

ФГБОУ ВО Волгоградский государственный медицинский университет  
Кафедра хирургических болезней педиатрического и стоматологического  
факультетов

**НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА НА ТЕМУ : "ТАКТИКА  
ХИРУРГА ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ".**

**Выполнил:**

студент 2 группы 4 курса  
педиатрического  
факультета Мостовой М.А

*Проверил:  
Куртешко Ю.В  
и ст. пр. Ш.*

Волгоград 2018 г.

## Диагностика острого холецистита.

В начале хирург проводит диагностику острого холецистита, включающая в себя клинические проявления, а также результаты лабораторных и специальных исследований.

Объем этих исследований при остром холецистите невелик. Основными их задачами являются: 1. Подтверждение воспалительной природы заболевания; 2. Установление топической локализации; 3. Определение степени тяжести имеющихся поражений; 4. Выявление признаков возможных сопутствующих заболеваний; 5. Определение характера и тяжести функциональных нарушений жизненно важных органов и систем.

При исследовании клинического анализа крови выявляется лейкоцитоз  $10 \times 10^6$ - $15 \times 10^6$ /л. При деструктивных формах и осложнениях этот показатель может достигать  $20 \times 10^6$ - $30 \times 10^6$ /л. Наблюдается также сдвиг влево в лейкоцитарной формуле, увеличение СОЭ. Следует помнить, что в пожилом и старческом возрасте эти изменения могут быть нерезко выраженными или отсутствовать, несмотря на имеющийся деструктивный холецистит. В анализе мочи при остром холецистите может выявляться умеренная лейкоцитурия, повышение относительной плотности мочи, наличие желчных пигментов, белка.

Биохимические тесты могут выявить при остром холецистите следующие изменения. Наблюдается незначительное повышение концентрации в плазме билирубина в пределах  $34$ - $68$  мкмоль/л ( $2$ - $4$  мг/100 мл), свидетельствующее о воспалительной реакции желчных протоков. При более значительном повышении этого показателя следует думать об обтурации желчных протоков или развитии осложнений со стороны печени или поджелудочной железы. При остром холецистите можно также выявить небольшое повышение в крови уровня щелочной фосфатазы, 5-нуклеотидазы и лейцино-амино-пептидазы. Иногда кратковременно увеличивается активность плазменной амилазы до  $100$  мг(час-мл) или более.

Рентгенологические исследования, которые ранее использовались в диагностике острого холецистита, в настоящее время потеряли свое значение. Обзорная рентгенография в редких случаях позволяет выявить увеличение желчного пузыря. У 15% больных конкременты в желчном пузыре содержат кальций, что делает их обнаруживаемыми на обзорной рентгенограмме. Контрастная пероральная холецистография или внутривенная холецистохолангиография при остром холецистите неинформативны в связи с отсутствием концентрационной функции желчного пузыря.

Весьма эффективна специальная диагностика острого холецистита с помощью ультразвукового сканирования. Это исследование выявляет конкременты в желчном пузыре, отек и утолщение стенки, двойной контур стенки желчного пузыря, его увеличение.



Исследованию должны подвергнуться также желчные протоки, печень, поджелудочная железа, что позволяет идентифицировать как изменения этих органов, симулирующие острый холецистит, так и развивающиеся осложнения, связанные с распространением воспаления на эти органы. Обычно ультразвуковое сканирование позволяет получить всю информацию, необходимую для диагностики всех форм острого холецистита и его осложнений.

Если результаты УЗИ спорны или отрицательны, альтернативно или дополнительно следует прибегнуть к радионуклидному экскреционному сканированию, компьютерной томографии, магнитной резонансной томографии. Существенную роль при трудностях в диагностике острого холецистита играет метод лапароскопии. Особенно эффективен он при проведении дифференциального диагноза. Показания к лапароскопии при остром холецистите следующие:

1. Неясность диагноза вследствие стертости или неубедительности клинических проявлений острого холецистита и невозможности его установления другими методами.

2. Необходимость установить характер и тяжесть воспалительных изменений желчного пузыря и возможных осложнений у больных с высоким риском операции.

3. Обоснование выбора адекватного метода лечения.

При установлении диагноза и формы острого холецистита лапароскопическая технология позволяет выполнить эндовидеохирургическое вмешательство.

