

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ

Кафедра хирургических болезней педиатрического и стоматологического  
факультетов

Научно-исследовательская работа студента на тему  
«Тактика хирурга при остром холецистите»

Выполнила студентка 4 курса 1 группы

Педиатрического факультета

Молева Екатерина Сергеевна

*Проверил:*  
*Кухтенко Ю.В.*

*«Хер» Куз*

## **Определение**

Острый холецистит — острое воспаление желчного пузыря. Основные причины: желчнокаменная болезнь (80 — 90%), поражение стенки пузыря панкреатическими ферментами, сосудистые изменения, редкие причины (описторхоз, брюшной тиф, дизентерия и т.п.)

## **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 гастродуоденальной 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.

## **Основные варианты клинико-патологических процессов**

Пузырная колика — приступ боли, обусловленный острой блокадой шейки желчного пузыря или пузырного протока (конкремент, описторхи, сладж и др.). Характерны: локализация боли в зоне расположения желчного пузыря, иррадиация в окологлопаточную и надключичную области справа (френикуссимптом).

Холедохеальная колика — приступ боли, обусловленный острой блокадой дистального отдела общего печеночного протока (конкремент, описторхи, сладж и др.). Характерны: локализация боли левее и выше пупка (зона Шоффара), иррадиация влево (нарушение оттока панкреатического секрета), озноб и потемнение мочи после приступа (триада Шарко).

## **Клиникоморфологические формы (В.С. Савельев, М.И. Филимонов, 2009)**

- Катаральный
- Флегмонозный
- Гангренозный

### **Основные причины острого холецистита**

Обтурационный холецистит. Желчнокаменная болезнь. Холестериновый тип (90 — 95% наблюдений). Холестериновые или смешанные камни. Причина образования — концентрация «литогенной» желчи в желчном пузыре. Камни первично генерируются в желчном пузыре, затем распространяются по билиарному тракту. Соответственно распространяются патологические изменения. Холецистэктомия, как правило, прерывает процесс камнеобразования.

Желчнокаменная болезнь. Билирубиновый тип (5 — 10% наблюдений). Билирубиновые камни. Основные причины — гемолитические состояния, гиперспленизм, патология печени, некоторые паразитарные заболевания. Камни образуются в любых отделах желчевыводящих путей. Холецистэктомия не всегда прерывает процесс камнеобразования. Необходимо лечение основного заболевания, при гиперспленизме показана спленэктомия. Острый калькулезный холецистит может быть первым клиническим проявлением ЖКБ на фоне практически неизменных желчевыводящих путей. В то же время длительное осложненное течение холелитиаза может приводить к формированию патологических процессов, требующих целенаправленной диагностики и лечения (холангиолитиаз, стеноз БСДК, хронический панкреатит, билиарный цирроз печени, внутренние желчные свищи и др.).

Ферментативный холецистит. Панкреатогенное поражение стенок желчного пузыря, обусловленное преходящими нарушениями функции БСДК. Следует учитывать, что аналогичные изменения (ферментативный отек, желчное пропитывание) могут происходить в стенках общего желчного протока. Описторхоз. Требуется специальной диагностики и лечения в послеоперационном периоде.

Ишемический некроз желчного пузыря (ишемический «гангренозный холецистит»). В случаях, когда причиной заболевания является тромбоз или эмболия пузырного протока, следует учитывать вероятность одномоментной



или развивающейся поэтапно окклюзии артериальных сосудов других органов (кишечник, печень, почки, нижние конечности).

### **Оказание помощи на догоспитальном этапе**

Все больные острым холециститом и подозрением на наличие этого заболевания подлежат немедленному направлению в хирургический стационар с круглосуточным дежурством бригады квалифицированных хирургов. Направление таких больных в иные стационары может быть оправдано лишь крайней тяжестью состояния больных или иными причинами. В этих случаях к лечебно-диагностическому процессу должны быть привлечены вышестоящие службы оказания неотложной помощи: Центр медицины катастроф (служба санитарной авиации), его региональное отделение или ближайший межрайонный (городской, областной) центр оказания неотложной хирургической помощи. На догоспитальном этапе и при транспортировке больного острым холециститом в стационар противопоказано применение местного тепла, клизм и слабительных препаратов. О случаях отказа от госпитализации и самовольного ухода из приемного отделения следует информировать поликлинику по месту жительства пациента с назначением активного вызова хирурга на дом.

