

ҚР ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МИНИСТРЛІГІ
С.Д.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РК
КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА

СРС

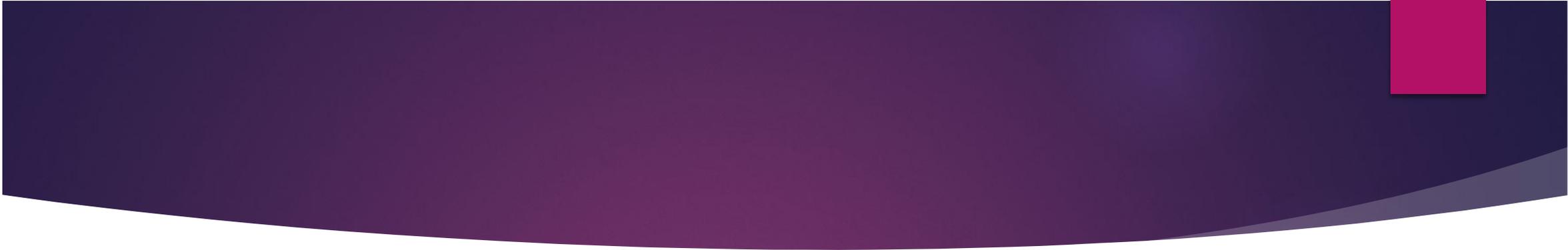
Тема: Холецистит

ГРУППА: ОМ 12-58-01

ВЫПОЛНИЛ:
МАМЫРБЕКОВ ЕРНАР

ПРОВЕРИЛА:
ХАЙДАРОВА Ю.М

АЛМАТЫ 2016



План

- ▶ Актуальность проблемы
 - ▶ Анатомия желчных путей
 - ▶ Этиология
 - ▶ Классификация
 - ▶ Патогенез
 - ▶ Клиническая картина
- Дифференциальная и лабораторная диагностика.
- ▶ Лечение.
 - ▶ Заключение
 - ▶ Литература

Острый холецистит



"Ни в одной области не приходится хирургу бывать иногда в таком затруднительном положении, как при операциях на желчных путях, и нигде нельзя повредить так больному малейшей ошибкой, допущенной при операции"
С.П. Фёдоров

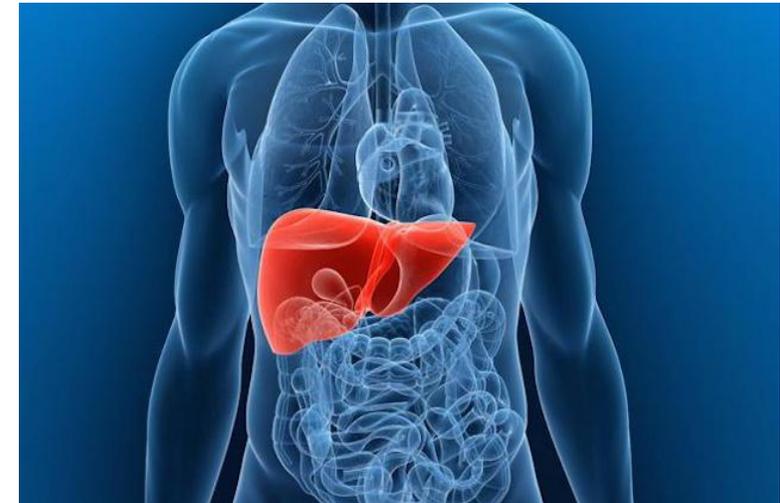
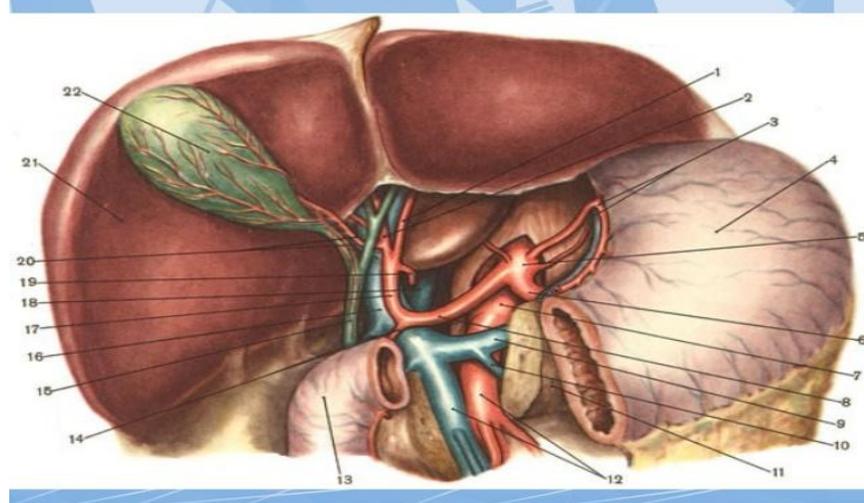
Острый холецистит- это воспаление желчного пузыря

- ▶ Он чаще всего развивается вследствие ЖКБ и является одним из наиболее распространенных хирургических заболеваний и занимает второе место по своей частоте , после аппендицита.

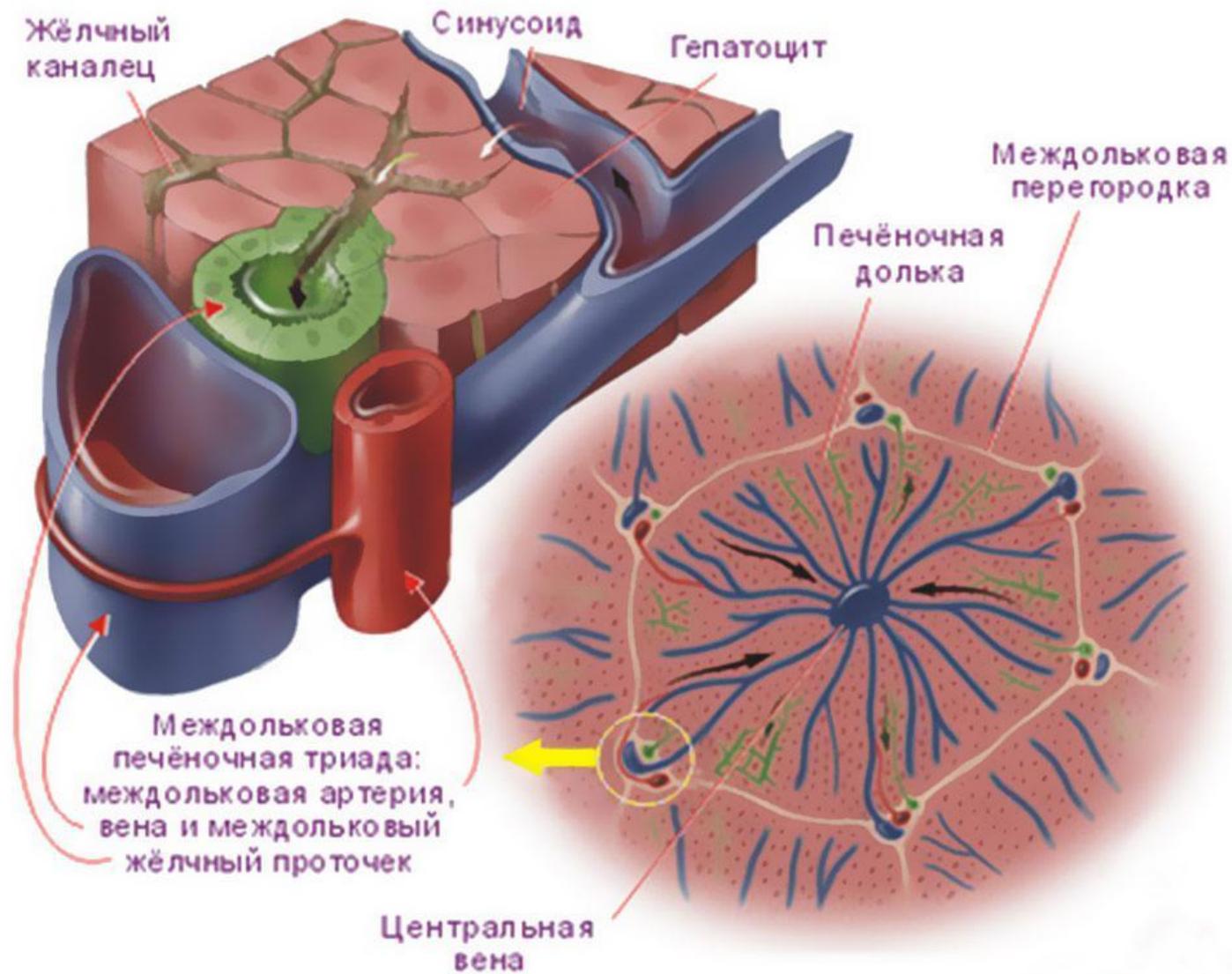
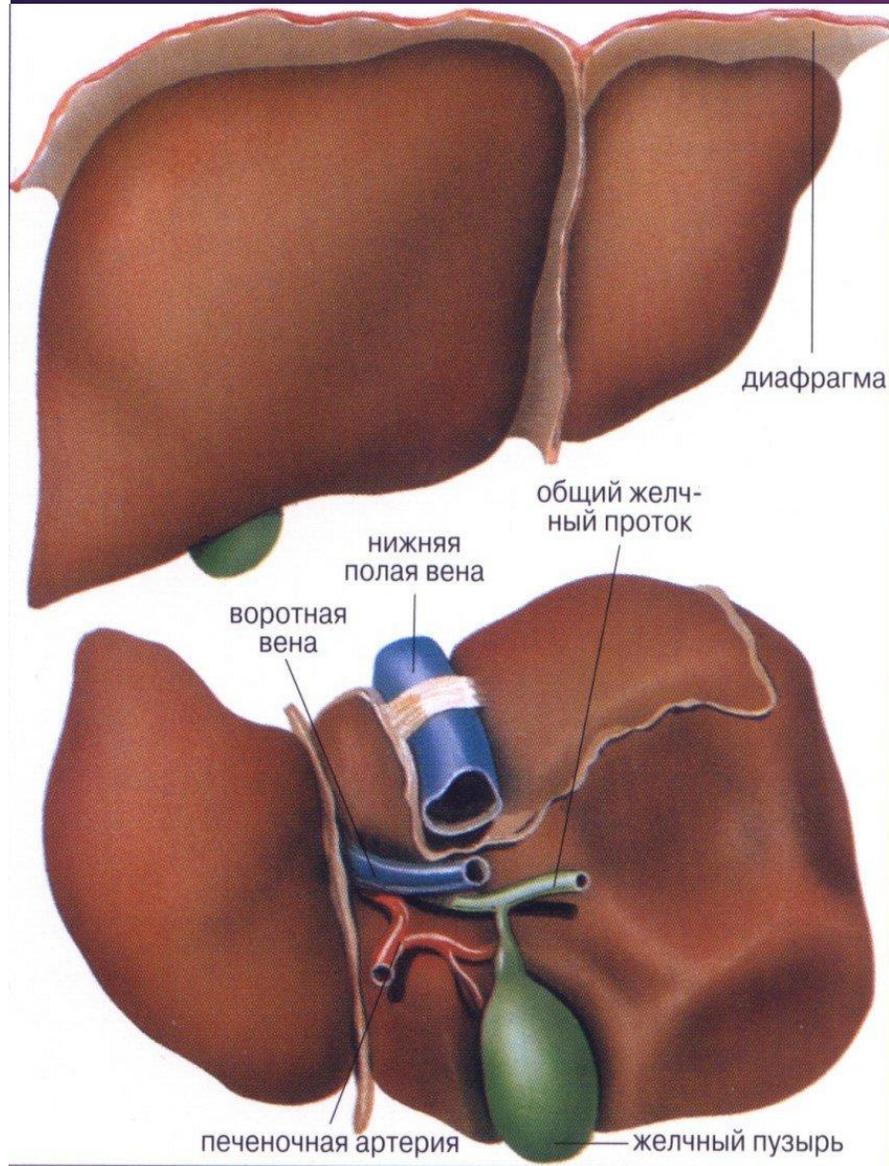


Анатомия желчных путей и желчного пузыря

- ▶ Желчные пути представляют собой систему протоков, которые отводят желчь из печени и желчного пузыря в двенадцатиперстную кишку. Выделяют внутрипеченочные и внепеченочные желчные протоки

