

# СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА.

Работу выполнил: студент гр 2412

Белов.С.А

# ОСТРЫЙ КАЛЬКУЛЕЗНЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ

- В 95% случаев острый холецистит развивается при обструкции камнем шейки желчного пузыря или пузырного протока. Непосредственное сдавление конкрементом слизистой оболочки приводит к ишемии, некрозу слизистой оболочки и нарушению венозного оттока. Позже возникает инфильтрация нейтрофилами, обусловленная небольшим количеством бактерий, изначально содержащихся в желчном пузыре. Также к воспалению может привести бактериальная инфекция.

# ОСТРЫЙ КАЛЬКУЛЕЗНЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ

- **Острый холецистит**, возникший в результате внезапной обтурации пузырного протока, является **основой** всех деструктивных форм и осложнений. Только с этого момента возникает реальная опасность развития инфекции и деструкции пузыря. При этом прогнозировать течение приступа достаточно сложно, однако последовательность развития местных изменений, по мнению отечественных и зарубежных исследователей, складывается из следующих компонентов: (1) обтурация пузырного протока; (2) резкое повышение внутрипузырного давления; (3) стаз в сосудах желчного пузыря; (4) бактериохолия; (5) деструкция стенки желчного пузыря; (6) околопузырный инфильтрат; (7) местный и распространенный перитонит; (8) билиодигестивные свищи.

# Классификация

- 1. **Острый простой холецистит.** Воспаление ограничено слизистой и подслизистой оболочками.
- 2. **Флегмонозный холецистит** — гнойное воспаление с инфильтрацией всех слоев желчного пузыря. Возможно изъязвление слизистой оболочки с последующей экссудацией воспалительной жидкости в околопузырное пространство.
- 3. **Гангренозный холецистит** — частичный или тотальный некроз стенки желчного пузыря.
- 4. **Перфоративный холецистит.**



# Клиническая картина острого калькулезного холецистита

Клиническая картина острого  
калькулезного холецистита обусловлена  
выраженностью патологического  
процесса, которая варьирует от  
небольшого воспаления до  
молниеносной гангрены стенки желчного  
пузыря.

# Клиническая картина острого калькулезного холецистита

- **Боль**, т.н. — печеночная колика, возникает, как правило, после погрешности в еде, после физической нагрузки и пр. причин. Локализация болей: под правой реберной дугой, в подложечной области или в правом верхнем квадранте живота с иррадиацией в правую надключичную область, правое плечо, между лопаток, за грудину, левое подреберье, Боли могут быть опоясывающими и проводятся в спину; по мере развития патологического процесса боли становятся более мучительными и постоянными;
- Печеночная колика может быть кратковременной (10-30 мин), иногда длится несколько часов и более.

# Клиническая картина острого калькулезного холецистита

- Для этой категории больных характерен 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. Каждая из этих причин может вызвать сильные сокращения желчного пузыря с ущемлением камня в шейке или в пузырном протоке и их закупоркой

# Клиническая картина острого калькулезного холецистита

- Всегда имеется **тошнота**, особенно в начале приступа. Часто наблюдается **рвота**, иногда очень сильная, сначала пищей, а потом слизью, главным образом — желчью. Иногда больные сами вызывают рвоту, однако облегчения им это не приносит.
- Повышение **температуры** тела от субфебрильной до 38-39<sup>0</sup>С зависит от клинικο-морфологической формы заболевания.



# Клиническая картина острого калькулезного холецистита

- При осмотре можно выявить незначительную желтушность кожных покровов, которая может продолжаться после приступа колики до 2 дней. Желтуха имеет обтурационный характер, она развивается чаще всего на почве воспалительной инфильтрации в Ligamentum hepatoduodenale и в воротах печени. Причиной желтухи в некоторых случаях может быть вторичный холангит и холедохолитиаз.
- При осмотре живота больной щадит правую половину при дыхании, при поверхностной пальпации положительны симптомы раздражения брюшины (чаще при флегмонозном или гангренозном остром холецистите).