При осложненных формах острого холецистита, обусловленных обструкцией или сдавлением желчных протоков, показана трансдуоденальная ретроградная холангиопанкреатография. Она осуществляется при дуоденоскопии путем конюлирования большого дуоденального соска и введении через него в желчные протоки контрастного вещества. При успешном проведении этого исследования удается выявить причину обструкции желчных протоков - конкременты, стриктуры. Также устанавливается их локализация, протяженность. Эндоскопическая трансдуоденальная катетеризация большого дуоденального соска позволяет в случае необходимости выполнить рассечение стриктуры терминального отдела общего желчного протока или, путем рассечения сфинктеров папиллы, способствовать беспрепятственному отхождению конкрементов.

## Лечение острого холецистита.

### Консервативное лечение

Независимо от того, является консервативная терапия самостоятельным методом лечения или дополняет оперативное вмешательство, она должна включать следующие мероприятия:

1. Обеспечение общего и функционального покоя;
2. Обезболивание;
3. Антибактериальную терапию;
4. Детоксикационную терапию;
5. Коррекцию метаболических нарушений.

*Обеспечение общего покоя и функционального покоя* для желчевыделительной системы достигается постельным режимом, голодом на 2-3 дня с последующим постепенным переходом на щадящую диету, опорожнением и промыванием желудка через зонд, назначением спазмолитиков (но-шпа, платифиллин, папаверин).

*Обезболивание* осуществляется с помощью ненаркотических анальгетиков, лечебных новокаиновых блокад. Наиболее распространенными новокаиновыми блокадами являются паранефральная блокада и блокада круглой связки печени. Недопустимым является назначение наркотических анальгетиков.

*Антибактериальная терапия* является важнейшим компонентом консервативной терапии. Основную роль в этой терапии играют антибиотики. Эффективность лечения во многом зависит от правильного выбора препарата. Для того, чтобы избранный антибиотик выполнил эту роль, он должен:

- Действовать на микрофлору в присутствии желчи;
- Создавать высокую концентрацию в желчи;
- Быть малотоксичным для печени;
- Обладать широким спектром действия.

Эффективными при остром холецистите являются препараты из группы синтетические пенициллины, аминогликозиды. Целесообразно использование сульфаниламидов.

*Дезинтоксикационная терапия* основывается на внутривенном введении полиионных растворов, гемодеза, неоконпенсана, низкомолекулярных декстранов. Дезинтоксикационное действие оказывает глюкогенизация печени: введение 10-20-40% растворов глюкозы (до 250-300мл в сутки). Не забывая о гипокалиемическом эффекте глюкозы, одновременно с введением глюкозы следует вводить раствор хлористого калия.



У ряда больных показано использование метода форсированного диуреза. Применение экстракорпоральных методов детоксикации – гемосорбции, плазмасорбции, плазмофереза – показано лишь при тяжелой интоксикации, желтухе, печеночной недостаточности.

*Коррекция метаболических нарушений* – важная задача консервативной терапии. Она включает внутривенное введение растворов электролитов, витаминов. Необходимо назначение средств, стимулирующих регенерацию печеночных клеток. Это важно при длительном течении заболевания, желтухе, холангите. Усилить синтез белка можно с помощью белковых гидролизатов, плазмы, аминокислотных смесей, анаболических гормонов (неробол, неробол). Положительно сказывается на функции печени применение лигалона, ЛИВ-52, эссенциале, липокаина.

### **Хирургическое лечение острого холецистита.**

В настоящее время операции при остром холецистите стали стандартными хирургическими вмешательствами. Существуют и применяются различные варианты техники операций, которые в целом разработаны детально. Операции при остром холецистите бывают экстренными, срочными и плановыми.

Экстренные операции выполняются немедленно или в первые 2 часа после установления диагноза. Отсрочка на несколько часов может быть связана с тяжелым состоянием больного, что требует интенсивной предоперационной подготовки. Эта подготовка должна быть направлена на коррекцию нарушений жизненно важных функций и профилактику осложнений при проведении обезболивания и операции. Показаниями к экстренной операции являются: 1) деструктивные формы острого холецистита (флегмонозный, гангренозный); 2) острый холецистит, осложненный перфорацией стенки желчного пузыря; 3) острый холецистит, осложненный развитием перитонита (местного, разлитого, диффузного).

Срочные операции выполняются через 24-48 часов после установления диагноза. Показаниями к срочной операции являются: 1) безуспешность консервативного лечения, которое не приводит к обратному развитию воспалительных изменений в желчном пузыре и при этом нарастают как местные, так и общие признаки острого холецистита; 2) осложненные формы острого холецистита (эмпиема желчного пузыря, перипузырный инфильтрат, подпеченочный абсцесс, нарастающая желтуха вследствие обтурации желчных протоков или холангита, прогрессирующий гепатит, абсцессы печени, острый холепанкреатит).