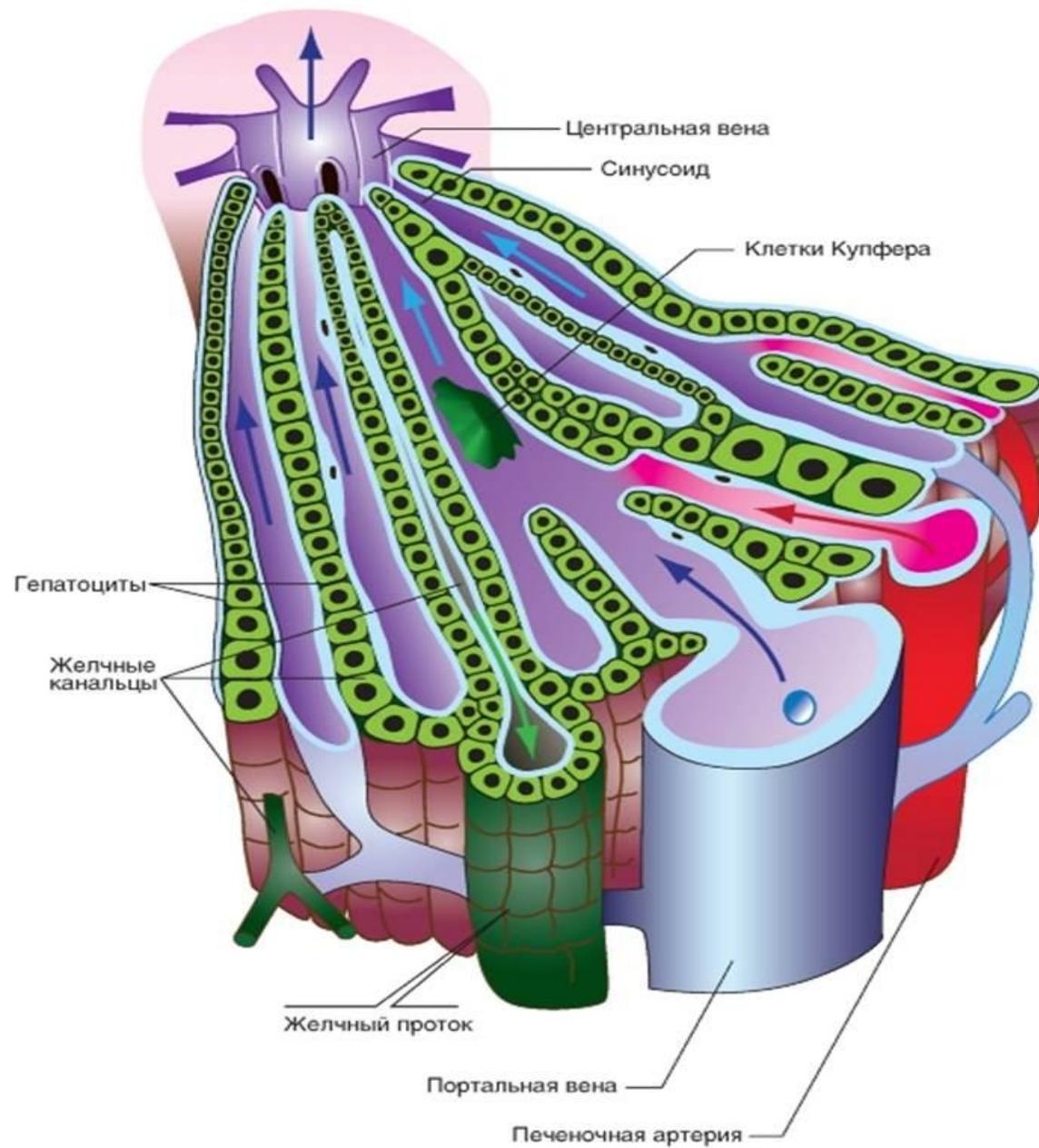


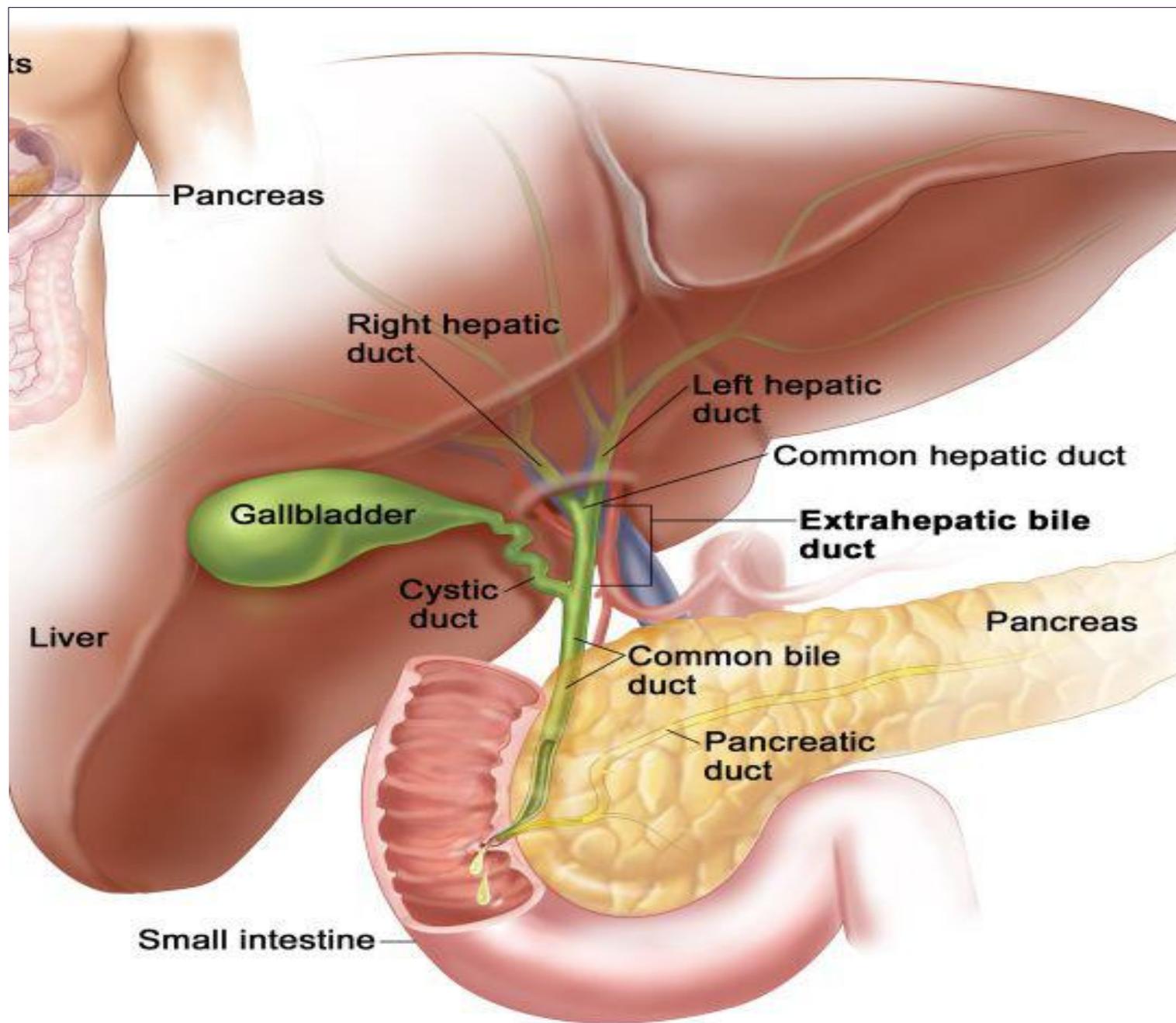
Желчь собирается из долек печени



Печеночная долька

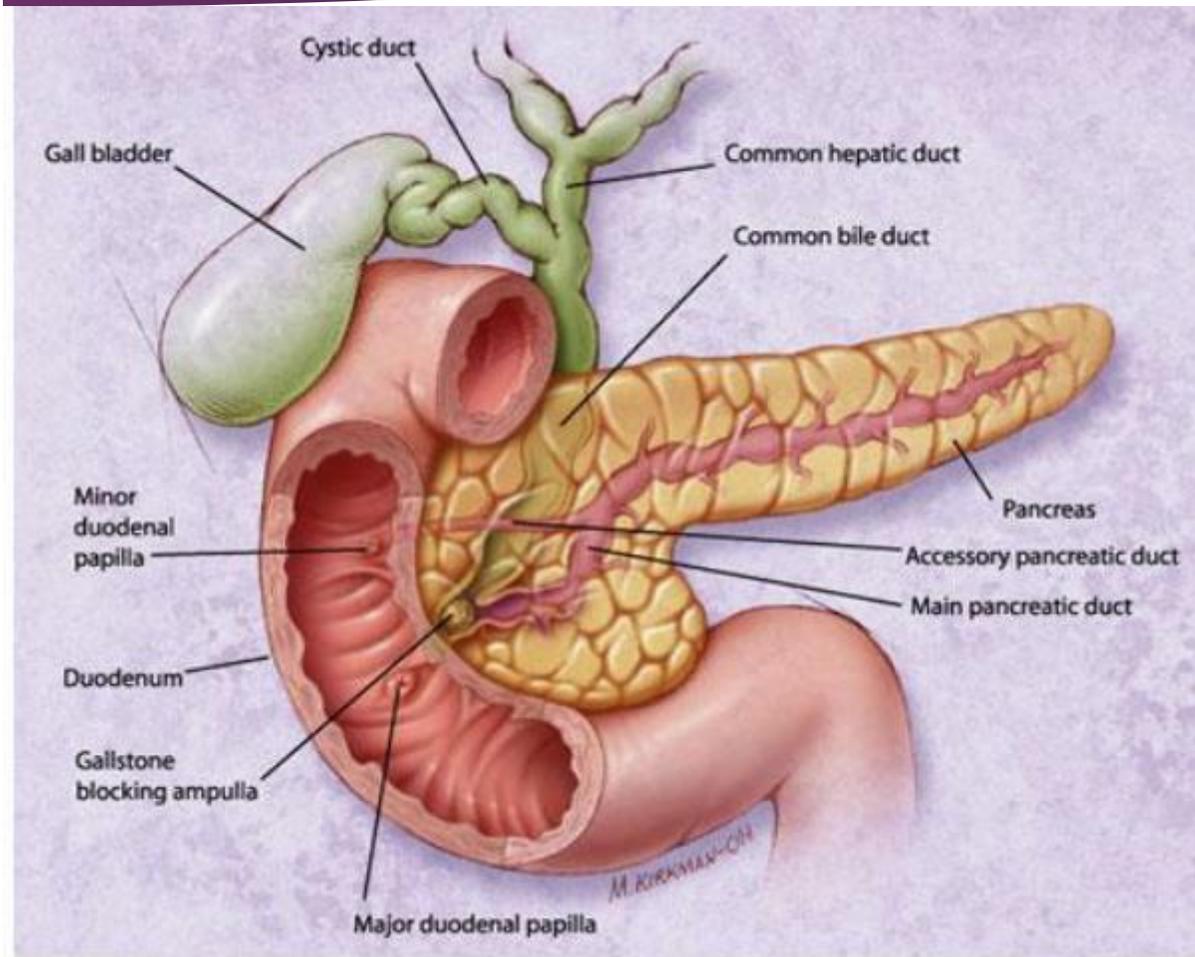
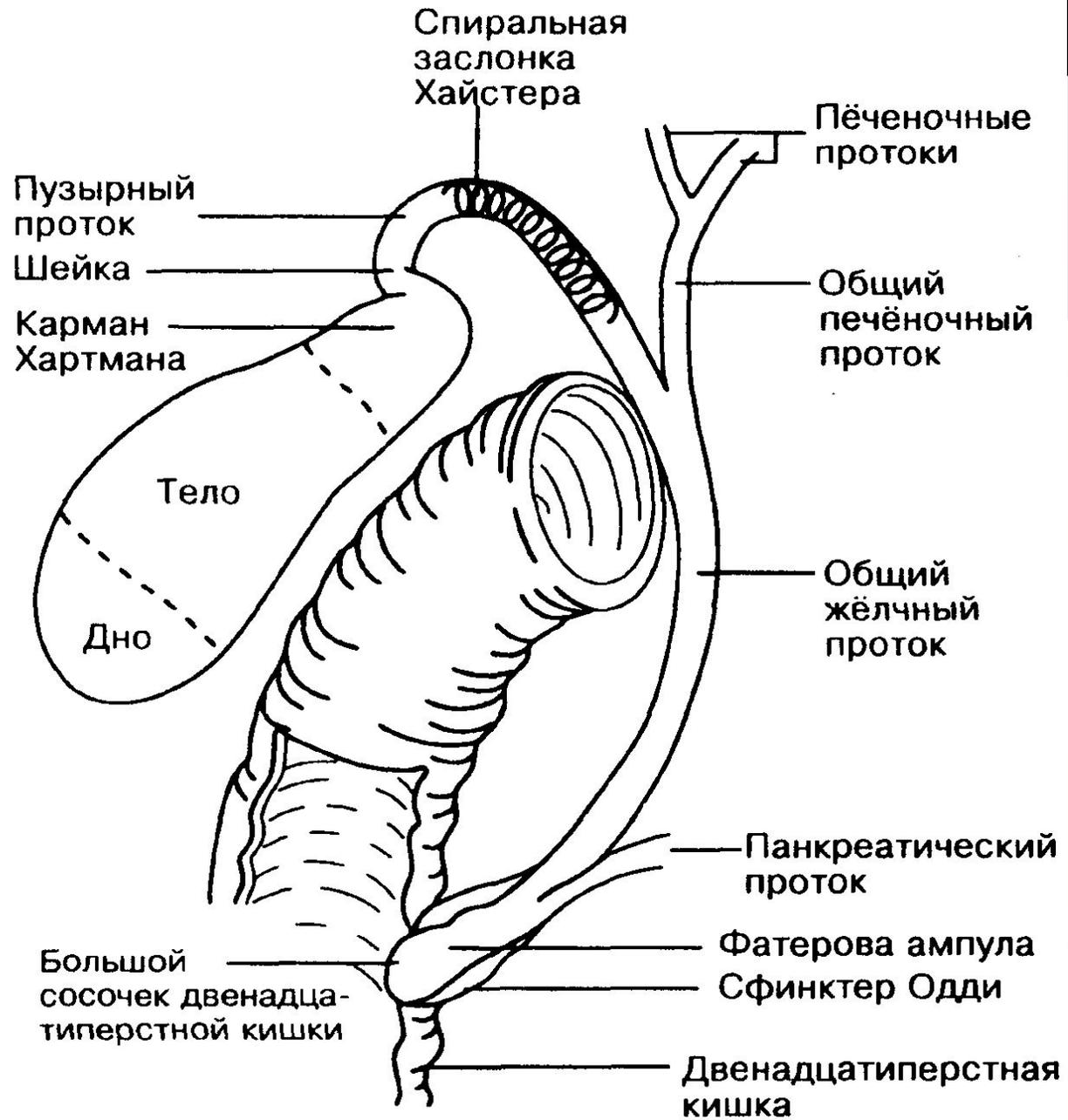
**Желчные проточки →
междольковые желчные
проточки → соединяются и
увеличиваются в размере
образуя правый и левый
печеночные протоки**