### **Основные задачи экстренной диагностики процесса и экстренной помощи в хирургическом стационаре**

Минимум диагностических исследований для исключения наличия острого холецистита

Осмотр ответственного дежурного хирурга или заведующего хирургическим отделением.

Лабораторная диагностика: содержание лейкоцитов, эритроцитов, гемоглобина и определение гематокрита в периферической крови (желательно — общий анализ крови с определением лейкоцитарной формулы), биохимический анализ крови (глюкоза, билирубин, амилаза, мочевины (креатинин), возможно - диастаза мочи, АСТ и АЛТ (при наличии желтухи), анализ мочи (физико-химические свойства, микроскопия осадка), определение температуры тела.

Специальные исследования: исследование ЧСС (пульса), АД, определение температуры тела. По показаниям: ректальное исследование, вагинальное исследование женщин (осмотр гинеколога).

## **Минимум диагностических исследований при госпитализации больного**

Лабораторная диагностика: содержание лейкоцитов, эритроцитов, гемоглобина и определение гематокрита в периферической крови (желательно — общий анализ крови с определением лейкоцитарной формулы), биохимический анализ крови (глюкоза, билирубин и креатинин крови, желательно: С-реактивный белок), активность амилазы, АСТ и АЛТ (при наличии желтухи), определение группы крови и Rh-фактора, кардиолипидная проба (кровь на RW), длительность кровотечения и свертываемость крови (ПТИ), анализ мочи (физико-химические свойства, микроскопия осадка).

Специальные исследования: Общеклинические — исследование ЧСС (пульса), АД, определение температуры тела, ЭКГ (всем пациентам старше 40 лет, а также при наличии клиники сердечной патологии), рентгенографию легких (при наличии клинических показаний), по показаниям — ректальное исследование, вагинальное исследование женщин (осмотр гинеколога) — УЗИ (настоятельно рекомендуемое исследование всем категориям больных), установление или исключение наличия и формы острого холецистита — ФГДС (при наличии желтухи) — МРТ (при наличии технической возможности) наиболее целесообразна для предоперационного уточнения состояния внутри- и внепеченочных желчных протоков, а также протоков поджелудочной железы — КТ (при наличии технической возможности) наиболее целесообразна для дифференциальной диагностики перивезикулярных инфильтратов и опухолевых процессов, холангиогенных абсцессов печени, деструктивно-инфильтративных изменений поджелудочной железы, абсцессов брюшной полости и т.п.

Обоснованный срок нахождения больного в приемном покое — до 2 часов. Если наличие острого холецистита не удается исключить в течение этого времени, пациент должен быть госпитализирован в хирургический стационар. С момента поступления больного в приемный покой первоочередной задачей является экспресс-диагностика перитонита, обтурационных и гнойно-деструктивных форм острого холецистита, выявление и оценка тяжести сопутствующих заболеваний. При поступлении должен быть сформулирован развернутый диагноз с указанием основной нозологической единицы, формы воспаления (экспрессдиагностика гнойно-деструктивных форм) и всех выявленных на этот момент осложнений. Основой экспресс-диагностики гнойно-деструктивных форм острого калькулезного холецистита может служить выявление симптомов обтурации желчного пузыря, раздражения брюшины (в т.ч. локального) и общих признаков воспаления. Серьезное влияние на выбор



хирургической тактики оказывают также экстрапузырные изменения в органах гепатопанкреатобилиарной зоны и системные дисфункции. Они также должны быть отражены в диагнозе.

### **КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ**

1. Показано при остром неосложненном катаральном холецистите.
2. Допустимо при неясной форме воспаления желчного пузыря. При этом уточнение диагноза осуществляется в течение 5 — 6 часов по результатам лечения. Его неэффективность подтверждает гнойно-деструктивный характер воспаления желчного пузыря или наличие обтурации.

