

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
УЗБЕКИСТАН
САМАРКАНДСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**

РЕФЕРАТ

**ТЕМА: Калькулезный холецистит, осложненный механической
желтухой**

Выполнила: Ибрагимова Н.

САМАРКАНД-2016

Калькулезный холецистит, осложненный механической желтухой

Механическая желтуха является одним из самых частых осложнений калькулезного холецистита. Причины появления желтухи при этом широко распространенном заболевании многообразны, но в большинстве случаев она является следствием органических поражений внутрипеченочных желчных протоков. Обтурационную желтуху при калькулезном холецистите чаще всего вызывают камни желчных протоков, рубцовый стеноз большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСД) и индуративный панкреатит, сдавливающий дистальный отдел общего желчного протока. Нарушая проходимость желчных протоков, эти причины ведут к застою желчи, желчной гипертензии и холемии. Кроме того, при калькулезном холецистите желтуха может быть следствием перихоледохеального лимфаденита, первичного склерозирующего холангита, глистной инвазии, гемобилии, а также может возникнуть при воспалительном процессе - холангите и гепатите, нередко сопутствующем острому холециститу.

Клиника калькулезного холецистита, осложненного механической желтухой.

Клиническая картина калькулезного холецистита осложненного механической желтухой чрезвычайно многообразна, что объясняется существованием различных причин, вызывающих обтурацию желчных протоков, тяжестью и длительностью желтухи, а также нередким сочетанием обтурационного холестаза с острым панкреатитом, гнойным холангитом или острым панкреатитом. Но при всем разнообразии клинической симптоматики калькулезного холецистита, осложненного механической желтухой, прослеживается ряд особенностей, который позволяет выделить следующие формы этого заболевания: желтушно-болевою, желтушно-панкреатическую, желтушно-холецистную, желтушно-безболевою и желтушно-септическую.

Желтушно-болевая форма – это наиболее частая форма клинического проявления неопухолевых поражений желчных протоков, осложненной механической желтухой. Основными клиническими симптомами ее являются боль, тошнота, рвота, лихорадка и желтуха.

Боль при этой клинической форме заболевания возникает внезапно и носит характер желчной колики. Боли чрезвычайно интенсивные, локализуются в правом подреберье и эпигастриальной области, иррадиируют в правую лопатку, плечо или поясничную область. Приступ желчной колики длится несколько минут и часов, а иногда бывает затяжным и продолжается более суток. Чрезмерно интенсивные боли в животе, наиболее характерные для закупорки камнем БСД и преампулярного отдела желчных протоков, авторы объясняют спастическим сокращением мускулатуры желчного пузыря, внезапно возникающей гипертензией и растяжением желчных протоков, а также травмой БСД и выраженным спазмом его мышечного сфинктера.

Тошнота и рвота часто наблюдаются во время приступа желчной колики. Рвота бывает одно- или двукратная и крайне редко бывает многократной. Считают, что рвота при желчной колике носит рефлекторный характер.

Для желтушно-болевой формы заболевания характерно также повышение температуры тела до 38-39°C и резкий озноб, возникающий во время приступа. Лихорадка и озноб проявляются у большинства больных и прекращаются тотчас после прохождения приступа. Полагают, что происхождение приступа связано с возбуждением центральной терморегуляции, либо с обострением воспалительного процесса в желчных протоках и бактериемией.

Желтуха – наиболее яркий и постоянный симптом заболевания. Она появляется через 12-24 часа после стихания болевого приступа. В большинстве случаев желтуха склер и кожи принимает стойкий и прогрессирующий характер, причем чаще всего это наблюда-

ется при вколоченных камнях дистального отдела общего желчного протока и ущемления камня в БСД. Желтуха быстро проходит, если заболевание не осложняется холангитом.

После купирования болевого приступа состояние больных остается удовлетворительным. Частота пульса находится в пределах нормы или имеет тенденцию к брадикардии. Живот при пальпации определяется мягким и безболезненным. У большинства больных желчный пузырь не пальпируется, а печень не увеличена. Классические симптомы Ортнера, Мерфи, Георгиевского-Мюсси – при этой клинической форме обычно отрицательные.

Желтушно-панкреатическая форма наиболее характерна для ущемленного камня и рубцового сужения БСД, редко наблюдается при протяженной стриктуре дистального отдела общего желчного протока на почве индуративного панкреатита. Общность двух протоковых систем определяет симптоматику заболевания, которая включает в себя симптомы обтурационной желтухи и острого панкреатита.