# СИМПТОМЫ

- **симптом Мерфи** — глубокая пальпация в проекции желчного пузыря вызывает сильную боль при вдохе, которая нередко не дает больному возможности сделать из-за этого глубокий вдох;
- **симптом Кера** — болезненность при пальпации в правом подреберье в точке Кера, резко усиливающаяся на вдохе;
- **симптом Ортнера** — боль при покалывании внутренним краем кисти по реберной дуге;
- **симптом Мюсси** — болезненность при надавливании на точку Мюсси (находится между проекциями на кожу ножек правой грудино-сосцевидной мышцы);
- **локальный симптом Щеткина-Блюмберга** — резкое усиление боли в правом подреберье при быстром отнятии пальпируемой руки с брюшной стенки после надавливания.

# Данные лабораторного исследования

- В крови - лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево.
- У ряда больных с острым холециститом часто наблюдается повышение содержания сывороточной щелочной фосфатазы, общего билирубина, аспартат- и аланинаминотрансфераз; в моче может присутствовать уробилиноген.

# Данные инструментального исследования

- **Рентгенография** малоинформативна; на обзорном рентгеновском снимке иногда удается выявить контрастные камни. Холецистография дает отрицательные результаты, так как часто холецистит сопровождается закупоркой пузырного протока у 95% больных.
- УЗИ желчного пузыря выявляет наличие камней практически в 100% наблюдений, позволяет определить размеры органа и толщину его стенки, наличие околопузырного инфильтрата, абсцесса и консистенцию содержимого желчного пузыря.
- **Компьютерная томография** является уточняющим методом исследования, особенно, при осложненном течении острого калькулезного холецистита (деструкция, острый панкреатит, механическая желтуха, абсцессы печени)
- ЭКГ и рентгенография грудной клетки проводится для дифференциальной диагностики.



# Осложнения

- **Водянка желчного пузыря.** При облитерации пузырного протока или обтурации шейки желчного пузыря камнем, желчный пузырь оказывается «отключенным» от основных желчных путей. При маловирулентной флоре или при ее отсутствии, при сохраненной способности стенки желчного пузыря к растяжению, исходом острого приступа может стать водянка пузыря. Такой исход приступа возникает сравнительно редко (по данным литературы — менее 5% случаев). Стихание острых явлений патоморфологически сопровождается исчезновением воспалительных изменений в стенке желчного пузыря. На протяжении длительного времени (иногда нескольких лет) такой желчный пузырь может не беспокоить больного.
- Присоединение инфекции, на фоне сохраняющейся обтурации пузырного протока, может привести к **эмпиеме желчного пузыря.** Симптомы соответствуют картине внутрибрюшного абсцесса (лихорадка, боль, напряжение мышц передней брюшной стенки. У больных старческого возраста клинические симптомы могут быть смазанными).
- **Паравезикальный инфильтрат.** В связи с благоприятным анатомическим расположением желчного пузыря, создаются условия для формирования в околопузырном пространстве воспалительного инфильтрата. В инфильтрат, как правило, вовлекаются смежные органы — большой сальник, двенадцатиперстная кишка, ободочная кишка, реже — желудок.

# Осложнения

- **Перфорация желчного пузыря.** При перфорации стенки пузыря желчь истекает в брюшную полость (гангренозно-перфоративный холецистит). Перфорация происходит за счет давления камня на некротизированную стенку либо разрыва дилатированных инфицированных синусов Рокитанского-Ашофа. Обычно разрыв происходит по дну —наименее васкуляризированной области желчного пузыря. Клиническая картина перитонита такая же, как и при перфорации полого органа. При этом она прямо пропорциональна степени инфицированности желчи. Единственным методом лечения желчного перитонита является оперативное вмешательство, объем которого определяется распространенностью, тяжестью состояния, возрастом больного и наличием сопутствующих заболеваний. Прорыв содержимого желчного пузыря наблюдается редко, обычно формируются спайки с прилежащими органами и абсцессы. Прорыв в прилегающий к желчному пузырю полый орган заканчивается образованием внутреннего свища. Таким образом, выделяют три клинических варианта перфорации желчного пузыря:
  - перфорация с желчным перитонитом;
  - перфорация с околопузырным абсцессом;
  - перфорация с образованием пузырно-кишечного свища: с двенадцатиперстной кишкой, с тонкой кишкой, с ободочной кишкой.