Высокая частота «слепых» предоперационных диагнозов является следствием недостаточной квалификации или технической оснащенности дежурной бригады.

3. В случаях вынужденного ограничения лечебной тактики консервативными мероприятиями, особенно у больных с высоким операционным риском, следует учитывать:

а) ограниченность возможностей консервативного лечения обтурационного холецистита и его полную бесперспективность после присоединения гнойно-деструктивных изменений

б) нецелесообразность антибактериальной терапии собственно обтурационного холецистита

в) улучшение состояния больного, уменьшение боли и сокращение размеров напряженного желчного пузыря не являются критериями купирования патологического процесса и основаниями для отмены неотложной операции.

### **Предоперационная подготовка**

Перед операцией производится опорожнение мочевого пузыря, гигиеническая обработка зоны предстоящей операции, выведение желудочного содержимого толстым зондом (по показаниям). Медикаментозная предоперационная подготовка проводится по общим правилам и в сжатые сроки. Основаниями для нее являются: распространенный перитонит, сопутствующие заболевания в стадиях суб- и декомпенсации, органные и системные дисфункции. Допустима ее обоснованная замена соответствующей инфузионной терапией в ходе наркоза и операции. Профилактика тромбоэмболических и инфекционных осложнений.

## **Анестезиологическое обеспечение операции**

Наиболее целесообразным видом анестезиологического пособия является общая анестезия с ИВЛ. При выполнении холецистостомии, чрескожных чреспечечных и эндоскопических пероральных вмешательств может использоваться местная анестезия в сочетании с атаралгией.

ПРИ ВЫБОРЕ СПОСОБА ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ рекомендуется учитывать рекомендации международной согласительной встречи по лечению острого холецистита и холангита (Tokyoguidelines, 2006, 2013 г.)

### Степень I (легкий) острый холецистит

Острый холецистит у практически здорового пациента без органических дисфункций и умеренными воспалительными изменениями в желчном пузыре, что делает холецистэктомию относительно безопасной хирургической процедурой.

### Степень II (средний тяжести) острый холецистит

Сопровождается одним из следующего:

- лейкоцитоз  $> 18 \times 10^9/\text{л}$
- пальпируемый инфильтрат в правом верхнем квадранте живота
- срок от начала жалоб свыше 72 часов
- выраженное локальное воспаление гангренозный холецистит, перивезикальный абсцесс, желчный перитонит, эмфизематозный холецистит).

### Степень III (тяжелый) острый холецистит

Сопровождается дисфункцией одного из следующих органов и систем: • сердечнососудистые нарушения (гипотензия, требующая коррекции дофамином в дозе  $>$  или  $= 5 \text{ мг/кг}$  в минуту или любой дозой добутамина или норадrenalина), • дофамином в дозе  $>$  или  $= 5 \text{ мг/кг}$  в минуту или любой дозой добутамина), • неврологические нарушения (снижение уровня сознания), • дыхательные нарушения (соотношение  $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 177 \text{ ммоль/л}$ ), • печеночная дисфункция ( $\text{МНО} > 1,5$ ), • тромбоциты  $< 100.000$ .



