

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

Научно-исследовательская работа
«Острый холецистит»

Выполнила: студентка 4 курса, 6 группы,
педиатрического факультета
Кондратьева Анастасия Сергеевна

Проверил:
Кухтенко Ю. В.
и ст. пр. Крив

Оглавление

Введение	3
Этиология и патогенез	4
Классификация.....	6
Клиническая картина.....	8
Диагностика.....	11
Лечение	14
Список литературы.....	19

Введение

Острый холецистит — это острое воспаление желчного пузыря.

Острый холецистит может сочетаться с холангитом и панкреатитом. Каждое из этих осложнений имеет свои клинические проявления и требует различной лечебной тактики.

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).

Проблема острого холецистита на протяжении последних трех десятилетий является актуальной как вследствие широкого распространения заболевания, так и в связи с наличием множества спорных вопросов. 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.

Этиология и патогенез

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 шламмом и др. В патогенезе заболевания (острого воспаления) важное значение придают лизолецитину (конвертируется из лецитина желчи фосфолипазой А, высвобождающейся при травме слизистой желчного пузыря) и повышенной продукции простагландинов Е 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». У 10-15% больных ишемия стенки желчного пузыря, развивающаяся на фоне внутрипузырной гипертензии, приводит к некрозу, перфорации, местному или диффузному перитониту. Чаще формируется перивезикальный (подпеченочный, поддиафрагмальный) абсцесс. При газообразующей флоре – эмфизематозный желчный пузырь.

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. 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.

Классификация

Для определения показаний к операции при остром холецистите необходимо знание современной классификации, основой которой является классификация С.П. Федорова:

А. 1. Острый первичный холецистит с исходами в:

- а) полное выздоровление;
- б) первичную водянку;
- в) вторичную воспалительную водянку.

2. Хронический неосложненный рецидивирующий холецистит.

3. Осложненный рецидивирующий холецистит с подразделением на:

- а) гнойный холецистит, обозначаемый также совершенно неподходящим названием острой эмпиемы пузыря;
- б) язвенный холецистит;
- в) гангренозный холецистит;
- г) острое или хроническое гнойное скопление в пузыре.

4. Склероз пузыря со сморщиванием, утолщением и обызвествлением стенок пузыря.

5. Актиномикоз пузыря.

6. Туберкулез пузыря.

Б. Воспаление желчных протоков:

- а) подострый холангит;
- б) острый холангит;
- в) гнойный холангит.

Существуют так же и другие классификации острого холецистита.

Лаконична классификация И.А. Беличенко:

1) Не осложненный холецистит.

2) Осложненный холецистит:

- экстрапузырное распространение процесса (перивисцирит, инфильтрат, абсцессы, перитонит);
- распространение процесса по каналам (холангит).

А.М. Джавадян классифицирует холецистит по морфологическому признаку:

1) простой холецистит: катаральный, водянка, хронический не осложненный холецистит;

2) деструктивный холецистит: флегмонозный, эмпиема, гангренозный, прободной, острый холецистопанкреатит, холангиты, острая и хроническая закупорка общего желчного протока.

Согласно Международной классификации болезней (МКБ-10) выделяют:

1) холецистит (без холелитиаза);

2) острый холецистит (эмфизематозный, гангренозный, гнойный, абсцесс, эмпиема, гангрена желчного пузыря).

Клиническая картина

Клиника острого холецистита зависит от патологоанатомических изменений в желчном пузыре, длительности и течения заболевания, наличия осложнений и реактивности организма. Обычно острый холецистит начинается внезапно. Развитию острых воспалительных явлений в желчном пузыре нередко предшествует приступ кратковременной желчной колики. Заболевание начинается приступом болей в области желчного пузыря, интенсивность которой по мере прогрессирования заболевания нарастает. Боли иррадируют 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. Пульс при простых холециститах учащается соответственно температуре, при деструктивных и, особенно, перфоративных холециститах с развитием перитонита отмечается тахикардия до 100-120 ударов в минуту.

Кожные покровы обычной окраски. Появление яркой желтухи кожи и склер указывает на механическое препятствие оттоку желчи в кишечник, что может быть связано с обтурацией желчного протока камнем или со стриктурой терминального отдела общего желчного протока.

Живот при пальпации болезненен в области правого подреберья. В этой же области определяется напряжение мышц и симптомы раздражения брюшины, особенно выраженные при деструктивных холециститах и развитии перитонита.