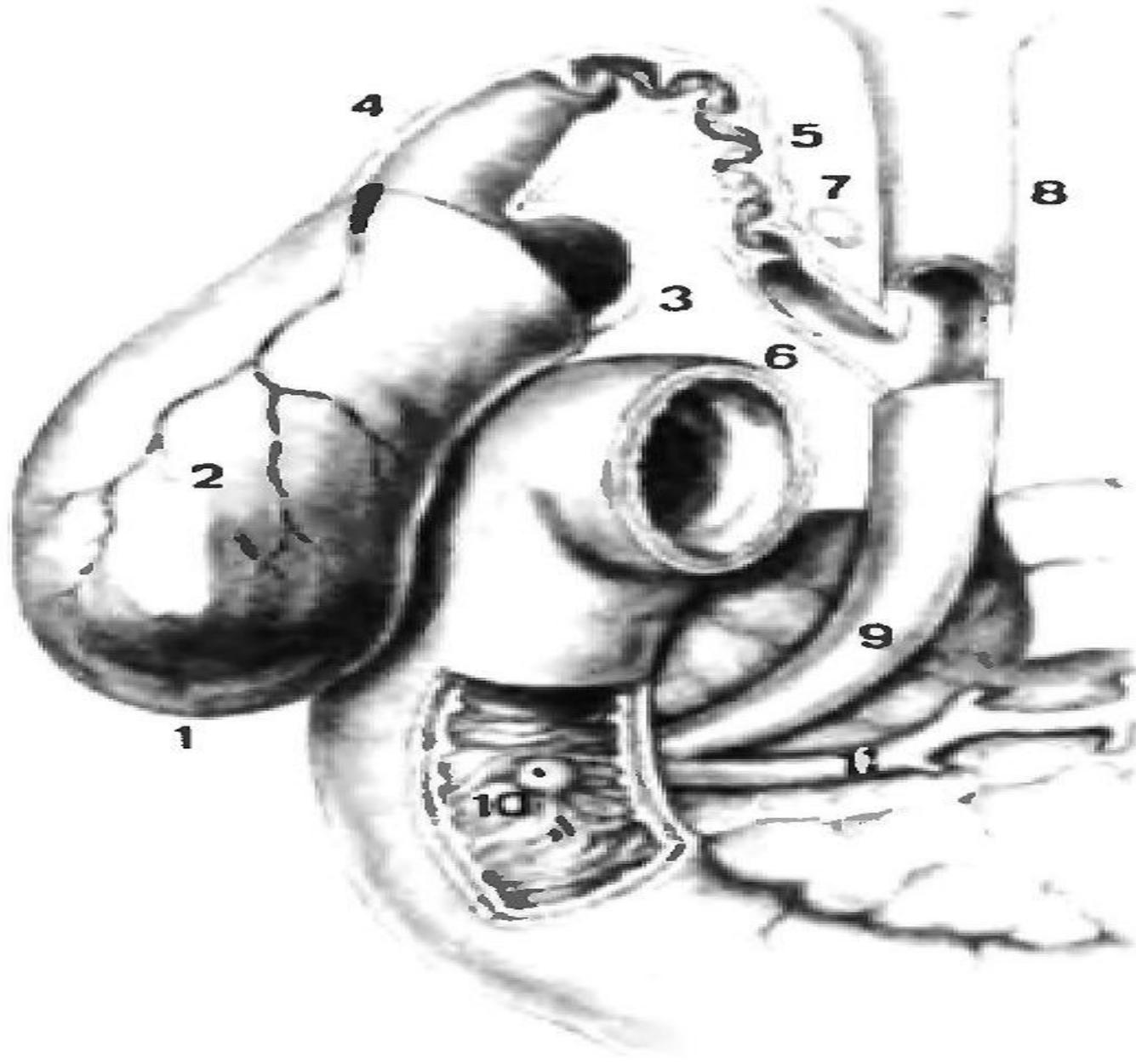


Общий печеночный проток по ходу печеночно-12-ти перстной связки соединяется с пузырным протоком образуя общий желчный проток

