

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

**ТАШКЕНТСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**

Кафедра Хирургические болезни с ВПХ

ЛЕКЦИЯ

ТЕМА: «Острый холецистит и его осложнения»

ТАШКЕНТ - 2007

Тема лекции: *Острый холецистит и его осложнения.*

Лекция посвящена: *для студентов 4 курса педиатрического факультета*

Обоснование темы: Проблема лечения острого холецистита на протяжении последних лет является актуальной проблемой ургентной хирургии. Данная патология является одним из наиболее часто встречаемых заболеваний, удельный вес, которого занимает второе место после острого аппендицита и достигает до 30-35% в структуре острой хирургической патологии органов брюшной полости.

Цель лекции: Ознакомить студентов этиологии и патогенезе острого холецистита, разобрать общие факторы, симптоматику и общие принципы лечения.

Воспитательные цели: Ознакомить студентов и научить правильному общению с больными острым холециститом.

Задачи лекции: Ознакомить студентов с историческими данными развития учения о ЖКБ, с трудами ученых внесших большой вклад в развитие билиарной хирургии. Ознакомить с этиологией, патогенезом, классификацией, клиникой, диагностикой ЖКБ. Ознакомить методам пред и послеоперационного ведения больных, методам лечения этих больных.

Вопросы, подлежащие разбору с указанием времени, отведенного на вопрос:

1. Исторические данные - 10 мин
2. Этиология и патогенез – 20 мин
3. Общие данные (определение понятия) – 5 мин
4. Клиника – 15 мин
5. Тактика лечения – 20 мин
6. Осложнения - 20 мин

Вопросы к аудитории для установки обратной связи:

1. Дайте определение понятия острый холецистит?
2. Патогенез острого холецистита?
3. Клиника острого холецистита?
4. Какие осложнения острого холецистита вы знаете?
5. Особенности течения острого холецистита у пожилых больных?

Острый холецистит

Острое воспаление желчного пузыря - одно из наиболее частых осложнений калькулезного холецистита. Основные причины развития острого воспалительного процесса в стенке желчного пузыря наличие микрофлоры в просвете пузыря и нарушение оттока желчи. В желчный пузырь микрофлора попадает восходящим путем из двенадцатиперстной кишки, реже нисходящим путем из печени, куда микробы попадают с током крови, лимфогенным и гематогенным путем. При хроническом холецистите желчь содержит микробы, но острый воспалительный процесс возникает далеко не у всех больных. Ведущим фактором развития острого холецистита является нарушение оттока желчи из желчного пузыря, что возникает при окклюзии камнем шейки желчного пузыря или пузырного протока. Второстепенное значение в развитии острого воспаления имеет нарушение кровоснабжения стенки желчного пузыря при атеросклерозе висцеральных ветвей брюшной аорты и повреждающее действие панкреатического сока на слизистую оболочку желчного пузыря при рефлюксе секрета поджелудочной железы в желчные протоки. Клинические формы острого холецистита: катаральная, флегмонозная и гангренозная (с перфорацией желчного пузыря или без нее). Катаральный холецистит характеризуют интенсивные постоянные боли в правом подреберье и эпигастральной области с иррадиацией в поясничную область, правую лопатку, надплечье, правую половину шеи. В начале развития катарального холецистита боли могут носить приступообразный характер за счет усиленного сокращения стенки желчного пузыря, направленного на ликвидацию окклюзии шейки пузыря или пузырного протока. Часто возникает рвота желудочным, а затем дуоденальным содержимым, не приносящая больному облегчения. Температура тела повышается до субфебрильной. Умеренная тахикардия до 100 в минуту, иногда некоторое повышение артериального давления. Язык влажный, может быть обложен беловатым налетом. Живот участвует в акте дыхания, отмечается некоторое отставание правой половины брюшной стенки (в верхних отделах) в акте дыхания. При пальпации живота возникает резкая болезненность в правом подреберье, особенно в области проекции желчного пузыря. Напряжения мышц брюшной стенки нет или оно выражено незначительно. Положительные симптомы Ортнера-Грекова, Мерфи, Мюсси-Георгиевского. Иногда можно прощупать увеличенный, умеренно болезненный желчный пузырь. В анализе крови умеренный лейкоцитоз $10-12 \cdot 10^9/\text{л}$ или 10000-12000). Катаральный холецистит, как и печеночную колику, у большинства больных провоцируют погрешности в диете. В отличие от колики приступ острого катарального холецистита более продолжителен (до нескольких суток) и сопровождается неспецифическими симптомами воспалительного процесса (гипертермия, лейкоцитоз, увеличение СОЭ). Флегмонозный холецистит имеет более выраженную клиническую симптоматику. Боли значительно интенсивнее, чем при катаральной форме воспаления. Боли усиливаются при дыхании, кашле, перемене положения тела. Чаше возникает тошнота и многократная рвота, ухудшается общее состояние больного, температура тела достигает фебрильной, тахикардия возрастает до 110-120 в минуту. Живот несколько вздут за счет пареза кишечника, при дыхании больной щадит правую половину брюшной стенки, кишечные шумы ослаблены. При пальпации возникает резкая болезненность в правом подреберье, выражена мышечная защита, нередко можно определить воспалительный инфильтрат или увеличенный болезненный желчный пузырь. Положительный симптом Щеткина в правом верхнем квадранте живота. Положительные симптомы Ортнера-Грекова, Мерфи, Мюсси-Георгиевского. В анализе крови лейкоцитоз (до $20-22 \cdot 10^9/\text{л}$, или до 20000-22000) со сдвигом формулы крови влево, увеличение СОЭ. Макроскопически желчный пузырь увеличен в размерах, стенка его утолщена, багрово-синюшного цвета, на покрывающей его брюшине фибринозный налет, в просвете гнойный экссудат. Если при катаральной форме острого холецистита при микроскопическом исследовании отмечают лишь начальные признаки воспаления (отек стенки желчного

