

ГБОУ ВПО ВолгГМУ Министерства Здравоохранения РФ
Кафедра хирургических болезней педиатрического и стоматологического
факультетов

Научно- исследовательская работа на тему:

Тактика хирурга при остром холецистите

Выполнила: студентка 4 группы
4 курса, педиатрического факультета
Гаврилишина Эмилия Валерьевна

Проверил:
Куртенико Ю.В.
"ХОР" [подпись]

Содержание:

Введение.....	3
1.Общие сведения о заболевании.....	4
2.Первая помощь при остром холецистите.....	10
2.Тактика врача при остром холецистите.....	11
Заключение.....	17
Список литературы.....	18

Введение

Острый холецистит – воспалительное заболевание, вызывающее поражение стенки желчного пузыря, образование в нем камней и моторно-тонические нарушения билиарной системы. 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. В последние годы заболеваемость острым холециститом в стране возросла в 5 раз.

Холецистэктомии подвергается ежегодно от 350 000 до 500 000 человек, летальность при этом близка к 1,5%. Сравнительно низкая летальность достигнута частично за счет относительно раннего выполнения большинства операций в плановом порядке, вне выраженного обострения холецистита, частично – за счет широкого внедрения миниинвазивных хирургических технологий. 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 шламом и др. В патогенезе заболевания (острого воспаления) важное значение придается лизолецитину (конвертируется из лецитина желчи фосфолипазой А, высвобождающейся при травме слизистой желчного пузыря) и повышенной продукции простагландинов E и F_{1a}.

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. Очевидно, что процесс экссудации сам по себе ведет к дальнейшему увеличению внутрипузырного давления, еще большему нарушению микроциркуляции, усилению повреждения слизистой. Таким образом формируется патофизиологический порочный «замкнутый круг».

1. Общие сведения о заболевании.

Острый холецистит – острое воспаление желчного пузыря. Тактика врача при остром холецистите в первую очередь должна быть направлена на правильную постановку диагноза, а далее на лечение

Классификация:

Патогенетическая

- Калькулезный (каменный – 80%);
- Некалькулезный (бескаменный – 20%).

Клинико-морфологическая

Острый

1. Простой (катаральный)
2. Деструктивный (без прободения, с прободением)
 - Острый гнойный (острая эмпиема желчного пузыря)
 - Флегмонозный
 - Гангренозный

Хронический (первичный, резидуальный, рецидивирующий)

1. Простой (катаральный)
2. Водянка желчного пузыря
3. Хронический гнойный
4. Склерозирующий

Клиническая симптоматика:

Наиболее типичным клиника острого холецистита начинается с приступа болей, именуемого печеночной коликой: острая, интенсивная, коликообразная (спастическая, перемежающаяся) боль в эпигастриальной области и/или правом подреберье, иррадиирующая в правую лопатку, правое плечо, надплечье (с-м Березнеговского-Элекера).

Реже заболевание начинается постепенно нарастающими болями в правом подреберьи, которые сравнительно быстро становятся весьма интенсивными. При этом, чем интенсивнее боль, тем шире зона ее распространения. Боль подчас настолько интенсивна, что пациенты плачут, не находят себе места, мечутся в постели. Со временем (3-5 часов) боли принимают постоянный характер и перемещаются в правое подреберье.

Объективные данные:

Визуально отмечается ограничение подвижности передней брюшной стенки при дыхании, умеренное вздутие живота. При поверхностной пальпации определяется напряжение мышц брюшной стенки: разлитое, равномерное – в эпигастрии в начале заболевания (3-6 ч.), а затем локальное – в области правого подреберья. При глубокой пальпации отмечается резкая болезненность в области правого подреберья, особенно в точке проекции желчного пузыря: пересечение наружного края правой прямой мышцы живота с реберной дугой (точка Кера). Если у больного отсутствует выраженное напряжение мышц передней брюшной стенки, весьма часто пальпируется увеличенный, напряженный, резко болезненный желчный пузырь.

Наряду с описанной клиникой у пациентов имеет место ряд характерных симптомов.

- С-м Кера-резкая болезненность при пальпации в области правого подреберья, усиливающаяся при вдохе.
- С-м Мерфи – резкая боль на высоте вдоха при надавливании (компрессии) большим пальцем в точке Кера.
- С-м Ортнера – появление или усиление болезненности при легком поколачивании ребром ладони по правой реберной дуге.
- С-м Лохвицкого – болезненность при пальпации в области правой стороны мечевидного отростка.