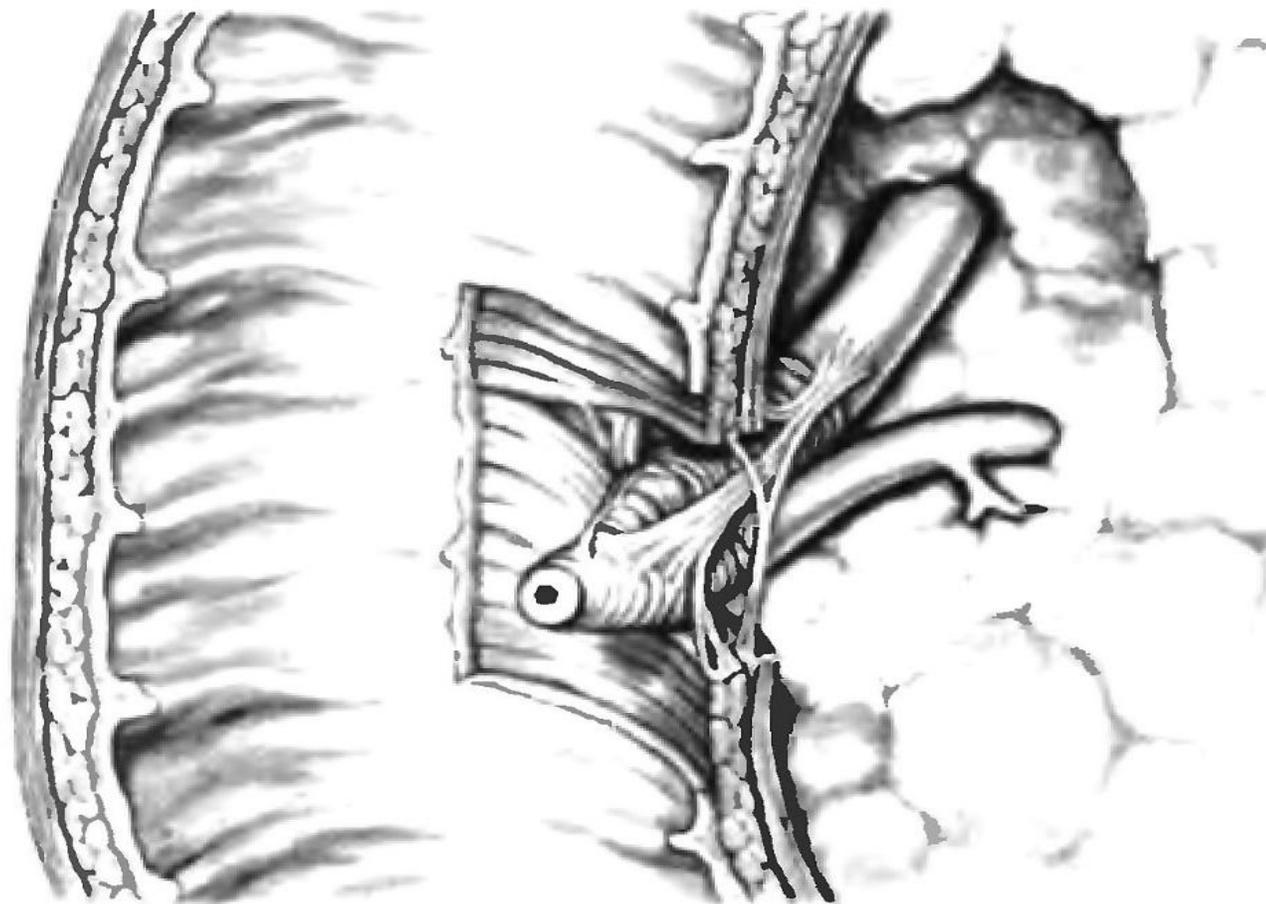
Внепеченочные желчевыводящие пути



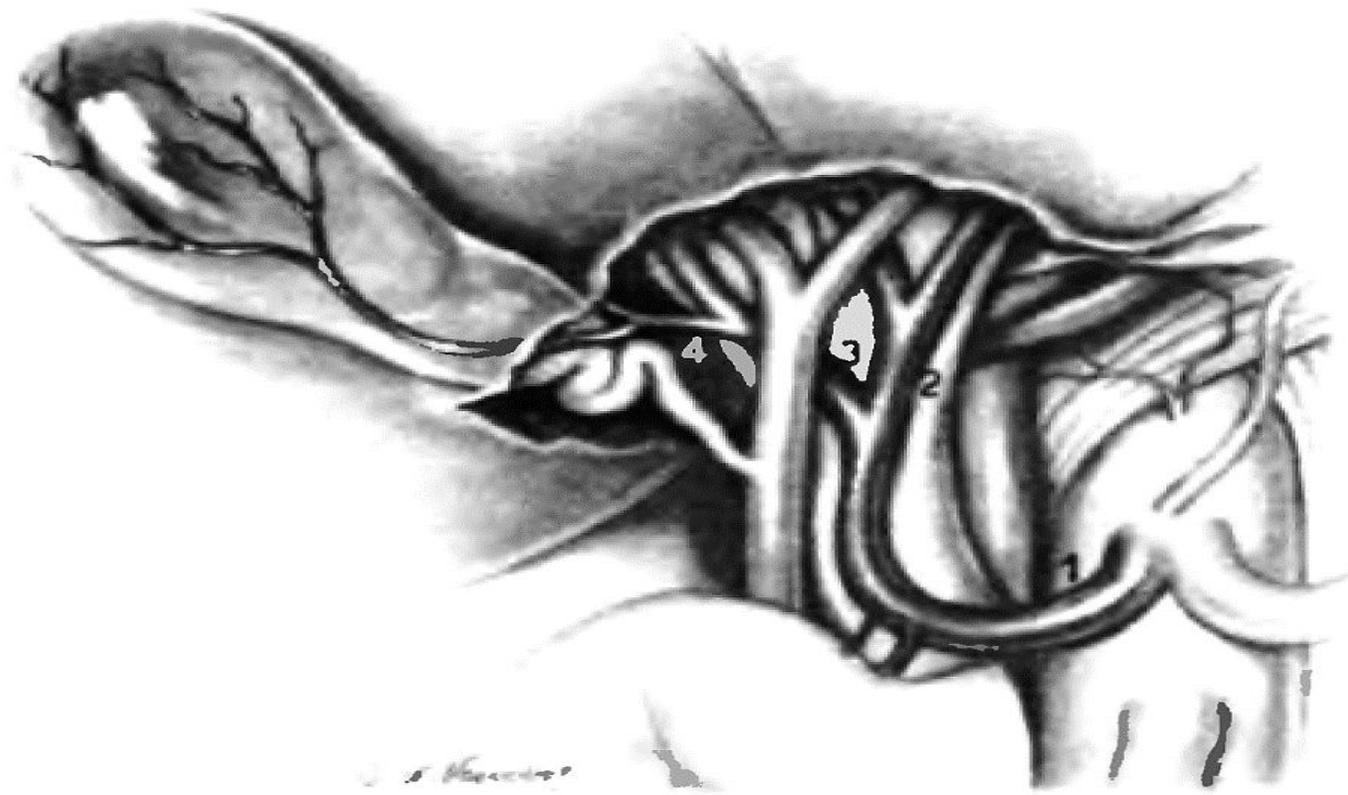
Желчный пузырь



Сфинктер Oddi



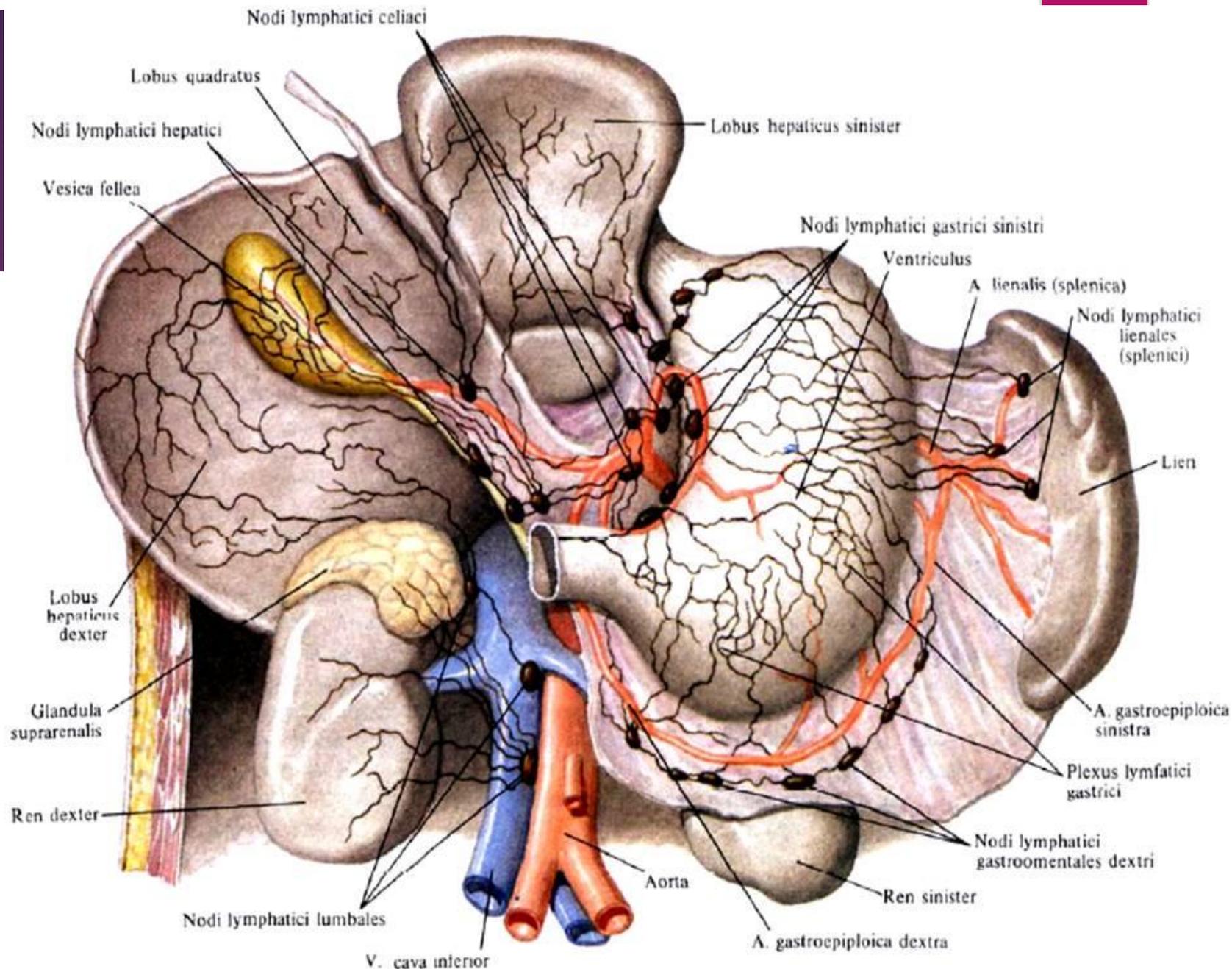
Кровоснабжение желчного пузыря

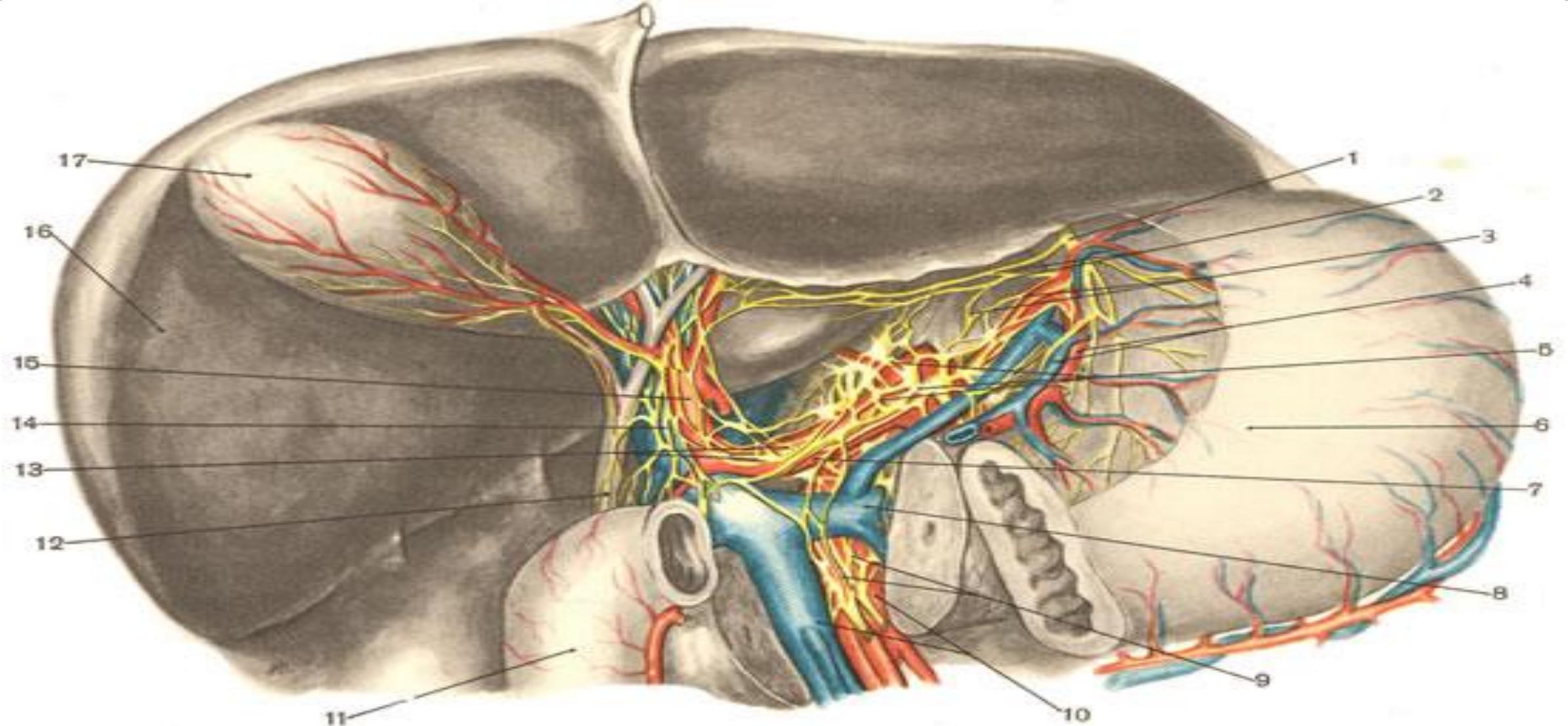


Треугольник Calot



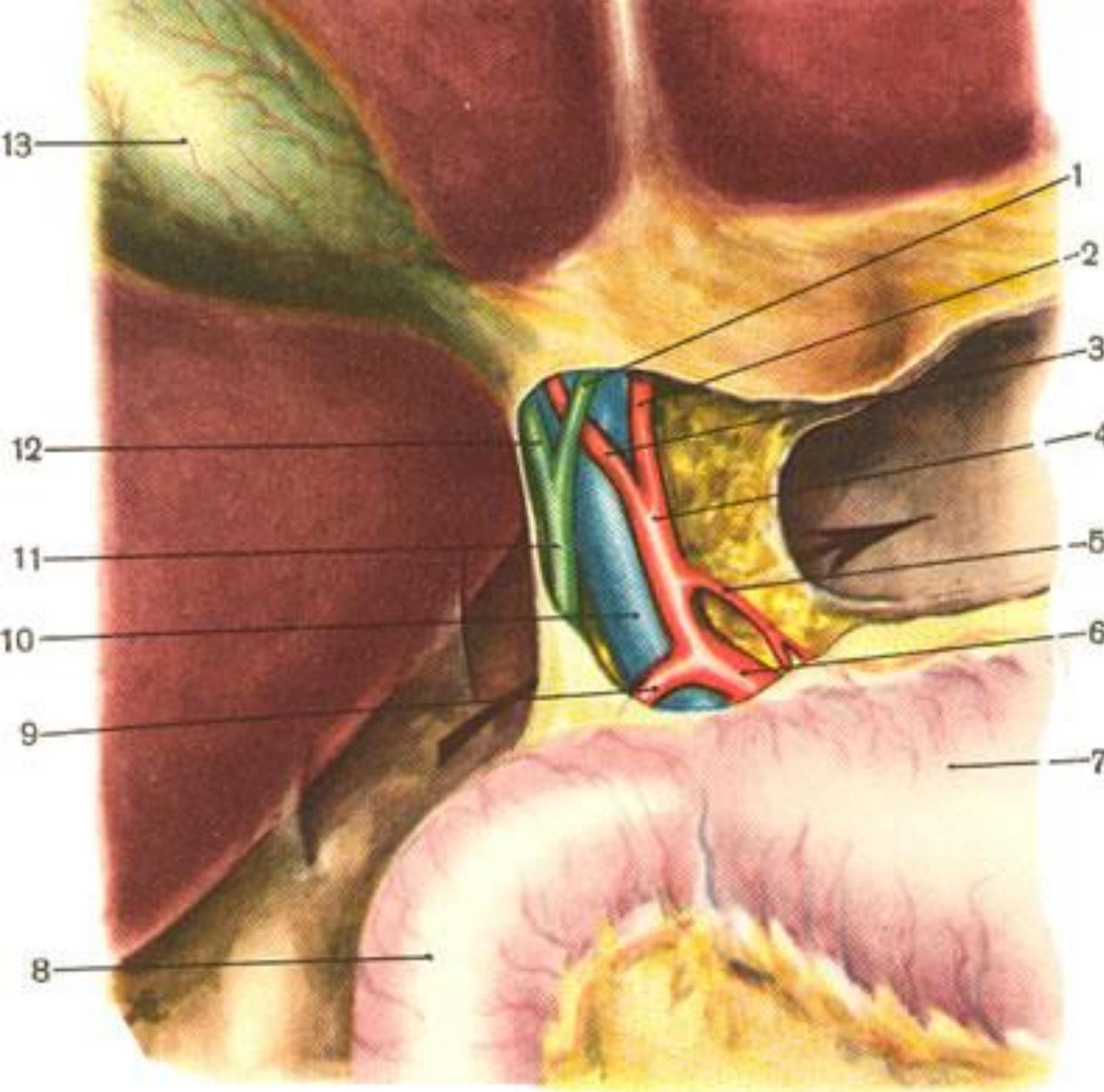
Вены желчного пузыря впадают в воротную вену, а также в мелкие печеночные вены. Отток **лимфы** осуществляется в регионарные лимфатические узлы ворот печени и области Фатерова соска.