пузыря, гиперемия), то при флегмонозном холецистите выявляют выраженную инфильтрацию стенки желчного пузыря лейкоцитами, пропитывание гнойным экссудатом, иногда с образованием гнойников в стенке желчного пузыря. Гангренозный холецистит характеризуется бурным клиническим течением, обычно является продолжением флегмонозной стадии воспаления, когда защитные силы организма не в состоянии справиться с вирулентной микробной флорой. Иногда первично гангренозный холецистит возникает при тромбозе пузырной артерии. На первое место выступают симптомы выраженной интоксикации с явлениями местного или разлитого гнойного перитонита (что особенно выражено при перфорации стенки желчного пузыря). Гангренозная форма воспаления наблюдается чаще у людей пожилого и старческого возраста со сниженными регенеративными способностями тканей, снижением реактивности организма и нарушением кровоснабжения стенки желчного пузыря за счет атеросклеротического поражения абдоминальной аорты и ее ветвей. При перфорации пузыря быстро развиваются симптомы разлитого перитонита. Со стояние больных тяжелое, они вялы, заторможены. Температура тела фебрильная. Выраженная тахикардия (до 120 в минуту и более). Учащенное поверхностное дыхание (больной щадит диафрагму при дыхании). Язык сухой. Живот вздут за счет пареза кишечника, правые его отделы не участвуют в акте дыхания, перистальтика кишечника резко угнетена, а при диффузном перитоните отсутствует. Выражено защитное напряжение мышц передней брюшной стенки, симптомы раздражения брюшины. Перкуторно можно определить иногда притупление звука над правым латеральным каналом живота. В лабораторных анализах: высокий лейкоцитоз, резкий сдвиг лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ, нарушение электролитного состава крови и кислотно-щелочного состояния, протеинурия, цилиндрурия (признаки деструктивного воспаления и тяжелой интоксикации). Острый холецистит у людей пожилого и особенно старческого возраста со снижением общей реактивности организма и наличием сопутствующих заболеваний имеет стертое течение. Гангренозный холецистит чаще всего развивается у таких людей. У стариков нередко отсутствуют интенсивные болевые ощущения, неярко выражено защитное напряжение мышц передней брюшной стенки, нет высокого лейкоцитоза. Вот почему у больных старческого возраста могут встретиться довольно серьезные затруднения в диагностике острого холецистита, оценке состояния и выборе лечения. В типичных случаях диагностика острого холецистита не представляет серьезных проблем. Вместе с тем следует отметить, что с похожей клинической картиной может протекать острый аппендицит при подпеченочном расположении отростка, острый панкреатит, перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки, почечная колика и некоторые другие заболевания органов брюшной полости. Водянка желчного пузыря развивается при завершении приступа острого холецистита (катарального), если микробная флора желчи обладает небольшой вирулентностью и сохранена окклюзия шейки желчного пузыря или пузырного протока. В желчном пузыре происходит всасывание составных частей желчи, бактерии погибают, содержимое желчного пузыря становится бесцветным, слизистого характера. При физикальном исследовании больных можно пропальпировать дно увеличенного, растянутого, безболезненного желчного пузыря. При стихании острых воспалительных изменений в стенке желчного пузыря может развиваться эмпиема желчного пузыря. Больные жалуются на тупые тянущие боли в правом подреберье, несколько усиливающиеся после еды, эпизодические повышения температуры до 37,8-38°C, пальпаторно можно определить увеличенный, слабо болезненный желчный пузырь.