Специфические симптомы острого холецистита: симптомы Ортнера, Кера, Мерфи и Мюсси-Георгиевского (френикус-симптом). Симптом Ортнера - боль при поколачивании по правой реберной дуге; симптом Кера - усиление боли в правом подреберье при глубоком вдохе, когда пальпирующая рука находится над воспаленным желчным пузырем; симптом Мерфи - произвольная задержка дыхания на вдохе при давлении на область правого

подреберья; симптом Мюсси-Георгиевского - болезненность при пальпации между головками правой грудино-ключично-сосцевидной мышцы.

Острый катаральный холецистит - наиболее легкая форма заболевания, характеризующаяся непродолжительными, умеренной интенсивности болями в правом подреберье, тошнотой и рвотой. Общее состояние больного значительно не страдает. Пульс может учащаться до 90 ударов в минуту, при пальпации живота отмечается локальная болезненность в правом подреберье, симптомы раздражения брюшины отсутствуют, желчный пузырь обычно не увеличен и не пальпируется. Температура тела повышается незначительно, число лейкоцитов в крови может увеличиваться до $11,0 \times 10^9/\text{л}$ без сдвига лейкоцитарной формулы.

При остром флегмонозном холецистите заболевание протекает с яркой клинической картиной: боли носят интенсивный и продолжительный характер с возможной иррадиацией в правую надключичную область или плечо; больных беспокоит тошнота и многократная рвота, резко выражены слабость и недомогание, температура повышается до $38-39\text{ }^\circ\text{C}$ и может держаться в течение нескольких дней. Состояние больного обычно средней тяжести, частота пульса свыше 90 ударов в минуту, язык сухой, живот вздут, значительно болезнен в правом подреберье и нередко в эпигастральной области, иногда имеются явления ограниченного перитонита: резкое напряжение мышц передней брюшной стенки и симптом Щеткина-Блюмберга в правом подреберье; часто пальпируется увеличенный и болезненный желчный пузырь; число лейкоцитов в крови увеличивается до $14-18,0 \times 10^9/\text{л}$, в лейкоцитарной формуле крови - нейтрофильный сдвиг.

При остром гангренозном холецистите больные заторможены, адинамичны или, наоборот, возбуждены, черты лица заострены. Пульс учащается до 100-120 ударов в минуту, язык сухой. Живот становится вздутым, нарастает парез кишечника. Пальпаторно можно отметить некоторое уменьшение болезненности в правом подреберье и степени напряжения мышц живота. Вместе с тем увеличивается число лейкоцитов и сдвиг влево лейкоцитарной

формулы крови. Уменьшение местных проявлений заболевания и нормализация температуры могут расцениваться как признаки улучшения состояния больного, и следствием этого может быть неправильное решение тактических вопросов. Однако усиление общей интоксикации, появление тахикардии при нормальной температуре (симптом «токсических ножниц») и лейкоцитоза крови с увеличением палочкоядерных нейтрофилов указывают на глубокие морфологические изменения желчного пузыря с развитием участков некроза или тотальной гангрены.

Диагностика

Жалобы и анамнез

Жалобы на коликообразные боли, возникшие внезапно или которые развились после продолжительных, постепенно увеличивающихся болей в правой надчревной области.

Локализация болей: под правой реберной дугой, в подложечной области или в правом верхнем квадранте живота. Боли могут быть опоясывающими и проводиться в спину. По мере развития патологического процесса боли становятся более мучительными и постоянными; тошнота и однократная рвота; повышение температуры до 38-39 градусов.

Анамнез: печеночные колики, возникновение болей после нарушения диеты - употребление жирной свинины, майонеза, жареных блюд, холодных напитков, иногда болевой синдром возникает после волнений и нервного потрясения.

Физикальное обследование

Симптомы: при осмотре можно выявить незначительную желтушность кожных покровов, которая может продолжаться после приступа колики до 2 дней.

При осмотре живота больной щадит правую половину при дыхании, при поверхностной пальпации положительные симптомы раздражения брюшины (чаще при флегмонозном или гангренозном остром холецистите).

При пальпации живота определяются следующие симптомы: Симптом Мерфи - произвольная задержка дыхания на вдохе при надавливании на область правого подреберья.

Симптом Кера - болезненность при пальпации в правом подреберье, резко усиливающаяся на вдохе.

Симптом Ортенера - боль при поколачивании внутренним краем кисти по реберной дуге.

Болезненность при надавливании на точку Мюсси (находится между проекциями на кожу ножек правой грудино-сосцевидной мышцы).