Нервы ворот печени и желчного пузыря.

1 — truncus vagalis anterior; 2 — rami hepatici n. vagi; 3 — rami coeliaci n. vagi; 4 — a. et v. gastrica sinistra; 5 — plexus coeliacus; 6 — ventriculus; 7 — a. hepatica communis; 8 — v. lienalis; 9 — plexus mesentericus superior; 10 — a. et v. mesenterica superior; 11 — duodenum; 12 — ductus choledochus; 13 — plexus hepaticus; 14 — v. portae; 15 — a. hepatica propria; 16 — hepar; 17 — vesica fellea.



Топография образований, в печеночно-двенадцатиперстной связке. Стрелкой показан вход в сальниковую сумку через сальниковое (Винслово) отверстие:

1 - общий печёночный проток; 2 - левая ветвь собственной печёночной артерии; 3 - правая ветвь собственной печёночной артерии; 4 - собственная печёночная артерия; 5 - правая желудочная артерия; 6 - общая печёночная артерия; 7 - желудок; 8 - двенадцатиперстная кишка; 9 - желудочно-двенадцатиперстная артерия; 10 - воротная вена; 11 - общий желчный проток; 12 - пузырный проток; 13 - желчный пузырь.

Классификация острого холецистита

Калькулёзный

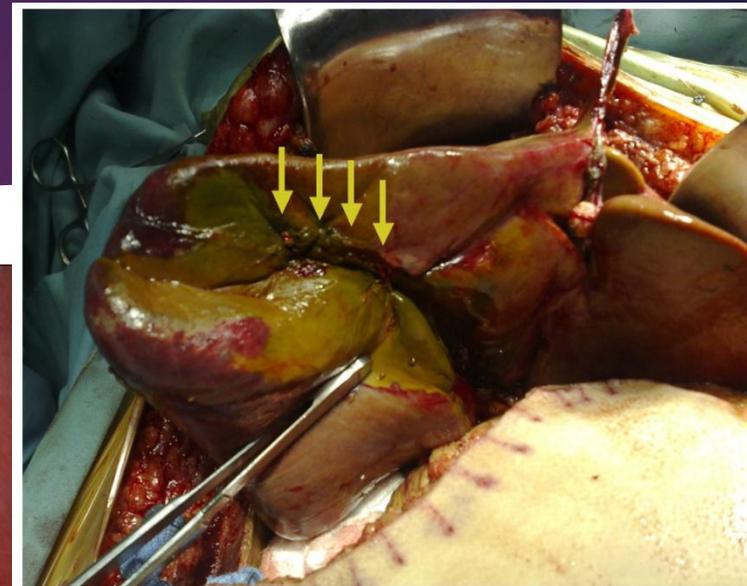


Бескаменный



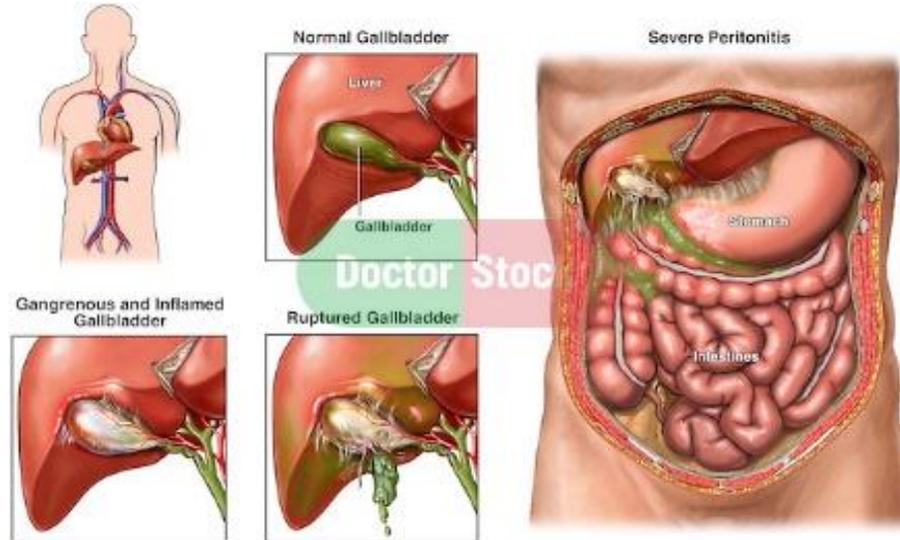
Клинико-морфологические формы:

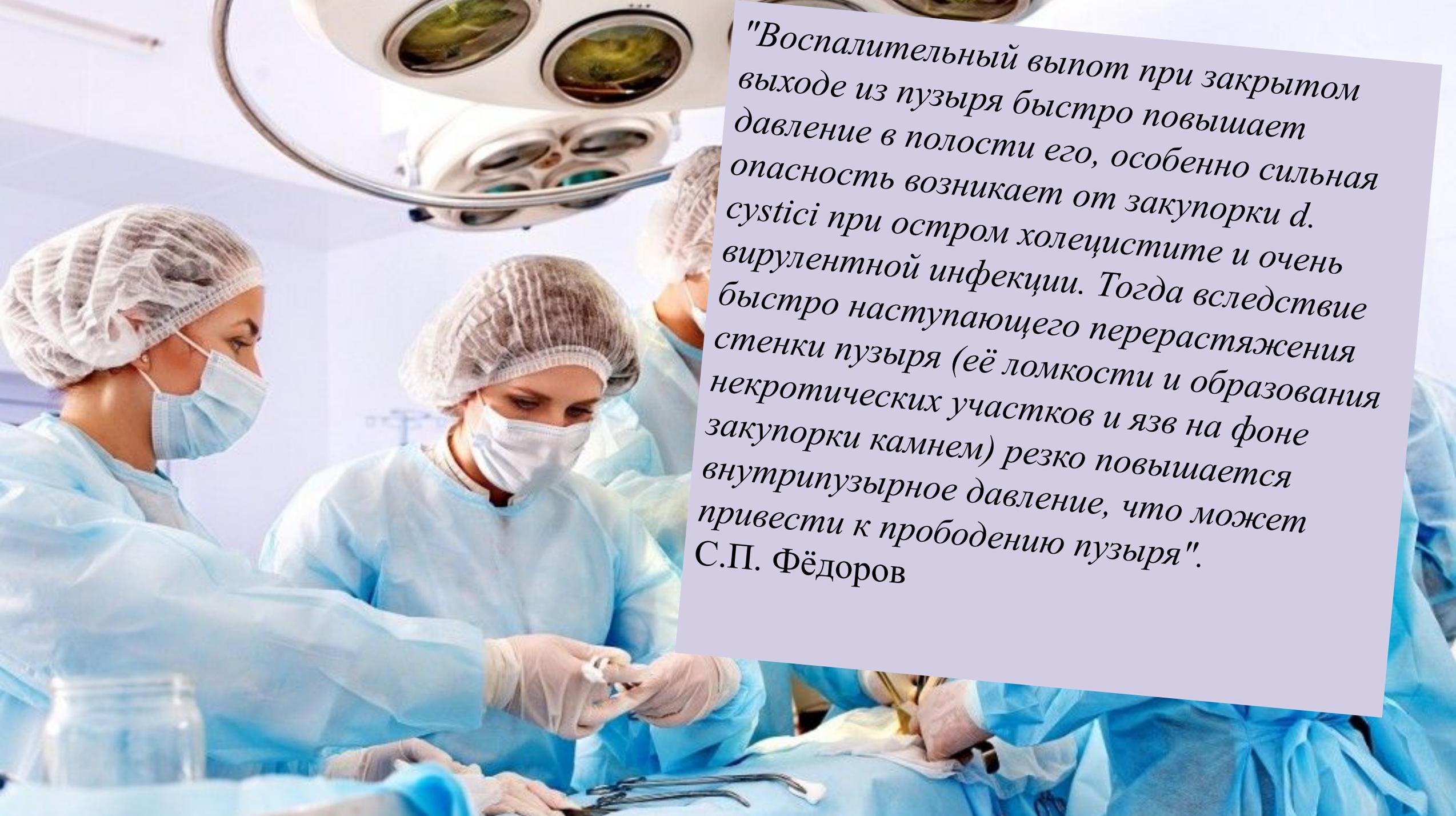
- простой (катаральный)
- флегмонозный
- гангренозный
- прободной



Типы прободной формы:

- ❖ при первом типе возникает острая перфорация с развитием *распространённого перитонита*
- ❖ при втором типе происходит подострая перфорация с *местным перитонитом (околопузырным абсцессом)*
- ❖ третий тип перфорации - хронический, при котором формируется *пузырно-тонкокишечный свищ*



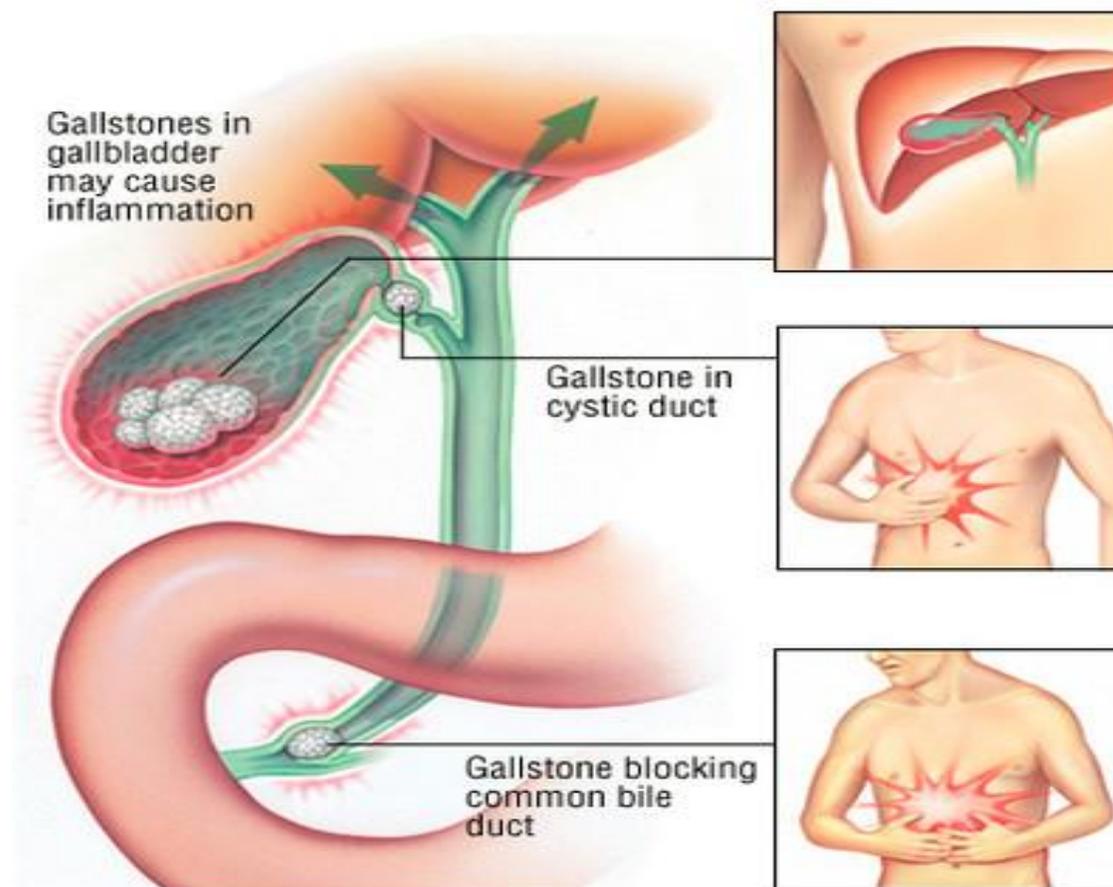
A photograph of surgeons in an operating room, wearing blue scrubs, masks, and hairnets, focused on a procedure. The scene is brightly lit by overhead surgical lamps. A semi-transparent text box is overlaid on the right side of the image.

