50-55.
5. Совцов С.А., Прилепина Е.В. Холецистит у больных высокого риска. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова 2013; 12: 18-23. Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т. / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - Т. II. - 832 с.
6. ”Хирургические болезни”, под редакцией Иузина М.И., Медицина, 2016 год.

Рецензия

**на научно-исследовательскую работу, предусмотренную программой
производственной практики "Производственная клиническая практика
(помощник врача стационара, научно-исследовательская работа)»
обучающегося по специальности 31.05.02 Педиатрия 4 курс 8 группы**

Болдырева Д.Н.

Научно-исследовательская работа по производственной клинической практике (помощник врача стационара, научно-исследовательская работа) полностью соответствует направлению практической подготовки специалиста квалификации Врач-педиатр. Научно-исследовательская работа представлена в сроки, предусмотренные учебным планом. При защите научно-исследовательской работы обучающийся показал высокий уровень владения знаниями по теме работы, дал четкие, исчерпывающие ответы при зачете.

Работа оформлена в соответствии с требованиями к научно-исследовательской работе. В научно-исследовательской работе содержатся современные сведения по актуальным вопросам хирургии. Качество литературы и надежность информационных источников, логичность, убедительное изложение материала с использованием данных экспериментальных исследований, доказательств материалов, найденных в процессе работы студента позволяют признать аргументированность исследования.

В целом работа соответствует требованиям, предъявляемым к учебным исследованиям, и заслуживает оценки «отлично».

Ответственный по производственной
клинической практике
(помощник врача стационара,
научно-исследовательская работа),
доцент



Кухтенко Ю.В.