- С-м Мюсси (френикус-симптом) – болезненность при пальпации между ножками кивательной мышцы справа над ключицей.
- С-м Георгиевского – появление или усиление болей в правом подреберьи при надавливании указательным пальцем между ножками кивательной мышцы справа над ключицей.
- С-м Яновера – болезненность при пальпации справа от пупка и несколько выше (проекция холедоха).
- С-м Боаса – болезненность при надавливании справа вблизи остистых отростков 8-10 грудных позвонков

При деструктивных формах ОХ через 6-8 часов появляются и довольно быстро прогрессируют симптомы раздражения брюшины, особенно при перфорации желчного пузыря.

Визуальные методы диагностики:

Ультразвуковая диагностика (УЗИ) должна быть выполнена при всех случаях подозрения на острый холецистит.

Ультразвуковой диагноз острого калькулезного холецистита можно установить при наличии:

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

Следует отметить, что ни один из этих признаков сам по себе не обладает достаточной информативностью для постановки диагноза, поэтому при выполнении УЗИ необходимо учитывать их наличие в комплексе.

Утолщение стенки желчного пузыря может встречаться не только при остром холецистите, но также при заболеваниях печени, сердечной и почечной недостаточности, а также при гипопропротеинемии и ряде других заболеваний и состояний, не требующих неотложного хирургического вмешательства. УЗИ позволяет дифференцировать острый обструктивный (катаральный) и острый деструктивный холецистит и выделить гангренозный холецистит на основании наличия плавающих внутрипросветных мембран, очагов эхогенных затемнений в соответствии с наличием газа внутри стенки или в просвете ЖП и явных нарушений целостности стенки ЖП и перипузырного абсцесса. Особенно информативным является динамическое УЗИ, выполняемое специально подготовленным хирургом.

При подозрении на холедохолитиаз у больного с острым калькулезным холециститом, УЗИ может служить только скрининговым исследованием, выявляющим наличие желчной гипертензии.

Для уточнения диагноза необходима МРТ-холангиография, ретроградная холангиопанкреатография или интраоперационная холангиография (интраоперационное УЗИ), эндосонография. Применение высокотехнологичных дополнительных методов исследования определяется их наличием в ЛПУ.

Следует отметить, что из всех визуализирующих методов, максимальное совпадение с послеоперационным гистологическим исследованием желчного пузыря дает радиоизотопное сканирование, которое следует провести при наличии оснащения в сомнительных случаях.

Дифференциальная диагностика:

Дифференциальный диагноз при подозрении на острый холецистит включает ряд экстра- и интраабдоминальных заболеваний:

- правосторонняя нижнедолевая пневмония
- инфаркт миокарда
- болезненный опоясывающий лишай
- обострение гастродуоденальной язвенной болезни,

в т.ч. перфоративная язва,

- острый панкреатит
- гепатит
- острая кишечная непроходимость
- острый аппендицит

Диагностический алгоритм при подозрении на острый холецистит не отличается от такового при синдроме острых болей в верхней половине живота.

В диагностически сложных случаях, исчерпав все неинвазивные методы исследования, хирург должен прибегнуть к диагностической видеолапароскопии, а при невозможности ее реализации или неинформативности – к лапаротомии.

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

2. Первая помощь при остром холецистите.

Первое, с чего начинается оказание неотложной помощи при остром холецистите – это срочный вызов бригады скорой помощи. После этого, человеку, оказавшемуся рядом в момент приступа, необходимо:

- предоставить покой пострадавшему;
- по возможности обеспечить горизонтальное положение больного и обязательно уложить на правый бок;
- оградить его от каких-либо физических или эмоциональных перенапряжений;
- в проекцию желчного пузыря, т. е. в область под правыми рёбрами, подложить холодную грелку со льдом. Следует строго следить за тем, чтобы холод не оставался на теле более чем на пятнадцать минут. После этого сделать тридцатиминутный перерыв и, если врачи ещё не приехали, повторить манипуляцию;
- для устранения приступов тошноты дать попить человеку тёплый отвар на основе мяты или минеральную воду без газа;
- при рвотных позывах ни в коем случае не допускать западания языка.

Кроме этого, есть несколько рекомендаций, чего нельзя делать при таком заболевании во время оказания первой помощи в домашних условиях. Строго запрещено:

- давать больному что-либо есть;
- прикладывать горячую грелку к животу;
- промывать желудок или ставить очистительные клизмы;
- пить алкогольные напитки;
- принимать какие-либо лекарственные препараты, поскольку они могут изменить проявление симптомов.

