

**Государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего профессионального образования  
«Оренбургская государственная медицинская академия Минздрава России»**

Кафедра факультетской хирургии.

Учебное пособие для подготовки к практическим занятиям по факультетской хирургии для студентов 4 курса лечебного, педиатрического, медико-профилактического и стоматологического факультетов

**ХОЛЕЦИСТИТ**

УДК616 .381-089. 191. 1 ББК. 55.6 я73 К70

Авторский коллектив:

кандидат медицинских наук, доцент Кондрашов Н.И.  
доктор медицинских наук, доцент Демин Д.Б.  
кандидат медицинских наук, доцент Авченко М.Т.  
кандидат медицинских наук, ассистент Солдатов Ю.Н.  
кандидат медицинских наук, ассистент Соболев Ю.А.

Холецистит. Учебное пособие. – Оренбург, 2013. – 66с.

Холецистит – одно из наиболее распространенных хирургических заболеваний органов брюшной полости, часто сочетающийся и осложняющий желчнокаменную болезнь.

В настоящем пособии изложены современные взгляды на этиологию и патогенез холецистита, рассмотрены вопросы клиники и диагностики этого заболевания, содержатся современные методы консервативного и хирургического лечения холецистита и его осложнений.

Учебное пособие предназначено для подготовки к практическим занятиям по факультетской хирургии студентов 4 курса лечебного, педиатрического, медико-профилактического и стоматологического факультетов.

Рецензенты:

Чугунов А.Н. д.м.н., профессор, Заслуженный врач РФ, заведующий кафедрой эндоскопии, общей и эндоскопической хирургии ГБОУ ВПО Казанская государственная медицинская академия Минздрава России.

Тарасенко В.С. д.м.н., профессор, Заслуженный врач РФ, заведующий кафедрой госпитальной хирургии и урологии ГБОУ ВПО ОрГМА Минздрава России.

Учебное пособие рассмотрено и рекомендовано к печати РИС ОрГМА.

## СОДЕРЖАНИЕ

Введение	4
Краткие анатомо-физиологические особенности желчевыделительной системы	5
Этиология и патогенез острого холецистита	11
Классификация холецистита	15
Клиническая картина и диагностика острого холецистита	17
Дифференциальная диагностика острого холецистита	30
Лечение острого холецистита	35
Хронический холецистит	45
Заключение	54
Вопросы для самоподготовки	54
Тестовые задания	55
Эталоны ответов к тестовым заданиям	58
Ситуационные задачи	58
Эталоны ответов к ситуационным задачам	63
Рекомендуемая литература	66

## **ВВЕДЕНИЕ**

Холецистит – неспецифическое воспаление желчного пузыря, почти всегда обусловленное желчнокаменной болезнью (ЖКБ) и в большинстве случаев развивающееся после закупорки пузырного протока камнем.

ЖКБ страдают от 10 до 20% всего населения земного шара, до 40% лиц старше 60 лет и до 50% – старше 70 лет (Савельев В.С 2006г). В Европе и Америке ЖКБ встречается у 20-30 % взрослых женщин и несколько более 10 % у мужчин.

Среди всех острых заболеваний органов брюшной полости острый холецистит занимает 2-3-е, а по последним статистическим данным даже 1-ое место, составляя 20-25% больных.

Несмотря на существенные успехи в диагностике и лечении холецистита, летальность остается высокой, составляя 6-12%. Особенно высока смертность в группе больных пожилого и старческого возраста.

История учения об остром холецистите непосредственно связана с проблемой желчнокаменной болезни. На воспалительные изменения желчного пузыря при этом впервые обратили внимание Д.Морганьи (1760г.) и М.Гемсбах (1856г.). Б.Науин (1892г.) и П.С.Иконников (1906г.) считали причиной образования конкрементов в просвете желчного пузыря его воспаление.

Б.Ридель (1903г.) описал острый холецистит, возникший без наличия камней. Большой вклад в изучение проблемы внесли российские клиницисты: Н.В.Склифосовский, А.Т.Богаевский, А.А.Игнатов, Н.Д.Монастырский, С.П.Федоров, А.П.Мартынов, А.В.Вишневский, Б.В.Петровский, Е.В.Смирнов, Б.А.Королёв, Д.Л.Пиковский, В.В.Родионов, А.А.Шалимов, В.С.Савельев. Зарубежные учёные – Г.Кер, Л.Ашофф, Шоффар, В.Керте, Финстерер и др.

В 1735г. Petit впервые выполнил три холецистостомии, Симс и Т.Kocher повторили эту операцию в 1787г.

Первым выполнил холецистэктомию в 1882г. Langenbuch, а в России в 1886г. – Ю.Ф.Коссинский и в 1895г. – А.Ф.Каблуков. Холецистостомию в России выполнил в 1884г. Е.В.Павлов, в 1890г. – Н.В.Склифосовский. Первая холецистоэнтеростомия была сделана в 1887г. Н.Д.Монастырским.

Первую лапароскопическую холецистэктомию выполнил Ф. Муре (Лион) в 1988г.

В рамках данного учебного пособия предполагается развитие у студентов следующих компетенций в соответствии с требованиями ФГОС 3 поколения: ОК-1, ПК- 5, 17, 19, 20, 27.

### **Цель изучаемой темы**

Познакомить студентов с одним из наиболее частых и тяжелых заболеваний органов брюшной полости. Помочь им в усвоении этиологии и патогенеза холецистита, особенностей его клиники, дифференциальной диагностики, осложнений и лечения.

## **КРАТКИЕ АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ**

## ОСОБЕННОСТИ ЖЕЛЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Печень (hepar) является основным органом желчевыделительной системы и располагается в верхнем отделе брюшной полости, асимметрично средней линии тела, большая часть ее занимает правое подреберье и надчревную область, а меньшая помещается в левом подреберье.

Верхняя поверхность печени полностью покрыта брюшиной, на нижней поверхности брюшинный покров отсутствует только в области расположения борозд, задняя поверхность лишена брюшинного покрова на значительном расстоянии.

Покрывающая печень брюшина переходит на соседние органы, и в местах перехода образует связки (венечную, серповидную, левую и правую треугольные, печеночно-почечную, печеночно-желудочную, печеночно-двенадцатиперстную). Все они, кроме печеночно-почечной, являются удвоенными листками брюшины.

Кровь поступает в печень, через печеночную артерию и воротную вену.

Воротная вена (v. portae) собирает кровь почти от всего кишечника, желудка, поджелудочной железы и селезенки. Объем крови, поступающей в печень через воротную вену, достигает 2/3 всей циркулирующей в этом органе крови. Она богата химическими продуктами, которые составляют основу синтеза в процессе пищеварения.

Воротная вена формируется позади поджелудочной железы, на границе перехода головки в тело железы соответственно I поясничному позвонку, а ее корнями наиболее часто являются верхняя брыжеечная и селезеночная вены.

Печеночными венами (v.v. hepaticae), которые впадают в нижнюю полую вену вблизи прохождения ее через отверстие диафрагмы, осуществляется отток венозной крови из печени.

Желчеотделение является специфической функцией печени. За сутки в норме у человека выделяется от 500 до 1200мл. желчи (максимально до 4000мл.).

Желчь участвует в кишечном пищеварении: способствует нейтрализации кислот пищевой кашицы, поступающей из желудка в двенадцатиперстную кишку, расщеплению (гидролизу) и всасыванию жиров и жирорастворимых витаминов, возбуждающе действует на перистальтику толстой кишки.

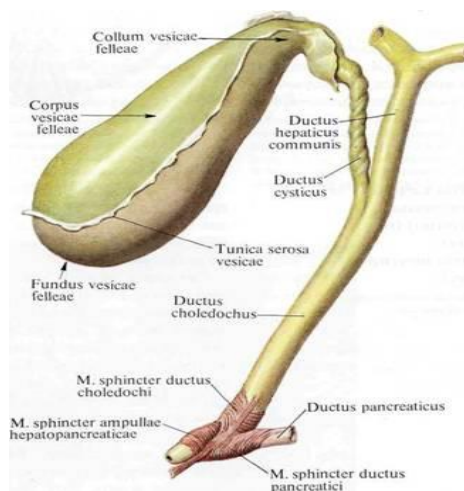
Желчь вырабатывается печеночными клетками и выделяется в тончайшие каналы, которые вначале представляют собой простые щели между клетками, сливающиеся друг с другом. Эти щели постепенно становятся шире, появляется эпителий и они приобретают характер желчных протоков, которые увеличиваются в калибре, соединяются и в конце концов образуют два ствола: левый и правый печеночный протоки. Почти в 95% случаев левый и правый печеночные протоки сливаются вне печени на расстоянии от 0,75 до 1,5см. от ее поверхности.. Диаметр левого печеночного протока больше диаметра правого.

После слияния образуется общий печеночный проток, лежащий в рыхлой забрюшинной клетчатке и имеющий диаметр 4мм, длину от 2,5 до 5см. Он лежит впереди правого края воротной вены. Нередко спереди его перекрещивает пузырная артерия (справа налево – ductus, venae, arteriae – d.v.a. – «два»).

С места, где в общий печеночный проток впадает проток желчного пузыря,

начинается общий желчный проток – холедох. Для хирурга важно помнить и о взаимоотношениях между пузырной артерией, пузырным протоком и общим печеночным протоком – треугольник Калло (Callot).

Желчный пузырь (*vesica fellea*) (*рис.1*) располагается на висцеральной поверхности печени в передней части правой сагиттальной борозды. С тканью печени он чаще всего связан рыхлой соединительной тканью. Дно желчного пузыря проецируется на переднюю брюшную стенку в области угла, образованного наружным краем правой прямой мышцы живота и реберной дугой.



**Рис. 1. Схема строения внепеченочной системы жёлчевыделения**

Желчный пузырь имеет грушевидную форму, длина его 6-12см, ширина – 3-5см., вместимость – в среднем 50-60 мл. В нём различают дно (*fundus*), тело (*corpus*) и конически суженный отдел – шейку (*collum*). Шейка желчного пузыря переходит в пузырный проток. В месте перехода часто имеется мешковидное выпячивание, называемое карманом Гартмана (*Hartmann*). Стенка пузыря состоит из трех слоев: серозного, мышечного и слизистого. Мышечный слой развит слабо. Между мышечными волокнами глубоко проникает слизистая оболочка, она даже может соприкоснуться с серозной. Образующиеся щели или синусы называются синусами Рокитанского-Ашоффа. Иногда они в виде протоков проникают через стенку пузыря в печень (там, где нет серозной оболочки) и соединяются с печеночными протоками (ходы Люшка). Слизистая оболочка желчного пузыря желто-коричневого цвета, ячеистая, выстлана однородным цилиндрическим эпителием, обладающим большой всасывающей способностью.

Желчный пузырь обычно покрыт брюшиной с трёх сторон (мезоперитонеально), но иногда со всех сторон (интраперитонеально) – «висячий желчный пузырь» и редко только с одной стороны (экстраперитонеально).

Кровоснабжение желчного пузыря осуществляется через пузырную артерию (*a. cystica*), которая в 90% случаев отходит от правой печеночной артерии. Артерия часто находится в непосредственной близости с пузырным протоком, патологические процессы в котором могут сопровождаться её тромбозом и

развитием гангрены пузыря. Атеросклеротические изменения этой артерии у пожилых и стариков также могут сопровождаться гангреной пузыря.

Венозный отток осуществляется по одноименной вене, впадающей в воротную вену.

Желчный пузырь имеет развитую сеть лимфатических путей, которые анастомозируют с лимфатическими сосудами поджелудочной железы, желудка, селезенки, кишечника и правой почки.

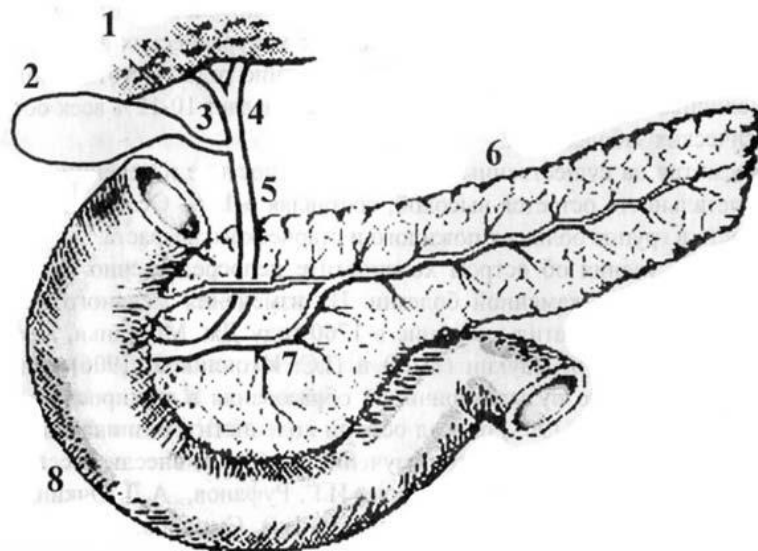
Функция желчного пузыря непосредственно связана с функцией печени, поджелудочной железы, двенадцатиперстной кишки. Прежде всего, он регулирует перемещение желчи из печени в желудочно-кишечный тракт. Желчный пузырь наполняется желчью под влиянием секреторного давления печени, которое достигает 300мм. вод. ст. В пузыре желчь концентрируется в 7-10 раз, её относительная плотность повышается с 1010 до 1026. Таким образом, первая функция желчного пузыря – концентрационная.

Вторая функция – двигательная, регулирует опорожнение желчного пузыря, благодаря которому порции желчи поступают для участия в пищеварении в строго определенные периоды. Двигательная функция осуществляется за счет тонуса и моторики стенки пузыря, протоков и запирающего аппарата пузыря и общего желчного протоков.

Первичная реакция опорожнения зависит от рефлексов из полости рта, пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки. В дальнейшем важную роль в регуляции моторики желчного пузыря и желчевыводящих путей играет характер пищи. Выбрасывание желчи в двенадцатиперстную кишку совпадает с прохождением перистальтической волны через привратник желудка. Длительность периода сокращения зависит от содержания жира в пище.

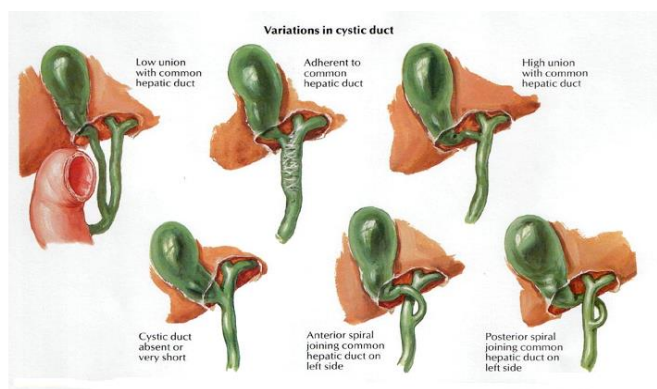
Регуляция функций желчного пузыря осуществляется нейрогуморальным путем. Кроме рефлексов при акте еды и прохождении пищи большое значение имеют гормоны двенадцатиперстной и тощей кишки. Холецистокинин вызывает сокращение стенки желчного пузыря. В регуляции желчеобразования и желчевыделения играют определенную роль секретин, кортикостероиды, тироксин, адреналин. Гормоны воздействуют через вегетативную нервную систему.