Согласно теории Орие развитие острого панкреатита при ущемлении камня в БСД обусловлено рефлюксом желчи в проток поджелудочной железы. Но к развитию острого панкреатита может привести не только рефлюкс желчи, но и нарушение оттока секрета из него с повышением внутрипротокового давления, что может иметь место при закрытии камнем устья протока или сдавлении им межпротоковой перегородки.

Существует два варианта проявления желтушно-панкреатической калькулезного холецистита, осложненного механической желтухой. При первом варианте явления острого панкреатита возникают тотчас после приступа желчной колики, и в этом случае в клинической картине заболевания преобладают симптомы острого панкреатита, маскирующие клинику ущемленного камня и стеноза БСД. При втором варианте острый панкреатит развивается после повторного приступа желчной колики и на фоне уже возникшей желтухи. В этом случае симптомы острого панкреатита появляются на фоне симптомов обтурационной желтухи и не маскируют их.

Ведущим симптомом этой формы заболевания являются боли, который при первом варианте течения, которые при первом варианте течения заболевания принимают постоянный характер с момента развития приступа, а при втором варианте - после повторного приступа желчной колики. Боли обычно локализуются в верхней половине живота или носят опоясывающий характер. Они сопровождаются тошнотой и повторной рвотой. Желтушное окрашивание появляется через 12-24 часа с момента развития приступа. Желтуха быстро нарастает в интенсивности, что в некоторой степени связано со сдавлением общего желчного протока головкой поджелудочной железы. У больных наблюдаются ознобы, слабость, моча приобретает темно-бурый оттенок, а кал обесцвечивается. Язык сухой и обложенный. Пальпаторно определяется значительная болезненность в правом подреберье и эпигастральной области, а иногда и в левом подреберье. Здесь наблюдается локальное напряжение мышц, а при наличии выпота в брюшной полости выявляется симптом Щеткина-Блюмберга. Как правило, определяются симптомы острого панкреатита: Воскресенского и Мейо-Робсона.

В диагностике этой формы калькулезного холецистита, осложненного механической желтухой, наряду с определением в крови содержания билирубина и активности ферментов печени и амилазы в моче.

Основанием для выделения желтушно-холециститной формы послужили многочисленные свидетельства сочетания острого холецистита с обтурационным холестазом, причем чаще всего на почве холедохолитиаза и стеноза БСД. Существует мнение, что определяющим фактором в ее происхождении является острый холецистит, вызывающий закупорку общего желчного протока камнем в связи с воспалительным отеком желчных протоков или рефлекторным спазмом сфинктера Одди. Считают также, что в основе развития острого холецистита и обтурационной желтухи лежит первичная закупорка желчного протока камнем, приводящая к застою желчи и обострению инфекционного процесса в желчном пузыре.

Постоянными симптомами, помимо желтухи, гипертермии и тахикардии, являются боли в правом подреберье и эпигастральной области, мышечное напряжение, положительные симптомы Щеткина-Блюмберга, Ортнера и Георгиевского-Мюсси. При умеренном напряжении мышц брюшной стенки удается пальпировать напряженный и резко болезненный желчный пузырь. В клиническом анализе крови выявляется лейкоцитоз и сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

Отличительной чертой желтушно-безболевого формы является отсутствие указаний в анамнезе на болевой приступ, предшествовавший появлению желтухи. Желтуха появляется исподволь на фоне удовлетворительного состояния больного. Иногда появлению ее предшествует кратковременный озноб и повышение температуры тела до 38-39°C, что может быть связано с обострением воспалительного процесса в зоне обтурации желчного протока. Живот у больных остается мягким и безболезненным, желчный пузырь не пальпируется. Печень вначале не пальпируется, а по мере нарастания холестаза увеличивается.

В основе желтушно-септической формы заболевания лежит нарушение оттока желчи в кишечник вследствие полной или частичной обтурации желчных протоков и присоединение вирулентной инфекции, что быстро приводит к развитию гнойного холангита, нередко осложняющегося образованием абсцессов в печени и сепсисом. Это одна из самых тяжелых форм заболевания, дающая наиболее высокую летальность.

Клиническая картина желтушно-септической формы заболевания достаточно яркая. Заболевание начинается остро с появления сильных болей в правом подреберье, иррадиирующих в правую лопатку, плечо или поясничную область. Болевой приступ сопровождается тошнотой, рвотой, потрясающими ознобами и повышением температуры тела до 38-39°C. Причем ознобы и подъемы температуры повторяются несколько раз в сутки; температура принимает гектический характер. Вскоре появляется желтуха кожи склер, интенсивность которой постепенно нарастает.