3. Тактика врача при остром холецистите.

Тактика врача при остром холецистите направлена на хирургическое лечение. Основой хирургического лечения ОХ является холецистэктомия. В зависимости от клинического течения заболевания, производятся экстренные (неотложные), срочные или отсроченные операции.

1. Экстренные операции производятся в тех случаях, когда у больного имеются признаки перфоративного холецистита или перитонита, а также при деструктивном холецистите, который подтвержден лапароскопически. Если есть сопутствующий холедохолитиаз, то выполняется папиллосфинктеротомия.
2. Все остальные больные подвергаются интенсивной консервативной терапии и динамическому наблюдению: если в течение 24-48 часов не наступает существенного улучшения, то больные подвергаются срочной операции.
3. У подавляющего большинства больных ОХ консервативные мероприятия позволяют купировать острый воспалительный процесс, поэтому операцию можно выполнить в стадию затихания (7-10 дней). Подобные оперативные вмешательства именуется отсроченными.

Операция, произведенная в эти сроки, дает наилучшие результаты, поскольку ликвидируются симптомы эндотоксикоза, больные подвергаются обследованию и предоперационной подготовке.

4. Выбор метода операции:

Лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите предпочтительнее открытой операции. У больных старше 65 лет, при длительном анамнезе ЖКБ, непальпируемом желчном пузыре, лейкоцитозе более 13×10^9 /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 видеолапароскопических 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 видеолапароскопических 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.

Сравнение минилапаротомных и лапароскопических операции при ОХ по данным РКИ показывает принципиально одинаковые результаты по числу осложнений и летальных исходов. Длительность операции немного выше при ЛХЭ, но короче и комфортнее послеоперационный период. Через месяц после операции разницы в уровне восстановления жизненных функций нет.

Особенности оперативного лечения при сопутствующих заболеваниях и осложненном течении острого холецистита. Минилапаротомия с использованием комплекта инструментов Мини-Ассистент особенно эффективна при наличии противопоказаний к пневмоперитонеуму, отсутствии у хирурга достаточного опыта ЛХЭ при деструктивных формах острого холецистита, сроках выполнения операции более 72 часов от начала заболевания, необходимости манипуляций на протоках. Минилапаротомная холецистэктомия может быть использована в качестве метода конверсии при возникновении технических трудностей при лапароскопической операции. 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.

5. *Немедикаментозное лечение:* постельный режим, диетотерапия - диета №5, исключение из рациона пряностей, копченостей, жиров животного происхождения, дробное питание (5-6 раз в день) без переедания, минеральные воды.

6. *Медикаментозное лечение:*

Консервативное - "холод, голод и покой".

- Спазмолитики.
- Инфузионная терапия для снятия интоксикации и восполнения водно-электролитных и энергетических потерь.
- Варианты антибактериальной терапии:

1. Ципрофлоксацин внутрь по 500-750 мг 2 раза в день, в течение 10 дней.
2. Доксициклин внутрь или в/в капельно. В 1-й день назначают 200 мг/сут., в последующие дни по 100-200 мг в сутки в зависимости от тяжести заболевания.

Продолжительность приема препарата до 2-х недель.

3. Цефтазидим порошок для приготовления раствора для инъекций во флаконе 500 мг, 1 гр, 2 г.

4. Эритромицин внутрь. Первая доза - 400-600 мг, затем 200-400 мг каждые 6 часов. Курс лечения в зависимости от тяжести инфекции 7-14 дней. Препарат принимают за 1 час до еды или через 2-3 часа после еды.

5. Для лечения и профилактики возникновения микоза при длительной массивной антибиотикотерапии - итраконазол оральный раствор 400 мг\сут., в течение 10 дней.

6. Противовоспалительные препараты по 480-960 мг 2 раза в сутки с интервалом 12 часов. Курс лечения 10 дней.

7. Цефалоспорины для приема внутрь, например, цефуроксим по 250-500 мг 2 раза в сутки после еды. Курс лечения 10-14 дней.

Симптоматическая лекарственная терапия (используется по показаниям):

1. Цизаприд 10 мг 3-4 раза в день или дебридат 100-200 мг 3-4 раза в день, или метеоспазмил по 1 капс. 3 раза в день. Продолжительность курса - не менее 2-х недель.