Желчный пузырь является частью внепеченочной системы желчевыделения и тесно связан анатомически и функционально с печенью и, прежде всего, с ее протоковой системой, а также – с поджелудочной железой (рис. 2).



**Рис. 2. Схема анатомического строения гепатикобилиарно-панкреатодуоденальной зоны: 1 – печень, 2 – желчный пузырь, 3 – пузырный проток, 4 – общий печеночный проток, 5 – общий желчный проток, 6 – поджелудочная железа, 7 – главный панкреатический проток, 8 – двенадцатиперстная кишка**

В среднем длина исходящего из жёлчного пузыря пузырного протока (*ductus cysticus*) составляет 3-5см, диаметр 2-3мм, но могут быть существенные отклонения в размерах. Чаще пузырный проток подходит к общему печеночному протоку под небольшим острым углом и впадает в его правую боковую стенку. Возможны самые разнообразные варианты: соединение его с одним из печеночных протоков, добавочный проток, параллельное и спиральное отношение с общим желчным протоком, отсутствие пузырного протока (*рис. 3*).



**Рис. 3. Варианты анатомического строения пузырного протока**

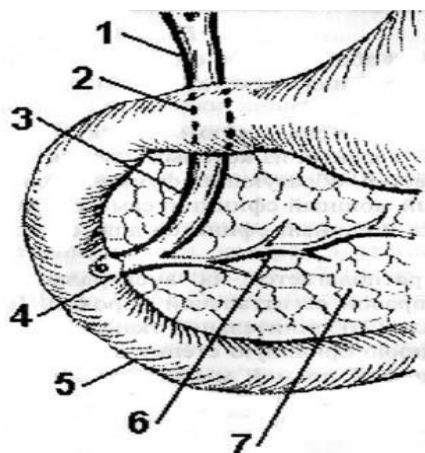
Общий желчный проток (*ductus choledochus*) в среднем имеет длину 7-8см, диаметр 0,5см. Увеличение его диаметра более 1,0см считается патологическим расширением и свидетельствует о препятствии нормальному passage желчи.

В общем желчном протоке (*рис. 4*) различают четыре отдела:

1) супрадуоденальный - выше двенадцатиперстной кишки



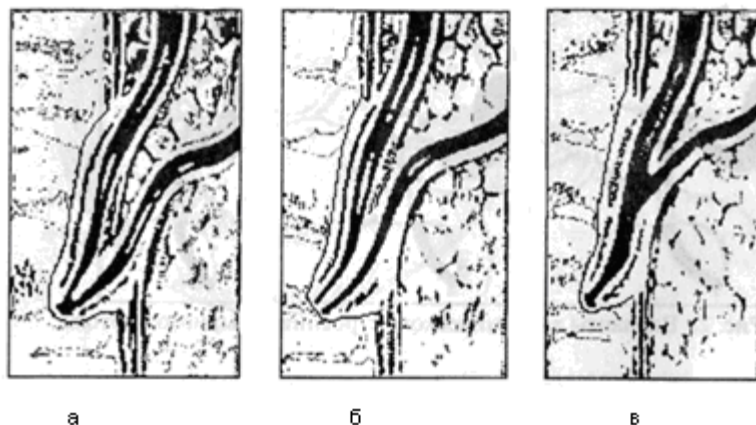
- 2) ретродуоденальный - позади двенадцатиперстной кишки
- 3) панкреатический - между стенкой двенадцатиперстной кишки и головкой поджелудочной железы (иногда в толще поджелудочной железы)
- 4) дуоденальный - в стенке двенадцатиперстной кишки



**Рис. 4. Отделы общего желчного протока.**

- 1 – Супрадуоденальный отдел.
- 2 – Ретродуоденальный отдел.
- 3 – Панкреатический отдел.
- 4 – Дуоденальный отдел.
- 5 – Двенадцатиперстная кишка.
- 6 – Панкреатический проток.
- 7 – Головка поджелудочной железы.

Общий желчный проток открывается в просвет двенадцатиперстной кишки в области ее нисходящей части, где в месте впадения существует большой дуоденальный сосок (Vaterу). Часто имеется совместное впадение с панкреатическим протоком (рис. 5-а), хотя возможно раздельное впадение (рис. 5-б). Если оба протока впадают совместно, то образуется ампула (60-75%). Возможно впадение панкреатического протока в общий желчный (рис. 5-в).



**Рис. 5. Варианты взаиморасположения общего желчного и главного панкреатического протоков**

Стенка общего желчного протока имеет слизистую и мышечную оболочки и систему сфинктеров, главный из которых - сфинктер Одди. Сфинктер Одди состоит из трех частей, образующих функционально единый замыкательный аппарат: самый мощный сфинктер самого протока, сфинктер панкреатического протока и единый сфинктер для обоих протоков.

## ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

В настоящее время известно несколько теорий, объясняющих возникновение воспалительного процесса в желчном пузыре.

1. Инфекционная теория: считается, что проникновение инфекции в желчный пузырь, особенно слабовирулентной, приводит к тому, что слущивается эпителий слизистой пузыря. Комочки этого эпителия на фоне застоя желчи служат ядром, вокруг которого и оседают из желчи известь и холестерин. Инфекция в желчный пузырь может попадать: из ДПК, по протокам, лимфогенным и гематогенным путями. Чаще всего – это кишечная палочка, стафилококки, стрептококк и др.

2. Теория застоя желчи, как причины камнеобразования, выдвинута Л.Ашоффом в 1924г. Согласно ей этому способствуют условия местного характера – застой желчи, местный воспалительный процесс.

3. По теории, разработанной Шоффаром в 1924г., образование камней в желчном пузыре является следствием заболевания всего организма – нарушения обмена веществ, в частности холестерина, когда значительно повышается количество холестерина в крови. Подтверждение этой теории можно видеть в том, что в периоды, когда в норме повышается уровень холестерина в крови (беременность, после родов, менструальный период), а также при обильном питании продуктами, содержащими много холестерина (желтки, жиры, баранина, мозги, печень, цветная капуста, морковь и др.) появляются впервые или учащаются приступы ЖКБ. При этом повышение холестерина наблюдается не только в крови, но и в желчи.

4. Наследственная предрасположенность к различным заболеваниям и в частности ЖКБ подчеркивается многими авторами. Речь идет о предрасположенности к нарушениям обменных процессов, в данном случае к холестеринному обмену.

Ни одна из этих теорий не является исчерпывающей, вероятнее всего возникновение острого холецистита связано с действием не одного, а нескольких этиологических факторов, но ведущая роль принадлежит инфекции.

Бактериологической основой острого холецистита являются разные микробы и их ассоциации. Среди них основное значение имеют граммотрицательные бактерии группы *Esherichia coli* и грамположительные бактерии рода *Staphilococcus* и *Sterptococcus*. Другие микроорганизмы, вызывающие воспаление желчного пузыря, встречаются крайне редко. В желчный пузырь инфекция проникает тремя путями: гематогенным, энтерогенным и лимфогенным.

При гематогенном пути инфекция попадает в желчный пузырь из общего круга кровообращения по системе общей печеночной артерии или из кишечного тракта по воротной вене в печень. Лишь при снижении фагоцитарной активности печени микробы проходят через клеточные мембраны в желчные капилляры и далее – в желчный пузырь.

Лимфогенный путь попадания инфекции возможен вследствие обширной связи лимфатической системы печени и желчного пузыря с органами брюшной полости. Энтерогенный (восходящий) – путь распространения инфекции возможен при заболевании терминального отдела общего желчного протока, функциональных

нарушениях его сфинктерного аппарата, когда инфицированное дуоденальное содержимое может забрасываться в желчные пути. Этот путь наименее вероятен.

Воспаление в желчном пузыре при попадании инфекции не происходит, если только не нарушена его дренажная функция и нет задержки желчи. В случае нарушения дренажной функции создаются условия, необходимые для развития воспалительного процесса. Факторы нарушения оттока желчи из пузыря: камни, перегибы удлинённого или извитого пузырного протока, его сужение.

В патогенезе острого холецистита важное значение имеют сосудистые изменения в стенке желчного пузыря. От расстройства кровообращения в пузыре за счет тромбоза пузырной артерии зависят темп развития воспалительного процесса и тяжесть заболевания. Следствием сосудистых нарушений являются очаги некроза и перфорации стенки пузыря. У пожилых больных сосудистые нарушения, связанные с возрастными изменениями, могут вызывать развитие деструктивных форм острого холецистита (первичная гангрена желчного пузыря).

Имеют значение и хронические изменения желчного пузыря в виде склероза и атрофии элементов стенок пузыря.

Острый холецистит, возникающий на почве желчнокаменной болезни, составляет 85-90%. Основным местом образования желчных конкрементов является желчный пузырь, в редких случаях — желчные пути.

Требуется ряд условий, способствующих образованию камней в желчном пузыре, ведущими из них являются: 1) наличие инфекции; 2) застой желчи; 3) перенасыщение желчи билирубином и холестерином.

Образование желчных камней происходит в желчном пузыре в результате осаждения плотных частичек желчи. Большая часть камней (70%) состоит из холестерина, билирубина и солей кальция.

*Холестериновые камни* желчного пузыря: большинство камней образует холестерин, осаждающийся из перенасыщенной желчи (особенно по ночам, в период максимальной концентрации в пузыре). У женщин риск образования камней в желчном пузыре увеличивают применение пероральных контрацептивов, быстрое снижение массы тела, наличие сахарного диабета, резекция подвздошной кишки. Холестериновые камни бывают крупными, с гладкой поверхностью, желтого цвета, часто легче воды и желчи. При УЗИ выявляют симптом плавающих камней. Повышение концентрации холестерина и снижение концентрации желчных солей или лецитина способствуют образованию холестериновых камней. Теоретически повышение концентрации лецитина и желчных солей в желчи должно препятствовать образованию холестериновых камней. У 13% больных, принимающих внутрь желчные кислоты (например, хенодезоксихолевую) в течение 2 лет, камни лизируются полностью, в 41% случаев происходит частичное растворение камней.

*Пигментные камни* желчного пузыря, состоящие преимущественно из билирубината кальция, обнаруживают у больных с хроническим гемолизом (например, при серповидно-клеточной анемии или сфероцитозе). Инфицирование желчи микроорганизмами, синтезирующими бетаглюкуронидазу, также способствует образованию пигментных камней, так как приводит к увеличению содержания в желчи прямого (несвязанного) билирубина. Пигментные камни имеют гладкую поверхность, зеленый или черный цвет.

*Смешанные камни* чаще образуются на фоне воспаления желчевыводящих путей – инфекционные процессы повышают в желчи содержание кальция и бета-глюкуронидазы (фермент, превращающий связанный билирубин в свободный). Кальций, соединившийся со свободным билирубином, оседает в виде камней (кальциевой соли билирубина).

При сокращении желчного пузыря конкременты мигрируют. Обтурация камнем пузырного протока ведет к выключению желчного пузыря и возникновению обтурационного холецистита, водянки желчного пузыря.

5. Вследствие анатомо-физиологической связи желчевыводящих путей с выводными протоками поджелудочной железы возможно развитие ферментативных холециститов. Их возникновение связано не с действием микробного фактора, а с затеканием панкреатического сока в желчный пузырь и повреждающим действием панкреатических ферментов на ткань пузыря. Как правило, данные формы сочетаются с явлениями острого панкреатита. Сочетанные формы острого панкреатита и холецистита рассматривают как самостоятельное заболевание, получившее название «холецисто-панкреатит».

## КЛАССИФИКАЦИЯ ХОЛЕЦИСТИТА

Вопрос о классификации холецистита, помимо теоретического значения, имеет большое практическое значение. Рационально составленная классификация дает хирургу ключ к тому, чтобы не только правильно отнести ту или иную форму к определенной группе, но и выбрать соответствующую тактику в предоперационном периоде и во время оперативного вмешательства.

Существует много классификаций холецистита. Одной из наиболее применяемых является классификация проф. А.Т.Лидского (1963г.), согласно которой все холециститы делятся на **калькулезные и некалькулезные**.

Среди них выделяются:

1. Острый первичный холецистит:

Катаральный

Флегмонозный

Гангренозный

2. Рецидивирующий холецистит.

3. Первично-хронический холецистит.

4. Вторично-хронический холецистит (последствия перенесенного острого).

5. Склерозирующий хронический холецистит.

В основе классификации **острого холецистита**, как правило, лежит клинкоморфологический принцип – зависимость клинических проявлений заболевания от патологоанатомических изменений в желчном пузыре, брюшной полости и от характера изменений во внепеченочных желчных протоках.

В хирургической практике применяется также классификация, предложенная А.М.Джавдяном и Л.Б.Крыловым (1976г.), в которой выделяются две группы острого холецистита: **неосложненные и осложненные**.

I. Неосложненные холециститы:

1. Катаральный (простой) холецистит (калькулезный или бескаменный), первичный или обострение хронического рецидивирующего.

2. Деструктивный холецистит (калькулезный или бескаменный), первичный или обострение хронического рецидивирующего:

- а) флегмонозный, флегмонозно-язвенный
- б) гангренозный.

II. Осложненные холециститы:

1. Окклюзионный (обтурационный) холецистит (инфицированная водянка, флегмона, эмпиема, гангрена желчного пузыря), перихолецистит.

2. Прободной холецистит с явлениями местного или разлитого перитонита.

3. Острый холецистит, осложненный поражением желчных протоков:

- а) холедохолитиаз, холангит
- б) стриктура холедоха, папиллит, стеноз фатерова соска.

4. Острый холецистопанкреатит.

5. Острый холецистит, осложненный пропотным желчным перитонитом.

К неосложненному острому холециститу отнесены все патологоанатомические формы воспаления желчного пузыря, повседневно встречающиеся в клинической практике – катаральный, флегмонозный и гангренозный холециститы. Каждую из этих форм следует рассматривать как закономерное развитие воспалительного процесса, поэтапный переход от катарального воспаления к гангрене. Исключением из этой закономерности является первичный гангренозный холецистит, поскольку в механизме его развития лежит первичный тромбоз пузырной артерии.

Острое воспаление желчного пузыря может протекать при наличии камней в его просвете и без них. Принятое деление острого холецистита на бескаменный и калькулезный носит условный характер, так как независимо от того, имеются камни в пузыре или они отсутствуют, клиническая картина заболевания и лечебная тактика будут практически одинаковы при каждой форме холецистита.

Группу осложненного холецистита составляют осложнения, которые непосредственно связаны с воспалением желчного пузыря и с выходом инфекции за его пределы. К этим осложнениям относятся: околопузырный инфильтрат и абсцесс, перихолецистит, прободение желчного пузыря, перитонит различной распространенности, желчные свищи, острый панкреатит, и наиболее частые осложнения – механическая желтуха и холангит. Осложненные формы встречаются в 15 – 20% случаев.