# Осложнения

- **Острый билиарный панкреатит.** При остром калькулезном холецистите могут возникать как умеренно протекающий отечный панкреатит, так и деструктивные его формы. Попадая в фатерову ампулу, камни общего желчного протока могут послужить причиной развития острого билиарного панкреатита.



# Дифференциальная диагностика

Дифференциальный диагноз проводят с заболеваниями, относящимися к понятию «острый живот»:

- перфоративная язва желудка и/или двенадцатиперстной кишки;
  - острый панкреатит;
  - острый аппендицит;
  - острая кишечная непроходимость;
- а также с:
- острым инфарктом миокарда (**синдром Боткина** — холецисто-кардиальный синдром);
  - острой правосторонней плевропневмонией;
  - острым гепатитом;
  - осложненной мочекаменной болезнью;
  - с инфекционными заболеваниями.



# СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА

- Лечение острых калькулезных холециститов своеобразно и хирургическая тактика при них имеет свои особенности. Воспалительные изменения в желчном пузыре, вплоть до флегмонозного состояния, могут претерпевать обратное развитие. В связи с этим при остром холецистите принята тактика: консервативное лечение с активным выжиданием, т. е. при стихании явлений воспаления производится операция.

# Принципы консервативной терапии

- **Консервативное лечение** острого холецистита предполагает постельный режим, диету (водно-чайная нагрузка), спазмолитики, инфузионная терапия для снятия интоксикации и воспаления, коррекцию водно-электролитных и энергетических потерь, двустороннюю паранефральную блокаду по Вишневскому, антибактериальную терапию.
- **Неэффективность медикаментозной терапии, нарастание симптомов воспаления, появление признаков перитонита** служит показанием к операции — холецистэктомии.

# Сроки выполнения операций

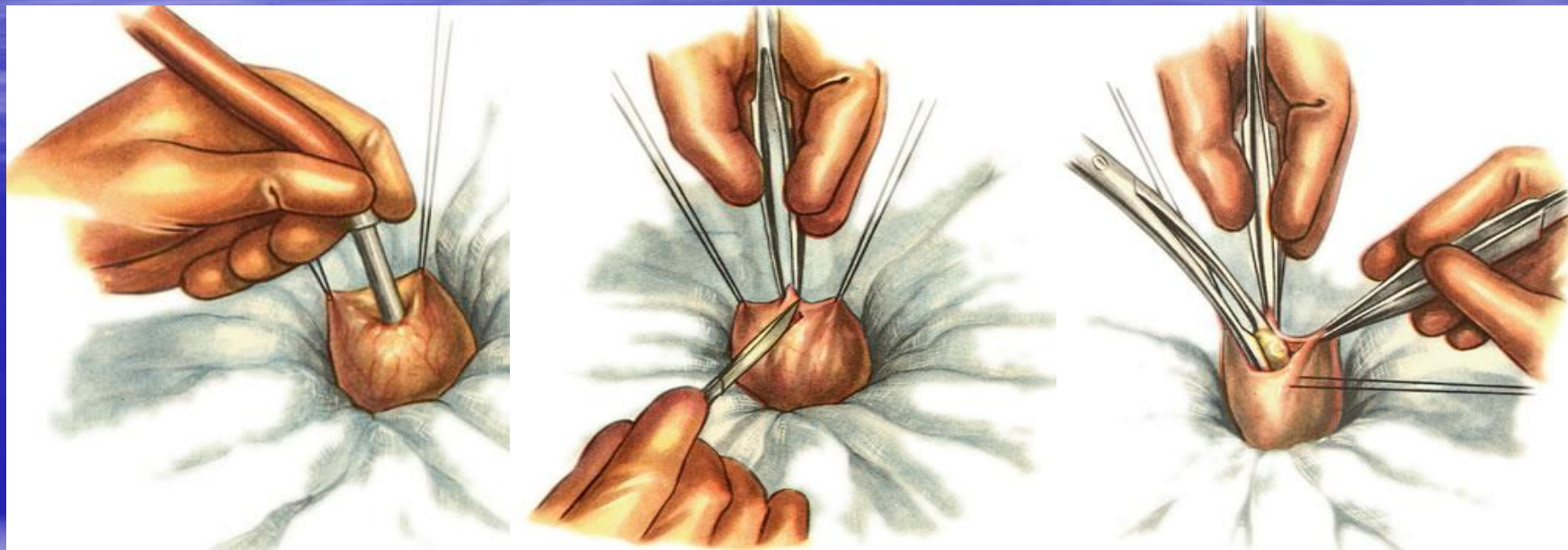
- **Экстренную** операцию проводят в первые часы после поступления и предоперационной подготовки больным, у которых течение заболевания осложнилось распространенным перитонитом.
- **Раннюю отсроченную** операцию (первые 24 час наблюдения и консервативной терапии) проводят больным с сохраняющейся симптоматикой или прогрессированием заболевания: сохранение болей, защитного напряжения мышц передней брюшной стенки, гипертермия, увеличение количества лейкоцитов в периферической крови, отрицательная динамика по данным УЗИ. Консервативное лечение включает антибактериальную, дезинтоксикационную, инфузионная терапию, а также введение анальгетиков и спазмолитиков.
- **Позднюю отсроченную** операцию (24-48 час) выполняют пациентам с умеренной локальной болью в правом подреберье, как правило там же у них отмечается наличие инфильтрата или пальпируется увеличенный желчный пузырь; при УЗИ определяется утолщение стенок желчного пузыря.
- **Плановую** операцию выполняют в случае эффективности консервативного лечения и купирования приступа острого холецистита.