## Способы холецистэктомии

1. Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) — минимально инвазивный способ хирургического лечения острого холецистита, рекомендуемый для хорошо оснащенных хирургических стационаров, располагающих возможностью круглосуточного применения подобных вмешательств. Применение ЛХЭ наиболее целесообразно у больных неосложненным острым холециститом (первая степень, Tokyo guidelines, 2006, 2013), развившимся на фоне ранних стадий желчнокаменной болезни (холецистолитиаз или хронический калькулезный холецистит). Реализация ЛХЭ у больных холециститом «средней тяжести» сопровождается повышенным риском ятрогенных осложнений. Следует также иметь в виду, что даже при «легком» течении острого холецистита, развившегося на фоне запущенных форм ЖКБ (холангиолитиаз, стеноз большого сосочка двенадцатиперстной кишки /БСДК/) — ЛХЭ «в чистом виде» нецелесообразна без полноценной диагностики всего билиарного тракта (МР- холангиография, интраоперационное УЗИ, интраоперационная холангиография, интраоперационная фиброхолангиоскопия) и хирургической коррекции всех имеющихся изменений. Применение ЛХЭ противопоказано у больных с органическими дисфункциями («тяжелый» холецистит, Tokyo guidelines, 2006, 2013), а также при распространенном перитоните, осложненном тяжелым абдоминальным сепсисом или септическим шоком. Выполнение ЛХЭ рекомендуется выполнять у больных острым холециститом I степени (Токио 2 0 0 6 ) без признаков сопутствующего холангиолитиаза не позднее 48 часов с начала заболевания.
2. Минилапаротомная холецистэктомия (МХЭ) — минимально инвазивный способ, рекомендуемый для лечения местно осложненных форм острого холецистита (холецистит средней степени тяжести, исключение — плотный перивезикальный инфильтрат), при «легком» холецистите на фоне холангиолитиаза, стеноза БСДК, а также в качестве конверсии при возникновении технических сложностей реализации ЛХЭ. МХЭ может также применяться в качестве более простой, менее затратной и не требующей сложного оборудования альтернативы ЛХЭ у больных «легким» холециститом. Применение МХЭ нецелесообразно у больных с органическими дисфункциями («тяжелый» холецистит, Tokyo guidelines, 2006, 2013), при распространенном перитоните, осложненном тяжелым абдоминальным сепсисом или септическим шоком.



3. Традиционная ( лапаротомная ) холецистэктомия при «легком» и «средней тяжести» течении острого холецистита может быть рекомендована в случаях отсутствия условий для применения менее инвазивных методик, в качестве конверсии, для ликвидации осложнений, а также — при наличии распространенных форм перитонита с явлениями тяжелого сепсиса и (или) септического шока, требующих открытых вмешательств и открытого ведения брюшной полости. Соответственно, при оказании неотложной хирургической помощи больным острым холециститом с помощью минимально инвазивных методик должны быть предусмотрены технические и кадровые условия для завершения любой операции широкой лапаротомией.

### **Общие рекомендации по безопасности оперирования**

Способ холецистэктомии должен соответствовать клинической ситуации, технической оснащенности и опыту оператора. Категорически запрещается пересекать трубчатые структуры в области шейки желчного пузыря, гепатодуоденальной связки и ворот печени до их верификации. «Критический взгляд безопасности» — после выделения нижней части желчного пузыря со всех сторон и отделения его от ложа на 1 — 2 см следует убедиться, что к нему подходят только 2 трубчатые структуры — пузырный проток и пузырная артерия. Более традиционное условие — перед пересечением следует идентифицировать все 3 элемента треугольника Кало (пузырный проток, пузырная артерия и общий печеночный проток). В неясных случаях для уточнения анатомических взаимоотношений можно рекомендовать интраоперационную холецистохолангиографию. При возникновении серьезных технических сложностей в ходе реализации минимально инвазивной холецистэктомии (потеря ориентировки, отсутствие эффективного продвижения операции в течение 20 — 30 минут) решением выбора является своевременная конверсия на менее стесненный способ оперирования: при объединенном ( однопортовом) доступе — на дискретный многопортовый (объединенный + 1; 3- или 4- портовый), при лапароскопическом оперировании — на минидоступный, а при минидоступном — на широкую лапаротомию

Конверсия должна осуществляться до возникновения осложнений. В критических ситуациях (выраженная инфильтрация тканей в воротах печени) вмешательство на желчном пузыре может быть ограничено удалением дна и тела желчного пузыря с оставлением и наружным дренированием его шейечного отдела (резекция желчного пузыря) или резекцией его свободной части с мукоклазией остающейся на печени полоски слизистой оболочки (мукоклазия по Прибраму). Учитывая риск неполного удаления слизистой,

образования кист и рецидива камней в культе желчного пузыря, приведенные выше особенности необходимо указать в протоколе операции и в выписных документах.