**В патологоанатомическом отношении различают:**

Среди острых холециститов –

- 1) простой (катаральный) холецистит
- 2) деструктивный – флегмонозный, гангренозный, перфоративный.

Среди хронических холециститов –

- 1) гипертрофический
- 2) атрофический

3) водянка желчного пузыря.

## **КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА И ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА**

Клиническая картина холецистита многообразна, что зависит от патологоанатомической формы воспаления желчного пузыря, наличия и распространенности перитонита и сопутствующих изменений в желчных протоках. Вследствие многообразия клиники заболевания возникают диагностические трудности и ошибки.

**Острый холецистит**, как правило, начинается внезапно. Развитию острых воспалительных явлений в желчном пузыре обычно предшествует приступ желчной (печеночной) колики. Вызванный закупоркой пузырного протока камнем острый болевой приступ может купироваться самостоятельно, но чаще только после приёма спазмолитических препаратов. Нередко, через несколько часов после купирования приступа печеночной колики, возобновляется клиника острого холецистита.

В клинике острого холецистита ведущими являются три синдрома:

- 1) болевой
- 2) диспепсический
- 3) эндогенной интоксикации

### ***1. Болевой синдром***

Ведущим симптомом острого холецистита является сильная и постоянная боль в животе, интенсивность которой по мере прогрессирования заболевания нарастает. Характерно острое начало, обычно после погрешностей в диете. Отличительной особенностью боли является локализация ее в правом подреберье с иррадиацией в правую надключичную область, плечо, лопатку или в правую поясничную область.

Возможна иррадиация болей за грудину и область сердца (холецистокардиальный синдром С.П.Боткина). Распространение болей по животу влево свидетельствует о присоединении острого панкреатита.

У пожилых людей может отмечаться несоответствие клинических проявлений острого холецистита и выраженности воспалительных изменений в желчном пузыре.

Развитие гангренозных изменений в стенке желчного пузыря может клинически проявляться так называемым периодом мнимого благополучия – уменьшением болей за счет некроза рецепторов чувствительного аппарата.

### ***2. Диспепсический синдром.***

Постоянные симптомы острого холецистита – тошнота и многократная рвота, не приносящая облегчения больному.

### ***3. Синдром эндогенной интоксикации.***

Повышение температуры тела (от субфебрильной до высокой) отмечается с первых дней заболевания. Характер её во много зависит от глубины

патоморфологических изменений в желчном пузыре. При деструктивном холецистите температура быстро достигает 38<sup>0</sup>С и выше.

Тахикардия, потливость и ознобы. Частота пульса колеблется от 80 до 120 ударов в 1 мин и выше. Частый пульс – это грозный симптом, свидетельствующий о глубокой интоксикации и тяжелых морфологических изменениях в брюшной полости.

Состояние больного бывает различным, что зависит от тяжести заболевания. Кожный покров обычной окраски. Умеренная желтушность склер наблюдается при локальном гепатите и при воспалительной инфильтрации внепеченочных желчных протоков с застоем желчи в них.

Вследствие холедохолитиаза или холангита, может возникнуть **механическая желтуха** проявляющаяся желтушностью кожного покрова и склер. Желтуха развивается у 20-40% больных.

Появление яркой желтухи кожи и склер указывает на механическое препятствие нормальному оттоку желчи в кишечник, что может быть связано с закупоркой желчного протока камнем или со стриктурой терминального отдела общего желчного протока.

Язык, как правило, сухой, обложен белым или коричневатым налетом. При пальпации определяется резкая болезненность и напряжение мышц в правом верхнем квадрате живота, особенно резкая болезненность в области расположения желчного пузыря. При переходе процесса на париетальную брюшину возникают напряжение брюшных мышц – симптом Щеткина-Блюмберга. Желчный пузырь удается пропальпировать, когда он увеличивается в размерах и становится плотным (при деструктивных формах острого холецистита). Однако при значительном мышечном напряжении прощупать его не всегда возможно.

При обследовании больного выявляются следующие специфические симптомы острого холецистита:

Симптом **ОРТНЕРА-ГРЕКОВА** – болезненность при поколачивании ребром ладони по краю правой реберной дуги.

Симптом **МЕРФИ** – произвольная задержка дыхания на вдохе при надавливании на область проекции желчного пузыря в правом подреберье.

Симптом **МЮССИ-ГЕОРГИЕВСКОГО** – френикус-симптом – резкая болезненность при давлении между ножками правой грудинно-ключично-сосцевидной мышцы.

Симптом **КЕРА** – возникновение или усиление болей во время вдоха при пальпации в правом подреберье в точке желчного пузыря (точка Кера).

Симптом **ЗАХАРЬИНА** – болезненность при постукивании кончиками пальцев в области пересечения правой прямой мышцы живота с реберной дугой (проекция желчного пузыря).

Симптом **ШОФФАРА** – болезненность при пальпации в области соединения правой ключицы с грудиной.

Симптом **ПЕКАРСКОГО** – боль при надавливании на мечевидный отросток грудины

Симптомы **РАЗДРАЖЕНИЯ БРЮШИНЫ** положительны при деструктивных формах острого холецистита (флегмонозном или гангренозном).

**Диагностика острого холецистита** в случаях типичного течения заболевания не сложна. Характерны боли в области эпигастрия (правом подреберье) с иррадиацией в правое плечо, лопатку, надключичную область. Иногда болям сопутствует рефлекторная стенокардия (холецисто-кардиальный синдром С.П.Боткина). Боль усиливается при малейшем физическом напряжении – разговоре, дыхании, кашле.

Боли чаще носят характер печеночной колики – очень резкие, при которых больные беспокоены, мечутся, меняя положение тела, чаще всего при ЖКБ, при закупорке пузырного протока или холедоха камнем, реже слизью или гноем. В других случаях боли нарастают постепенно, больные лежат, боясь пошевелиться, "тронуться", что наблюдается при превалировании воспалительного процесса, растяжении пузыря воспалительным экссудатом и вовлечении в процесс брюшины.

Температура тела – при колике нормальная, при наличии воспаления поднимается, до высоких цифр, при осложнении холангитом наблюдаются ознобы. У стариков даже при деструктивных формах температура может оставаться нормальной.

Живот ограниченно участвует в дыхании в верхнем отделе, болезнен и напряжен в правом подреберье, здесь же при деструктивных формах отмечается защитное напряжение мышц, положительные симптомы Щеткина-Блюмберга и Менделя.

Желтуха – наблюдается чаще при калькулезных формах, когда она носит характер обтурационной, механической. Она может быть следствием вторичного гепатита или сопутствующего панкреатита, а также холангита – тогда бывает паренхиматозной. Обтурационной желтухе калькулезного генеза обычно предшествует приступ печеночной колики, она может носить ремитирующий характер (в отличие от механической желтухи опухолевого происхождения, которая развивается исподволь и прогрессивно нарастает). При полной обтурации холедоха помимо интенсивной окраски мочи (из-за наличия билирубина) – "цвета пива", "крепкого чая", становится обесцвеченным кал – в нем отсутствует стеркобилин – "желтый человек с белым калом".

Печень увеличивается, но спленомегалии (в отличие от гемолитической желтухи) нет. При длительной желтухе наступает гибель печеночных клеток, выделяется "белая желчь", развивается печеночная недостаточность с переходом в кому. Быстро прогрессируют и переходят в деструктивную форму ферментативный и сосудистый холециститы.

Иногда может быть положителен симптом Курвуазье – пальпируется увеличенный, безболезненный желчный пузырь или перипузырный инфильтрат (хотя этот симптом описан при раке головки поджелудочной железы и, строго говоря, не является симптомом холецистита).

Может определяться симптом Боаса – болезненность при пальпации околопозвоночной зоны на уровне IX – XI грудных позвонков и на 3 см. правее позвоночника. Наличие болезненности в этом месте при холецистите связано с зонами гиперестезии Захарьина – Геда.

### **Неосложненные холециститы:**



**Катаральный (или простой) холецистит** может быть калькулезным или бескаменным, первичным или как обострение хронического рецидивирующего. Клинически он в большинстве случаев протекает спокойно. Боль обычно тупая, появляется постепенно в верхней половине живота; усиливаясь, локализуется в правом подреберье. Язык обычно влажный, несколько обложен.

При пальпации отмечается болезненность в области желчного пузыря, там же определяются умеренно положительные симптомы Ортнера-Грекова, Мерфи, Кера, Захарьина. Перитонеальные симптомы отсутствуют, количество лейкоцитов в пределах  $8,0-10,0 \times 10^9/\text{л}$ , температура  $37,6^{\circ}\text{C}$ , редко до  $38^{\circ}\text{C}$ , ознобов нет.

Приступы болей обычно продолжаются несколько дней, но после консервативного лечения проходят.

**Острый деструктивный холецистит** также может быть калькулезным или бескаменным, первичным или обострением хронического рецидивирующего.

Деструкция может носить флегмонозный, флегмонозно-язвенный или даже гангренозный характер.

При флегмонозном холецистите боли постоянного характера, интенсивные. Язык сухой, повторная рвота. Может быть небольшая желтушность склер, мягкого неба, что обусловлено инфильтрацией гепатодуоденальной связки и воспалительным отеком слизистой оболочки желчных протоков. Моча темно-коричневого цвета. Больные лежат на спине или на правом боку, боясь изменить положение тела, поскольку в этом случае боли усиливаются. При пальпации живота наблюдается резкое напряжение мышц передней брюшной стенки в области правого подреберья, там же имеют место положительные симптомы Ортнера-Грекова, Мерфи, Захарьина, Щеткина – Блюмберга. Температура достигает  $38^{\circ}\text{C}$  и выше, лейкоцитоз  $12,0-16,0 \times 10^9/\text{л}$  со сдвигом лейкоцитной формулы влево. При распространении воспалительного процесса на весь желчный пузырь и скоплении в нем гноя образуется эмпиема желчного пузыря.

Иногда флегмонозный холецистит при гибели инфекции и закупорке пузырного протока может перейти в водянку желчного пузыря. И тогда у больного при пальпации в правом подреберье определяется увеличенный, безболезненный желчный пузырь (с-м Курвуазье).

**Гангренозный холецистит** в большинстве случаев является переходной формой флегмонозного, но может возникнуть и как самостоятельное заболевание в виде первичного гангренозного холецистита сосудистого генеза.

Клиника вначале соответствует флегмонозному воспалению, затем может наступить так называемое мнимое благополучие: уменьшается боль, менее выражены симптомы раздражения брюшины, снижается температура. Однако при этом нарастают явления общей интоксикации: частый пульс, сухой язык, неоднократная рвота, заостренные черты лица. Живот напряжён, резко болезнен при пальпации в правом подреберье, где определяются положительные симптомы Ортнера, Кера, Захарьина, Мерфи, Щёткина-Блюмберга.

Первичный гангренозный холецистит с самого начала протекает бурно с явлениями интоксикации и перитонита.

**Осложненные холециститы.** Осложнения наблюдаются у 15-25% (А.Т. Лидский) и даже до 45% (В.С. Маят) больных.

**Окклюзионный (обтурационный) холецистит** развивается при закупорке пузырного протока конкрементом и проявляется вначале типичной картиной желчной колики, что служит наиболее характерным признаком желчнокаменной болезни. Резкая боль возникает внезапно в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо, лопатку, в область сердца и за грудину. Больные ведут себя беспокойно, на высоте приступа появляется рвота, иногда многократная. Живот может быть мягким, но при этом в правом подреберье пальпируется резко болезненный, увеличенный и напряженный желчный пузырь.

Приступ желчной колики может продолжаться несколько часов или 1 – 2 дня и при обратном отхождении камня в желчный пузырь внезапно окончиться. При длительной закупорке пузырного протока и присоединении инфекции развивается деструктивный холецистит.

**Прободной холецистит** обычно протекает с явлениями местного или разлитого перитонита. Момент прободения желчного пузыря может остаться для больного незамеченным. Если к желчному пузырю прирастают соседние органы – большой сальник, гепатодуоденальная связка, поперечно-ободочная кишка и ее брыжейка, т.е. процесс отграничивается, то развиваются такие осложнения, как подпеченочный или поддиафрагмальный абсцессы, местный ограниченный перитонит.

**Острый холецистит, осложненный поражением желчных протоков,** может протекать с клиническими проявлениями холедохолитиаза, холангита, стриктуры холедоха, папиллита, стеноза фатерова соска. Основным симптомом этой формы – механическая желтуха, наиболее частой причиной которой являются конкременты общего желчного протока, обтурирующие его просвет.

При закупорке общего желчного протока камнем заболевание начинается с острых болей, характерных для острого калькулезного холецистита, с типичной иррадиацией. Затем через несколько часов или на следующий день появляется обтурационная желтуха, приобретающая стойкий характер, сопровождающаяся сильным кожным зудом, темной мочой и обесцвеченным (ахоличным) замазкообразным калом.

Вследствие присоединения инфекции и распространения ее на желчные протоки развивается клиника острого холангита. Для острых гнойных холангитов характерны явления тяжелой интоксикации – общая слабость, отсутствие аппетита, желтушная окраска кожного покрова и слизистых.

Постоянны тупые боли в правом подреберье с иррадиацией в правую половину спины, тяжесть в области правого подреберья, при поколачивании по правой реберной дуге – резкая болезненность. Повышается температура тела по ремиттирующему типу, с обильным потоотделением и ознобами. Триада Шарко: боли в правом подреберье, лихорадка, желтуха. Язык сухой, обложен. Печень при пальпации увеличенная, болезненная, мягкой консистенции. Отмечается лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево. При биохимическом исследовании крови наблюдается повышение содержания прямого билирубина и понижение содержания протромбина в плазме крови. Заболевание может осложниться опасными для жизни холемическими кровотечениями и печеночной недостаточностью.

### **Лабораторные методы обследования:**

1. *Клинический анализ крови* – у больных с острым холециститом выявляются: лейкоцитоз, ускоренная СОЭ, нейтрофильный сдвиг влево.

2. *Общий анализ мочи* – для дифференциальной диагностики с урологической патологией (форменные элементы, белок) и выявления желчных пигментов.

3. *Биохимический анализ крови на билирубин и его фракции протромбиновый индекс, холестерин, сахар, белок и его фракции.* В срочном порядке определяются *амилаза крови и диастаза мочи.*

При желтухах – в моче исследуется уробилин, в кале – стеркобилин.

### **Инструментальные методы диагностики холецистита**

1. **Ультразвуковое исследование (УЗИ) брюшной полости** – современный наиболее доступный и информативный метод, является очень ценным и при возможности должен производиться в первую очередь.

