

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
УЗБЕКИСТАН
САМАРКАНДСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**

Реферат

Тема: «Хронический холецистит, осложненный желчекаменной болезнью».

Выполнила: Жовлиева М.

САМАРКАНД-2016

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ.

Существует два вида желчных камней: холестериновые и пигментные.

Считается, что образованию камней способствуют следующие факторы:

- богатая жирами пища;
- обменные заболевания;
- наследственность;
- беременность;
- застой желчи;
- инфекция в полости желчного пузыря.

Холестериновые камни в желчном пузыре образуются за счет нарушения взаимоотношений основных липидов желчи, которыми являются холестерин, фосфолипиды и желчные кислоты. За счет холестерина образуются холестериновые камни, а за счет билирубина - пигментные.

Холестерин в состоянии выделится в желчь исключительно в виде мицелл образуемых фосфолипидами и желчными кислотами, поэтому его количество зависит от количества секретируемых желчных кислот, которые также увеличивают его всасывание в кишечнике, регулируя таким образом его уровень в желчи.

Молекулы всех трех основных липидов являются амфифильными и, находясь в водной среде при температуре 37°C, они самопроизвольно формируют сложные мицеллы, образованные снаружи желчными кислотами, расположенными так, что возникают цилиндроподобные структуры, с торцов которых к водной среде обращены гидрофильные группы лецитина (фосфолипида). Внутри мицеллы располагаются молекулы холестерина, которые со всех сторон изолированы от водной среды. В водной же среде при температуре 37°C холестерин практически нерастворим и образует кристаллы в виде моногидратов. Если количество желчных кислот и лецитина недостаточно для образования мицелл, то такая желчь считается пересыщенной. Такая желчь считается фактором, предрасполагающим к образованию камней, вследствие чего она получила название литогенной.

Теоретически можно представить следующие причины возникновения перенасыщенности желчи холестерином:

- 1) избыточная его секреция в желчь;
- 2) уменьшенная секреция в желчь желчных кислот и фосфолипидов;
- 3) комбинация этих причин.

Недостаточность фосфолипидов практически не встречается. Синтез их всегда оказывается достаточным. Поэтому первые две причины и определяют частоту возникновению литогенной желчи. При этом большинство холестериновых камней имеют пигментный центр, хотя пигмент не является центром инициации, так как проникает в камень вторично через трещины и поры.

Пигментные камни могут образовываться при поражении печени, когда она выделяет ненормальные по строению пигменты, которые тут же в желчи выпадают в осадок, или под влиянием патологических процессов в желчных путях, превращающих нормальные пигменты в нерастворимые соединения. Чаще это происходит под влиянием микрофлоры. Жирные кислоты, попадающие в камень, являются продуктами расщепления лецитина под влиянием лецитиназ микроорганизмов.

При изучении процессов инициации было установлено, что для образования камней необходимо наличие воспалительного процесса в стенке желчного пузыря. Причем, он 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. В зависимости от степени и скорости пропитывания получают холестериновые или пигментные камни.

Главными причинами развития воспалительного процесса в стенке желчного пузыря является наличие микрофлоры в полости пузыря и нарушение оттока желчи.

Основное значение придается инфекции. Патогенные микроорганизмы могут попадать в пузырь тремя путями: гематогенным, лимфогенным, энтерогенным. Чаще в желчном пузыре обнаруживают следующие организмы: E.coli, Staphilococcus, Streptococcus.

Второй причиной развития воспалительного процесса в желчном пузыре является нарушение оттока желчи и ее застой. При этом играют роль механические факторы - камни в желчном пузыре или его протоках, перегибы удлинённого и извитого пузырного протока, его сужение. На фоне желчекаменной болезни, по данным статистики, происходит до 85-90% случаев острого холецистита. Если в стенке пузыря развивается склероз или атрофия, то страдают сократительная и дренажные функции желчного пузыря, что приводит к более тяжелому течению холецистита с глубокими морфологическими нарушениями.

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.

У данной больной возможно предположить, что ведущими факторами развития холецистита являются наличие камней в полости желчного пузыря, которые закупоривают просвет протока, а также хронического воспалительного процесса в организме (хронический бронхит), которые мог метастазировать гематогенно или лимфогенно в желчный пузырь. Таким образом имеются первопричины для развития острого холецистита. Помимо этого, нельзя не учитывать возраст больной, то есть не учитывать наличие атеросклероза артерий и склероза в стенке пузыря.