Больные, у которых в результате комплексной консервативной терапии стихают местные и общие признаки острого холецистита, подлежат обследованию, проводимому параллельно с консервативным лечением, и плановому хирургическому лечению. Конкретные показания к плановой операции определяются на основании данных обследования,



свидетельствующих о наличии ЖКБ, хронического холецистита и вовлечении в хронический воспалительный и рубцово-спаечный процесс других органов брюшной полости.

#### *Обезболивание.*

Оптимальным методом обезболивания при операциях по поводу острого холецистита является эндотрахеальный наркоз с применением мышечных релаксантов.

В условиях общей анестезии возможно выполнить операцию в короткие сроки и с минимальной травмой. При этом облегчаются манипуляции на желчных протоках и, в случае необходимости, на других органах брюшной полости; обеспечивается профилактика интраоперационных осложнений. Возможна регионарная анестезия - эпидуральная, спинномозговая.

#### **Техника оперативного вмешательства.**

Важное значение при операциях по поводу острого холецистита имеет хирургический доступ. Предложено более 20 вариантов хирургического доступа. Наиболее распространенными являются верхняя срединная лапаротомия, косые разрезы Кохера, Курвуазье; угловые разрезы Федорова, Рио-Бранко, Черни. Наиболее часто в настоящее время используется верхняя срединная лапаротомия. В последнее время при выполнении операции у больных острым холециститом все чаще используется эндовидеохирургическая технология. При этом оперативное вмешательство выполняется не из разреза передней брюшной стенки, а через проколы ее. Через эти проколы в брюшную полость вводятся специальные инструменты, с помощью которых выполняется операция.

Объем оперативного вмешательства при остром холецистите определяется общим состоянием больного, тяжестью основного заболевания, наличием и характером возникающих осложнений. В зависимости от этих обстоятельств характер операции может быть радикальным и паллиативным. Радикальная операция заключается в удалении патологического субстрата и восстановлении утраченных функций. Окончательное решение об объеме оперативного вмешательства принимается после ревизии и использования специальных интраоперационных методов обследования желчных протоков и органов брюшной полости. К этим методам относятся интраоперационные холангиография, холангиоанометрия, ультразвуковое исследование.



При остром холецистите следует различать два вида радикальных операций. В случаях, когда локализация патологического процесса ограничивается только желчным пузырем, выполняется операция холецистэктомия.

При осложненных формах острого холецистита, когда в воспалительный процесс вовлечены внепеченочные желчные протоки и рядом расположенные органы брюшной полости, выполняется расширенная холецистэктомия. Расширенной она называется в связи с тем, что помимо удаления желчного пузыря, выполняются дополнительные вмешательства: холедохотомия, холедохолитотомия, холедоходуоденостомия, холецистохоледо-хоеюностомия, папиллосфинктеротомия и пластика, наружное дренирование желчных протоков.

Холецистэктомия - удаление желчного пузыря - может быть выполнена двумя способами: антеградно "от дна" и ретроградно "от шейки". Каждый из этих методов имеет свои показания. Предпочтение, как правило, отдается ретроградной холецистэктомии. Холецистэктомия "от дна" показана при воспалительных инфильтратах в области шейки желчного пузыря и гепатодуоденальной связки, когда сложно обнаружить пузырные артерию и проток и, следовательно, высока опасность их повреждения.

Методика ретроградной холецистэктомии состоит в следующем. Обнаруживается пузырный проток на всем протяжении от шейки желчного пузыря до впадения его в общий желчный проток. Проток выделяется, перевязывается и прошивается. Затем должна быть перевязана пузырная артерия. Важным ориентиром для ее обнаружения является треугольник Кало, образованный снизу желчным пузырем и пузырным протоком, сверху - правой долей печени, а медиально - общим желчным протоком. Пузырная артерия в 74% случаев находится внутри этого треугольника, латеральнее пузырного протока.

Другим анатомическим ориентиром может послужить лимфатический узел Mascagni, расположенный между телом и шейкой желчного пузыря. Артерия в 75% случаев располагается непосредственно над этим узлом. Пузырная артерия выделяется, перевязываются ее проксимальная и дистальная части, после чего сосуд пересекается.

Следует помнить, что в анатомическом строении пузырных артерии и протока возможны аномалии. Во избежание ятрогенных повреждений желчных протоков и сосудов печеночно-дуоденальной связки, необходимо тщательно выделить и идентифицировать их. В сложных ситуациях необходимо прибегать к рентгенологическому исследованию (холангиографии), диафаноскопии во время операции.

После лигирования и пересечения пузырных артерии и протока желчный пузырь может быть удален субсерозно или вместе с серозной оболочкой, если она вовлечена в воспалительный процесс или рубцово



изменена. При этом пересекаются и коагулируются мелкие сосуды и желчные протоки, идущие от печени непосредственно к желчному пузырю.