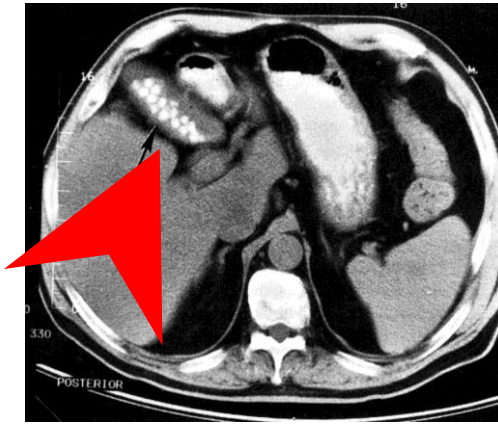
Выявляет: наличие камней, околопузырного инфильтрата (абсцесса), консистенцию содержимого пузыря, ширину протоков. Позволяет определить размеры желчного пузыря и толщину его стенки (признаки воспаления, двухконтурность).



**Рис. 6. Острый калькулезный холецистит «двойной контур» стенки желчного пузыря (стрелка), «замаскообразная» желчь (две черные стрелки).**

2. **Фиброгастродуоденоскопия (ФГС)** показана при наличии желтухи – дает возможность осмотреть папиллу, видеть выделение желчи или ее отсутствие из фатерова соска, а также обнаружить вклинившийся в нем конкремент.

3. **Компьютерная (КТ) и магниторезонансная (МРТ) томографии** – достаточно дорогие методы диагностики, обладающие высокой информативностью и позволяющие выявить конкременты в желчном пузыре и желчных протоках, состояние и размеры протоков, забрюшинных лимфатических узлов, поджелудочной железы, печени, других органов брюшной полости и забрюшинного пространства.



**Рис.7. Калькулезный холецистит. КТ-картина конкрементов в желчном пузыре**

**4. Рентгенологические методы** долгие годы были единственным методом выявления камней в желчном пузыре и желчных путях. Исследование желчных путей при холецистите дает возможность установить калькулезные и некалькулезные формы, выделить больных с нефункционирующим (отключенным) желчным пузырем.

В настоящее время известны и применяются следующие виды холецистохолангиографии: пероральная, внутривенная, внутривенно-инфузионная, эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРПХГ), чрезкожная (под контролем лапароскопа или УЗИ), чрезкожная-чрезпечёночная, интраоперационная и фистулохо-лангиография.

Различают *прямую и непрямую холецистохолангиографии*.

**А) Прямые методы** предполагают введение контрастного вещества непосредственно в желчный пузырь или желчные пути.

**Б) Непрямые методы** основаны на способности клеток печени выделять с желчью контрастное вещество, которое, попадая в желчные пути, позволяет получить их изображение на рентгенограммах. Не эффективны при обтурации пузырного и других протоков.

*Прямая холецистохолангиография* применяется при подозрении на механическую желтуху для выявления причин холестаза. При проведении исследования можно выявить конкременты в желчном пузыре и желчных путях, определить характер изменений желчных протоков (стеноз за счет сдавления увеличенной головкой поджелудочной железы, наличие опухоли, стриктуры, расширение внутри- и внепеченочных желчных протоков, анатомические аномалии и др.).

Контраст (билигност, билитраст, холеграфин, эндографин и др.) может быть введен следующими способами:

- при канюляции большого дуоденального сосочка во время выполнения ЭРХПГ
- путем чрезкожной пункции печени непосредственно в расширенные внутрипеченочные желчные протоки – чрезкожная-чрезпечёночная холангиография (ЧЧХГ)

- пункцией желчного пузыря под контролем лапароскопа или УЗИ
- интраоперационно (интраоперационная холангиография (ИОХГ)), путем введения контрастного вещества через культю пузырного протока, пункции общего желчного протока, введения контрастного вещества в дренаж, установленный в желчном протоке – фистулохолангиография (возможно и в послеоперационном периоде).



**Рис. 8. Чрескожная-чрезпечёночная холангиография при холедохолитиазе. Контрастирован конкремент, обтурирующий общий желчный проток.**



**Рис. 9. ЭРПХГ. Рентгенограмма. Ретроградная холангиограмма. На прямой и кособоковой проекциях визуализируются конкременты в общем желчном протоке и часть полости желчного пузыря, свободная от конкрементов.**

#### *Непрямая холецистохолангиография*

В зависимости от способа введения йодсодержащих контрастных веществ непрямую холецистохолангиографию делят на **пероральную, внутривенную и инфузионную.**

Диагностическая точность пероральной холецистографии спустя 10-15ч. после приема рентгеноконтрастного препарата невысока. Важнейшим условием для проведения пероральной холецистографии является отсутствие обтурации пузырного протока и других протоков.

ИССЛЕДОВАНИЕ НЕВОЗМОЖНО ВЫПОЛНИТЬ ПРИ ОСТРОМ ВОСПАЛИТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ, ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ, КОГДА КОНЦЕНТРАЦИЯ ПРЯМОГО БИЛИРУБИНА ПРЕВЫШАЕТ 3 МГ% (50 ММОЛЬ/Л).

Если при проведении исследования внепеченочные желчные пути контрастируются, а пузырь не определяется, то можно говорить об “отключенном” желчном пузыре (облитерация пузырного протока, закупорка его камнем, сгустком желчи или слизи).

**Холецистография (пероральная или внутривенная) информативна лишь при проходимом пузырном протоке и функционирующем желчном пузыре.**

При пероральном пути введения контрастного вещества используют: билитраст, холевид, йопагност, телепак, билимин и др.

Для внутривенной холангиографии применяют контрастные вещества, с высокой гепатотропностью и содержащие много йода (холеграфин, эндографин, верографин, биливпетан и др.). Рентгеновские снимки делают в течение часа через каждые 15 мин. после введения всей дозы препарата, затем через 1,5 – 2 ч. Контрастирование желчных протоков наступает на 15-й, а желчного пузыря на 30 – 60-й минуте. Максимальная интенсивность тени пузыря наблюдается через 1,5 – 2 ч. после введения билигноста. После приема больным двух яичных желтков изучается сократительная способность желчного пузыря.

## **5. Лапароскопия.**

В диагностически неясных случаях показана лапароскопия, которая дает положительный результат в 95% случаев.

Она позволяет оценить наличие и степень выраженности воспалительных изменений в желчном пузыре, наличие осложнений, провести дифференциальную диагностику с другими острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости (например, исключить подпеченочное расположение червеобразного отростка или опухолевые поражения), позволяет по цвету и виду печени, состоянию желчного пузыря провести дифференциальную диагностику желтух. Зеленоватый оттенок окраски печени, увеличенный в размерах желчный пузырь свидетельствуют о механической желтухе, внепеченочном холестазае.

В ходе лапароскопии можно произвести пункцию желчного пузыря и выполнить прямую холецистохолангиографию, наложить холецистостому, при необходимости – взять биопсию.



**Рис.10. Лапароскопическая картина острого холецистита.**

**6. Специальные методы исследования** желчного пузыря и желчных протоков применяются при дискинезиях желчевыделительной системы и хронических холециститах: хроматическое дуоденальное зондирование (красочная проба Фебреса) и пероральная, внутривенная или инфузионная холеграфии.

При дуоденальном зондировании с применением красочной пробы Фебреса больному за 14 ч. до зондирования дают перорально 0,15 г. метиленовой сини и в течение этого времени запрещают есть и пить. Метиленовая синь, введенная внутрь, выводится частично почками, частично печенью. При выделении из печени она становится бесцветной, но в желчном пузыре вновь превращается в хромоген и окрашивает пузырную желчь в синевато-зеленоватый цвет, порции «А» и «С» имеют обычный желтый цвет.

Важную роль играет лабораторное и микроскопическое исследование полученных порций желчи («А», «В», «С»).

### **Стандарт обследования**

1. Клиническое обследование

2. **Лабораторное обследование:**

- Общий анализ крови
- Общий анализ мочи
- Кровь на RW
- Биохимия крови (билирубин, амилаза, сахар, АСТ, АЛТ, и т.д.)
- Определение группы крови.

3. **ЭКГ**

4. **УЗИ** - оценка печени; желчного пузыря (размеры, толщина стенки, двойной контур, слоистость стенки, содержимое);

- паравезикального пространства (жидкость, инфильтрат);

- внутри- и внепеченочных желчных протоков; поджелудочной железы; почек.

5. **ФГДС** - при наличии желтухи (состояние желудка и ДПК; оценка БДС, наличие и характер поступления желчи в ДПК).

6. Консультации смежных специалистов - при наличии сопутствующей патологии.

## ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Распознавание острого холецистита при типичном клиническом течении и своевременной госпитализации не представляет больших сложностей.

Диагностика становится затруднительной при атипичном течении, когда нет соответствия между патоморфологическими изменениями и их клиническими проявлениями, а также при осложненных формах.

Диагностические ошибки встречаются в 10-15% случаев. При этом наиболее часто ошибочными диагнозами являются: острый аппендицит, острый панкреатит, перфорация гастродуоденальных язв, острая кишечная непроходимость, правосторонняя почечная колика и пиелонефрит, правосторонняя нижнедолевая пневмония, инфаркт миокарда.

Дифференциальный диагноз острого холецистита *с острым аппендицитом* нередко представляет собой трудную задачу.

Это бывает при низком расположении желчного пузыря, когда он спускается вплоть до правой подвздошной области и воспаление его симулирует острый аппендицит. И, наоборот, при высоком подпеченочном расположении червеобразного отростка, его воспаление клинически мало отличается от острого холецистита. Чтобы отличить эти два заболевания следует учитывать детали анамнеза. Больные острым холециститом часто отмечают, что боли в правом подреберье были и раньше и, как правило, они возникали после приема жирной и острой пищи. В ряде случаев пациенты прямо сообщают о том, что страдают желчекаменной болезнью. Боли при остром холецистите более интенсивные с характерной иррадиацией в правое плечо, лопатку и надключичную область.

Симптомы интоксикации и общие проявления воспаления при остром холецистите более выражены, чем при остром аппендиците. При пальпации живота имеется возможность более четко выявить локализацию болезненности и напряжения брюшной стенки, характерную для каждого из заболеваний. Большое значение при этом имеет обнаруженный увеличенный желчный пузырь. При остром аппендиците определяются положительные аппендикулярные симптомы: Каравановой, Долина, Ситковского, Ровзинга, Раздольского, Воскресенского, Бартомье-Михельсона, Образцова. Выполненное ультразвуковое исследование позволяет обнаружить признаки острого холецистита и его осложнений. В наиболее сложных диагностических ситуациях диагностическая лапароскопия позволяет разрешить все сомнения.

*При атипичном течении перфоративной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки*, когда перфоративное отверстие оказывается прикрытым, клиническая картина может напоминать таковую при остром холецистите.

В этих случаях следует учитывать характерные для того и другого заболевания анамнестические данные. Для перфоративной язвы не характерны рвота и общие признаки воспаления в начале заболевания.



Перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки начинается с болей в эпигастрии, которые затем смещаются в правую подвздошную область. Однако, в отличие от острого холецистита, при перфоративной язве боль значительно сильнее, «как удар ножа» («кинжальная»). В анамнезе у больных обычно имеются указания на язвенную болезнь. Отмечается выраженная слабость, тошнота, задержка стула и газов. Общее состояние больного значительно тяжелее, чем при остром холецистите: выражение лица испуганное, страдальческое, положение в постели – на спине или на боку с приведенными к животу ногами (поза «эмбриона»). В первые часы определяется брадикардия (50-55 уд/мин), затем – тахикардия. Артериальное давление снижается до 90/40 мм рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот втянут (ладьевидный), передняя брюшная стенка живота в дыхании не участвует, резко напряжена - «доскообразный живот».

Следует всегда помнить о триаде симптомов: «кинжальная боль», «доскообразный живот», язвенный анамнез (триада Книгина-Мондора). Определяется резко положительный симптом Щеткина-Блюмберга по всему животу. Перкуторно печеночная тупость снижена или не определяется (симптом Спигарного). В отлогих местах живота выявляется свободная жидкость. При рентгеноскопии в брюшной полости определяется свободный газ в виде серповидной полоски под правым куполом диафрагмы.

В крови отмечается выраженный лейкоцитоз со сдвигом лейкоформулы влево, высокая СОЭ. Следует помнить, что через 8-10 часов от начала заболевания боль стихает, больной отмечает улучшение состояния, но это – период «мнимого благополучия». Явления интоксикации нарастают, клиника перитонита прогрессирует (язык сухой, живот вздут, резко болезненен во всех отделах, тахикардия, газы не отходят, стула нет), в крови – лейкоцитоз, при рентгеноскопии – чаши Клойбера, отсутствует газовый пузырь желудка. В дифференциальной диагностике необходимо использовать УЗИ, лапароскопию.

Много общего имеется в клинической картине острого холецистита и *острого панкреатита*, тем более, что возможно сочетание этих заболеваний. При обоих заболеваниях начало их больные связывают с погрешностями в диете, имеются боли в эпигастрии, повторная рвота. Отличительной особенностью острого панкреатита является опоясывающий характер болей. При пальпации наибольшая болезненность определяется в левом подреберье эпигастральной области, а в правом подреберье она менее выражена, чем при остром холецистите, не выявляется увеличение желчного пузыря.

При остром панкреатите отмечается вздутие верхней половины живота. Боли иррадиируют в спину. Болевой синдром сопровождается выраженными диспептическими расстройствами в виде тошноты и многократной, не приносящей облегчения, рвоты. Состояние больных прогрессивно ухудшается: кожный покров лица бледно-серый, язык сухой, обложен серовато-коричневым налетом. Живот умеренно вздут, перистальтика кишечника вялая или не прослушивается, газы не отходят – явления динамической кишечной непроходимости. Определяются положительные симптомы Воскресенского, Керте, Мейо-Робсона, Куллена, Мондора, Грея-Тернера. Отмечается одышка, тахикардия, снижение артериального давления.

Для острого панкреатита характерно повышение содержания в плазме крови амилазы, а также диастазурия. Большое значение в дифференциальном диагнозе имеют УЗИ и диагностическая лапароскопия. Последняя в трудных диагностических ситуациях имеет решающее значение. Кроме того, она позволяет при подтверждении того или иного диагноза решить задачу лечения, выполнив адекватную операцию.

В связи с тем, что при остром холецистите иногда очень выражены расстройства желудочно-кишечного тракта – многократная рвота, вздутие живота, парез кишечника с задержкой газов и стула – приходится проводить дифференциальный диагноз *с острой кишечной непроходимостью*.

Особенно в тех случаях, когда болевой синдром локализуется в правой половине живота, что бывает, например, при инвагинации подвздошной кишки в слепую (чаще у детей). При этом наблюдается появление болей схваткообразного характера, тошнота, рвота, задержка отхождения газов и стула. Живот, как правило, вздут, но при пальпации передней брюшной стенки нет ее напряжения. В илеоцекальной области определяется малоболезненное, колбасовидное, подвижное, образование – инвагинат. При перкуссии живота – тимпанит. Довольно часто при ректальном исследовании находят слизь с кровью – симптом «малинового желе».

Острой кишечной непроходимости у взрослых обычно предшествует нарушение диеты, например – прием обильной, грубой пищи после предшествующего длительного голодания. Поэтому острую кишечную непроходимость, особенно странгуляционную, называют «болезнью войн». В анамнезе может быть операция на органах брюшной полости.