Общее состояние больных обычно тяжелое. Больные апатичны, сонливы, может быть спутанное сознание и дезориентация. Пульс учащается до 100-120 в 1 мин. Живот при пальпации мягкий, болезненный в правом подреберье. Часто печень увеличивается в размерах и край ее становится болезненным. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. При исследовании крови отмечается высокий лейкоцитоз до $18-25 \cdot 10^9/\text{л}$ и выше. В биохимическом анализе крови выявляются гипербилирубинемия, повышение активности аминотрансфераз, щелочной фосфатазы и альдолазы. Уменьшается диурез. В клиническом анализе мочи обнаруживают белок и цилиндры.

При прогрессировании заболевания нарастает гнойная интоксикация, может развиваться септический шок, острая печеночная, почечная, а также сердечная недостаточность. Этим больным показано срочное оперативное вмешательство с наружным дренированием желчных протоков и проведение интенсивной терапии, включая целенаправленную и адекватную антибактериальную терапию.

Установление точного диагноза затрудняет сходная симптоматика вышеприведенных форм калькулезного холецистита, осложненного механической желтухой неопухолевого генеза, а также сходство с клинической картиной механической желтухи опухолевого происхождения и вирусным гепатитом, что требует уточнения диагноза с помощью специальных методов диагностики.

Инструментальные методы исследования.

Из инструментальных методов диагностики калькулезного холецистита в первую очередь следует отметить УЗИ органов брюшной полости, диагностическая точность которого составляет при остром холецистите 89 %. Применение этого метода диагностики позволяет не только установить наличие острого холецистита, осложненного механической желтухой, но и уточнить воспаления желчного пузыря и характер желтухи. Использование метода становится особенно ценным, когда острый холецистит протекает под маской

«острого живота» или острого панкреатита. Располагая точной информацией о форме острого холецистита и распространенности воспалительной процесса, представляется возможным определять лечебную тактику и решать вопросы о сроках операции.

Диагностика камней желчного пузыря при УЗИ основывается на трех признаках: 1) фокальное затемнение с идущей от камня дорожкой, называемой акустической тенью; 2) отсутствие тени желчного пузыря и появление в зоне его плотной эхо-структуры с акустической тенью; 3) наличие фокальной эхо-структуры не дающей акустической тени.

Достоверным эхографическим признаком внепеченочного холестаза является расширение желчных протоков. На основании одного лишь этого эхографического признака можно предположить обтурационный характер желтухи, но нельзя высказаться о ее природе и причине. Правильно установить диагноз с указанием причины желтухи возможно у тех больных, у которых при сканировании в желчных протоках выявляется акустическая тень, свидетельствующая о наличии камня.

Заключительным этапом диагностического обследования больных с механической желтухой является оценка состояния поджелудочной железы. При сканировании преследуют две цели: диагностика рака как возможной причины заболевания и выявления сопутствующего острого панкреатита и определение тяжести процесса.

Подводя итог вышеизложенному, следует отметить, что ограниченные диагностические возможности УЗИ обуславливают необходимость дополнения его проведением рентгеноконтрастного исследования желчных протоков (ЭРХПГ, ЧЧХ), чтобы уточнить диагноз и определить возможность применения неоперативных методов разрешения желтухи.

Гастродуоденоскопия имеет немаловажное значение как для диагностики основного заболевания, вызвавшего обтурацию желчных протоков, так и для оценки сопутствующих изменений в желудке и двенадцатиперстной кишке.

Гастродуоденоскопия особенно эффективна в выявлении ущемленного камня и рака БСД. Диагностика ущемленного камня базируется на прямых и косвенных эндоскопических признаках заболевания. По прямым эндоскопическим признакам, к которым относится визуализация камня непосредственно в устье сосочка, заболевание диагностируется редко. Чаще всего диагноз устанавливают по косвенным эндоскопическим признакам: увеличение БСД в размерах до 1-1,5 см., выбухание его в просвет двенадцатиперстной кишки, появлению в слизистой оболочке сосочка кровоизлияний, гиперемии, отека, а также эрозий и фибринозного налета. При ущемленном камне устье БСД зияет или не дифференцируется.

Эндоскопическая диагностика рака БСД обычно не вызывает затруднений, если выявляется полиповидная опухоль с бугристой или узловатой поверхностью багрово-красного или малинового цвета с участками изъязвления. Опухоль бывает разных размеров, выбухает в просвет кишки и обтурирует его. При распаде опухоли возникает контактная кровоточивость. Диагноз рака БСД подтверждается цитологическим исследованием биопсийного материала.