"Воспалительный выпот при закрытом выходе из пузыря быстро повышает давление в полости его, особенно сильная опасность возникает от закупорки d. cystici при остром холецистите и очень вирулентной инфекции. Тогда вследствие быстро наступающего перерастяжения стенки пузыря (её ломкости и образования некротических участков и язв на фоне закупорки камнем) резко повышается внутрипузырное давление, что может привести к прободению пузыря".

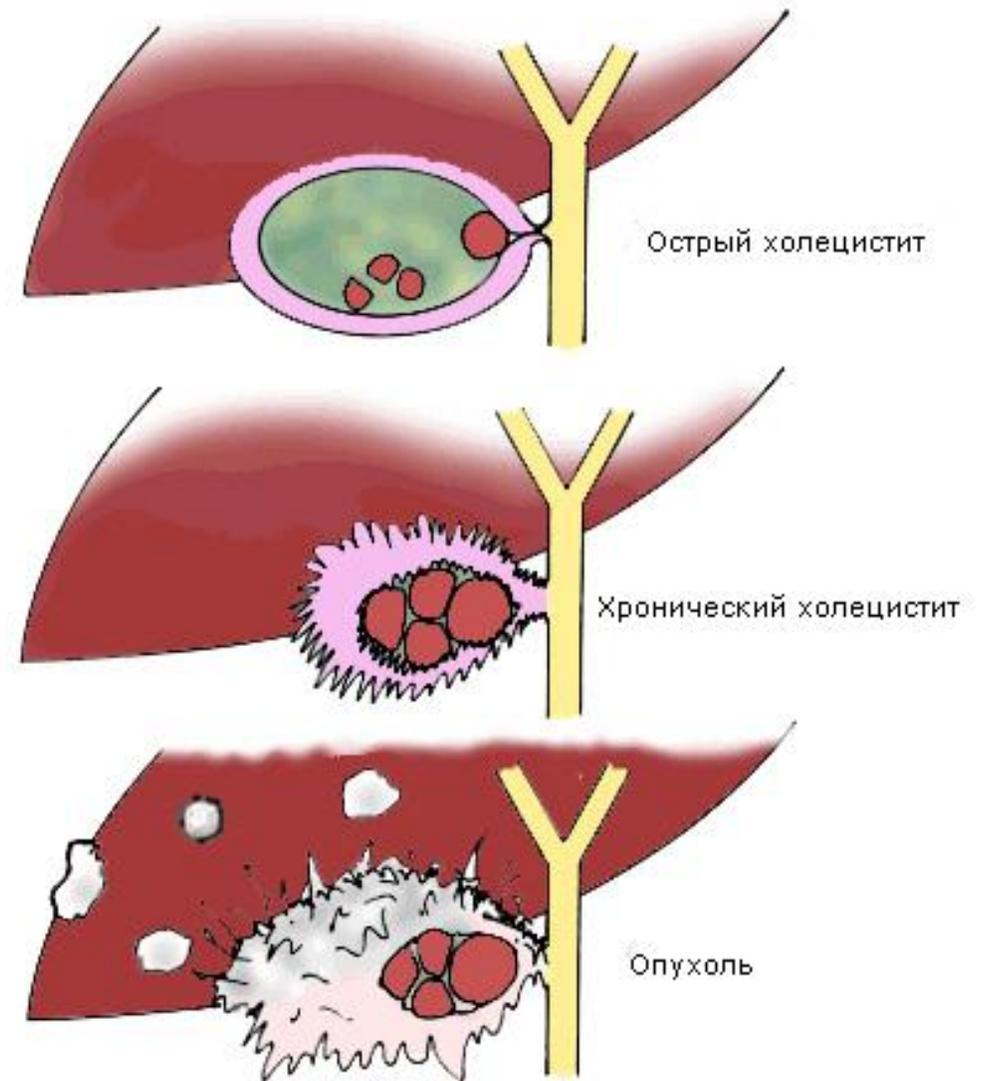
С.П. Фёдоров

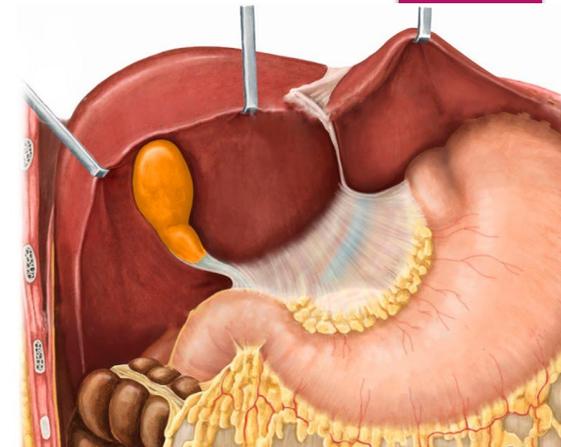
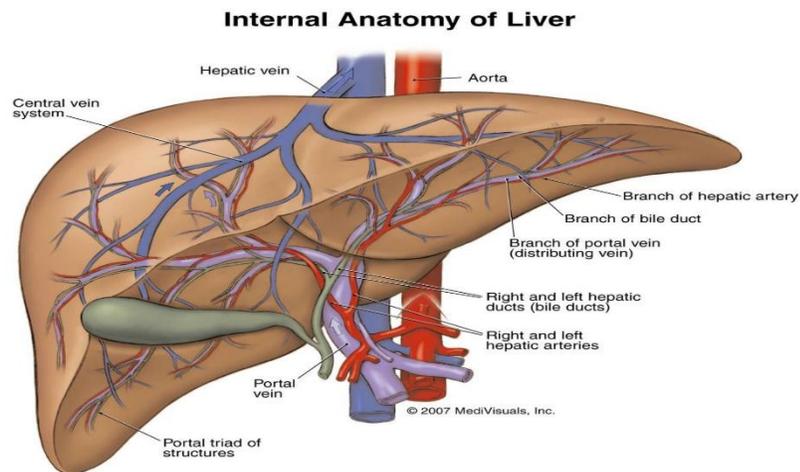
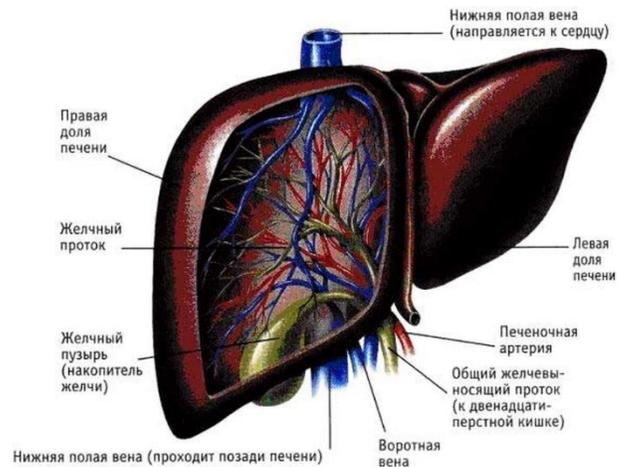
Этиология холецистита

- ✓ пусковым моментом является острая непроходимость пузырного протока
- ✓ наиболее часто (до 90-95 % наблюдений) обтурация в области пузырно-шеечного перехода и пузырного протока возникает вследствие блокады камнем

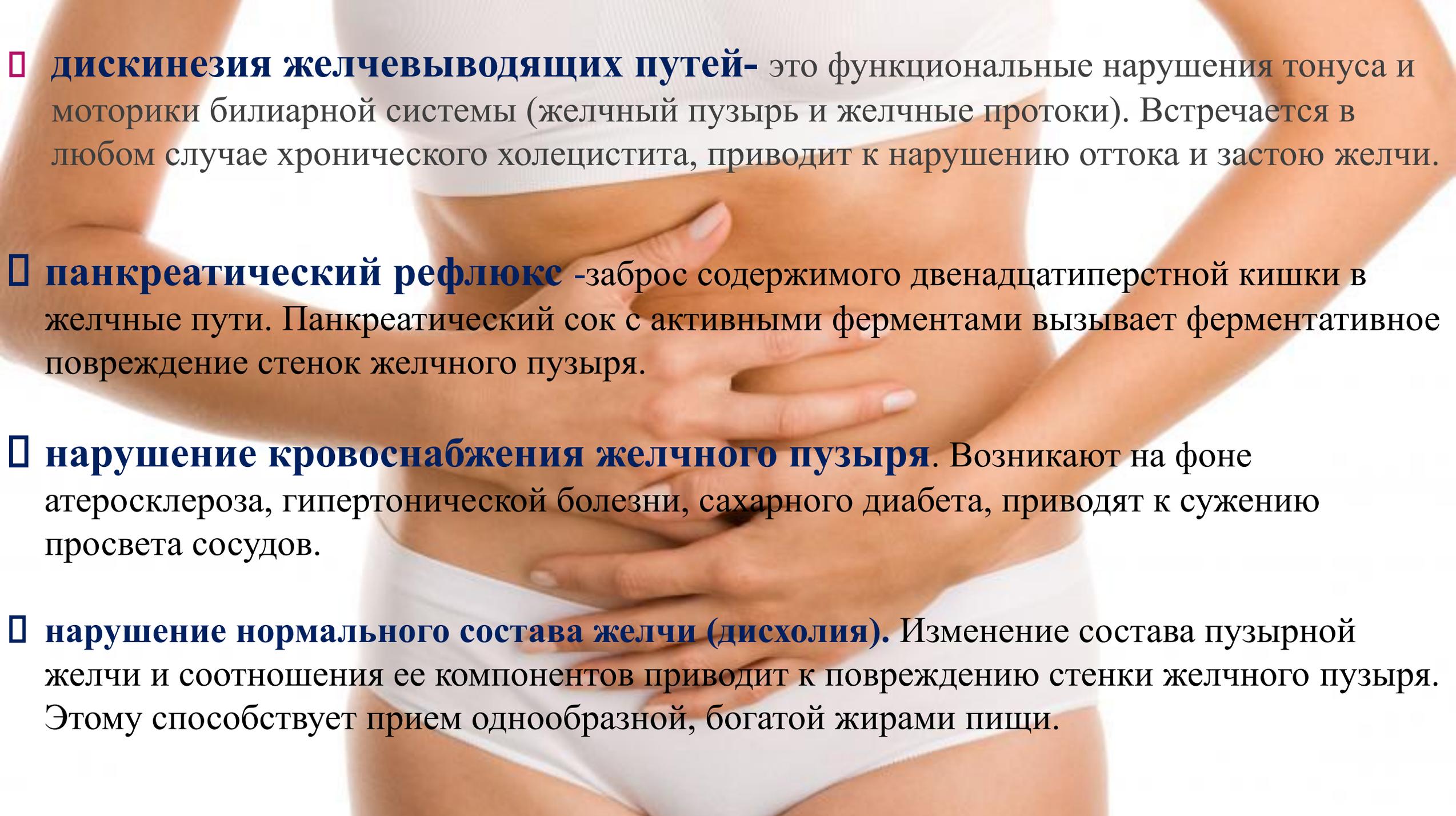


- ✓ нарушение оттока желчи из желчного пузыря возможно за счёт анатомических особенностей строения (перегибы желчного пузыря), набухания слизистой оболочки (при системных аллергических реакциях), наличии инородного тела (аскариды)





- ▶ острые или хронические воспалительные процессы желудочно-кишечного тракта
- ▶ дыхательных путей (синуситы, тонзиллит) полости рта (пародонтоз)
- ▶ воспалительные заболевания мочевыводящей системы (пиелонефриты, циститы)
- ▶ половой системы (аднекситы – у женщин, простатиты – у мужчин)
- ▶ вирусные поражения печени

- 
- **дискинезия желчевыводящих путей**- это функциональные нарушения тонуса и моторики билиарной системы (желчный пузырь и желчные протоки). Встречается в любом случае хронического холецистита, приводит к нарушению оттока и застою желчи.
 - **панкреатический рефлюкс** -заброс содержимого двенадцатиперстной кишки в желчные пути. Панкреатический сок с активными ферментами вызывает ферментативное повреждение стенок желчного пузыря.
 - **нарушение кровоснабжения желчного пузыря**. Возникают на фоне атеросклероза, гипертонической болезни, сахарного диабета, приводят к сужению просвета сосудов.
 - **нарушение нормального состава желчи (дисхолия)**. Изменение состава пузырной желчи и соотношения ее компонентов приводит к повреждению стенки желчного пузыря. Этому способствует прием однообразной, богатой жирами пищи.