2. Хофитол по 2-3 табл. 3 раза в день перед едой или аллохол по 2 табл. 3-4 раза в день после еды или другие препараты, усиливающие холерез и холекинез.

Продолжительность курса не менее 3-4 недель.

3. Полиферментный препарат, принимаемый в течение 3-х недель перед едой по 1-2 дозы, в течение 2-3 недель. Возможна коррекция терапии в зависимости от клинического эффекта и результатов исследования дуоденального содержимого.

4. Антацидный препарат, принимаемый по одной дозе спустя 1,5-2 часа после еды.

5. Симптоматическая терапия (анальгетики, спазмолитики, антоцидные средства и др.), возможна коррекция терапии в зависимости клинического эффекта.

7. Профилактические мероприятия:

Для профилактики образования новых камней рекомендуется ограничение энергетической ценности пищи, потребления холестеринсодержащих продуктов (жир, яйца), назначение растительной клетчатки, пшеничных отрубей, овощей.

Вторичная профилактика представляет собой комплекс мероприятий, направленных на предупреждение обострения и дальнейшее прогрессирование заболеваний желчевыводящей системы.

Дальнейшее ведение:

Соблюдение рационального режима питания, занятия физической культурой, предупреждение нарушений жирового обмена, устранение очагов инфекций.

Важное место отводится диспансерному наблюдению, включающей проведение противорецидивного лечения, а также санаторно-курортное лечение, психологическая реабилитация и рациональное трудоустройство.

Заключение

Острый холецистит - одно из наиболее распространенных заболеваний желчного пузыря. Хронический холецистит, как правило возникает в результате повторных приступов острого. Первично хронический холецистит наиболее часто протекает на фоне желчекаменной болезни.

В возникновение острого холецистита главной причиной является инфекция. В желчный пузырь она может проникать тремя путями: через кровь, из кишечника через проток пузыря, по лимфатическим сосудам. С кровью и лимфой инфекция попадает в желчный пузырь только при нарушенной обезвреживающей функции печени. При нарушениях двигательной функции желчного протока бактерии могут попасть из кишечника. Воспаление в желчном пузыре при попадании инфекции в желчный пузырь не происходит, если только не нарушена его двигательная функция и нет задержки желчи.

Камни, перегибы удлинённого или извитого пузырного протока, его сужение приводят к застою желчи в желчном пузыре. Острый холецистит, возникающий на почве желчнокаменной болезни, составляет 85-90%. В результате закупорки камнем протока желчного пузыря прекращается поступление желчи в кишечник, повышается давление её на стенки пузыря. Стенки растягиваются, в них ухудшается кровоток, что способствует развитию воспаления. Причиной хронического холецистита наиболее часто является желчнокаменная болезнь, когда длительно воздействуют камни на стенки желчного пузыря.

Острым холециститом чаще болеют лица старше 50 лет. Больные пожилого и старческого возрастов составляют 40-50% от общего числа заболевших острым холециститом. Острый холецистит, как правило, начинается внезапно. Развитию острых воспалительных явлений в желчном пузыре предшествует нередко приступ желчной колики. Поэтому необходима своевременная диагностика и лечения данного заболевания.

Список литературы

1. Национальные Клинические рекомендации «Острый Холецистит», Российское общество хирургов, г. Ростов- на-Дону, 2015г.
2. Хирургические болезни: учебник для студентов медвузов ,под ред. М. И. Кузина.- Изд. 3-е, перераб. и доп.- М.: Медицина, 2005г.
3. Современные эндохирургические технологии лечения острого калькулезного холецистита / Прудков М.И., Столин А.В., Кармацких А.Ю., 2007г.
4. Острый холецистит / М.В. Кукош, А.П. Власов. – М.: Наука, 2009г.
5. Хирургические болезни /ред. В.С. Савельев, А.И. Кириенко. – 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014г.

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 курса 4 группы
Гаврилишиной Э.В.**

Представленная для отчета научно-исследовательская работа по производственной клинической практике (помощник врача стационара, научно-исследовательская работа) 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 частично оформлена в соответствии с требованиями к научно-исследовательской работе. В научно-исследовательской работе содержатся современные сведения по актуальным вопросам хирургии, имеется список литературы, оформленный с недочетами, некорректно оформлен план работы, имеются недочеты при оформлении печатной работы.

В целом студент освоил предусмотренные рабочей программой производственной клинической практики (помощник врача стационара, научно-исследовательская работа) компетенции, научно-исследовательская работа зачтена с оценкой «хорошо».

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

Кухтенко Ю.В.