Кишечная непроходимость может быть вызвана опухолью, глистной инвазией, заворотом кишок, узлообразованием или инвагинацией. Больные жалуются на резкие, схваткообразные боли в животе без четкой локализации, тошноту, многократную рвоту. В конечной стадии, при развитии перитонита, рвота имеет «каловый» характер. Для кишечной непроходимости характерно асимметричное вздутие живота, отсутствие стула и газов. Определяются положительные симптомы Валя, Шланге, Склярора (шум плеска), Спасокукоцкого, Обуховской больницы. При обзорной рентгенографии брюшной полости обнаруживаются чаши Клойбера.

Клиническую картину острого холецистита могут симулировать *правосторонняя почечная колика* или воспалительные заболевания правой почки (пиелонефрит, паранефрит). Боли в поясничной области, характерные для этих заболеваний, могут иррадиировать в правое подреберье. Может определяться болезненность при пальпации живота в правом подреберье и справа от пупка. Для острых заболеваний правой почки характерна боль при поколачивании по поясничной области справа, положительный симптом Пастернацкого. При обследовании больного следует уделить внимание анамнестическим данным о наличии урологических заболеваний, анализу мочи, позволяющему выявить гематурию или изменения, характерные для воспаления (белок, лейкоцитурию и др.). В ряде случаев полезно выполнить экскреторную урографию, ультразвуковое сканирование, хромоцистоскопию.

*Острая правосторонняя пневмония и плеврит* характеризуются кашлем, болями в грудной клетке, связанными с дыхательными движениями. В дифференциальном диагнозе помогают данные аускультации и перкуссии грудной клетки. При этом выявляются характерные для пневмонии и плеврита ослабление дыхания, хрипы, притупление перкуторного тона. Рентгенография грудной клетки выявит инфильтрацию легочной ткани, наличие жидкости в плевральной полости.

Дифференциальный диагноз *с острым инфарктом миокарда* проводится на основании клинических и электрокардиографических данных. В отличие от острого холецистита, боли при остром инфаркте миокарда локализуются за грудиной и в левой половине грудной клетки, сопровождаются нарушениями гемодинамики. При этом не характерны общие и местные признаки воспаления. Решающее значение имеют изменения на ЭКГ в динамике.

## ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Лечение больных с острым холециститом с первого же часа поступления в клинику должно начинаться с интенсивной комплексной патогенетической терапии, направленной как на основное заболевание, так и на возможное уменьшение тяжести состояния больного, связанного с наличием возрастных или сопутствующих заболеваний (которые нужно за этот период выявить).

### **Тактика при остром холецистите.**

#### **1 этап: ПРИЗНАКИ ПЕРИТОНИТА В МОМЕНТ ПОСТУПЛЕНИЯ**

есть – экстренная операция

нет – консервативное лечение

#### **2 этап: в результате консервативного лечения**

**КЛИНИКА** острого холецистита:

- прогрессирует – срочная (6-12 часов) операция
- регрессирует – консервативное лечение продолжить
- не регрессирует в течение 24-48 часов – операция

#### **3 этап: ОБСЛЕДОВАНИЕ ПОСЛЕ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА**

есть камни – плановая операция через 3-4 недели

камней нет – консервативное лечение, диспансерное наблюдение.

### **Консервативное лечение острого холецистита:**

**Цель** – купировать болевой приступ.

#### **Задачи:**

- 1) создание функционального покоя (голод 3-5 суток, затем стол 1а, 1, 5а, постельный режим).
- 2) снижение желчной гипертензии:
  - а) миотропные спазмолитики (папаверин, но-шпа, нитроглицерин)
  - б) м-холинолитики (платифиллин)
- 3) снятие болевого синдрома:
  - а) ненаркотические анальгетики (баралгин и др.)

б) промедол (*омнопон и морфин нельзя, т.к. они вызывают спазм сфинктера Одди*)

в) новокаиновые блокады:

- паранефральная (по А.В.Вишневскому) справа 80-100мл. 0,25% раствора
- круглой связки печени (по Д.Ф.Благовидову) – 60-80мл. 0,25%
- внутривенное введение 100-120 мл. 0,25% раствора новокаина

4) дезинтоксикационная терапия: полидез и др.

5) десенсибилизация – антигистаминные препараты (димедрол, пипольфен)

6) борьба с инфекцией: антибиотики (полусинтетические пенициллины, цефалоспорины, аминогликозиды), метронидазол (метрогил), диоксидин

7) коррекция ОЦК из расчета 30-40мл. на 1кг. массы тела (потери: рвота, лихорадка, выпот) - 2,5-3,0л. в сутки

8) нормализация функции печени: глюкоза 5-10%, витамины С, В, глютаминовая кислота, метионин, эссенциале.

Проведение консервативной терапии в полном объеме и в ранние сроки заболевания обычно позволяет купировать воспалительный процесс в желчном пузыре и устранить тем самым необходимость срочного оперативного вмешательства, а при большом сроке заболевания – подготовить больного к операции.

Если болевой приступ острого холецистита сопровождается механической желтухой, показания к операции становятся еще более настоятельными.

### **Оперативное лечение острого холецистита:**

Показаниями к оперативному лечению являются:

- осложнения острого холецистита,
- неэффективность консервативной терапии в течение 24-48 часов.

По срокам выполнения оперативные вмешательства (А.В.Вишневский, И.П.Виноградов, Б.В.Петровский, А.А.Шалимов, В.С.Савельев и др.) различают:

а) *Неотложная (экстренная) операция*, в первые часы после поступления больного, показана при наличии перфорации, перитонита. Предоперационная подготовка проводится на операционном столе. В остальных случаях больным назначается комплексная интенсивная терапия, которая одновременно является и предоперационной подготовкой, проводится обследование, включающее ультразвуковое исследование.

б) *Срочная операция* показана, если консервативное лечение в течение 24-48 часов не дает эффекта, обычно проводится на 2-3 день от момента начала заболевания.

в) Если консервативная терапия приводит к купированию острого процесса, операцию лучше производить *в отсроченном периоде (через 8-14 дней)*, не выписывая больного, после предварительной подготовки и обследования.

**Обезболивание.** В современных условиях основным видом обезболивания при операциях по поводу острого холецистита и его осложнений является эндотрахеальный наркоз с релаксантами. В условиях общей анестезии сокращаются сроки выполнения операции, облегчаются манипуляции на общем желчном протоке,

обеспечивается профилактика интраоперационных осложнений. Местную анестезию можно применять только при наложении холецистостомы.

### Хирургические доступы:

Для доступа к желчному пузырю и внепеченочным желчным протокам предложено множество разрезов передней брюшной стенки, но наибольшее распространение получили разрезы Кохера, Федорова и верхнесрединная лапаротомия (рис.11.). Оптимальными являются разрезы в правом подреберье по Кохеру и Федорову. Они обеспечивают хороший доступ к шейке желчного пузыря и магистральным желчным протокам, а также удобны для оперативного вмешательства на большом дуоденальном сосочке.

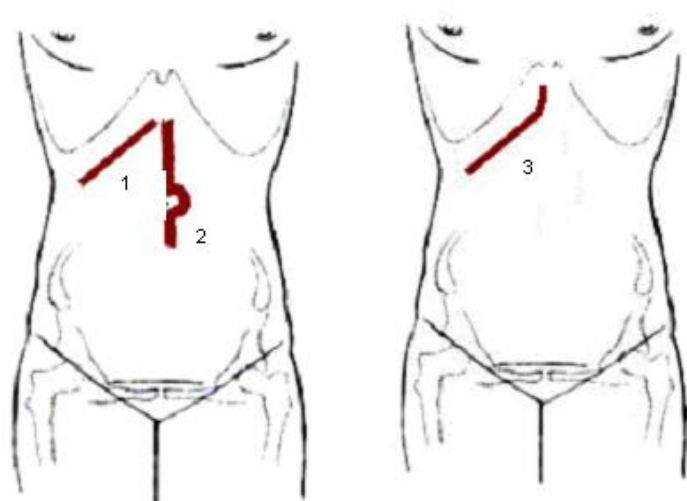


Рис. 11. 1 - разрез по Кохеру, 2 - верхнесрединная лапаротомия, 3 - разрез по Федорову

### Интраоперационная тактика при остром холецистите:

#### 1 этап: ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО

- удовлетворительное, средней тяжести – *холецистэктомия*
- тяжелое – *холецистостомия*

**2 этап:** обязательная интраоперационная ревизия внепеченочных жёлчных протоков для выявления косвенных признаков конкрементов:

- 1) осмотр – диаметр холедоха в норме до 10мм.
- 2) пальпация
- 3) УЗИ
- 4) интраоперационная холангиография

**3 этап:** при наличии конкрементов ПОКАЗАНА ХОЛЕДОХОТОМИЯ и удаление камней, гноя, замазки, песка

**4 этап:** обязательный контроль полноты удаления конкрементов:

- 1) зондирование бужами
- 2) фиброхоледохоскопия
- 3) повторная интраоперационная холангиография, УЗИ

**5 этап:** решение вопроса о дренировании холедоха:

- есть острый гнойный холангит – только **наружное дренирование**
- нет острого гнойного холангита:

- холедох не расширен, но имеется одиночный камень - **наружное дренирование**
- холедох расширен:
  - а) несколько одиночных камней - **наружное дренирование**
  - б) "вколоченный" камень в БДС, стеноз БДС, сопутствующий панкреатит – **папиллосфинктеротомия (ПСТ).**

### Виды оперативных вмешательств:

#### 1. Лапаротомия и холецистэктомия (традиционная холецистэктомия - «золотой стандарт»).

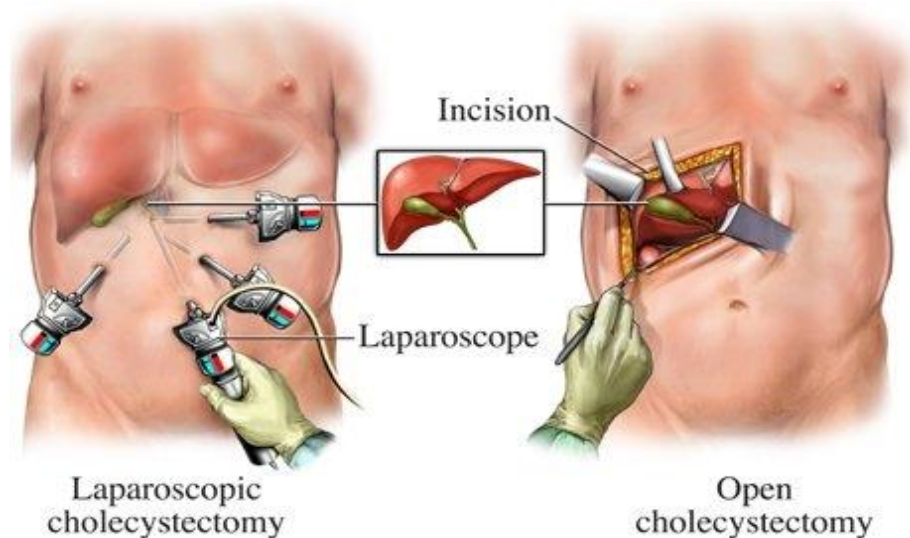
Выполняется в случаях:

- а) отсутствия лапароскопической техники и подготовленных специалистов
- б) конверсии при лапароскопических операциях
- в) при осложнениях острого холецистита (перитонит, холедохолитиаз, механическая желтуха, холангит, желчнокаменная непроходимость, пузырно-кишечный свищ, синдром Мириizzi).

#### 2. Лапароскопическая холецистэктомия.

#### 3. Холецистэктомия из мини-доступа

В 80-85% удастся выполнить лапароскопическую холецистэктомию. Первую лапароскопическую холецистэктомию выполнил *Филлип Муре (Лион)* в 1988 году.



**Рис. 12. Схемы лапароскопической и открытой (лапаротомной) холецистэктомий**

Показаниями для конверсии могут быть:

- а) наличие инфильтрата в области печеночно-двенадцатиперстной связки и треугольника Кало, не позволяющего дифференцировать пузырный проток и пузырную артерию
- б) профузное кровотечение, которое не удастся остановить лапароскопически

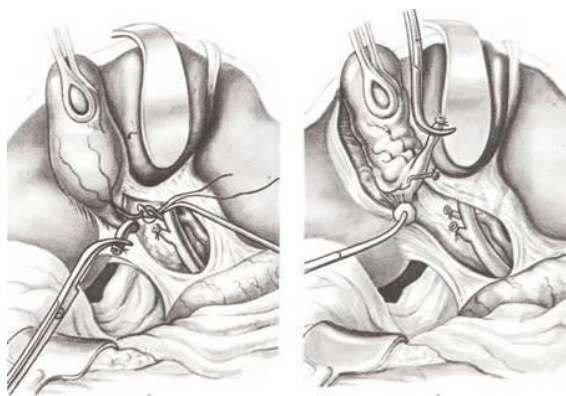
в) выраженные рубцово-спаечные сращения в верхнем этаже брюшной полости.

### **Холецистэктомия.**

Удаление желчного пузыря является основной операцией при остром холецистите, ведущей к полному выздоровлению больного. Применяют, как известно, два способа холецистэктомии – от шейки и от дна (*рис. 13, 14*).



**Рис. 13. Холецистэктомия способом «от дна»**



**Рис. 14. Холецистэктомия способом «от шейки»**

Несомненные преимущества имеет способ удаления от шейки. При этом способе к выделению желчного пузыря из ложа печени приступают после пересечения и перевязки пузырного протока и пузырной артерии. Разобщение желчного пузыря с желчными протоками является мерой профилактики миграции камней из пузыря в протоки, а предварительная перевязка артерии обеспечивает бескровное удаление пузыря. К удалению желчного пузыря от дна прибегают при наличии инфильтрата в области шейки пузыря и печеночно-двенадцатиперстной связки. Выделение желчного пузыря от дна позволяет ориентироваться в расположении пузырного протока и артерии и установить топографическое отношение их к элементам печеночно-двенадцатиперстной связки.

Обработку культи пузырного протока, длина которой не должна превышать 1 см, производят не тотчас после удаления пузыря, а после того, как проведены интраоперационная холангиография и зондирование желчных протоков, используя для этих целей культю протока. Перевязывать ее нужно дважды, капроном, причем 1 раз с прошиванием.

Ложе желчного пузыря в печени ушивают кетгутом, предварительно добившись гемостаза в нем путем электрокоагуляции кровоточащих сосудов. Ложе пузыря нужно ушивать таким образом, чтобы хорошо адаптировались края всей раневой поверхности печени и при этом не образовались полости.

### **Холецистостомия.**

Несмотря на паллиативный характер этой операции, она и в настоящее время не утратила своего практического значения. Как малотравматичная операция, холецистостомия применяется у наиболее тяжелых и ослабленных больных, когда степень операционного риска особенно высока.

### **Операции на внепеченочных желчных протоках.**

Сочетание острого холецистита с поражениями внепеченочных желчных протоков требует расширения объема оперативного вмешательства, включая вскрытие общего желчного протока.