ОСНОВНОЙ СОСТАВ ЖЕЛЧИ

Компоненты	Концентрация
Na^+	132—165 ммоль/л
K^+	4,2—5,6 ммоль/л
Ca^{2+}	1,2—4,8 ммоль/л
Mg^{2+}	1,3—3,0 ммоль/л
Cl^-	96—126 ммоль/л
HCO_3^-	17—55 ммоль/л
Желчные кислоты	3—45 ммоль/л
Холестерин	1,6—8,3 ммоль/л
Фосфолипиды	0,3—11,0 ммоль/л
Желчные пигменты	0,8—3,2 ммоль/л

Механизм образования камней:



- по химическому составу различают холестериновые, известковые, пигментные и смешанные конкременты
- при длительном застое желчи холестериновые выпадают в осадок, что постепенно приводит к образованию так называемого «песка», частицы которого со временем увеличиваются в размерах и соединяются между собой в более крупные конкременты.

Патогенез

- При **катаральном холецистите** жёлчный пузырь представляется малоизменённым, стенка его обычно не отёчна.
- При **флегмонозном холецистите** наиболее частая интраоперационная находка - резко увеличенный и напряжённый жёлчный пузырь. При этом стенки пузыря утолщены и гиперемированы с фибринозными наложениями.
- **Гангренозный холецистит** отличается от флегмонозного наличием участков омертвения его стенки.

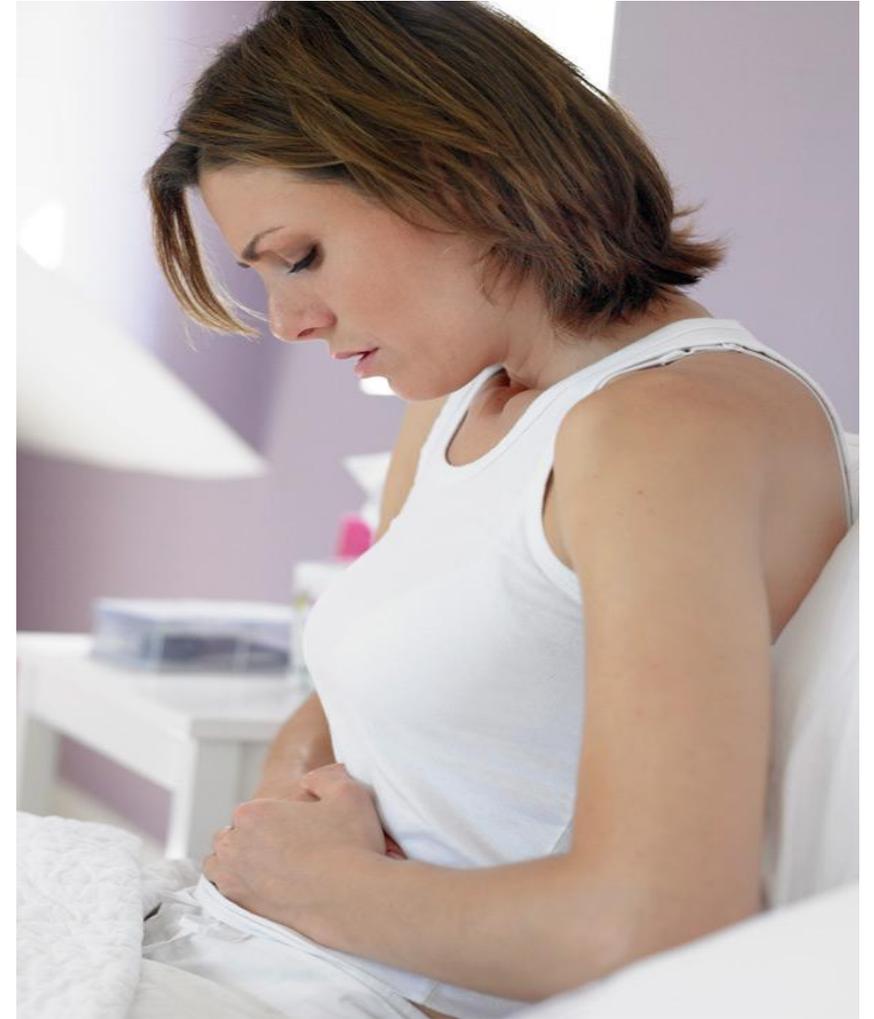
Симптомы острого холецистита еще часто называют **«печеночными коликами»**, так как болевой синдром локализуется именно в области печени:

- ▶ Сильные приступообразные боли в правом боку
- ▶ Резкая слабость
- ▶ Повышение температуры
- ▶ Привкус сильной горечи во рту
- ▶ Постоянная (иногда «пустая») отрыжка
- ▶ Тошнота
- ▶ Рвота, без последующего облегчения
- ▶ Желтуха (наличие характерного желтоватого оттенка кожи)



□ **Холецистокардиальный синдром** – включает в себя боли в области сердца, приступы сердцебиения, нарушение ритма сердечной деятельности, это связано с инфекционно – токсическим действием на сердечную мышцу.

□ При длительном течении заболевания возможно вовлечение в патологический процесс солнечного сплетения, возникает **солярный синдром**. Основным его признаком является жгучая, интенсивная боль в области пупка, отдающая в спину.

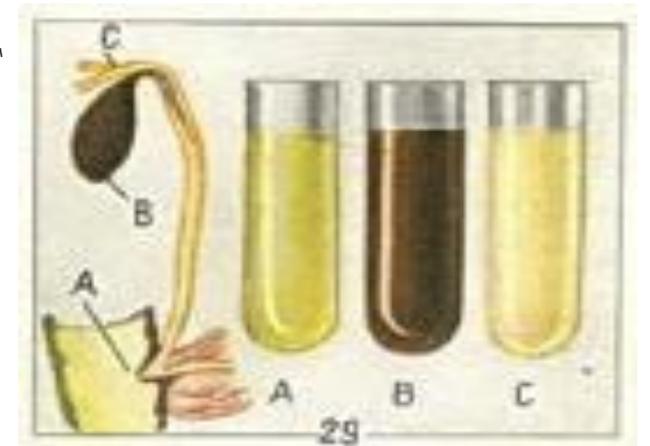


Лабораторные исследования:

1. Общий анализ крови. Выявляет признаки воспаления.
2. Биохимический анализ крови: общий билирубин и его фракции, трансаминазы(АЛТ, АСТ), щелочная фосфатаза, холестерин.
Наблюдается их умеренное повышение.
3. Сахар крови. Для диагностики сахарного диабета.
4. Общий анализ мочи. Для дифференциальной диагностики с заболеваниями почек.
5. Кал на яйца глистов. Для выявления лямблий, аскарид.
6. Микроскопическое и бактериологическое исследование желчи
7. Анализ кала на эластазу-1. Для диагностики панкреатита.

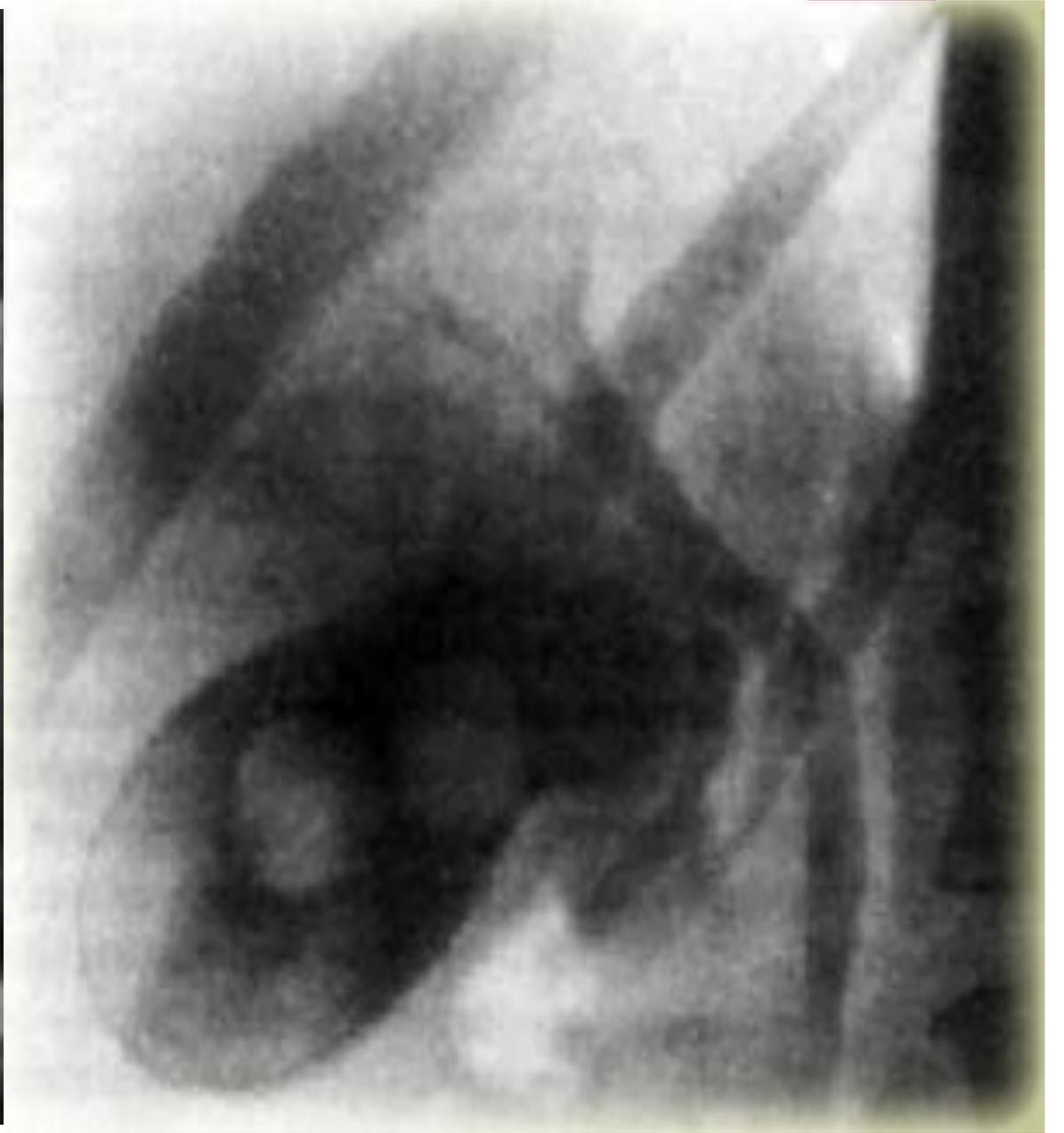
Физико-химический состав желчи:

- **Цвет желчи** в норме: порция А (из 12-перстной кишки) – золотисто-желтый, янтарный. Порция В (из желчного пузыря) – темно-оливковый, коричневый. Порция С (“печеночная”) – светло-желтый
- **Лейкоциты.** Повышенное их содержание позволяет четко определить локализацию воспалительного процесса в зависимости от того, в какой порции желчи они преобладают.