Антеградная холецистэктомия производится с выполнением тех же манипуляций, но в обратном порядке. Вначале выделяется дно и тело желчного пузыря, после чего он смещается влево и кпереди. Затем обнаруживаются, перевязываются и пересекаются пузырные артерия и проток.

Операция холецистэктомии завершается обязательным дренированием брюшной полости. При неосложненном холецистите оставляется один дренаж в подпеченочном пространстве. Как правило, он удаляется через 2-3 дня после операции, когда полностью эвакуируется излившееся из ложа желчного пузыря небольшое количество крови и желчи.

При остром холецистите, осложненном перитонитом, дренирование брюшной полости осуществляется в соответствии с принципами лечения перитонита.

У больных с некоторыми осложненными формами острого холецистита (холедохолитиазом, холангитом, холепанкреатитом) холецистэктомия должна быть дополнена операциями на внепеченочных желчных протоках. Наиболее частой из них является холедохотомия. Вскрытие общего желчного протока должно осуществляться продольным разрезом в супрадуоденальной части. После этого становится возможным удаление конкрементов (холангиолитотомия), промывание протоков. Весьма полезным может стать визуальное исследование протоков с помощью холедохоскопа.

Холедохотомия при остром осложненном холецистите должна завершаться дренированием желчных протоков. Дренирование желчных протоков может быть наружным и внутренним. После холангиолитотомии при холангите и холепанкреатите предпочтительным является наружное дренирование желчных протоков, которое может быть осуществлено по разным методикам. Наиболее часто употребляются методики Кера, Вишневого. При достаточно широком просвете пузырного протока наружное дренирование при холангите и холепанкреатите может быть выполнено по методу Холстеда.

Наружный дренаж осуществляет декомпрессию желчных протоков и дает возможность их послеоперационной санации в течении 2-3 недель. Как правило, в эти сроки ликвидируется желтуха со снижением уровня билирубина до нормального уровня, исчезают признаки желчной гипертензии, ликвидируются признаки холангита и холепанкреатита. В этих случаях, а также если при контрольной холангиографии в желчных протоках не обнаруживаются забытые (резидуальные) конкременты, дренаж удаляется.

В тех случаях, когда выявляется резидуальный холедохолитиаз, дренаж может быть использован для удаления конкрементов.



Удаление оставленных в желчных протоках камней может быть осуществлено механическим путем под рентгенологическим контролем или путем растворения препаратами дезоксихолевой кислоты. При конкрементах, вколоченных в ампулу Фатерова соска, их перемещение в просвет двенадцатиперстной кишки можно осуществить с помощью эндоскопической трансдуоденальной сфинктеротомии.

Внутреннее дренирование желчных протоков при осложненном остром холецистите допустимо в редких случаях. Если не все камни могут быть удалены из желчных протоков, особенно у больных с высоким риском повторных операций, некоторые хирурги выполняют холедоходуоденостомию или холедохоеюностомию.

При вколоченных камнях Фатерова соска возможно также выполнение трансдуоденальной холедохотомии со сфинктеротомией. Внутреннее дренирование желчных протоков, приводя к нарушению их анатомической и физиологической автономии по отношению к пищеварительному тракту, часто сопровождается упорно и тяжело протекающим восходящим холангитом.

Альтернативными методами операций при остром холецистите являются лапароскопические вмешательства. *Лапароскопическая холецистэктомия* у больных острым холециститом выполняется по тем же показаниям, что и традиционная операция. Несколько отличаются противопоказания. Противопоказания к лапароскопической холецистэктомии делятся на общие и местные, абсолютные и относительные.

### ***Абсолютные противопоказания***

#### **Общие**

- Сердечно-сосудистые заболевания в стадии субкомпенсации или декомпенсации.

Лапароскопическая холецистэктомия требует предварительного создания напряженного пневмоперитонеума до 12-15 мм. рт. ст. В условиях значительного повышения внутрибрюшного давления наблюдается высокое стояние диафрагмы и ограничение ее подвижности, что резко отрицательно влияет на систему кровообращения.

- Заболевания легких с проявлением дыхательной недостаточности.

У больных с заболеваниями легких, особенно острой пневмонией, обструктивными поражениями трахеи и бронхов, пневмоперитонеум может существенно усугубить дыхательную недостаточность, несмотря на проведение искусственной вентиляции легких.

- Беременность.

