

Тюменский медицинский колледж

Хронический калькулёзный холецистит

Выполнил: преподаватель, к.м.н.
Шестаков Александр Васильевич

Хронический калькулёзный холецистит

Калькулёзный холецистит

характеризуется наличием в желчном пузыре конкрементов.

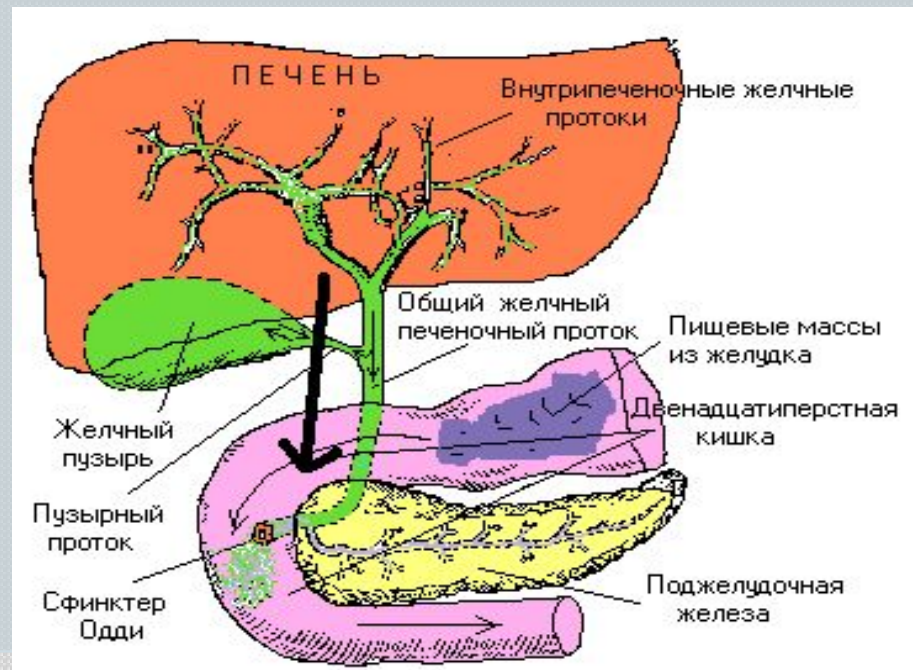
Теории камнеобразования:

- 1) Инфекционная теория.
- 2) Теория застоя желчи.
- 3) Теория нарушения обменных процессов, особенно, холестеринового диатеза.



Механизм образования камней

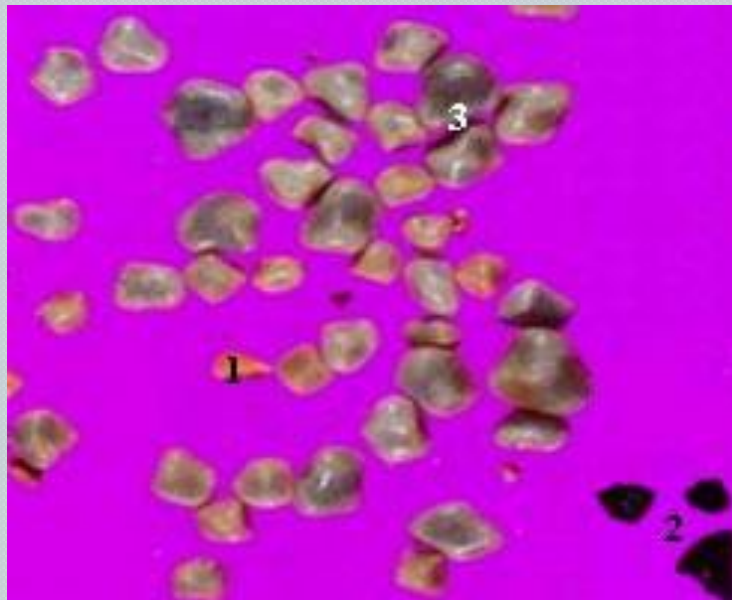
Считают, что в механизме образования камней одинаково важны и присутствие инерции в желчном пузыре, и наличие застойных явлений в желчных путях, и холестеринемия.



Виды конкрементов

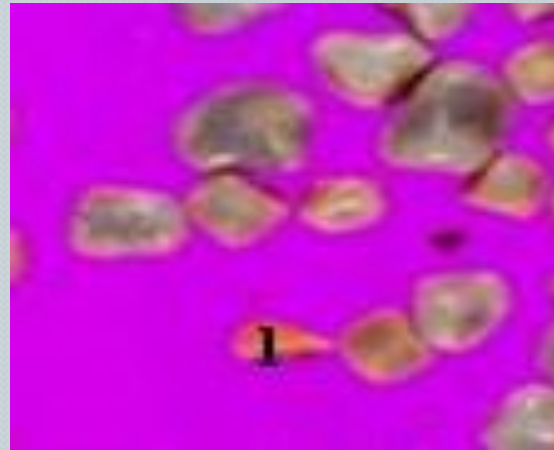
В зависимости от преобладания в желчных камнях того или иного химического компонента различают:

- 1) холестериновые
 - 2) пигментные
 - 3) смешанные (холестерино-известково-пигментные)
- конкременты.