Все эти факторы вкпе привели к развитию острого воспалительного процесса, приведшему к появлению камней.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Основные клинические проявления желчекаменной болезни, калькулезного холецистита: резкие боли в правом подреберье, связанные с приемом жирной и острой пищи, тошнота, отрыжка горечью. Так как конкременты в желчном пузыре обычно субъективно не проявляются, то следует проводить дифференциальную диагностику калькулезного холецистита. Его дифференцируют со следующими заболеваниями:

1) Острый аппендицит. При остром аппендиците боль не бывает столь интенсивна, и, главное, не иррадирует в правое плечо, правую лопатку и пр. Также для острого аппендицита характерна миграция боли из эпигастрия в правую подвздошную область или по всему животу, при холецистите боль точно локализуется в правом подреберье; рвота при аппендиците однократная. Обычно при пальпации обнаруживается уплотнение консистенции желчного пузыря и локальное напряжение мышц брюшной стенки. Зачастую положительны симптомы Ортнера и Мерфи.

2) Острый панкреатит. Для этого заболевания характерен опоясывающий характер боли, резкая болезненность в эпигастрии. Отмечается положительный симптом Мейо-Робсона. Характерно тяжелое состояние больного, он принимает вынужденное положение. Решающее значение при диагностике имеет уровень диастазы в моче и сыворотке крови, доказательны цифры свыше 512 ед. (в моче).

При камнях в панкреатическом протоке боль обычно локализуется в левом подреберье.

3) Острая кишечная непроходимость. При острой кишечной непроходимости боли схваткообразные, нелокализованные. Не бывает повышения температуры. Усиленная перистальтика, звуковые феномены ("шум плеска"), рентгенологические признаки

непроходимости (чаши Клойбера, аркады, симптом перистости) отсутствуют при остром холецистите.

4) Острая непроходимость артерий брыжейки. При этой патологии возникают жестокие боли постоянного характера, но обычно с отчетливыми усилениями, носят менее разлитой характер, чем при холецистите (более диффузный). Обязательно в анамнезе наличие патологии со стороны сердечно-сосудистой системы. Живот хорошо доступен для пальпации, без выраженных симптомов раздражения брюшины. Решающим является рентгеноскопия и ангиография.

5) Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки. Чаще этим страдают мужчины, в то время как холециститом чаще страдают женщины. При холецистите характерна непереносимость жирных продуктов, часты тошнота и недомогание, чего не бывает при прободной язве желудка и двенадцатиперстной кишки; боли локализуются в правом подреберье и иррадиируют в правую лопатку и т.п., при язве боль иррадиирует в основном в спину. Ускорено оседание эритроцитов (при язве - наоборот). Проясняют картину наличие язвенного анамнеза и дегтеобразного стула. Рентгенологически в брюшной полости обнаруживаем свободный газ.

6) Почечная колика. Обращают внимание на урологический анамнез. Тщательно исследуют область почки, симптом Пастернацкого положительный, проводят анализ мочи, экскреторную урографию, хромоцистографию для уточнения диагноза, так как почечная колика нередко провоцирует желчную.

I Консервативное лечение.

Показания:

- одиночные камни;
- объем камня не более половины желчного пузыря;
- акальцифицированные камни;
- функционирующий желчный пузырь.

Консервативная терапия заключается в следующем:

а) Диета. Необходимо исключить из рациона пряности, соленья, копчености, острую, жареную, жирную пищу. Пищу принимать небольшими порциями 5-6 раз в день. Употребление поваренной соли рекомендуется ограничить до 4г в сутки. Алкоголь исключается категорически. Антибиотики в период ремиссии не показаны.

б) Применяют минеральные воды.

в) УВЧ - терапия, диатермия и индуктотермия области желчного пузыря, а также грязелечение.

г) При наличии тупых периодически повторяющихся или постоянных болей в правом подреберье в межприступном периоде целесообразно провести курс терапии атропином, ношпой, папаверином. Проводить блокаду круглой связки печени.

д) Литолитический метод основан на растворении камней в желчном пузыре. В качестве литолитика используют хенодезоксихоловую кислоту. Воздействию поддаются лишь желчные камни. Курс лечения 1-1,5 года. После отмены препарата в некоторых случаях возможно повторное образование камней.

Остальные средства (фенобарбитал, глицерфосфат и др.) в состоянии снизить литогенность желчи, но никак не растворить камни. Однако показано употребление этих препаратов для профилактики рецидивов ЖКБ после холецистэктомии.

е) Экстракорпоральная литотрипсия - дистанционное дробление камня. При этом камень фрагментируется или превращается в песок и так выводится из желчного пузыря.