# Виды операций

- **Холецистэктомия** (традиционная и лапароскопическая) — основной метод лечения острого калькулезного холецистита.
- **Холецистостомия** — метод выбора при лечении соматически тяжелых больных с заболеваниями сердечно-сосудистой и дыхательной систем в стадии декомпенсации. Выполняют при выраженном воспалительном процессе и наличии механической желтухи для декомпрессии желчевыводящих путей. Вскрывают дно желчного пузыря, удаляют желчь и камни. В желчный пузырь вводят зонд для эвакуации инфицированной желчи различными способами: из мини-доступа; под контролем УЗИ или лапароскопии.



# Этапы холецистостомии

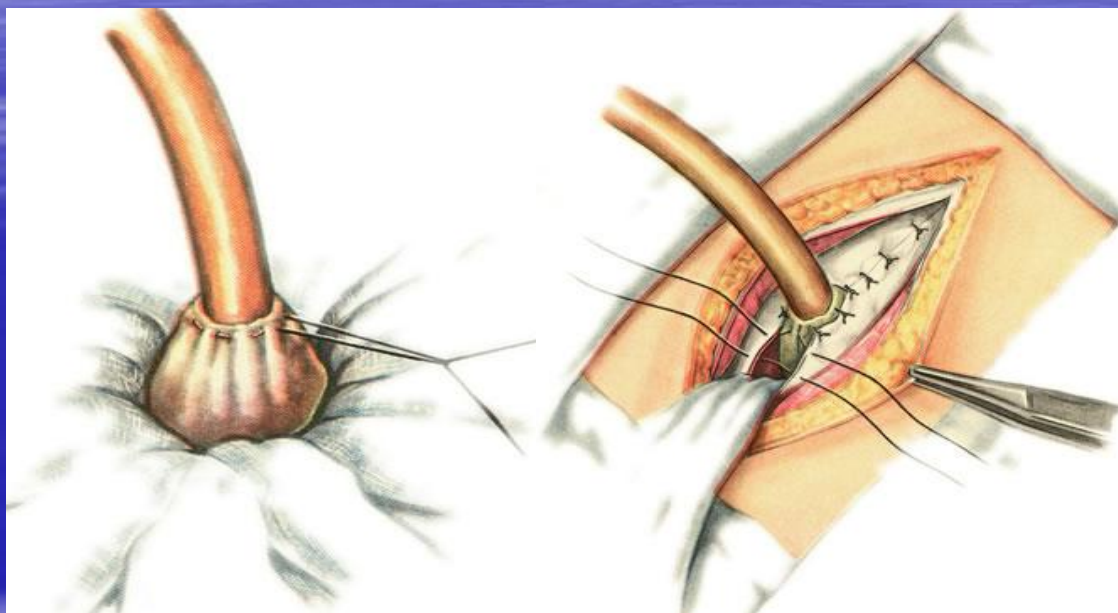


1

2

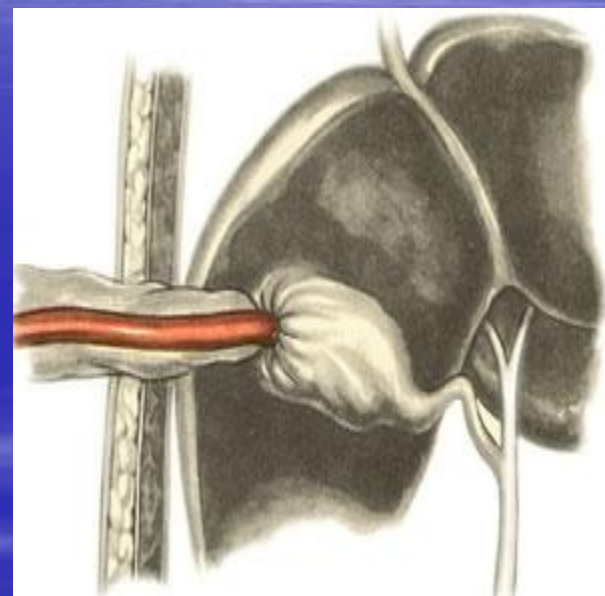
3

# Этапы холецистостомии



4

5



6

# Наружное дренирование холедоха

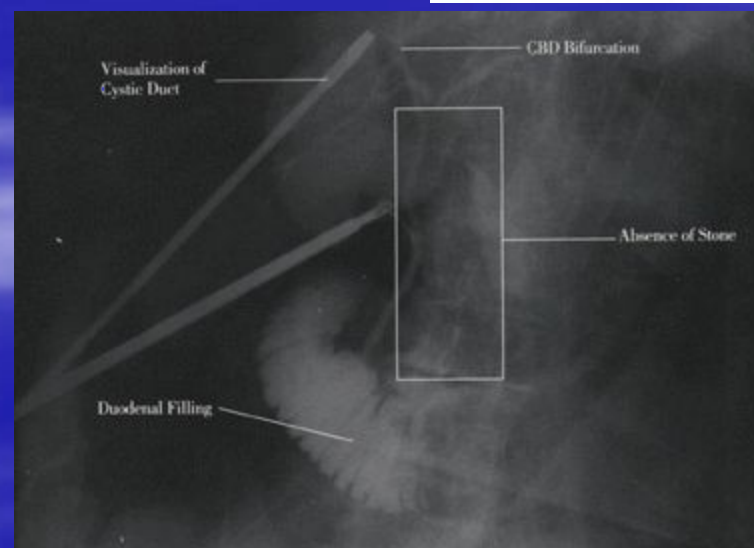
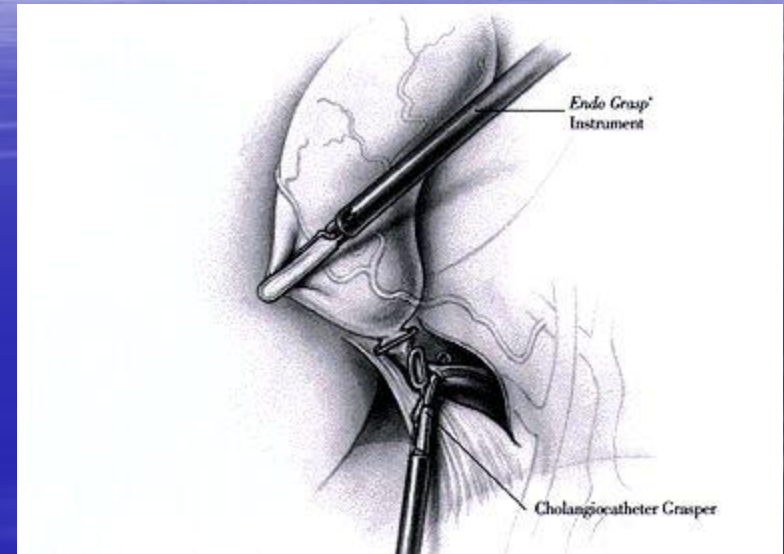
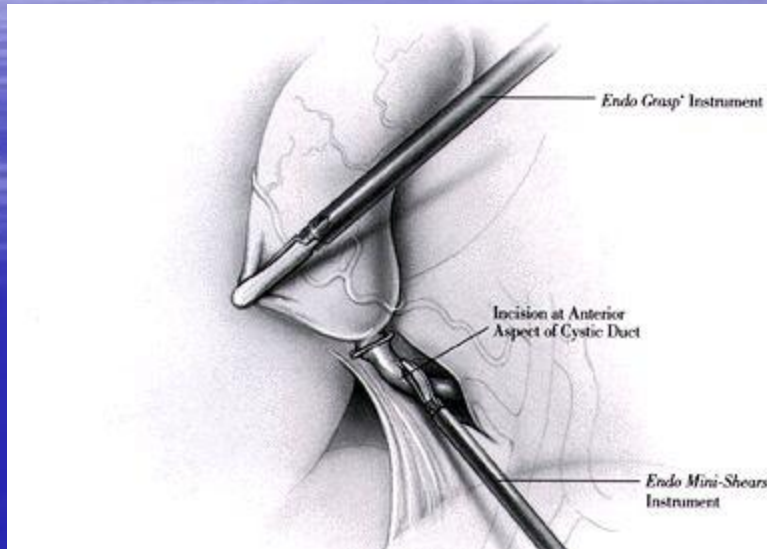
- Наружное дренирование холедоха осуществляется с целью отведения желчи наружу через дренаж, введенный в общий желчный проток. Показаниями к наружному дренированию холедоха являются: механическая желтуха, гнойный холангит, холедохолитиаз, интраоперационные вмешательства на гепатикохоледохе (холедохолитотомия, литотрипсия, холедохоскопия).