В ранние сроки беременности существует опасность развития при повышенном внутрибрюшном давлении неконтролируемого ацидоза у плода и угроза выкидыша. В поздние сроки беременности увеличенная матка

значительно усложняет наложение пневмоперитонеума и введение троакаров, а также ограничивает доступ к органам и манипуляции.

### **Местные**

- Обширные воспалительные изменения передней брюшной стенки. Пневмоперитонеум задерживает венозный возврат по системам верхней и нижней полых вен. Это приводит к повышению внутричерепного давления.

### ***Относительные противопоказания***

#### **Общие**

- Заболевания головного мозга.

- Острый и хронический тромбоз вен нижних конечностей и таза. Пневмоперитонеум создает опасность тромбоэмболии легочной артерии.

- Нарушения в свертывающей системе крови.

Остановка кровотечения из ложа желчного пузыря с помощью коагуляции может оказаться сложной или невозможной. Часто возникают обширные гематомы в месте проколов передней брюшной стенки.

### **Местные**

- Перенесенные ранее операции на органах брюшной полости. Выраженный спаечный процесс в результате перенесенных ранее операций может оказаться серьезным препятствием для выполнения лапароскопической холецистэктомии. Наибольшая сложность связана с пункцией живота для наложения пневмоперитонеума и введение первого троакара.

Лапароскопическая холецистэктомия выполняется с использованием специального комплекта аппаратуры. Основными элементами этого комплекта являются лапароскопы, световод, видеомонитор с телекамерой, осветитель, инсуфлятор для введения в брюшную полость газа, электрохирургический блок, аквапурактор. Для выполнения лапароскопических операций используются специальные инструменты. Техника лапароскопической холецистэктомии и основные этапы ее выполнения мало отличаются от описанных выше традиционных методик.

Наряду с радикальной холецистэктомией, в редких случаях при остром холецистите используется органосохраняющая операция - *холецистостомия*.

Холецистостомия - малообоснованная операция при остром холецистите, так как не устраняет основной очаг воспаления. Она вынужденно выполняется в тех случаях, когда из-за тяжести общего



состояния больного холецистэктомия представляется крайне рискованной или технически невыполнимой. Выведение через свищ инфицированной желчи, гноя иногда позволяет купировать воспаление в стенке желчного пузыря. При наличии или прогрессировании деструктивных изменений холецистостомия может оказаться бесполезной.

При хирургическом лечении острого холецистита могут наблюдаться следующие осложнения.

1. Перитонит (гнойный, желчный).
2. Подпеченочный, поддиафрагмальный абсцесс.
3. Оставленные камни желчных протоков.
4. Острый панкреатит.
5. Холангит.
6. Гепатит, абсцессы печени.
7. Стриктуры желчных протоков.
8. Повреждения желчных протоков.
9. Несостоятельность швов культи пузырного протока
10. Послеоперационные кровотечения.

### **Прогноз.**

Общая летальность при остром холецистите составляет 1,5 - 5,0 %. Смертность при неосложненном холецистите 0,5 - 1,0%, при осложненном 2,0 - 7,0%. Почти все летальные исходы наблюдаются у больных пожилого и старческого возраста, а также у больных с тяжелыми заболеваниями сердечнососудистой и дыхательной систем, диабетом. Существенно повышают возможность летальных исходов такие осложнения, как перитонит, холангит, холепанкреатит. Осложнения чаще развиваются при деструктивных формах острого холецистита. Более ранняя госпитализация и своевременная холесцистэктомия снижают риск таких осложнений.

### Список литературы:

1. Мерзликин Н. В. Хирургические болезни: учебник по спец. 060101.65 "Леч. дело" дисциплины "Хирургические болезни" В 2-х тт. Том 2 [Текст] / Мерзликин Н. В., Бражникова Н. А., Альперович Б. И. и др.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.- 600 с.: ил., цв. ил.- Библиогр. : С.398-399 .
2. Савельев В. С. Хирургические болезни: учебник. - В 2 т. [Электронный ресурс] / Под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.- Т.2.- 400 с: ил. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>
3. Михин И. В. Желчнокаменная болезнь. Острый холецистит : учебное пособие для спец. : 060101 "Леч. дело" ; 060103 "Педиатрия" ; 060105 "Стоматология" ; 060104 "Мед.-профилакт. дело" [Текст] / Михин И. В., Голуб В. А. ; Минздравсоцразвития РФ.- Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2011.- 86 с.
4. Винник Ю. С. Желчнокаменная болезнь и постхолецистэктомический синдром: монография [Текст] / С. В. Миллер, Е. В. Серова и др.; ГОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого.- Красноярск: Версо, 2010.- 232 с.



## 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 2 группы  
Мостового М.А.**

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 знаний 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.