Внедрение в медицинскую практику метода эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии значительно упростило и улучшило решение диагностических задач при заболеваниях органов гепатодуоденальной зоны. Так как абсолютных противопоказаний для выполнения ЭРХПГ при внепеченочном холестазе не существует, то для своевременного установления диагноза и выбора метода лечения ее нужно производить у каждого больного с подозрением на обтурационную непроходимость желчных протоков. Опыт применения ЭРХПГ показал высокую эффективность метода в выявлении причин механической желтухи, уровня обтурации желчных протоков и в оценке анатомо-функционального состояния билиопанкреатической системы. Ранняя диагностика заболевания с помощью этого первоочередного рентгеноконтрастного метода исследования дает возможность рационально решать вопросы лечебной тактики, и, кроме того, сократить сроки обследования больного.

Холангиография путем чрескожной пункции внутрипеченочных желчных протоков является ценным методом диагностики при обтурационном холестазе. Будучи достаточно

сложной процедурой и имея множество осложнений, ЧЧХ должна проводиться в хорошо оснащенной операционной опытными специалистами. К ЧЧХ прибегают в случаях, когда данные клинико-лабораторных и других методов исследования не позволяют дифференцировать механическую желтуху от паренхиматозной; когда не установлена природа и уровень обтурации внепеченочных желчных протоков, а уточнить характер заболевания методом ЭРХПГ в силу ряда причин не представляется возможным; если у больных с длительной закупоркой желчных протоков имелась выраженная холемическая интоксикация, для устранения которой целесообразно сочетать диагностическое исследование с внутрипротоковыми лечебными мероприятиями.

ЧЧХ, являясь точным методом диагностики заболеваний, осложняющихся механической желтухой, по диапазону своих диагностических возможностей она равноценна интраоперационной холангиографии, что исключает выполнять холангиографию во время операции.

Метод компьютерной томографии является самым современным методом исследования и весьма простым в исполнении. В норме при КТ визуализируются все органы гепатодуоденальной зоны. КТ наиболее эффективна в выявлении холедохолитиаза, расширения внутри- и внепеченочных желчных протоков как признака обтурационного холестаза, кист и опухолей печени размером от 0,5 см. и более, острого панкреатита, кистозных образований поджелудочной железы и менее информативна в дифференцировке хронического панкреатита и рака поджелудочной железы.

Лапароскопия относится к числу технически простых и относительно безопасных методов исследования. Применение лапароскопии противопоказано при крайней тяжести общего состояния больного, выраженной сердечной и легочной недостаточности, а также при подозрении на массовый спаечный процесс в брюшной полости.

Исходя из диагностической информативности лапароскопии, применение ее целесообразно при неясном характере желтухи и невозможности дифференцировать желтуху механического характера от паренхиматозной. Дифференциальная диагностика желтухи базируется главным образом на визуальной оценке цвета печени: ярко-красный цвет ее является достоверным признаком вирусного гепатита, а зеленая или зеленовато-коричневая окраска печени с гладкой поверхностью и расширением субкапсулярных желчных протоков указывает на желтуху обтурационного происхождения. Установление этиологии желтухи по эндоскопическим признакам затруднительно в ранние сроки заболевания, так как известно, что отличительный цветовой оттенок печень приобретает через 2-3 недели с момента появления желтухи.

Лапароскопию при остром холецистите и панкреатите в последнее время стали широко применять с лечебной целью для создания холецистостомы, способствующей купированию воспалительного процесса и устранению желчной гипертензии. Лапароскопическое дренирование желчного пузыря позволяет отодвинуть сроки операции и выполнить ее в холодном периоде или вообще отказаться от нее у больных с высоким операционным риском.

При подозрении на заболевание поджелудочной железы возникает необходимость в применении радионуклидного сканирования у больных с механической желтухой неопухолевого генеза. Метод используется как для оценки степени нарушений функций поджелудочной железы так и для выявления очаговых образований в ней.

К основным показаниям к проведению скинтиграфии относятся случаи, подозрительные на индуративный панкреатит, и невозможность исключить рак головки поджелудочной железы. Оно показано также при неясном характере обтурационной желтухи у больных, которым по тяжести общего состояния нельзя провести рентгеноконтрастное исследование желчных протоков, и при непереносимости йодистых препаратов.

Оценку состояния поджелудочной железы проводят по общепринятым критериям: расположению, форме, величине и очертанию изображения железы, характеру и скорости накопления радионуклида, наличию зон с повышенной или пониженной активностью.

Окончательное заключение о характере поражения железы по результатам проведения сцинтиграфии следует делать только после проведения многофакторного анализа данных, полученных при клинико-лабораторном и других методах исследования.