## Основные методики:

- *Холстеда-Пиковского* (дренаж вводится через культю пузырного протока в сторону большого сосочка двенадцатиперстной кишки),
- *Вишневского* (дренаж вводится путем холедохотомии в сторону ворот печени),
- *Кера* (вводится Т-образный дренаж путем проведения холедохотомии),
- *Долиотти* (путем холедохотомии или через культю пузырного протока вводится дренажная трубка, которая проводится транспапиллярно в двенадцатиперстную кишку) и др.

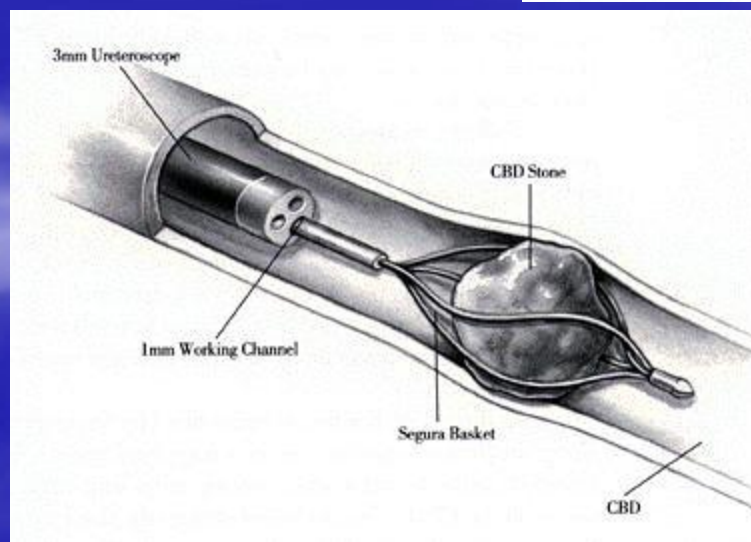
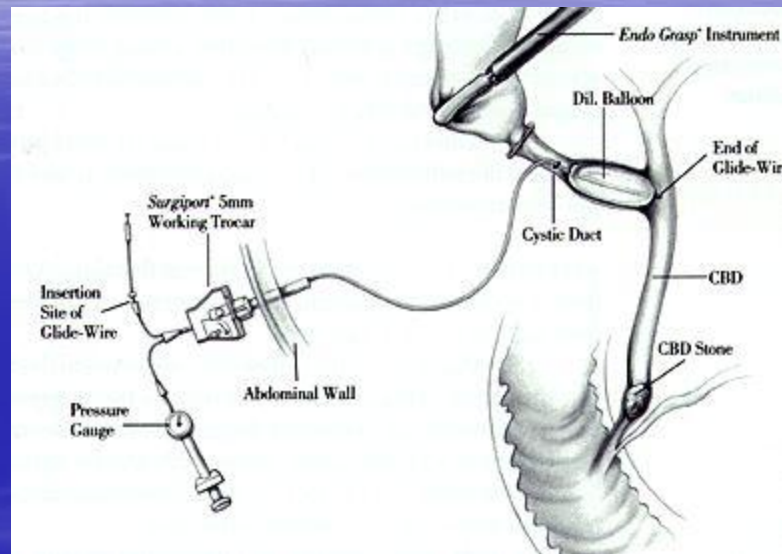
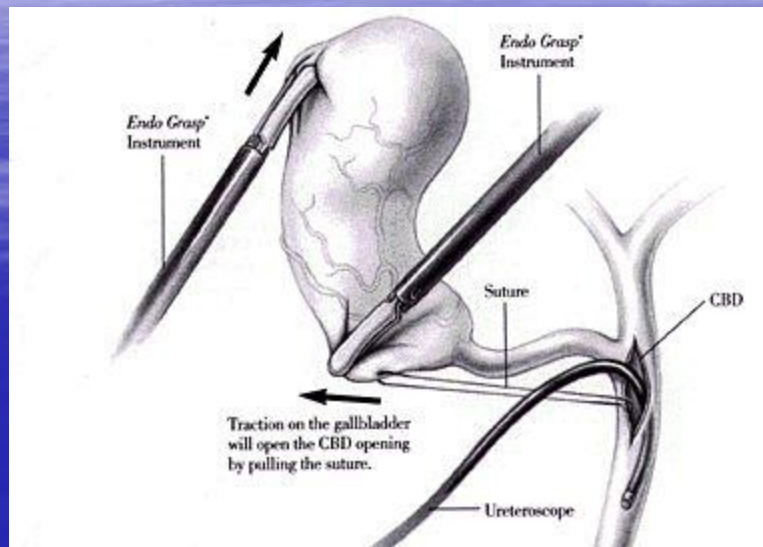


# Лапароскопические вмешательства на холедохе

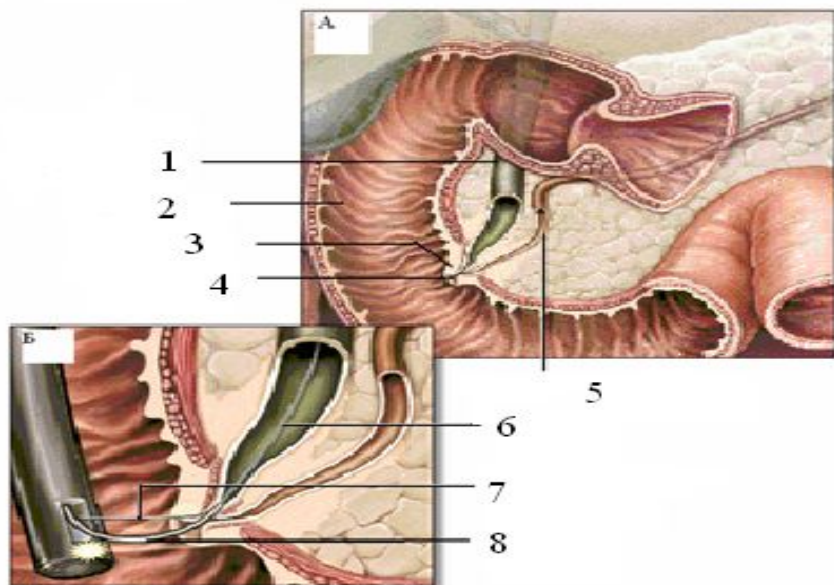




# Лапароскопические вмешательства на холедохе



# Эндоскопическое лечение больных с осложненной ЖКБ



## Основные показания:

- Острый билиарный панкреатит
- Холедохолитиаз, механическая желтуха, холангит