В настоящее время показания к холедохотомии четко определены, и ими являются: 1) механическая желтуха при поступлении и в момент операции; 2) холангит; 3) расширение внепеченочных желчных протоков; 4) камни желчных протоков, определяемые пальпаторно, на холангиограммах, при УЗИ; 5) стриктура терминального отдела общего желчного протока, подтвержденная результатами интароперационной холангиографии и зондирования большого дуоденального сосочка.

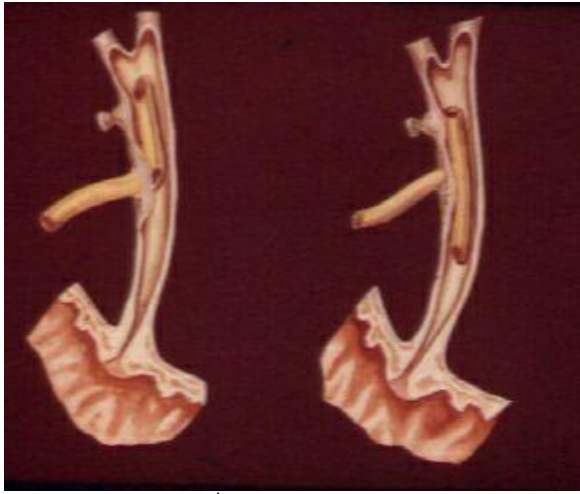
Рассечение общего желчного протока производят в супрадуоденальном отделе его ближе к двенадцатиперстной кишке. При расширенном желчном протоке производят как продольный, так и поперечный разрезы.

При наличии камней в желчных протоках необходимо их удалить и промыть протоки раствором новокаина, после чего тщательно произвести ревизию терминального отдела общего желчного протока, большого дуоденального сосочка, где чаще всего камни просматриваются. Для обнаружения камней в большом дуоденальном сосочке (ущемленных, флотирующих) следует мобилизовать двенадцатиперстную кишку по Кохеру и пальпировать сосочек на зонде. Для исключения стеноза большого дуоденального сосочка проверяют его проходимость зондом диаметром 3-4мм. При отсутствии стеноза зонд свободно проходит в просвет кишки и легко пальпируется через ее стенку.

Важным этапом операции является правильный выбор способа завершения холедохотомии. Существуют различные пути окончания холедохотомии: 1) ушивание раны желчного протока наглухо; 2) наружное дренирование протока; 3) создание желчно-кишечного соустья путем формирования холедоходуоденоанастомоза или трансдуоденальной папиллосфинктеротомии.

Каждая холедохотомия, предпринятая при остром холецистите с диагностической или лечебной целью, должна заканчиваться наружным дренированием при условии его свободной проходимости. Наружное дренирование общего желчного протока чаще производится следующими способами: 1) по Аббе – полиэтиленовым катетером, вводимым через культю пузырного протока; 2) по Керу – Т-образным латексным дренажем; 3) по А. В. Вишневскому – дренажем-сифоном. К выбору способа дренажа подходят с учетом патологии в протоках и характера хирургического вмешательства (рис.15).





А Б

**Рис. 15. Варианты наружного дренирования общего желчного протока А – дренаж по Вишневскому, Б – дренаж по Керу**

Все операции на желчных путях заканчиваются обязательным дренированием подпеченочного пространства. Дренаж меняется обычно на 4-ый день, удаляется индивидуально. Дренаж из холедоха извлекается не раньше 16-18 суток после обязательной фистулохолангиографии и предварительного поэтапного тренировочного пережатия.

**Послеоперационный период.** Ведение больных в послеоперационном периоде необходимо строго индивидуализировать. Необходимо продолжить интенсивную терапию, направленную на коррекцию нарушенных метаболических процессов, и принять меры по профилактике послеоперационных осложнений.

Основу лечебных мероприятий послеоперационного периода составляет внутривенная, инфузионная терапия, включающая введение солевых и белковых растворов, 5 и 10 % растворов глюкозы, витаминов группы В и витамина С. Для улучшения реологического состояния крови и микроциркуляции в жизненноважных органах (печень, почки) назначают введение реополиглюкина (400 мл.) и полидеза. При тенденции к олигурии, которая бывает связана с функциональной недостаточностью почек, необходимо своевременно стимулировать диурез введением лазикса. В целях улучшения функции печени вводят сирепар или эссенциале.

Инфузионная терапия в объеме 2,5-3,0л. жидкости должна проводиться в течение 3-4 суток, а по мере улучшения состояния больного и исчезновения интоксикации объем вводимой парентерально жидкости сокращают.

Пить больным разрешается на 3-4 сутки (при появлении перистальтики). Послеоперационный стол (бульон, кисель) назначается на 4 сутки в объеме до 200мл., 1-а стол – на 5 сутки, затем по состоянию больного диета расширяется до 1 и 5 стола.

Профилактика нагноительных процессов в брюшной полости и операционной ране проводится как в ходе самой операции, так и в послеоперационном периоде. Важнейшими мероприятиями этого плана являются: промывание подпеченочного пространства растворами антисептиков (хлоргексидин) и назначение антибиотиков

широкого спектра действия (цефалоспорины, ампиокс, канамицин, гентамицин и др.).

У лиц пожилого возраста принимают меры по профилактике венозных тромбозов и тромбоэмболических осложнений, которые нередко являются причинами смертельных исходов. С этой целью важно с первых суток после операции активизировать больного, проводить лечебную гимнастику, бинтовать нижние конечности эластическими бинтами, рекомендовать их возвышенное положение. Необходимо назначать антикоагулянтную терапию (гепарин), но предпочтение следует отдавать низкомолекулярным гепаринам (клексан, фраксипарин, фраксипарин, фраксипарин и др.), под контролем тромбоэластограммы, МНО, АЧТВ.

Сидеть больным разрешают на вторые-третьи, вставать – на четвертые-пятые сутки. Снимают швы примерно через 10-12 дней. Резиново-марлевый выпускник (дренаж Пенроуза) из подпеченочного пространства подтягивается на 6-7, и удаляется на 8 сутки.

Дренажная трубка из под печеночного пространства (она, как и дренаж Пенроуза, ставится к ложу удаленного желчного пузыря) извлекается на 4-5 сутки. Срок выписки больных индивидуален, в среднем – 18-21 сутки.

Летальность колеблется в широких пределах в зависимости от сроков операции, возраста больных, сопутствующих заболеваний и возможных осложнений. В среднем она составляет от 4 до 10%, у пожилых – 10-26%.

## ХРОНИЧЕСКИЙ ХОЛЕЦИСТИТ

Хронический холецистит - хроническое воспаление желчного пузыря, чаще является исходом перенесенного острого холецистита, но может с самого начала протекать как хронический процесс.

**Этиопатогенез.** Причины возникновения, условия инфицирования желчи, пути проникновения патогенной микрофлоры в желчный пузырь те же, что и при развитии острого холецистита.

Большую роль в развитии хронического холецистита играют нарушения моторно-эвакуаторной функции желчного пузыря, приводящие к застою желчи и замедлению ее эвакуации (врожденное нарушение строения желчного пузыря, снижение его тонуса, гиподинамия). Учитывая ведущую роль ЦНС в регуляции сократительной функции желчного пузыря и желчных протоков, любые неврозы и стрессовые ситуации могут приводить к развитию дисфункциональных расстройств билиарной системы и предрасполагают к возникновению и хронизации воспаления в желчном пузыре.

Кроме того, развитию хронического холецистита способствуют: опущение тех или иных органов брюшной полости, беременность (факторы, предрасполагающие к механическому застою желчи); нарушения диеты (переедание, ожирение, регулярное употребление острой, жирной пищи, алкоголизм); кишечные паразиты (лямблии, амёбы, аскариды, описторхи); желчекаменная болезнь, перенесенные ранее гепатит и дизентерия.

Если хроническое воспаление в желчном пузыре развивается не на фоне жёлчно-каменной болезни (ЖКБ), то, хронический бескаменный холецистит рассматривается как физико-химическая стадия развития калькулезного процесса и

требует соответствующего терапевтического подхода с целью профилактики развития ЖКБ. Особенно внимательно следует наблюдать за больными с холестатическими формами дискинезии билиарного тракта (застойный желчный пузырь в сочетании со спазмом сфинктера Одди).

Общепризнанной единой классификации хронического холецистита нет. В клинической практике одной из наиболее удобных является **классификация хронического холецистита**, предложенная А.М.Ногаллером:

1. По степени тяжести: легкая, средней тяжести, тяжелая форма.
2. По стадиям заболевания: обострения, стихающего обострения, ремиссии (стойкой и нестойкой).
3. По наличию осложнений: не осложненный, осложненный.
4. По характеру течения: рецидивирующий, монотонный, перемежающийся.

*При легкой форме* болевой синдром выражен не резко, обострения бывают 1-2 раза в год, продолжительность обострения не более 2-3 недель. Боли локализованы в правом подреберье, возникают через 40-90 минут после погрешности в диете (употребления острой, жирной, жареной, обильной пищи), длительностью до 30 минут, проходят чаще самостоятельно. Часто боли возникают или усиливаются при длительном пребывании в положении сидя (за рулем автомобиля, за компьютером и т. п.). Боль может иррадиировать вверх, в правое плечо и шею, правую лопатку, отличается монотонностью. Механизм боли чаще спастический, по типу желчных неинтенсивных колик. Диспепсические явления отсутствуют. Функция печени, как правило, не нарушена.

При хроническом холецистите *средней тяжести* характерен стойкий болевой синдром. Боли выраженные, с типичной иррадиацией, связаны с малейшей погрешностью в диете, небольшими физическими и эмоциональными перенапряжениями. Часто беспокоят отрыжка, изжога, металлический вкус во рту, может быть тошнота, рвота пищей, желчью на высоте болей.

Больные отмечают синдром кишечной диспепсии (метеоризм, чередование запоров и поносов). Нередко имеет место снижение работоспособности, раздражительность, бессонница. Обострения бывают чаще (5-6 раз в год), длительные. При осмотре больного отмечается умеренное напряжение мышц в правом подреберье, умеренно выраженные симптомы Ортнера, Захарьина, Мерфи.

*При тяжелой форме* резко выражен болевой синдром и диспепсические явления, отмечаются частые (1-2 раза в месяц и чаще) и продолжительные желчные колики. Медикаментозная терапия малоэффективна. Нередко развиваются осложнения (перихолецистит, холангит, перфорация желчного пузыря, водянка пузыря, эмпиема).

При обострении холецистита отмечается нарастание боли и диспепсических явлений, появляются признаки воспаления (лихорадка, лейкоцитоз со сдвигом влево, ускорение СОЭ), повышается уровень прямого (связанного) билирубина.

При обследовании больного в период обострения положение его пассивное, сознание ясное. Кожный покров обычной окраски. Больной чаще повышенного питания. Живот вздут равномерно или преимущественно в верхней половине. Печень увеличивается и становится болезненной при пальпации, определяется

болезненность в проекции желчного пузыря. Мышечное сопротивление брюшной стенки в правом подреберье умеренное. Выявляются положительные симптомы: Ортнера, Мерфи, Кера, Захарьина, Лидского (пониженная сопротивляемость при лёгкой пальпации брюшной стенки в правом подреберье по сравнению с левым подреберьем).

В период ремиссии признаки воспаления отсутствуют, болевой и диспепсический синдромы исчезают полностью, чаще несколько уменьшаются. Симптомы Ортнера, Мюсси, Мерфи, отрицательные. Печень не увеличена, край ровный, безболезненный. Желчный пузырь не пальпируется.

**К осложнениям** хронического холецистита относятся: развитие хронического воспаления желчных протоков (холангит), перфорация стенки желчного пузыря (абсцессы), гнойное воспаление пузыря (эмпиема), водянка, механическая желтуха, перихолецистит, реактивный гепатит.

**При диагностике** хронического холецистита выявляют факторы, способствующие его возникновению – застой желчи и нарушение моторики пузыря, врожденные и приобретенные дефекты органов, ведущие к затруднению циркуляции желчи, гиподинамичный образ жизни, характерные пищевые привычки (пристрастие к острой, пряной пище, жирному, алкоголю). Холецистит может стать осложнением паразитарных заболеваний кишечника и печени.

При опросе больного и пальпации передней брюшной стенки выявляют особенности и локализацию болевого синдрома. Определяют характерные для воспаления желчного пузыря симптомы: Мерфи, Мюсси, Шоффара, Захарьина, Кера и др.

При лабораторном исследовании крови в период обострения отмечаются признаки неспецифического воспаления (повышение СОЭ, лейкоцитоз). Биохимический анализ крови выявляет повышение активности печеночных ферментов (АлТ, АсТ, щелочной фосфатазы).

Наиболее информативны в диагностике хронического холецистита методы инструментальной диагностики: УЗИ органов брюшной полости, холецистография, холангиография, дуоденальное зондирование. При ультразвуковом исследовании желчного пузыря определяют размер, толщину стенки, возможные деформации и наличие камней в пузыре. Также отмечают спайки, расширенные желчные протоки печени, нарушение моторики пузыря.

При дуоденальном зондировании отмечают нарушение моторики желчного пузыря, берут анализ желчи. При посеве желчи возможно определение возбудителя инфекции, тестирование культуры на чувствительность к антибиотикам для оптимального выбора антибактериального средства.

### ***Лечение хронического холецистита***

Лечение некалькулезного хронического холецистита практически всегда консервативное. В период обострения оно направлено на снятие острых симптомов, санацию очага бактериальной инфекции с помощью антибиотиков широкого спектра действия (как правило, группы цефалоспоринов), дезинтоксикацию организма (инфузионное введение растворов глюкозы, хлорида натрия), восстановление

пищеварительной функции (ферментные препараты – креон, панзинорм и т.п.), снятие спазма гладкой мускулатуры.

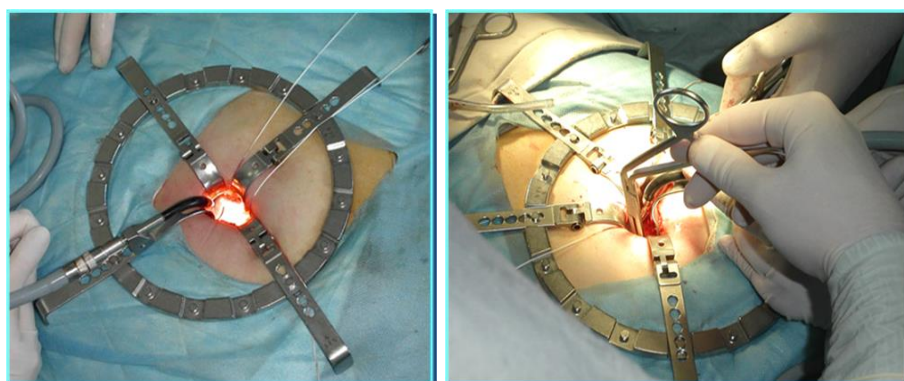
Для ликвидации застоя желчи применяют препараты, способствующие усилению перистальтики желчных путей (оливковое масло, облепиха, магnezия). Холеретики (препараты, повышающие секрецию желчи) применяют с осторожностью, чтобы не вызвать усиление болей и усугубление застойных явлений.