Локальный симптом Щеткина-Блюмберга.

Лабораторные исследования

Рекомендовано выполнить: общий анализ крови, биохимический анализ крови, с определением уровня глюкозы, билирубина, креатинина, амилазы крови, АЛТ, АСТ, ЩФ, коагулограмму, определение группы крови и Rh-фактора.

Данные лабораторного исследования: лейкоцитоз, повышение СОЭ отмечаются на 2-е сутки заболевания, при эмпиеме желчного пузыря отмечается нейтрофильный лейкоцитоз; биохимический анализ крови - повышение уровня С-реактивного белка выше 28,6 нмоль/л, щелочной фосфатазы, гамма глутамилтрансферазы, билирубина (синдром холестаза).

Инструментальные исследования

Рекомендовано выполнить ультразвуковое исследование органов брюшной полости.

УЗИ желчного пузыря выявляет наличие камней, позволяет определить размеры органа и толщину его стенки, наличие околопузырного инфильтрата и консистенцию содержимого желчного пузыря.

Ультразвуковыми признаками острого холецистита являются: утолщение стенки желчного пузыря более 2 мм, двойной контур его стенки, увеличение размеров желчного пузыря, наличие вколоченного камня в устье пузырного протока, перивезикальной жидкости, положительного УЗ-признака Мерфи (локальное напряжение желчного пузыря под УЗ-датчиком). По данным УЗИ можно судить о форме воспаления.

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.

Сцинтиграфия гепатопанкреатобилиарной зоны - наиболее достоверный метод верификации острого холецистита, способна прямо указать на обструкцию пузырного протока, чувствительность метода для диагностики ОХ - выше 90%.

Эзофагофиброгастродуоденоскопия – выполняется больным с острым холециститом для исключения патологии со стороны желудка и двенадцатиперстной кишки, патологии большого дуоденального сосочка.

По показаниям проводят лапароскопию, эндоскопическую ретроградную панкреатохолангиографию.

Лечение

Консервативное лечение

Основой консервативной терапии являются: отказ от приема пищи и воды per os, внутривенное введение жидкости и антибактериальная терапия, особенно при наличии признаков обезвоживания и лихорадке. Для купирования болевого синдрома возможно применение НПВП, спазмолитиков или опиоидных анальгетиков.

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.

Медикаментозное лечение:

Растворы спазмолитиков: дротаверин по 40-80 мг до 3 раз в сутки, папаверин по 40-60 мг 3-4 раза в сутки, платифиллина гидротартрат 0,2% - 1,0 подкожно 3 раза в сутки;

Антибактериальная терапия: цефалоспорины третьего поколения / фторхинолоны (цефтриаксон 1г x 2 рвд / ципрофлоксацин 500мг x 2 рвд) + нитроимидазолы (метронидазол 500мг x 3 рвд) в течение 3-х суток, затем перейти на прием per os.

Анальгетики - баралгин или парацетомол 1,0 в/в кап. через 6 ч. (максимальная доза до 4,0 г/сут.)

Восполнение ОЦК - инфузионная терапия (внутривенно растворы кристаллоидов) в зависимости от выраженности водно-электролитных нарушений. Инфузионная терапия в объеме 40 мл на 1 кг массы тела пациента.

Симптоматическая лекарственная терапия:

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.

Хирургическое лечение

Рекомендовано хирургическое лечение холецистита в срок – до 72 часов от начала заболевания.

На сегодняшний день имеются три основные технологии:

- 1) традиционная лапаротомная холецистэктомия;
- 2) лапароскопическая холецистэктомия (в т.ч. по технологии NOTES и SILS);
- 3) холецистэктомия из мини-лапаротомного доступа.

Традиционная холецистэктомия может выполняться из верхнесрединного, косо-поперечного и косо-подреберного разреза Кохера, Федорова, РиоБранка. При этом обеспечивается широкий доступ к желчному пузырю, внепеченочным желчным путям, печени, поджелудочной железе, двенадцатиперстной кишке. Возможен осмотр и пальпация практически всех органов брюшной полости и забрюшинного пространства, выполняема вся программа традиционной ревизии и вмешательств на внепеченочных желчных путях.

У лиц пожилого и старческого возраста с выраженной сопутствующей патологией и высоким операционным риском в качестве первого этапа лечение возможно наложение холецистостомы. Последняя может быть выполнена открытым способом, под контролем УЗИ или лапароскопически. После купирования воспаления в желчном пузыре, в течение 7-14 дней, и

коррекции сопутствующей патологии, больным выполняется холецистэктомия.