Холедохолитиаз - одно из наиболее частых осложнений желчнокаменной болезни и калькулезного холецистита (у 20% больных). У людей пожилого и старческого возраста холедохолитиаз наблюдается чаще в 2-3 раза. Камни в общий желчный проток попадают у подавляющего большинства больных из желчного пузыря. Миграция камней из желчного пузыря возможна при коротком широком пузырном протоке, пролежне в области шейки желчного пузыря или гартмановского кармана с образованием широкого свища между

желчным пузырем и общим желчным протоком. Миграция камней в общий желчный проток способствует также нарушению моторной деятельности желчного пузыря и в первую очередь, сфинктера Люткенса. У некоторых больных (1-5%) возможно первичное образование камней в желчевыводящих путях. Холедохолитиаз может длительное время протекать бессимптомно. Даже при множественных камнях гепатикохоледоха нарушения пассажа желчи возникают далеко не всегда. Желчь как бы обтекает камни, находящиеся в просвете внепеченочных желчных путей, и если нет препятствия в терминальном отделе холедоха свободно поступает в двенадцатиперстную кишку. При миграции камней в наиболее узкие отделы гепатикохоледоха его терминальный отдел и особенно в ампулу большого дуоденального соска, возникает препятствие оттоку желчи в кишечник, что клинически проявляется механической желтухой. Желтуха - основной клинический признак холедохолитиаза. Иногда желтуха носит ремиттирующий характер при наличии так называемого "вентильного" камня терминального отдела холедоха или большого дуоденального соска. При окклюзии камнем терминального отдела холедоха возникает желчная гипертензия, что клинически выражается тупыми болями в правом подреберье и механической желтухой. При дальнейшем повышении давления во внепеченочных желчных протоках просвет последних расширяется и камень как бы всплывает в проксимальные отделы гепатохоледоха, желтуха уменьшается и может исчезнуть.