### **Послеоперационный период**

Общий анализ крови назначается на следующий день и на 6 — 7 сутки после операции, а также за сутки перед выпиской, независимо от длительности госпитализации.

Швы снимают на 5 — 10 сутки в зависимости от способа холецистэктомии. Сроки пребывания больных в стационаре, амбулаторное лечение, ВТЭК, реабилитация.

Среднее пребывание больных в стационаре после традиционной холецистэктомии 10 — 12 суток. После лапароскопических вмешательств и операций из минидоступа продолжительность госпитализации может быть уменьшена до 3 — 6 суток.

Общая продолжительность нетрудоспособности — 30 — 45 дней. При экспертизе уровня качества лечения следует учитывать, что оптимальная продолжительность госпитализации и общей реабилитации больных острым холециститом после минимально инвазивной холецистэктомии (видеолапароскопия, минидоступ) в 2 — 4 раза меньше, чем после открытой операции.

В случае ранней выписки на 7 — 8 сутки назначается явка в хирургический стационар для контрольного осмотра и снятия швов, общая продолжительность нетрудоспособности — 14 — 21 день.



## **Постхолецистэктомический синдром**

Удаление желчного пузыря не всегда избавляет больного от различных патологических симптомов, до 10% пациентов после холецистэктомии продолжают болеть. В этом случае говорят о наличии постхолецистэктомического синдрома (ПХС), или синдрома после холецистэктомии. Этот термин, предложенный в 1948 году французским хирургом Малле-Ги, должен предусматривать болезнь, связанную с удалением желчного пузыря. Термин «синдром после холецистэктомии» является собирательным и не очень удачным, тем не менее он получил широкое распространение и удобен для общего обозначения всей группы патологических состояний, наблюдавшихся у больных, перенесших холецистэктомию. При применении термина «синдром после холецистэктомии» надо четко представлять его условность. У 58% больных причиной жалоб служат функциональные, а у 40-42% - органические нарушения, у 1,5% пациентов органические нарушения являются следствием оперативного вмешательства, но лишь 0,5% больных с постхолецистэктомическим синдромом требуют повторного хирургического лечения. Учитывая то, что ПХС - не самостоятельная нозологическая форма, а собирательное понятие, распознавание причин его формирования вызывает определенные трудности, как у хирургов, так и у терапевтов, несмотря на достаточное количество лабораторных и инструментальных методов диагностики, имеющих в арсенале современной медицины. У большинства оперированных больных полиморфизм клинических проявлений и жалоб после холецистэктомии являются, как правило, не следствием погрешностей, допущенных при операции, а обусловлены функциональными или органическими нарушениями билиарной зоны, возникающими после удаления желчного пузыря.

В 1972 г. Ситенко В.М., Нечай А.И. предложили классификацию ПХС:

1. Диспептические явления и боли в животе, не носящие характера приступа.
2. Приступы, протекающие как желчная колика

Список литературы:

1. «Хирургические болезни» М.И. Кузин 2014 г.
2. «Общая хирургия» В.К. Гостищев 2013 г.
3. «Желчнокаменная болезнь и острый холецистит» И.В. Михин, В.А. Голуб 2011 г.
4. Национальные клинические рекомендации «Острый холецистит» приняты на XII Съезде хирургов России «Актуальные вопросы хирургии» 2015 г.



## 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 1 группы**

**Молевой Е.С.**

Научно-исследовательская работа представлена для отчета по производственной клинической практике (помощник врача стационара, научно-исследовательская работа) соответствует направлению практической подготовки специалиста квалификации Врач-педиатр. Данная научно-исследовательская работа была представлена студентом в предусмотренные учебным планом сроки.

Цель и задачи работы соответствуют теме исследования, но полностью ее не раскрывают. Теоретические положения и выводы автора обоснованы, логичны и соответствуют ходу теоретических размышлений в рамках изучаемой проблемы. Учащимся изучены основные источники литературы по проблеме, дан краткий их анализ, однако, отсутствует сравнительный анализ литературных источников по данной проблеме. Качество оформления научного исследования частично соответствуют требованиям.

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

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



Кухтенко Ю.В.