В период обострения хронического неосложнённого холецистита применяют отвары трав (перечная мята, валериана, одуванчик, ромашка, календула).

После стихания симптомов обострения и перехода заболевания в стадию ремиссии необходимо соблюдение диеты, тюбажи с магnezией, ксилитом или сорбитом. Фитотерапия заключается в приеме отваров пижмы, крушины, алтея, тысячелистника. Показано санаторное лечение на бальнеологических курортах.

При хроническом калькулёзном холецистите показано хирургическое удаление воспаленного желчного пузыря – источника образования конкрементов. В арсенале хирурга сегодня имеются три основные технологии:

- традиционная холецистэктомия
- лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ)
- холецистэктомия из мини-доступа с использованием комплекта инструментов "Мини-Ассистент" (рис. 16.).



**А**

**Б**

**Рис. 16. Холецистэктомия из мини-доступа.**

**А – вид операционной раны (3-4 см.),**

**Б – этап операции при ХЭ из мини-лапаротомного доступа.**

Применяются методы интраоперационной ревизии внепеченочных желчных путей, включая интраоперационную холангиографию, интраоперационное ультразвуковое исследование, холедохотомию с интраоперационной холедохоскопией.

Для ослабленных и пожилых пациентов – холецистостомия (лапаротомная, из мини-доступа, чрезкожная под контролем лапороскопа) для формирования альтернативного пути оттока желчи.

При хроническом калькулёзном холецистите в случае противопоказаний к оперативному вмешательству можно попробовать методику нехирургического

дробления камней с помощью экстракорпоральной ударно-волновой литотрипсии, однако стоит помнить, что разрушение камней не всегда ведет к излечению и довольно часто происходит их повторное формирование.

Существуют методики медикаментозного разрушения камней с помощью препаратов солей урсодезоксихолиевой и хенодесоксихолиевой кислот (хенофальк, хенохол, ровахол, липофальк и др.), но это лечение занимает весьма длительное время (до 2х лет) и также не ведет к полному излечению и не гарантирует, что камни не сформируются со временем снова.

*Традиционная холецистэктомия (ТХЭ)* в сочетании с достаточным лапаротомным доступом, самое адекватное хирургическое вмешательство («**золотой стандарт**»).

Недостатки метода.

- операционная травма, ведущая к парезу кишечника, нарушениям функции внешнего дыхания, ограничению физической активности больного
- значительная травма структур передней брюшной стенки (при некоторых вариантах доступа)
- нарушение кровоснабжения и иннервации мышц передней брюшной стенки, значительное число ранних и поздних раневых осложнений (в частности, послеоперационных вентральных грыж)
- существенный косметический дефект
- длительный период посленаркозной и послеоперационной реабилитации и нетрудоспособности.

*Видеолапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ)* – современный, малотравматичный метод хирургического вмешательства, с помощью которого выполняется около 85-90% операций.

Однако применение ЛХЭ имеет ряд некоторых ограничений.

Противопоказания:

- выраженные сердечно-легочные нарушения
- некорректируемые нарушения свертывания крови
- диффузный перитонит
- воспалительные изменения передней брюшной стенки
- поздние сроки беременности (II-III триместр)
- ожирение IV степени
- острый холецистит после 48ч. от начала заболевания
- механическая желтуха
- перенесенные операции на верхнем этаже брюшной полости.

В ходе выполнения ЛХЭ может возникнуть необходимость в переходе к традиционному оперативному доступу (конверсия). К таким операциям чаще всего прибегают в случаях обнаружения воспалительного инфильтрата, плотных сращений, внутренних свищей, неясности расположения анатомических структур, невозможности выполнения холедохолитотомии, возникновения интраоперационных осложнений (повреждение сосудов брюшной стенки, кровотечение из пузырярной

артерии, перфорация полого органа, повреждение общего печеночного или общего желчного протоков и др.), устранение которых не представляется возможным в ходе лапароскопической операции.

Основными осложнениями ЛХЭ считаются кровотечения, травма полых органов и сосудов забрюшинного пространства, травма желчных протоков.

Методом выбора у больных хроническим холециститом является *холецистэктомия из мини-лапаротомного доступа с элементами "открытой" лапароскопии ОЛХЭ.*

С помощью комплекта инструментов "Мини-Ассистент" можно при разрезе брюшной стенки длиной 3-5см. получить в подпеченочном пространстве зону операционного действия, достаточную для выполнения холецистэктомии и вмешательств на желчных протоках.

Показания к ОЛХЭ:

- холецистолитиаз, холедохолитиаз, неразрешенный эндоскопически
- технические трудности при ЛХЭ.

Противопоказания к ОЛХЭ:

- необходимость ревизии органов брюшной полости
- диффузный перитонит.

Преимущества ОЛХЭ из мини-доступа.

- минимальная травма передней брюшной стенки
- адекватный доступ к желчному пузырю, общему печеночному и желчному протокам
- возможность выполнения вмешательства у пациентов, перенесших ранее операции на брюшной полости,
- отсутствие пневмоперитонеума
- сравнительно невысокая стоимость оборудования
- прямой визуальный контроль и применение традиционных приемов хирургической диссекции тканей позволяют относительно безопасно манипулировать в условиях выраженного инфильтрата
- отграничение операционного поля от свободной брюшной полости позволяет полностью опорожнить желчный пузырь и не бояться его перфорации во время операции. Полное опорожнение пузыря и удаление крупных конкрементов из его шейки значительно облегчает доступ к треугольнику Кало
- возможно выделение желчного пузыря от дна
- возможно проведение интраоперационной ревизии внепеченочных желчных протоков практически при всех клинических формах калькулезного холецистита.

Около 60% больных холециститом могут быть оперированы мини-лапаротомным доступом.

*Холецистостомия.* Эту операцию следует считать стандартом хирургического лечения больных холециститом, у которых риск выполнения холецистэктомии чрезмерно велик.

Патогенетическое обоснование целесообразности выполнения холецистостомии заключается в снятии гипертензии в желчном пузыре и отведении наружу инфицированной желчи, что устраняет нарушение кровотока в его стенке, предотвращая тем самым дальнейшее прогрессирование деструктивных изменений. Декомпрессия желчного пузыря - необходимое условие для купирования воспалительного процесса в желчном пузыре.

Холецистостомия может быть выполнена тремя способами: путем чрезкожного дренирования желчного пузыря под контролем УЗИ, с помощью лапароскопии и открытой лапаротомией.

### ***Питание***

Всем больным хроническим холециститом предписана специальная диета и необходимо строгое соблюдение определенного режима питания. При хроническом холецистите больным назначается диета (стол 5 в стадии ремиссии и стол 5-а при обострении заболевания).

Приемы пищи необходимы каждые 3-4 часа небольшими порциями (дробное питание), с ограничением определенных продуктов: жирные, жареные, острые, пряные блюда, газированные напитки, алкоголь.

Запрещены к употреблению яичные желтки, сырые овощи, изделия из сдобного теста, масляные и сливочные кремы, орехи, мороженое. При обострении рекомендованы свежеприготовленные на пару или вареные продукты в теплом виде. Овощи и фрукты, разрешенные больным в период вне обострения: курага, морковь, арбуз и дыня, изюм, чернослив. Эти продукты нормализуют моторику желчного пузыря и избавляют от запоров.

Нарушение пациентами принципов лечебного питания ведет к развитию обострения заболевания и прогрессированию деструктивных процессов в стенке желчного пузыря.

### ***Профилактика***

Первичной профилактикой холецистита является соблюдение здорового образа жизни, исключение в приеме алкоголя, ограничение вредных пищевых привычек (переедание, пристрастие к острой и жирной пище), физически активная жизнь. При наличии врожденных аномалий внутренних органов – своевременное выявление и коррекция застойных явлений в желчном пузыре. Своевременное лечение желчекаменной болезни и паразитарных заражений кишечника и печени.

Для профилактики обострений больным хроническим холециститом необходимо следовать диете и принципам дробного питания, избегать гиподинамии, стрессов и переохлаждения, тяжелой физической нагрузки. Больные хроническим холециститом должны стоять на диспансерном учете и дважды в год проходить обследование. Им показано регулярное санаторно-курортное лечение.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**



Острый и хронический холециститы, часто являющиеся клиническими проявлениями жёлчнокаменной болезни, остаются частой острой хирургической патологией органов брюшной полости.

Несмотря на очевидные успехи в диагностике и лечении, осложнения острого и хронического холецистита доставляют много переживаний хирургам, особенно ургентной службы. Поэтому знание этиопатогенеза, клиники, дифференциальной диагностики и возможностей современной хирургии в выборе адекватного способа лечения является важным компонентом в комплексе обучения и подготовки студентов.

Надеемся, что данное учебное пособие окажется полезным не только студентам 4-го, но и старших курсов, как в подготовке к практическим занятиям, так и в последующей практической работе.

## **ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ**

1. Дать определение термину «холецистит».
2. Этиология острого и хронического холецистита.
3. Классификация холецистита.
4. Клиническая картина острого холецистита.
5. Клиническая картина хронического холецистита.
6. Дифференциальный диагноз острого холецистита с:
  - a) острым аппендицитом
  - b) перфоративной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки
  - c) острым панкреатитом
  - d) острой кишечной непроходимостью.
7. Перечислите основные методы параклинического обследования, применяемого в диагностике холецистита.
8. Основные принципы консервативного лечения острого холецистита.
9. Показания к оперативному лечению острого холецистита.
10. Дифференциальный диагноз хронического холецистита.
11. Основные принципы консервативного лечения хронического холецистита.
12. Осложнения хронического холецистита.
13. Показания к оперативному лечению хронического холецистита.
14. Современные методы хирургического лечения острого и хронического холецистита.
15. Назовите методы дренирования холедоха.
16. Назовите послеоперационные осложнения острого холецистита

## **ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ**

Выберите один или несколько правильных ответов.

**1. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ЯВЛЯЕТСЯ:**

- 1) опухоль головки поджелудочной железы
- 2) холедохолитиаз
- 3) стриктура желчных путей

- 4) опухоль желчных путей
- 5) стенозирующий папиллит

**2. САМЫМ ОПТИМАЛЬНЫМ И НАИМЕНЕЕ АГРЕССИВНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ПРИРОДЫ ЖЕЛТУХИ У БОЛЬНОГО С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ ЯВЛЯЕТСЯ:**

- 1) пероральная холецистография
- 2) внутривенная холецистография
- 3) УЗИ
- 4) ретроградная холангиопанкреатография
- 5) чрезкожно-чрезпечёночная холангиография

**3. ПРИ ОСТРОМ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ОТКЛЮЧЕННОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ ОБСТРУКЦИЯ НАХОДИТСЯ НА УРОВНЕ:**

- 1) внутривенных желчных ходов
- 2) тела желчного пузыря
- 3) на уровне холедоха
- 4) на уровне печеночного протока
- 5) на уровне шейки или пузырного протока

**4. РАЗВИТИЮ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА СПОСОБСТВУЮТ:**

- 1) камни в желчном пузыре
- 2) инфицирование желчного пузыря
- 3) вколоченный камень шейки пузыря
- 4) хронический гастрит
- 5) хронический панкреатит

**5. ДРЕНИРОВАНИЕ ХОЛЕДОХА ДРЕНАЖОМ В ВИДЕ "Т", КОРОТКАЯ ВЕТВЬ КОТОРОГО НАХОДИТСЯ В ХОЛЕДОХЕ, А ДЛИНАЯ ВЕТВЬ ВЫВОДИТСЯ НАРУЖУ, НОСИТ НАЗВАНИЕ:**

- 1) Ланэ
- 2) Кера
- 3) Кетле
- 4) Уолкера
- 5) Дюваля

**6. ГЛАВНЫМ ПРИЗНАКОМ ОТЛИЧИЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ, ВЫЗВАННОЙ КАМНЕМ, ОТ ЖЕЛТУХИ РАКОВОЙ ПРИРОДЫ ЯВЛЯЕТСЯ:**

- 1) выраженная желтуха на фоне болей
- 2) ахоличный стул и потемнение мочи
- 3) появление желтухи после желчной колики
- 4) зуд на фоне желтухи
- 5) перемежающаяся температура

**7. ДЛЯ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА, ОСЛОЖНЕННОГО МЕСТНЫМ ПЕРИТОНИТОМ, ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ:**

- 1) Мерфи
- 2) Керте
- 3) Менделя-Раздольского
- 4) Щёткина-Блюмберга
- 5) Ортнера

**8. КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ОТНОСЯТСЯ К ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТ-ЭКТОМИИ?**

- 1) минимальные послеоперационные боли
- 2) послеоперационная госпитализация - 9-10 дней
- 3) косметический эффект рубцов
- 4) восстановление работоспособности через 6 недель
- 5) восстановление работоспособности через 3 недели

**9. ЖЕЛТУХА В СЛУЧАЕ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА ХАРАКТЕРИЗУТСЯ:**

- 1) следует после появления зуда
- 2) исчезает быстро или медленно одновременно с купированием болей
- 3) сочетается с ахоличным стулом
- 4) появляется после желчной колики
- 5) сочетается с температурой

**10. ПРИ ОСТРОМ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ БОЛИ СОПРОВОЖДАЮТСЯ:**

- 1) исчезновением печеночной тупости
- 2) аллергическим шоком
- 3) воспалительным синдромом
- 4) ограничением дыхательных движений
- 5) субиктеричностью склер

**11. ПРИ ОСТРОМ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ БОЛИ:**

- 1) имеют характер печеночной колики
- 2) имеют опоясывающий характер
- 3) купируются после спазмолитиков
- 4) появляются после желтухи

**12. ТРИАДА КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ (ЖЕЛТУХА, ПОВЫШЕННАЯ ТЕМПЕРАТУРА, БОЛИ В ПРАВОМ ПОДРЕБЕРЬЕ) ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:**

- 1) прободной язвы
- 2) цирроза печени
- 3) холангита
- 4) холедохолитиаза
- 5) острого панкреатита

**13. УВЕЛИЧЕННЫЙ ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ, ВЫСТУПАЮЩИЙ ИЗ-ПОД РЕБЕРНОГО КРАЯ, И НАЛИЧИЕ ЖЕЛТУХИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О:**

- 1) холедохолитиазе
- 2) опухоли папилы Vater
- 3) раке печени
- 4) раке желчного пузыря
- 5) раке головки поджелудочной железы

**14. КАКОЙ ДИАГНОЗ ПРЕДПОЛАГАЕТСЯ ПРИ СОЧЕТАНИИ СЛЕДУЮЩИХ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ: ЖЕЛТУХА, ПОВЫШЕННАЯ ТЕМПЕРАТУРА, ОЗНОБ, БОЛИ В ПРАВОМ ПОДРЕБЕРЬЕ, ПОТЕМНЕНИЕ МОЧИ, АХОЛИЧНЫЙ СТУЛ?**

- 1) хронический калькулезный холецистит
- 2) острый калькулезный холецистит
- 3) рак головки поджелудочной железы
- 4) холедохолитиаз
- 5) дуоденальная язва с пенетрацией в lig.hepatoduodenalis

**15. ВЫДЕЛИТЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ХОЛАНГИТА:**

- 1) желтуха
- 2) боль в правом подреберье
- 3) повышенная температура, озноб
- 4) понос
- 5) мышечное напряжение живота

### ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ

№	Ответ	№	Ответ	№	Ответ
<b>1</b>	2	<b>6</b>	3	<b>11</b>	1,3
<b>2</b>	3	<b>7</b>	1,3,4,5	<b>12</b>	3,4
<b>3</b>	5	<b>8</b>	1,3,5	<b>13</b>	1,2,5
<b>4</b>	1,2,3	<b>9</b>	3,4,5	<b>14</b>	3,4
<b>5</b>	2	<b>10</b>	3,4,5	<b>15</b>	1,2,3

### СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

#### Задача №1

Больная 52 лет жалуется на периодически появляющееся боли приступообразного характера в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо и лопатку, с повышением температуры тела до 39-39,5<sup>0</sup>С, проливными потами в течение последнего года. За последний месяц такие приступы участились и стали появляться каждые 2-3 дня. Иногда приступы сопровождалась появлением желтухи, которая быстро исчезала, а затем появлялась вновь. Общее состояние оставалось удовлетворительным. Отмечала некоторую слабость. Живот обычной формы, мягкий. Печень не увеличена. Желчный пузырь не пальпируется. Болезненность при

пальпации в эпигастральной области. Лейкоцитов в крови  $9,2 \times 10^9$ /л., СОЭ 38 мм/час. При УЗИ желчный пузырь обычных размеров, содержит конкременты, имеется дилатация внутрипеченочных протоков, холедох 1,2см.