II Оперативное лечение.

а) Лапароскопические операции. Проводят под местной анестезией. Разрез длиной 4-6 см проводят над дном желчного пузыря, параллельно реберной дуге. Послойно расслаивают и раздвигают ткани брюшной стенки. Выводят в рану стенку желчного пузыря, осуществляют пункцию содержимого. Стенку рассекают, камни удаляют. Проводят ревизию полости пузыря.

Эта операция выполняется только в холодном периоде. Если для выполнения холецистолитотомии нет, производят холецистостомию.

При этом после окончания рентгенологических и эндоскопических исследований вставляют пластиковые дренажи, накладывают кисетные швы. Рана ушивается.

б) Операции, требующие выполнения стандартной лапаротомии: холецистотомия, холецистостомия, холедохотомия, холедоходуоденостомия.

Доступы: 1) по Кохеру;

2) по Федорову;

3) трансректальный минидоступ длиной 4 см.

Холецистотомия - наложение наружного свища на желчный пузырь. При этой операции дно желчного пузыря вшивают в рану так, чтобы оно было изолировано от брюшной полости, и вскрывают тотчас же или на другой день, когда образуются спайки стенок пузыря с краями разреза. Эта операция проводится как первый момент операции у пожилых людей по поводу острого холецистита. В последующем требуется производство холецистэктомии для устранения желчного свища.

Холецистостомия - вскрытие желчного пузыря, удаление желчного пузыря и зашивание его наглухо. Эта операция производится у ослабленных пациентов, с нарушениями сердечной и дыхательной деятельности, которым более сложная операция может угрожать опасностью для жизни. Эта операция может давать в последующем рецидивы, так как остается патологически измененный желчный пузырь, служащий местом развития инфекции и образования новых камней. Для предупреждения осложнений после операции выгоднее ввести и укрепить герметично в пузыре тонкий резиновый дренаж.

Холецистэктомия - удаление желчного пузыря, наиболее часто производится операция в типичных случаях двумя путями: 1) от шейки; 2) от дна.

Холецистэктомия от дна технически проще, но используется реже из-за возможности вытекания гнойного содержимого в холедох. При выделении от дна пузырь захватывают окончательным зажимом, надсекают по бокам его брюшину и тупым или острым путем отделяют пузырь от печени, захватывая и перевязывая отдельные ветви а. cystica. По отделении пузыря от ложа печени перевязывают основную ветвь пузырной артерии и пузырный проток. При наличии мощных спаек метод выделения от дна проще, но кровотечение из ветвей пузырной артерии несколько усложняет операцию, так как при захватывании в глубине раны кровоточащих сосудов может быть перевязан проходящий вблизи пузырной артерии правый печеночный проток.

Холецистэктомия от шейки сложнее. Сперва в треугольнике Кало перевязывают пузырный проток и пузырную артерию. Затем начинают отделение дна желчного пузыря, стараясь сохранить брюшину печеночной поверхности пузыря, чтобы потом перитонировать его ложе. Допустимо оставление частей слизистой пузыря в его ложе.

В случаях обнаружения во время операции склерозированного и окруженного мощными спайками желчного пузыря, когда отыскание шейки и протока встречает непреодолимые трудности, применяют вскрытие пузыря на всем его протяжении и выжигание слизистой путем электрокоагуляции. После выжигания слизистой оставшуюся стенку пузыря вворачивают внутрь и сшивают кетгутовыми швами над струпом. Выжигание слизистой представляет в тяжелых случаях преимущество перед удалением пузыря острым путем. Эта операция носит название *mucoclasia* (по Примбау).

В послеоперационном периоде проводят коррекцию свертывающей и фибринолитической систем, водно-солевого и белкового обмена, проводят профилактику тромбоэмболических и сердечно-легочных осложнений.

Со второго дня начинают питание жидкой пищей через рот. На 5-й день извлекают и заменяют другими узкий тампон, обращенный к ложу пузыря, оставив на месте широкий отграничивающий тампон, который на 5-6-й день подтягивают и извлекают при гладком течении на 8-10-й день. К 14 дню обычно отделяемое из раны прекращается, и рана самостоятельно закрывается. После удаления желчного пузыря больным рекомендуется соблюдение диеты.

Наиболее частыми осложнениями после холецистэктомии по поводу острого холецистита являются недостаточность культи пузырного протока, острый панкреатит, недостаточность функции печени и почек, осумкованные гнойники брюшной полости, сосудистые и легочные осложнения.