Холангит - острое или хроническое воспаление внутри- и внепеченочных желчных путей. Возникает при холедохолитиазе за счет холестаза и имеющейся в желчи инфекции. По характеру морфологических изменений в стенках желчных протоков выделяют катаральный и гнойный холангит. Клинические проявления холангита характеризуют внезапное повышение температуры тела до фебрильной, потрясающий озноб, тяжесть и тупые боли в области правого подреберья, тошнота и рвота. При гнойном холангите боли имеют интенсивный характер, рано появляется желтуха, которая связана с поражением печеночной паренхимы, а также с холестазом. При физикальном исследовании больных отмечают болезненность в правом подреберье, умеренно выраженную мышечную защиту (при гнойном холангите); симптомы раздражения брюшины при этом отрицательны. У большинства больных можно прощупать нижний край увеличенной в размерах болезненной печени. При прогрессирующем бурном течении гнойного холангита образуются мелкие гнойники в стенках желчных протоков, в толще паренхимы и на ее поверхности, что приводит к образованию множественных абсцессов печени. Прогноз в таких случаях неблагоприятен. При ущемлении камня в ампуле большого дуоденального сосочка наряду с нарушением оттока желчи может происходить на рушение оттока панкреатического сока, и часто развивается острый панкреатит. Рубцовые стриктуры большого дуоденального сосочка и терминального отдела общего желчного протока возникают при повреждении слизистой оболочки дуоденального сосочка камнями, воспалительным процессом. Стриктуры могут быть ограниченными по протяженности от нескольких миллиметров до 1-1,5 см и тубулярными, при которых концентрическое сужение терминального отдела общего желчного протока бывает на протяжении 2-2,5 см и более. Такое условное подразделение стриктур удобно в отношении выбора оптимального способа коррекции того осложнения во время операции. Рубцовые стриктуры, как правило, не имеют патогномичных клинических симптомов. При выраженном стенозе терминального отдела холедоха с нарушением пассажа желчи и панкреатического сока появляются симптомы холецистопанкреатита, острого или хронического панкреатита, механической желтухи, холангита. Нередко стриктуры сочетаются с холедохолитиазом. Внутренние билиодигестивные свищи. Длительное нахождение камней (особенно крупных) в желчном пузыре может привести к образованию пролежня его стенки и близлежащего полого органа, тесно спаянного с желчным пузырем за счет перихолецистита. Наиболее часто формирование свищей происходит между желчным пузырем и двенадцатиперстной кишкой или печеночным изгибом толстой кишки. Значительно реже формируются свищи между желчным пузырем

и желудком или между желчным пузырем и гепатохоледохом. Клинические проявления внутренних билиодигестивных свищей скудные, поэтому поставить диагноз до операции удастся далеко не у всех больных. Крупные камни, мигрировавшие в просвет двенадцатиперстной кишки, могут вызвать острую обтурационную непроходимость кишечника. Камни меньших размеров свободно проходят по кишке и выходят вместе с калом, что может быть обнаружено самим больным. При забросе инфицированного кишечного содержимого в просвет желчного пузыря возникают симптомы холангита. При холецисто-холедохеальном свище происходит миграция камней из желчного пузыря в просвет общего желчного протока с развитием симптомов холедохолитиаза. Обзорная рентгенография органов брюшной полости у больных с пузырно-дуоденальным или пузырно-толстокишечными свищами позволяет выявить характерный симптом аэрохолии (наличие газа в желчном пузыре или желчных протоках). В связи с тесной морфофункциональной взаимосвязью между желчным пузырем, желчными протоками и поджелудочной железой, а также между различными патологическими состояниями затрудняющими отток панкреатического сока (холедохолитиаз, стриктура большого дуоденального сосочка, холангит и др.) к изменениям в желчных путях присоединяются изменения в поджелудочной железе, что клинически проявляется в виде холецисто-панкреатита. При этом наряду с симптомами, характерными для холецистита и его осложнений, появляются клинические признаки хронического, реже острого панкреатита. Этим симптомам следует уделять пристальное внимание, чтобы в операционном периоде обследования больного или во время операции выявить причину, вызвавшую развитие панкреатита, и ее устранить. Диагностика: основным методом диагностики холелитиаза является контрастная холецисто-холангиография. По способам введения контрастного вещества выделяют пероральную, внутри венную и инфузионную холеграфию. При пероральной холецистографии за 10-14 ч до исследования больной принимает 6-12 таблеток йодсодержащего рентгеноконтрастного вещества (холевид, иопагност), которое легко всасывается из желудочно-кишечного тракта в кровь, активно поглощается гепатоцитами и выделяется с желчью. Утром натощак производят серию рентгеновских снимков области желчного пузыря до и после приема желчегонного завтрака (2 яичных желтка). Прямым рентгенологическим признаком желчнокаменной болезни является наличие дефектов наполнения на фоне контрастированного желчного пузыря. При обтурации камнем шейки желчного пузыря или пузырного протока в случае, если просвет пузыря заполнен множественными камнями контрастное вещество не проникает в желчный пузырь и он на рентгеновских снимках не выявляется при сохраненной тени внепеченочных желчных протоков. Отсутствие контрастирования желчного пузыря может быть при нарушении его концентрационной функции (отключенный желчный пузырь). При пероральной холецистографии концентрация контрастного вещества в желчи невелика, поэтому на снимке трудно получить четкую тень желчного пузыря и тем более желчных протоков (особенно у тучных людей). По своей информативности ультразвуковое исследование (УЗИ) превосходит холецистохолангиографию, является в отличие от последней неинвазивным способом исследования, позволяющим обнаружить мельчайшие камни в желчном пузыре и желчных путях (1-2 мм), определить толщину стенки желчного пузыря, ширину желчных протоков, размеры поджелудочной железы (рис. 156). УЗИ может быть выполнено и при остром воспалительном процессе. Эффективность данного способа достигает 90% и выше. При механической желтухе, обусловленной холедохолитиазом, стенозом большого дуоденального сосочка, новообразованиями желчевыводящих путей и поджелудочной железы, показано выполнение ретроградной панкреатохолангиографии (РПХГ). Суть этого метода исследования заключается в следующем. Больному выполняют гастродуоденоскопию, в вертикальной ветви двенадцатиперстной кишки находят большой дуоденальный сосочек, в просвет которого через биопсийный канал эндоскопа вводят тонкий гибкий катетер.