Инструментальные обследования:

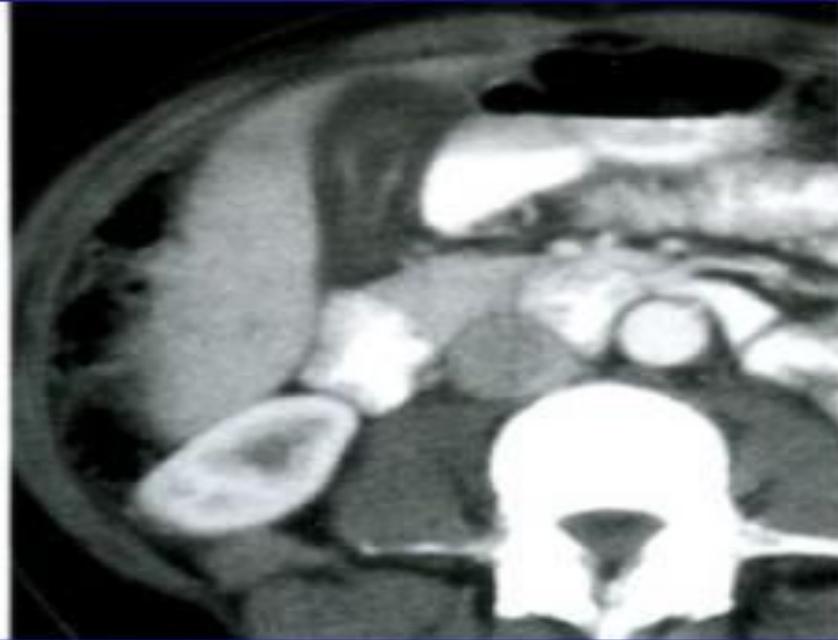
- УЗИ органов брюшной полости. Выявляет утолщение стенок желчного пузыря (утолщение больше 4мм – является основным диагностическим критерием холецистита), застой и згущение желчи – «сладж», наличие камней в желчном пузыре, деформацию желчного пузыря.
- УЗИ с желчегонным завтраком – для выявления дискинезии желчного пузыря.
- Многофракционное дуоденальное зондирование
- Рентгенологическое исследование брюшной полости
- ФЭГДС – фиброэзофагогастродуоденоскопия
- КТ и МРТ



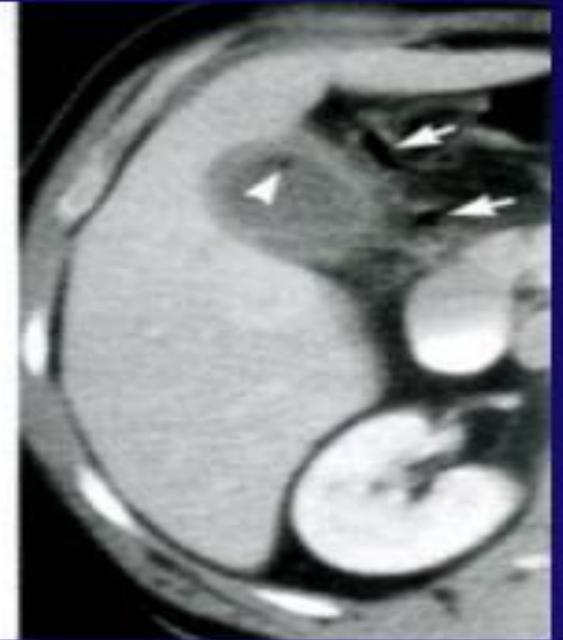
Острый холецистит



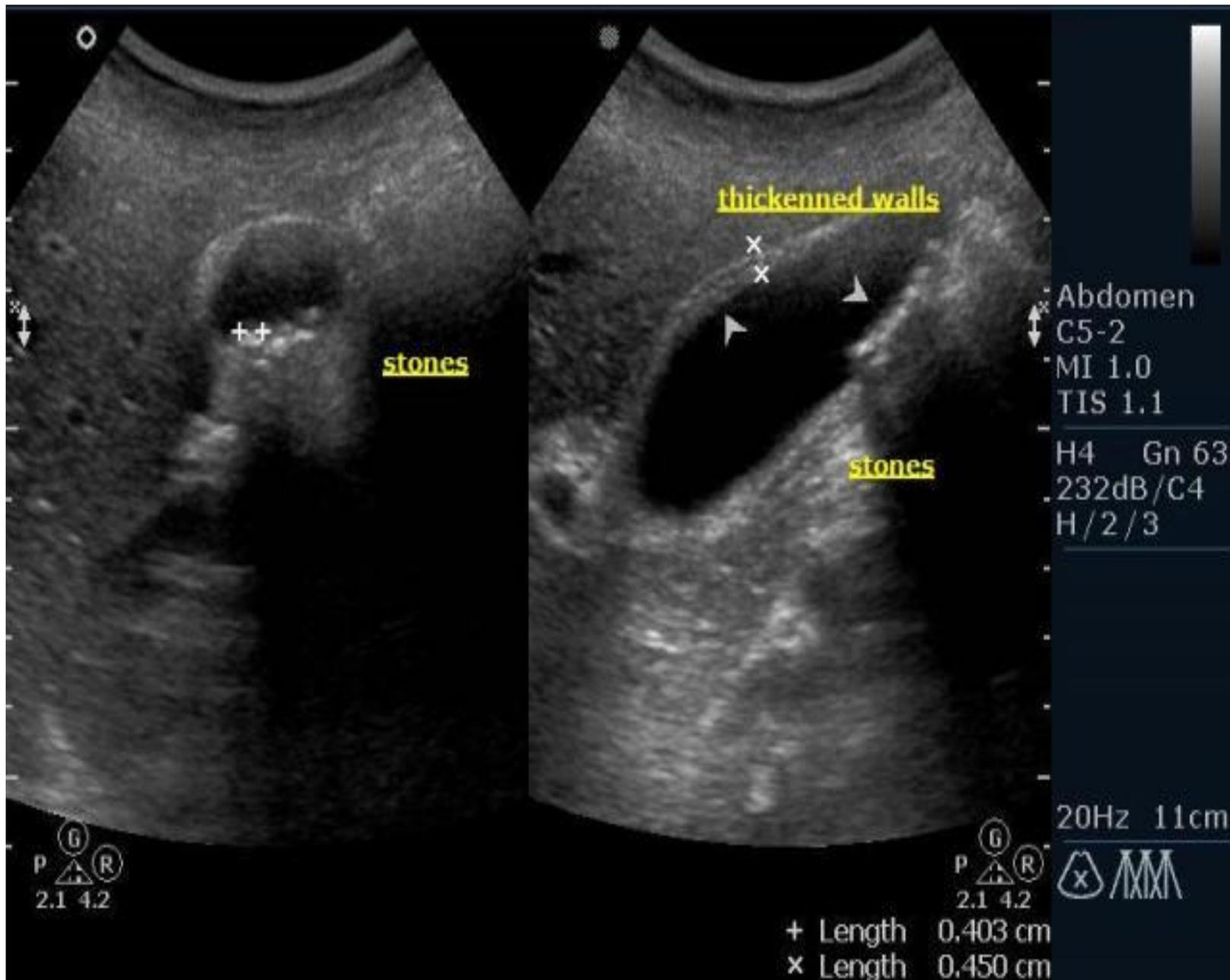
Острый холецистит
с контрастным усилением
стенки и перивезикальной
жидкостью



Отечная форма
холецистита в процессе
химиотерапии по поводу
рака яичника



Эмфизематозный
холецистит с газом в
просвете желчного
пузыря и вне его



- УЗ-признаки острого калькулёзного холецистита:

в просвете желчного пузыря видны множественные мелкие конкременты с дистальной акустической тенью, стенка желчного пузыря утолщена.

A close-up photograph of a doctor in a white coat examining a patient's abdomen. The doctor's hands are visible, resting on the patient's skin. The patient is lying down, and the background is softly blurred, showing the patient's face and upper body. The lighting is warm and clinical.

Специфическими симптомами острого холецистита являются *симптомы Ортнера-Грекова, Кера, Мерфи и Мюсси-Георгиевского (френикус-симптом)*.

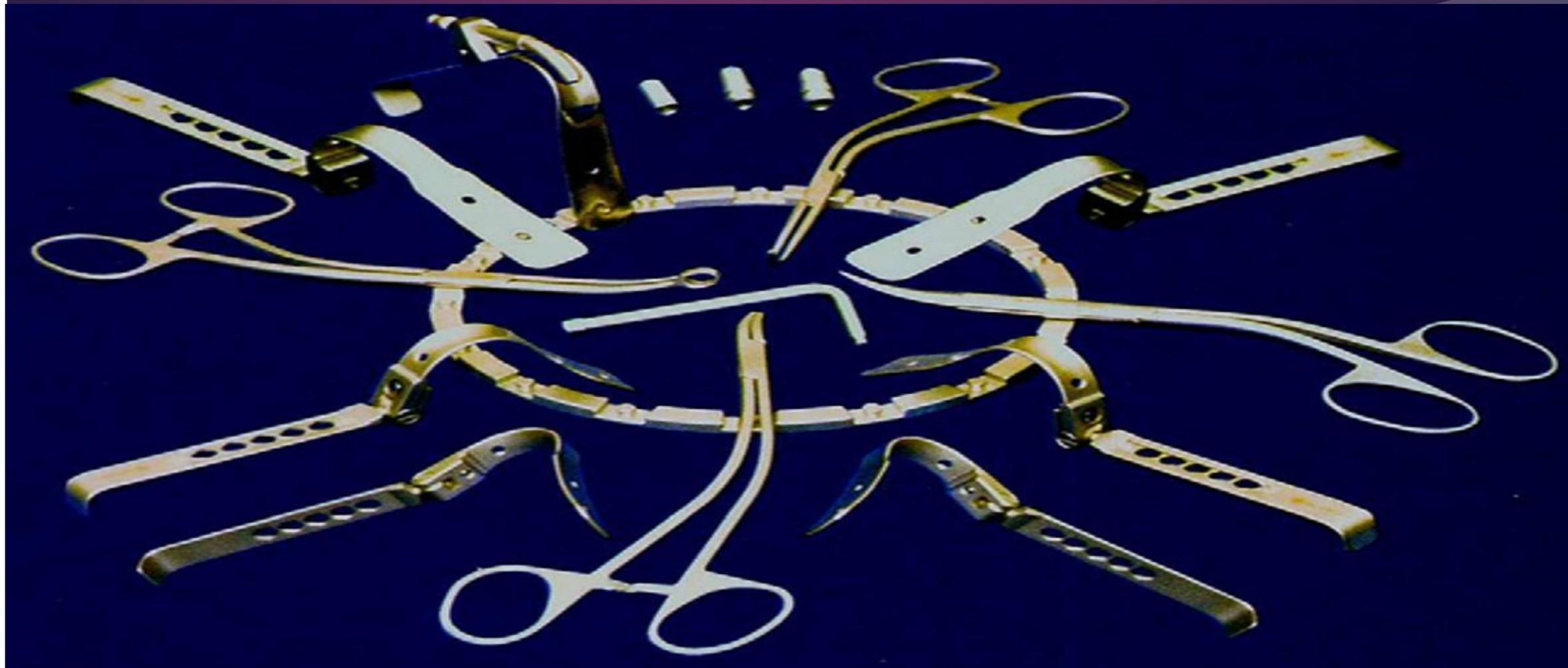
При переходе воспалительного процесса на париетальную брюшину помимо напряжения брюшных мышц появляется положительный *с-м Щеткина - Блумберга*.

Лечение

Применяются:

- желчегонные препараты (холосас, холензим, холагол, лиобил и др.);
- отвары желчегонных трав (кукурузные рыльца, цветки бессмертника и др);
- спазмолитики (в частности, но-шпа, баралгин) – при болях;
- в ряде случаев – антибиотики и противовоспалительные средства.

Спасибо за внимание!!!



Литература

- ▶ *Дадвани С. А., Ветшев П. С., Шулутко А. М. и др. Желчнокаменная болезнь. М.: Видар-М, 2000. 139 с.*
- ▶ *Шерлок Ш., Дули Дж. Заболевания печени и желчных путей. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. 860 с.*
- ▶ *Лейшнер У. Практическое руководство по заболеванию желчных путей. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. 264 с.: ил.*
- ▶ *Гальперин Э. И., Ветшев П. С. Руководство по хирургии желчных путей. 2-е изд. М.: Издательский дом Видар-М, 2009. 568 с.*
- ▶ *Галеев М. А., Тимербулатов В. М., Гарипов Р. М. и др. Желчнокаменная болезнь и холецистит. М.: МЕДпресс-информ, 2001. 280 с.: ил.*
- ▶ *Майстренко Н. А., Нечай А. И., Еременко В. П. и др. Гепатобилиарная хирургия: Рук-во для врачей. СПб: Специальная литература, 1999. 268 с.: ил.*
- ▶ *Королев Б. А., Пиковский Д. Л. Экстренная хирургия желчных путей. М.: Медицина, 1990. 240 с.: ил.*
- ▶ *Родионов В. В., Вилимонов М. И., Могучев И. М. Калькулезный холецистит (осложненный механической желтухой). М.: Медицина. 1991. 320 с.: ил.*
- ▶ *Шалимов А. А., Шалимов С. А., Ничитайло М. Е. и др. Хирургия печени и желчевыводящих путей. К.: Здоров, я. 1993. 512 с.: ил.*
- ▶ *Ильченко А. А. Заболевания желчного пузыря и желчных путей: Рук-во для врачей. М.: Анахарсис. 2006. 448 с.: ил.*
- ▶ *Ильченко А. А. Желчнокаменная болезнь. М.: Анахарсис. 2004. 200 с.: ил.*