1) КАКОЙ ДИАГНОЗ ВЫ ПОСТАВИТЕ?

2) КАКОВА ТАКТИКА ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ?

### **Задача №2**

Больная 69 лет, тучная женщина, страдает желчнокаменной болезнью, хроническим калькулезным холециститом, тяжелым сахарным диабетом, кардиосклерозом с недостаточностью кровообращения IIА степени. Приступы холецистита у больной бывают 3-4 раза в год. Два дня назад после погрешностей в диете начался очередной болевой приступ с иррадиацией болей в правое плечо и лопатку, тошнотой, многократной рвотой, не приносящей облегчения. При поступлении состояние средней тяжести, определяется болезненность в правом подреберье, положительные симптомы Ортнера, Кера, френikus-симптом. УЗИ при поступлении — желчный пузырь 146×72мм, стенка- 8мм, в области шейки пузыря фиксированный конкремент 41×32мм, холедох - 6мм. Начата консервативная терапия. При динамическом УЗИ спустя сутки ультразвуковая семиотика прежняя.

1) КАКОЙ ДИАГНОЗ У БОЛЬНОЙ, ЧТО ПОДТВЕРЖДАЕТ ДИАГНОЗ?

2) ПРИНЦИПЫ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ?

3) ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА.

### **Задача №3**

У больной 65 лет, страдающей приступами желчнокаменной болезни, очередной приступ купировался окончательно. В течение 2 месяцев больная продолжала отмечать тупые ноющие боли в правом подреберье, которые беспокоили ее постоянно. При пальпации в правом подреберье определялось значительных размеров плотноэластическое безболезненное образование с гладкой поверхностью. Симптомов раздражения брюшины нет. Температура тела все это время оставалась нормальной, лейкоцитоз отсутствовал, сдвига лейкоцитарной формулы нет. При УЗИ - желчный пузырь 123×63мм, стенка 4мм, в области шейки фиксированный конкремент 23×18мм, холедох 6мм.

1) ВАШ ДИАГНОЗ И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ?

### **Задача №4**

У больной 46 лет после приема жирной пищи впервые появились сильные боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо и правую лопатку. Повысилась температура тела до  $37,8^{\circ}\text{C}$ , была многократная рвота. При пальпации правого подреберья определялось дно болезненного желчного пузыря, положительные симптомы Ортнера, Кера. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. При поступлении выполнено УЗИ – желчный пузырь 115×63мм, стенка 3мм, в его просвете определяются конкременты. После назначения консервативной терапии состояние улучшилось, температура снизилась до нормы, боли уменьшились, спустя сутки после поступления желчный пузырь перестал пальпироваться, оставалась небольшая болезненность в точке желчного пузыря. При динамическом УЗИ – желчный пузырь 82×59мм, стенка 3мм, холедох 8мм. Однако после купирования

болевого приступа у больной появилась иктеричность кожи, показатели билирубина стали нарастать.

1) ВАШ ДИАГНОЗ?

2) КАКОВ ДОЛЖЕН БЫТЬ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА?

#### **Задача №5**

Больную 42 лет третий раз за последний год доставляют в клинику с приступом острого холецистита. Последний раз боли в правом подреберье появились два дня назад, за медицинской помощью не обращалась, занималась самолечением. За 3 часа до поступления боли в животе стали носить разлитой характер, больше по правому флангу, отмечает гипертермию до 39<sup>0</sup>С. Поступила с явлениями раздражения брюшины, которые постепенно нарастают, выраженным лейкоцитозом со сдвигом нейтрофильной формулы влево.

1) КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА У БОЛЬНОЙ?

2) КАКИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ НЕОБХОДИМО ПРИМЕНИТЬ ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ДИАГНОЗА?

3) КАКОВА ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА?

#### **Задача №6**

Больная 48 лет поступила с клинической картиной острого холецистита и явлениями местного перитонита. Больной назначено консервативное лечение. Через шесть часов от поступления появились сильные боли в животе, холодный пот, пульс 120 уд. в мин., живот напряжен и резко болезнен во всех отделах, положительный симптом Щеткина-Блюмберга во всех отделах.

КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ РАЗВИЛОСЬ У БОЛЬНОЙ? КАКОВА ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА?

#### **Задача №7**

У больной 49 лет, срочно оперированной по поводу острого флегмонозного холецистита и механической желтухи, на операции обнаружено расширение желчного протока до 13мм, из просвета его через культю пузырного протока поступает мутная желчь с хлопьями фибрина и желчным песком. На интраоперационной холангиографии отмечена хорошая проходимость терминального отдела холедоха.

КАКОЙ ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС ИМЕЕТСЯ ВО ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКАХ И ЧТО СЛЕДУЕТ ПРЕДПРИНЯТЬ В СВЯЗИ С ЕГО НАЛИЧИЕМ?

#### **Задача №8**

У больной 57 лет при проведении операции по поводу острого флегмонозного холецистита выявлен плотный воспалительный инфильтрат в области шейки желчного пузыря и гепатодуоденальной связки, в котором элементы связки не

дифференцируются. КАКИМ СПОСОБОМ ЛУЧШЕ ПРОИЗВЕСТИ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЮ?

### **Задача №9**

У больного 68 лет 3 дня назад был приступ резких болей в правом подреберье, который быстро самостоятельно купировался. Через 10 часов вновь появились боли в правом подреберье, принявшие постоянный и нарастающий характер. Была повторная рвота желчью. Температура повысилась до 38<sup>0</sup>С. Ранее при УЗИ были выявлены конкременты в желчном пузыре. Состояние больного средней тяжести, пульс 98 уд. в мин. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот умеренно напряжен и болезнен в правом подреберье, где пальпируется дно желчного пузыря. Симптомы Ортнера–Грекова и Мюсси положительны, симптом Щеткина-Блюмберга положителен только в правом подреберье.

**ВАШ ДИАГНОЗ И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА?**

### **Задача №10**

Больная 48 лет поступила в клинику на третий день заболевания с жалобами на боли в правом подреберье, тошноту, повторную рвоту желчью, повышение температуры до 38<sup>0</sup>С. Страдает бронхиальной астмой с явлениями дыхательной недостаточности. Состояние больной тяжелое, число дыханий – 30 в минуту, пульс 110 уд. в мин. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот напряжен и резко болезнен в правом подреберье, где пальпируется дно желчного пузыря. Там же определяется симптом Щеткина-Блюмберга, положительны симптомы Ортнера–Грекова, Мюсси и Мерфи. Лейкоцитоз –  $18 \times 10^9$ /л. На фоне консервативной терапии в течение 12 часов состояние больной не улучшилось, повысилась температура, возрос лейкоцитоз.

**ПО ПОВОДУ КАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ НЕОБХОДИМО ОПЕРИРОВАТЬ БОЛЬНУЮ?**

### **Задача №11**

Во время операции по поводу острого флегмонозного холецистита хирург отметил, что ширина желчного протока – 15мм, в нем пальпаторно определяются 2 конкремента. На интраоперационной холангиографии отмечен хороший сброс контрастного раствора в двенадцатиперстную кишку. После удаления желчного пузыря из культи пузырного протока выделилась мутная желчь с хлопьями фибрина. **КАК СЛЕДУЕТ РАСЦЕНИТЬ ИМЕЮЩИЕСЯ ИЗМЕНЕНИЯ В ХОЛЕДОХЕ И ЧТО В СВЯЗИ С ЭТИМ ДОЛЖЕН ПРЕДПРИНЯТЬ ХИРУРГ?**

### **Задача №12**

У больной, поступившей в клинику с острым холециститом, в последующие 3 дня появились ознобы, температура повысилась до 38<sup>0</sup>С, стала нарастать желтуха. Боли в животе не усилились, явления перитонита не нарастали. Билирубин крови – 80 мкм/л, лейкоциты крови –  $18 \times 10^9$ /л.

**О КАКОМ ОСЛОЖНЕНИИ МОЖНО ДУМАТЬ? КАКОВА ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА?**

### **Задача №13**

У больной, поступившей в клинику с картиной острого калькулёзного холецистита, на 3-й день после проведения противовоспалительной терапии появились ознобы, повысилась температура до 38°C, кожный покров и склеры окрасились в желтый цвет. Боли в животе не усилились.

**О КАКОМ ОСЛОЖНЕНИИ ХОЛЕЦИСТИТА СЛЕДУЕТ ДУМАТЬ?**

### **Задача №14**

У больной 49 лет во время операции по поводу флегмонозного холецистита и механической желтухи, обнаружено расширение общего желчного протока до 13мм, из культи пузырного протока выделяется мутная желчь с хлопьями фибрина. На операционной холангиограмме в дистальном отделе общего желчного протока виден дефект наполнения овальной формы и сужение протока. Контрастный раствор в двенадцатиперстную кишку не поступает.

**СФОРМУЛИРУЙТЕ КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ.**

### **Задача №15**

У больной 24 лет на 3-й день после лапароскопической холецистэктомии появилась желтушная окрасенность кожи и склер. По данным УЗИ, выполненного до операции, патологических изменений в желчном протоке обнаружено не было.

**О КАКОМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ОСЛОЖНЕНИИ МОЖНО ДУМАТЬ?**

## **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К СИТУАЦИОННЫМ ЗАДАЧАМ**

### **Задача №1**

- 1) Имеется осложнение желчнокаменной болезни – холангит.
- 2) Выполнение эндоскопической ретроградной панкреатохолан-гиографии (ЭРПХГ) и эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) для устранения причин холангита – холедохолитиаза или/и стеноза большого дуоденального соска (БДС), после необходимо выполнение холецистэктомии.

### **Задача №2**

- 1) Острый обтурационный калькулёзный холецистит, что подтверждается клинической картиной и данными УЗИ.
- 2) В течение 24-48 часов после поступления проводится консервативная терапия (антибиотикотерапия, спазмолитики, инфузионная терапия).
- 3) Неэффективность консервативной терапии в течение 24-48 часов является показанием к срочной операции, учитывая сопутствующую патологию, необходимо выполнить малоинвазивные операции (холецистостомия под контролем УЗИ, открытая холецистостомия под внутривенной анестезией).

### **Задача №3**

- 1) Имеет место осложнение – водянка желчного пузыря, показана операция – холецистэктомия.

### **Задача №4**



- 1) Острый калькулезный холецистит, механическая желтуха.
- 2) Учитывая, что приступ острого холецистита купировался (клиническая картина и данные динамического УЗИ), но у больной появилась механическая желтуха (дилатация желчных протоков по данным УЗИ) необходимо выполнить ЭРПХГ, ЭПСТ, затем холецистэктомию.

#### **Задача №5**

- 1) Имеет место осложнение острого калькулезного холецистита – желчный перитонит.
- 2) Для верификации диагноза можно применить УЗИ, лапароскопию.
- 3) Показана экстренная операция.

#### **Задача №6**

У больной возникла перфорация желчного пузыря с развитием разлитого перитонита. Больную необходимо экстренно оперировать, произвести холецистэктомию, санировать и дренировать брюшную полость.

#### **Задача №7**

Выделение из просвета желчного протока гнойной желчи и желчного песка свидетельствует о наличии у больного гнойного холангита. В связи с этим должны быть предприняты супрадуоденальная холедохотомия, промывание желчных протоков, холедохостомия.

#### **Задача №8**

При невозможности дифференцировать элементы гепатодуоденальной связки в условиях воспалительного инфильтрата холецистэктомию лучше выполнять от дна. Это позволит избежать таких тяжелых осложнений, как случайное пересечение гепатикохоледоха, перевязка общей печеночной артерии.

#### **Задача №9**

У больного острый флегмонозный холецистит с явлениями местного перитонита. Показано выполнение экстренной холецистэктомии.

#### **Задача №10**

У больной острый флегмонозный холецистит. В связи с нарастанием гнойной интоксикации больной показана срочная операция.

#### **Задача №11**

У больного с острым холециститом имеется холедохолитиаз и холангит. Следует провести холедохотомию, удалить камни, закончить операцию холедохостомией.

#### **Задача №12**

У больной с острым флегмонозным холециститом возник холедохолитиаз и развился гнойный холангит. Больной показана экстренная эндоскопическая папиллосфинктеротомия с литоэкстракцией.

### **Задача №13**

При наличии ознобов, повышения температуры до 38<sup>0</sup>С, окрашенности кожных покровов и склер в желтый цвет и отсутствии боли в животе, следует думать о холедохолитиазе с холангитом.

### **Задача №14**

Флегмонозный холецистит, гнойный холангит, холедохолитиаз, стеноз большого дуоденального сосочка. Показано выполнение супрадуоденальной холедохотомии с литоэкстракцией и трансдуоденальной папиллосфинктеротомией.

### **Задача №15**

Поскольку до операции патологических изменений в желчном протоке обнаружено не было, следует думать о клипировании общего желчного протока. Больной показано выполнение лапаротомии и удаление клипсы.

## **РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА**

### **Основная:**

1. Хирургические болезни. Учебник под ред. Савельева В.С., Кириенко А.И. М., ГЕОТАР-Медиа, 2006, т. 1.
2. Лекции кафедры.

### **Дополнительная:**

3. Дифференциальная диагностика важнейших хирургических заболеваний. Под ред. Нузова Б.Г., Оренбург, 2008.
4. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. Под ред. Савельева В.С., М., 2006.
5. 50 лекций по хирургии. Под ред. Савельева В.С., М., 2006.