Лечение: все больные с острым холециститом должны находиться в стационаре под постоянным наблюдением хирурга. При наличии симптомов разлитого перитонита показана экстренная операция. У остальных больных показана медикаментозная терапия. Больным ограничивают прием пищи, разрешая лишь щелочное питье (так как кислое желудочное содержимое, белки и жиры стимулируют выделение кишечных гормонов, усиливающих моторную деятельность желчного пузыря и секреторную активность поджелудочной железы). Для уменьшения болей применяют ненаркотические анальгетики. Наркотические анальгетики (промедол, морфин, фентанил) за счет выраженного анальгезирующего действия могут значительно уменьшить болевые ощущения и объективные признаки воспалительного процесса (мышечную защиту, перитонеальные симптомы), что может создать впечатление о стихании воспалительного процесса и таким образом "смазать" клиническую картину болезни, несмотря на продолжающиеся деструктивные изменения в желчном пузыре. Наркотические анальгетики, вызывая спазм сфинктера Одди, способствуют развитию желчной гипертензии и нарушению оттока панкреатического сока, что крайне нежелательно при остром холецистите. Болевые ощущения могут быть уменьшены путем применения холинолитиков и спазмолитиков (атропин, платифиллин, но-шпа и др.). Местно на область правого подреберья кладут пузырь со льдом. Применение грелки абсолютно недопустимо, так как при этом значительно увеличивается кровенаполнение желчного пузыря, что ведет к дальнейшему прогрессированию воспалительного процесса с развитием деструктивных изменений. Для подавления активности микробной флоры назначают антибиотики широкого спектра действия, за исключением препаратов тетрациклинового ряда, обладающих гепатотоксическими свойствами. Для дезинтоксикации назначают инфузионную терапию не менее 2--2,5 л растворов в сутки. На фоне лечения за больным проводят постоянное наблюдение. Учитывают субъективные ощущения, объективные симптомы болезни. Целесообразно вести индивидуальную картину наблюдения, в которой надо отмечать через каждые 4--6 ч частоту пульса, величину артериального давления, температуру тела, число лейкоцитов в крови. Это существенно облегчает наблюдение за больным, позволяет оценить эффективность проводимого лечения, судить о течении воспалительного процесса. При остром холецистопанкреатите комплекс медикаментозной терапии должен включать также препараты, применяемые для лечения острого панкреатита. У большинства больных возможно купирование приступа острого холецистита. По завершении приступа необходимо обследование больного для выявления камней в желчном пузыре. При обнаружении камней в желчном пузыре или желчных протоках больного необходимо оперировать в плановом порядке через 2-3 нед после стихания острого приступа. Если на фоне проводимого лечения острого холецистита в течение 48-72 ч состояние больного не улучшается, сохраняются или усиливаются боли в животе, сохраняется или нарастает защитное напряжение мышц передней брюшной стенки, учащается пульс, сохраняется на высоком уровне или повышается температура тела, растет лейкоцитоз, показано срочное хирургическое вмешательство, которое при бурном течении заболевания может быть предпринято и в более ранние сроки. В последние годы появились сообщения об успешном применении экстренной лапароскопии и лечении острого холецистита. Под контролем лапароскопа производят пункцию желчного пузыря, эвакуируют его инфицированное содержимое (желчь, гной), в просвет пузыря вводят растворы антибиотиков, стероидных гормонов. Такая тактика позволяет на ранних стадиях остановить прогрессирование воспалительного процесса с развитием деструктивных изменений в стенке желчного пузыря, быстро достичь положительного клинического эффекта, избежать вынужденных хирургических вмешательств на высоте острого холецистита, выиграть время для предоперационной подготовки больных с сопутствующими заболеваниями. Ситуация значительно усложняется при развитии механической желтухи на фоне острого холецистита. Это осложнение грозит больному холангитом, повреждением клеток печеночной паренхимы, дальнейшим усугублением