Виды конкрементов

80% составляют жёлтые или жёлто коричневые холестериновые камни.



Пигментно-известковые камни почти черного цвета легко крошатся, что затрудняет их удаление из протоков.



Виды конкрементов



Величина камней колеблется от просяного зерна до куриного яйца. Количество от 1-2 до сотен и тысяч.

Форма тоже различная: округлая, овоидная, многогранная, ветвистая в протоках. В большинстве случаев камни образуются в пузыре.

В странах Европы конкременты встречаются у 18%, в Японии 3,5%. У детей очень редко, у стариков практически у каждого третьего. У женщин в 6 – 8 раз чаще чем у мужчин.

Классификация

Следует различать:

I) Неосложненный (простой) хронический калькулёзный холецистит.

II) Осложненный хронический калькулёзный холецистит:

а) рецидивирующая форма

б) первично-хроническая форма.

Неосложненный хронический калькулёзный холецистит

Патоморфологические изменения касаются только желчного пузыря. Стенки его становятся атрофичными, со сглаженной слизистой оболочкой, на которой могут быть изъязвления или пролежни от конкрементов.

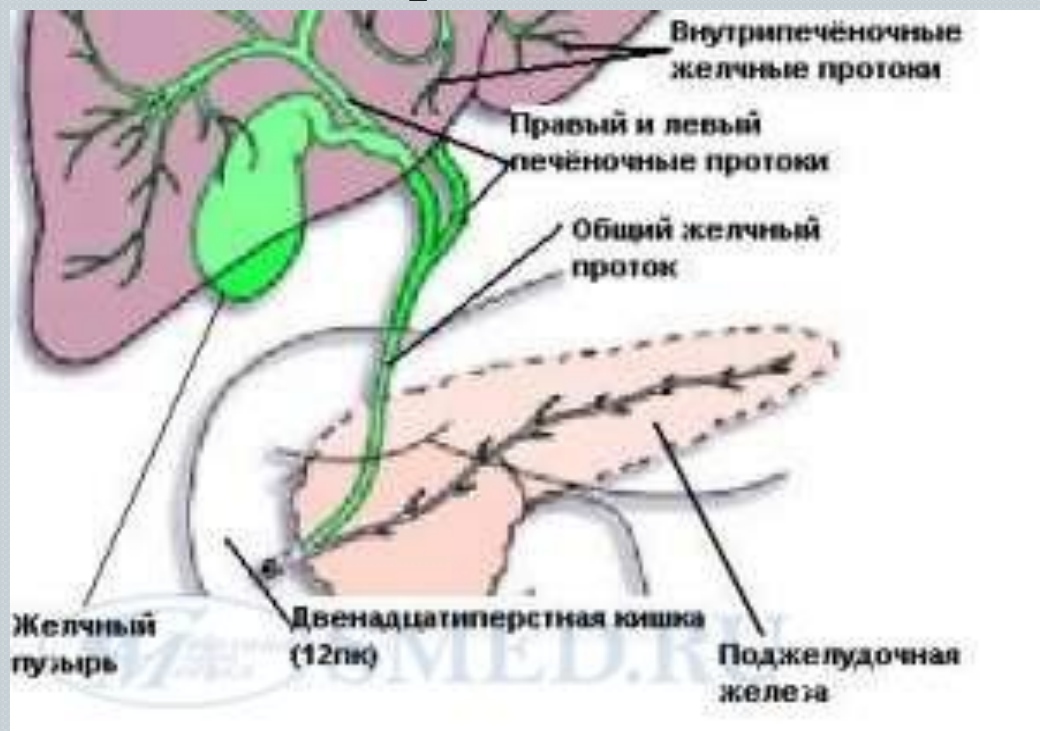
При длительном воспалении происходит утолщение и склерозирование стенок, вызывающие деформацию желчного пузыря.

Иногда стенки желчного пузыря подвергаются рубцовому перерождению.



Осложненный хронический калькулёзный холецистит

При осложненном холецистите имеют место поражение внепеченочных желчных протоков, органов гепатобилиарной зоны и соседних органов.



Осложненный хронический калькулёзный холецистит

Рецидивирующая форма, протекает с периодически возникающими приступами боли в правом подреберье и другими симптомами, по характеру не отличающиеся от острого холецистита.

Интервалы между обострениями от 2 – 3 недель до нескольких месяцев. В промежутках между ними больные отмечают: чувство тяжести и тупые ноющие боли в правом подреберье живота, но могут быть и светлые периоды. При пальпации умеренная разлитая болезненность в правом подреберье. Печень обычно не увеличена. Желчный пузырь не пальпируется. Температура тела в норме. Изменения в крови отсутствуют.