Лечение.

Лечебная тактика при калькулезном холецистите, осложненном механической желтухой заключается в устранении желтухи до оперативного вмешательства, если характер заболевания не требует экстренной или срочной операции. Для устранения желтухи широкое применение получили эндоскопические операции – папилосфинктеротомия и лапароскопическая холецистостомия, а также чреспеченочное дренирование желчных протоков. Применение у этого контингента больных эндоскопических и транспеченочных вмешательств направлено на устранение желтухи и желчной гипертензии и причин их развития, для того чтобы произвести операцию в более благоприятных условиях для больного, с меньшим для него риском и в меньшем объеме. Благодаря современным диагностическим методам, позволяющим ускорить обследование больного и уточнение диагноза, сроки проведения операции можно сократить до 3-5 дней. За этот относительно короткий срок можно тщательно обследовать больного и оценить функциональное состояние различных систем организма, а также полноценно подготовить больного к операции.

При сочетании механической желтухи с острым холециститом следует придерживаться активной тактики, что определяется не только наличием холестаза и холемии, но и присоединением гнойной интоксикации. В этих случаях сроки операции зависят от тяжести воспалительного процесса в желчном пузыре и выраженности перитонита. При хирургическом лечении острого холецистита одновременно производится вмешательство на внепеченочных желчных протоках, причем после оценки характера патологического процесса в них. У больных с высоким операционным риском по поводу острого холецистита выполняется лапароскопическая холецистостомия, а для разрешения желтухи – эндоскопическое транспапиллярное вмешательство, сочетающееся при явлении гнойного холангита с назобилированным дренированием. Эндоскопические операции на желчном пузыре и желчных протоках позволяют купировать воспалительный процесс и ликвидировать желтуху.

При подготовке больных к операции и ведении их в послеоперационном периоде прежде всего нужно иметь в виду нарушение белкового обмена с развитием гипопроteinемии и гипоальбуминемии. Для устранения этих последствий применяют белковые препараты, отдавая предпочтение при этом не расщепленным белкам (сухая плазма, протеин, альбумин), период полураспада которых в организме составляет 14-30 дней, а аминокислотам, которые используются организмом для синтеза органических белков. К таким препаратам относят гидролизат казеина, аминсол, альвезин, валин и др. Дефицит альбумина необходимо начать восполнять за 3-4 дня до операции трансфузией 10-20 % раствора его в количестве 100-150 мл в сутки и продолжить в течение 3-5 дней после нее.

Для обеспечения больного энергетическим материалом, а также для стимуляции регенеративных процессов в печени, повышения ее антитоксической функции и устойчивости гепатоцитов к гипоксии рекомендуют вводить концентрированные растворы глюкозы в объеме 500-1000 мл в сутки. Для повышения эффективности метаболизма внутривенно вводимой глюкозы необходимо добавлять инсулин, при этом доза его должна быть несколько выше стандартной, чтобы проявлялось его метаболическое действие.

Обязательными компонентами программы терапии при обтурационной желтухе являются препараты, улучшающие функциональное состояние гепатоцитов и стимулирующие процесс их регенерации. К таким относят эссенциале, легалон, карсил, сирепар и др. К назначению их нужно прибегать в ближайшем послеоперационном периоде и воздерживаться до ликвидации холестаза, чтобы не вызвать срыва адаптации гепатоцитов к возникшим изменениям в условиях желчной гипертензии и холемии. Многокомпонентная те-

рапия при механической желтухе должна включать в себя витаминотерапию витаминами группы А, В (В₁, В₆, В₁₂), С, Е.

Инфузионная терапия должна быть направлена на восстановление ОЦК, коррекцию КОС. Антибактериальная терапия должна быть направлена на профилактику гнойно-септических осложнений. Наиболее эффективным режимом антибактериальной терапии считается интраоперационное введение антибактериальных препаратов.

Проведение патогенетически обоснованной инфузионно-медикаментозной терапии у больных с калькулезным холециститом и механической желтухой позволяет обеспечить благоприятное течение послеоперационного периода и предупредить развитие острой печеночной, почечной и сердечно-сосудистой недостаточности.

Литература:

1. Королев Б. А., Пиковский Д. Л. «Экстренная хирургия желчных путей», М., Медицина, 1990 год;
2. Родионов В. В., Филимонов М. И., Могучев В. М. «Калькулезный холецистит», М., Медицина, 1991 год;
3. Савельев В. С. «Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости», М., 1986;
4. Скрипниченко Д.Ф. «Неотложная хирургия брюшной полости», Киев, «Здоров'я», 1974;