Холецистэктомия (ХЭ) состоит из нескольких этапов: выделения элементов шейки желчного пузыря, перевязка пузырного протока и пузырной артерии; удаление желчного пузыря; ушивание его ложа.

Оценка состояния желчных путей во время операции имеет важное значение для определения хирургической тактики. Интраоперационная холангиография осуществляется через культю пузырного протока. Непосредственно перед рентгенографией с операционного поля необходимо убрать лишние хирургические инструменты, а катетер, через который вводится контрастное вещество, расположить так, чтобы его изображение не наслаивалось на желчные пути. Для получения визуализации протоков достаточно использовать 25-30% контрастные вещества. Устранение спазма сфинктера Одди достигается предварительным введением 20 мл теплого новокаина.

Традиционная холецистэктомия позволяет выполнить различные виды наружного дренирования желчных путей: дренаж культи пузырного протока по Холстеду-Пиковскому, Т-образный дренаж по Керу, дренаж-сифон по А.В. Вишневскому.

При сужении терминального отдела холедоха на протяжении 2,5 см и более, множественном холедохолитиазе, а также при неуверенности в полном удалении конкрементов, сочетании стеноза БДС с кистой общего желчного протока или резком его расширении (атония) показано выполнение холедоходуоденостомии (ХДС). Классическими способами ХДС являются: анастомоз бок в бок по Финстереру, анастомоз по Флеркену – сшивание стенок продольно рассеченного протока и Т-образной рассеченной стенки двенадцатиперстной кишки, продольно-поперечный анастомоз по Юрашу.

Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ):

Основные преимущества ЛХЭ перед традиционной холецистэктомией:

- отсутствие большого послеоперационного рубца;

- уменьшение послеоперационного болевого синдрома;
- укорочение послеоперационного койко-дня за счет раннего восстановления физической активности и работоспособности;
- меньшая иммуносупрессия после операции.

Лапароскопическая операция позволяет выполнить осмотр и инструментальную пальпацию органов брюшной полости, осуществить на достаточном уровне безопасности холецистэктомию, провести интраоперационное обследование желчных путей.

Основные этапы ЛХЭ:

- 1) выделение пузырного протока и пузырной артерии;
- 2) клипирование, пересечение пузырного протока и пузырной артерии;
- 3) выделение желчного пузыря от печени с коагуляцией его ложа;
- 4) удаление желчного пузыря из брюшной полости.

Дальнейшее совершенствование лапароскопической техники идет по пути минимизации хирургического доступа, что способствует снижению операционной травмы и улучшает косметические результаты вмешательства. Новое направление в лапароскопической хирургии, при котором сокращается число проколов передней брюшной стенки, а эндоскоп и необходимые инструменты вводятся через естественные отверстия организма, привело к появлению лапароскопических транслюминальных вмешательств с доступом через естественные отверстия (технология NOTES) и лапароскопических операций через один доступ (методика SILS).

Холецистэктомия из мини-лапаротомного доступа (МХЭ) применяется в тех ситуациях, когда создание пневмоперитонеума у пациентов с острым холециститом противопоказано. Основу комплекта инструментов «МиниАссистент», применяемого при МХЭ, составляют кольцевидный ранорасширитель, набор крючков-зеркал и система освещения. Изменением угла наклона зеркала, фиксированного с помощью специального механизма, при разрезе 3-5 см можно получить в подпеченочном пространстве зону

адекватного осмотра и манипулирования, достаточную для выполнения холецистэктомии и вмешательств на протоках.

Список литературы

1. Российское общество хирургов: А.Г. Бебуришвили, М.И. Прудков, С.А. Совцов, А.В. Сажин. Национальные клинические рекомендации «острый холецистит», 2015.
2. Бебуришвили А.Г. Желчная гипертензия и острый холецистит.// 80 лекций по хирургии под ред. В.С. Савельева; М. Литтера, 2008.
3. Желчнокаменная болезнь. Острый холецистит. Учебное пособие / И.В. Михин, В.А. Голуб. Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2011.
4. М.Ю. Кабанов, Д.М. Яковлева. Клинические рекомендации (протокол) по оказанию скорой медицинской помощи при остром холецистите, 2014.
5. Черепанин А.И. Острый холецистит. Издательство: Гэотар-Медиа, 2016.
6. Ильченко А.А. Болезни желчного пузыря и желчных путей: Руководство для врачей. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2011.

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 6 группы
Кондратьевой А.С.**

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.