интоксикации с развитием печеночно-почечной недостаточности. Механическая желтуха развивается нередко у лиц пожилого и старческого возраста, компенсаторные возможности организма у которых весьма ограничены. Раннее оперативное вмешательство на фоне острого холецистита с механической желтухой представляет у них довольно большой риск. В такой ситуации довольно перспективным направлением является срочная эндоскопическая папиллотомия. Через биопсийный канал дуоденоскопа вводят тонкую канюлю в большой дуоденальный сосочек, после чего с помощью специального папиллотомы рассекают его верхнюю стенку. Камни из протоков отходят либо самостоятельно, либо их удаляют корзинкой Dormia или зондом Фогарти. Такая манипуляция позволяет ликвидировать желчную и панкреатическую гипертензию, уменьшить желтуху и интоксикацию. Впоследствии выполняют операцию на желчном пузыре в плановом порядке. Холецистэктомия - основное хирургическое вмешательство, выполняемое при остром холецистите. Удаление желчного пузыря может представлять значительные трудности в связи с выраженными воспалительными изменениями в желчном пузыре и окружающих тканях, в связи с чем прибегают к ряду специальных приемов-- удалению желчного пузыря от дна, удалению желчного пузыря после предварительного вскрытия его просвета. Холецистэктомия обязательно должна быть дополнена интраоперационным исследованием внепеченочных желчных протоков (холангиографией). Дальнейшую хирургическую тактику определяют в зависимости от характера обнаруженных изменений, учитывая также возраст, общее состояние больного к моменту операции. При общем тяжелом состоянии больного, разлитом перитоните и серьезных сопутствующих заболеваниях нецелесообразно стремиться к выполнению хирургического вмешательства в полном объеме в соответствии с характером изменений во внепеченочных желчных протоках. Необходимо лишь удалить воспалительно-измененный желчный пузырь, ликвидировать (если она выявлена во время операции) желчную гипертензию. Для борьбы с холангитом оставляют дренаж в общем, желчном протоке. Холецистостомия с удалением камней и инфицированного содержимого желчного пузыря показана в редких случаях в качестве вынужденной меры при общем тяжелом состоянии больного и массивном воспалительном инфильтрате вокруг желчного пузыря, особенно у лиц пожилого и старческого возраста. Эта операция паллиативная и позволяет лишь ликвидировать острые воспалительные изменения в стенке желчного пузыря. В отдаленные сроки после операции, как правило, вновь в желчном пузыре возникает обострение воспалительного процесса и больных приходится повторно оперировать. Летальность после холецистэктомии, выполненной в плановом порядке по поводу хронического калькулезного холецистита, не превышает 1%, а Холецистэктомия при остром холецистите сопровождается летальностью в 6--8% случаев, достигая у людей пожилого и старческого возраста 25%.

Литература, использованная для написания лекции:

1. Каримов Ш.И. «Хирургические болезни» 1994 г
2. Кузин М.И. «Хирургические болезни» 1995 г.
3. Астапенко А.Г. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984 г, часть 1, 2.
4. Литтманн И. «Оперативная хирургия» 1982 г
5. Агзамхожаев С.М. «Хирургик касалликлар» 1991 г
6. Королев Б.А., Пиковский Д.Л. «Экстренная хирургия желчных путей» 1990 г

Адреса в Интернете по теме лекции:

<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>

<http://medi.ru/doc/83.htm>

<http://www.rmj.net/index.htm>

<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>

<http://www.mediasphera.aha.ru>