Осложненный хронический калькулёзный холецистит

В более редких случаях хронический калькулёзный холецистит имеет вялотекущую форму (первично-хронический) без приступов желчной колики.

Боли носят тупой, ноющий характер, возникают при погрешностях в диете (употребление жирной пищи), нервно-психической травме, инфекциях. Может быть субфебрилитет и диспепсические расстройства: изжога, тошнота, метеоризм, запор, слабость, похудание, иногда может наблюдаться субиктеричность склер.

Осложнения

Среди осложнений хронического калькулезного холецистита наиболее часто встречаются:

- 1) холедохолитез
- 2) стеноз фатерова сосочка
- 3) хронический холангит
- 4) холецистогепатит
- 5) холецистопанкреатит

Холедохолитеаз

Возникает у 20% больных калькулезным холециститом.

Конкременты попадают в протоки из желчного пузыря, этому способствуют широкий и короткий пузырный проток, сглаженность каналов Питстера и гипотония сфинктера Люткенса.

В магистральных протоках желчь легко обтекает конкременты, не проявляя себя. При локализации в Фатеровом сосочке они уже в раннем периоде приводят к непроходимости, возникает обтурационная желтуха и холангит.

Клиническая картина

Признаки желтухи вслед за приступом печеночной колики.

Сначала легкое желтушное окрашивание склер, видимых слизистых оболочек затем и кожи.

Появление зуда, обесцвечивание кала (ахоличный стул), темная моча. Появление билирубина в крови, отсутствие уробилина в моче, стеркобилина в кале. В крови увеличение СОЭ, лейкоцитоз.

Диагностика

Анамнез

Клиническое течение

Дополнительные методы исследования:

Холецистохолангиография.

Холангиография.

Ангиография.

Дуоденоскопия.

Дуоденография.

ЭХО-графия.

Рубцовые структуры фатерова сосочка

- Образуются в результате воспалительных и склеротических изменений вследствие травматизации конкрементами, хронического воспаления, длительных спазмов и возрастных изменений.
- Клиника: отсутствуют симптомы патогномоничные для данного поражения. Обычно она не отличается от классической картины хронического калькулёзного холецистита, холецистопанкреотита.
- На рентгенографии при контрастировании – конусовидно сужен холедох.

Холангит (ангиохолит)

- Воспаление всей системы желчных протоков: острый, гнойный и хронический.
- Причины (условия): нарушение оттока, калькулезный холецистит, холедохолиз.
- Клиника: бурное внезапное начало, озноб, температура носит гектический характер(повышается до 40° , затем снижается до нормы) , пот. Иногда предшествуют печеночная колика.
- Печень увеличивается, болезненная при пальпации. Желтуха постепенно от легкого окрашивания склер до интенсивного кожных покровов.
- Положительные симптомы Ортнера, Мерри, диафрагмального нерва.
- В крови лейкоцитоз, нейтрофилез. Диагностика не затруднительна. Вызывают сложности в диагностике лишь стертые формы, первичный холангит.

Холецистогепатит и холецистопанкреатит

Хроническому калькулёзному холециститу сопутствует хронический гепатит и хронический панкреатит.

Воспалительные заболевания печени помимо микробного, могут носить и ферментативный характер. При нарушении проходимости желчных протоков возникают диффузные изменения печени.

Холецистопанкреатит

Вовлечение поджелудочной железы вызывает холецистопанкреатит.

Клиническое течение: появляются боли в левом подреберье, иногда опоясывающего характера, иррадиируют в левое плечо левую половину поясницы, изнурительная рвота, вздутие живота, цианоз, тахикардия, снижение АД.

При пальпации боли в эпигастрии. В периоде между приступами запоры, сменяющиеся на диарею, боли в эпигастрии становятся постоянными.

При лабораторных исследованиях: повышение диастазы до 1024 ЕД, лимфоцитарный сдвиг влево. В стадию ремиссии диастаза может быть в норме, но всегда угнетение секреции поджелудочной железы, нарушение перевариваемости пищи при копрологическом исследовании.

Инструментальные методы исследования: дуоденография (увеличение головки поджелудочной железы), фибродуоденоскопия, ретроградная холангиопанкреатография.

Диф.диагностика

Доброкачественная или злокачественная опухоли желчного пузыря и протоков (папиллома, аденома, фиброма).

В сочетании с конкрементами- рак желчного пузыря чаще в 4-5 раз, у женщин чаще дно.

Лечение

Хирургическое лечение при неосложненном калькулёзном холецистите состоит в удалении желчного пузыря. *Показания* -бесперспективность консервативного лечения и опасность развития осложнений особенно рака желчного пузыря.

При рубцующихся структурах фатерова сосочка- операция папиллосфинктеротомия специальным зондом, дренирование общего желчного протока.

Радикальное лечение-30-40% удаление желчного пузыря.

Паллиативная операция- холецистодуодено- анастомоз, холецистоэнтероанастамоз.

Летальность после радикальных операций до 30%, паллиативные операции улучшают состояние, но жизнь продляют не надолго.