

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

Научно-исследовательская работа по теме:
«острый холецистит»

Выполнила: студентка 10 группы,
4 курса, педиатрического факультета

Салихова Р.Г.

*Проверил:
Кухтенко Ю.В.
и кер "Бет"*

Оглавление

Острый холецистит	4
ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА	5
Лабораторная диагностика:	6
ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА	7
ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ	8
Список литературы.....	10

Введение

Острое воспаление желчного пузыря занимает второе место по частоте встречаемости после острого аппендицита и является одним из наиболее частых осложнений калькулезного холецистита. Это заболевание, возникшее у пациента впервые и при адекватном лечении заканчивающееся выздоровлением. В том же случае, если проявления острого холецистита повторяются неоднократно, это расценивается как обострение хронического холецистита, для которого характерно волнообразное течение.

У женщин острый холецистит диагностируется чаще, чем у мужчин. С возрастом частота заболеваемости увеличивается. В связи с этим специалисты высказывают предположение о возможном влиянии на развитие острого холецистита изменений гормонального фона. В зоне повышенного риска находятся люди, страдающие ожирением, принимающие гормональные препараты и беременные женщины.

Острый холецистит

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.). Независимо от причины, прогрессирующее течение острого обтурационного холецистита (Б.А. Королев, Д.Л. Пиковский, 1971) и возникновение его осложнений чаще всего обусловлены нарастающей пузырьной гипертензией (секреция раздраженной слизистой оболочки в условиях блокады желчного пузыря) и нарушением кровообращения в пузырьной стенке. Присоединение неспецифической микрофлоры в большинстве случаев происходит позднее.

ОСНОВНЫЕ ВАРИАНТЫ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ

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

ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ По патогенезу: обтурационный, ферментативный, сосудистый, т.д. По этиологии: калькулезный, описторхозный, т.д.

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

- Катаральный
- Флегмонозный
- Гангренозный

Исходы: выздоровление, хронический холецистит (в т.ч. водянка, рубцовое сморщивание желчного пузыря, формирование внутренних желчных свищей).

Осложнения: гепатопакреатобилиарная зона: механическая желтуха (сдавление общего печеночного протока напряженной шейкой желчного пузыря), паренхиматозная желтуха (токсический или контактный гепатит), холангиолитиаз, перихоледохеальный лимфаденит, холангит, внутренние билиодигестивные свищи, панкреатит.

Брюшная полость: перитонит — отграниченный (инфильтрат, абсцесс), неотграниченный (местный, распространенный), по характеру экссудата (серозный, серознофибринозный, фибринозно-гнойный, гнойный, специфические формы), по выраженности SIRS (сепсис, тяжелый сепсис, септический шок).

Общие: органные и системные дисфункции, пневмония и т.п. Особенностью острого холецистита является необходимость при хирургическом лечении дополнительно учитывать весь комплекс фоновых и сочетанных патологических изменений в билиарном тракте, печени и поджелудочной железе, обусловленных ЖКБ, опистрохозом или их комбинацией, сопутствующую патологию ДПК (дуоденостаз, парафатериальный дивертикул), вероятность первично множественных изменений внутренних органов (гангренозный холецистит, как следствие, «рассыпной» эмболизации ветвей брюшной аорты) и т.п..

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).

Лабораторная диагностика:

Содержание лейкоцитов, эритроцитов, гемоглобина и определение гематокрита в периферической крови, биохимический анализ крови (глюкоза, билирубин и креатинин крови, С-реактивный белок), активность амилазы, АСТ и АЛТ (при наличии желтухи), определение группы крови и Rh-фактора, кардиолипидовая 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, установление или исключение наличия и формы острого холецистита — ФГДС (при наличии желтухи)

— МРТ наиболее целесообразна для предоперационного уточнения состояния внутри- и внепеченочных желчных протоков, а также протоков поджелудочной железы

— КТ 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 удастся исключить в течение этого времени, пациент должен быть госпитализирован в хирургический стационар. С момента поступления больного в приемный покой первоочередной задачей является экспрессдиагностика перитонита, обтурационных и гнойнодеструктивных форм острого холецистита, выявление и оценка тяжести сопутствующих заболеваний. При поступлении должен быть сформулирован развернутый диагноз с указанием основной нозологической единицы, формы воспаления и всех выявленных на этот момент осложнений. Основой экспрессдиагностики 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.

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 (см. приложения). !

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

1. Неотложная операция показана: • при обструкции желчного пузыря и гнойнодеструктивных формах (флегмона, гангрена, перфорация), а также при наличии признаков неотграниченного перитонита (в т.ч. местного), • при неэффективности попытки пробного консервативного купирования острого неосложненного холецистита, • в диагностически неясных ситуациях для исключения деструктивных форм острого холецистита рекомендуется использовать лапароскопию.
2. При отсутствии перитонита и условий для выполнения неотложной операции в ночное время она может быть отложена до утра.
3. Операцией выбора следует считать холецистэктомию. Предпочтение должно отдаваться минимально инвазивным способам ее выполнения (видеолапароскопия, минидоступ) с учетом медицинских показаний и противопоказания к каждому методу, оснащенности конкретного лечебного учреждения и опыта оперирующей бригады. Показаниями к интраоперационной холангиографии при выполнении холецистэктомии являются: наличие мелких (меньше 3 мм) конкрементов в желчном пузыре, признаков желчной гипертензии (по данным УЗИ), гипербилирубинемия, указание в анамнезе на приступы холедохеальных колик. Интраоперационная холангиография может быть заменена предоперационными

(МРхолангиография, ЭРХПГ) или другими интраоперационными (интраоперационное УЗИ желчных протоков, интраоперационная фиброхолангиоскопия) исследованиями. Наличие сопутствующего острого отека в поджелудочной железе не является противопоказанием к холецистэктомии. Ложе желчного пузыря после достижения гемостаза при остром холецистите лучше не ушивать. В подпеченочное пространство рекомендуется устанавливать контрольный (сигнальный) дренаж. Мероприятия, направленные на выявление и устранение патологии протоков и БСДК должны предприниматься на всех этапах лечения больных острым холециститом: перед абдоминальной , во время ее выполнения и в послеоперационном периоде. Вмешательства на протоках (холедохотомия, холедохолитотомия, различные виды дренирования холедоха) выполнимы при ЛХЭ, но требуют дополнительного оснащения и достаточной квалификации хирурга. Выполнение данного этапа операции при МХЭ требует меньших затрат и технически легче осуществимо. Чресфистульная санация желчных протоков в послеоперационном периоде в качестве завершающего этапа лечения может проводиться после перевода больных в специализированные отделения, располагающие специализированным оборудованием. Удаленный желчный пузырь для верификации диагноза должен быть направлен на гистологическое исследование. Предварительное продольное рассечение и осмотр его слизистой оболочки оперирующим хирургом повышают точность диагностики. Экссудат, содержимое абсцессов и фрагменты желчного пузыря должны направляться на бактериологическое исследование для идентификации микрофлоры и уточнения ее чувствительности к антибиотикам.

Список литературы

- 1 «Острый холецистит»: Андрей Черепанин, Олег Луцевич, Эдуард Галлямов, Андрей Поветкин 2016г.
2. « Стратегия и тактика неотложной абдоминальной хирургии» :Александр Ковалев 2015г.
3. «Хирургические болезни »: Селезнёва Т.Д.

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 10 группы
Салиховой Р.Г.**

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.