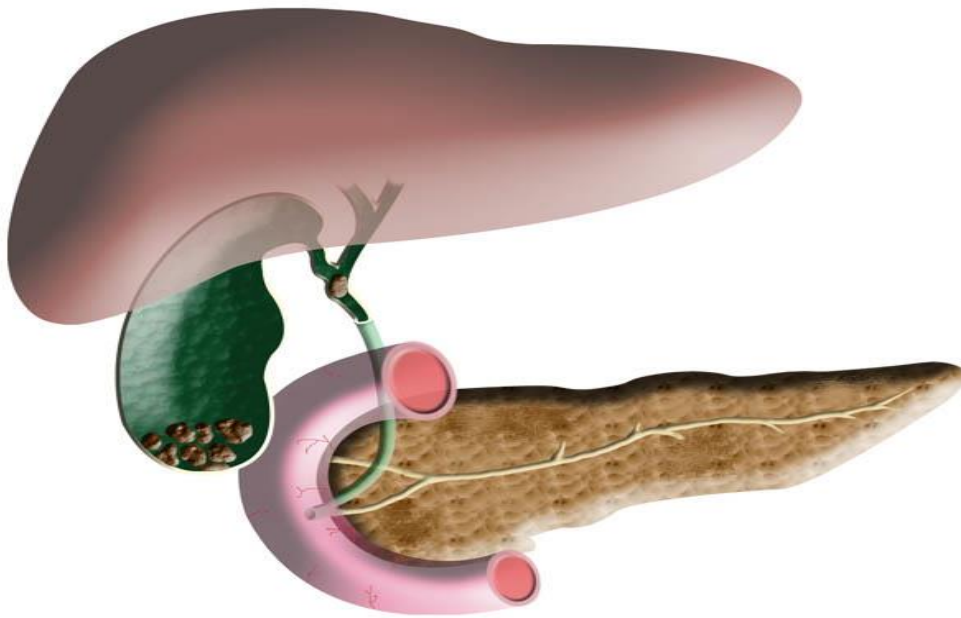


ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет»
Кафедра факультетской хирургии

Желчнокаменная болезнь.

Острый холецистит



Желчнокаменная болезнь (холелитиаз) – образование конкрементов в желчевыводящих путях.

Актуальность проблемы:

- Заболеваемость холелитиазом удваивается каждые 10 лет;
- Имеется у 20% взрослого населения, после 70 лет – у 50%;
- Выходит на первое место в структуре хирургической патологии органов брюшной полости, обгоняя острый аппендицит.
- Женщины болеют в 3-5 раз чаще.

- Желчнокаменная болезнь = холелитиаз



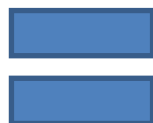
Холецистолитиаз



Холангиолитиаз
(Холедохолитиаз)

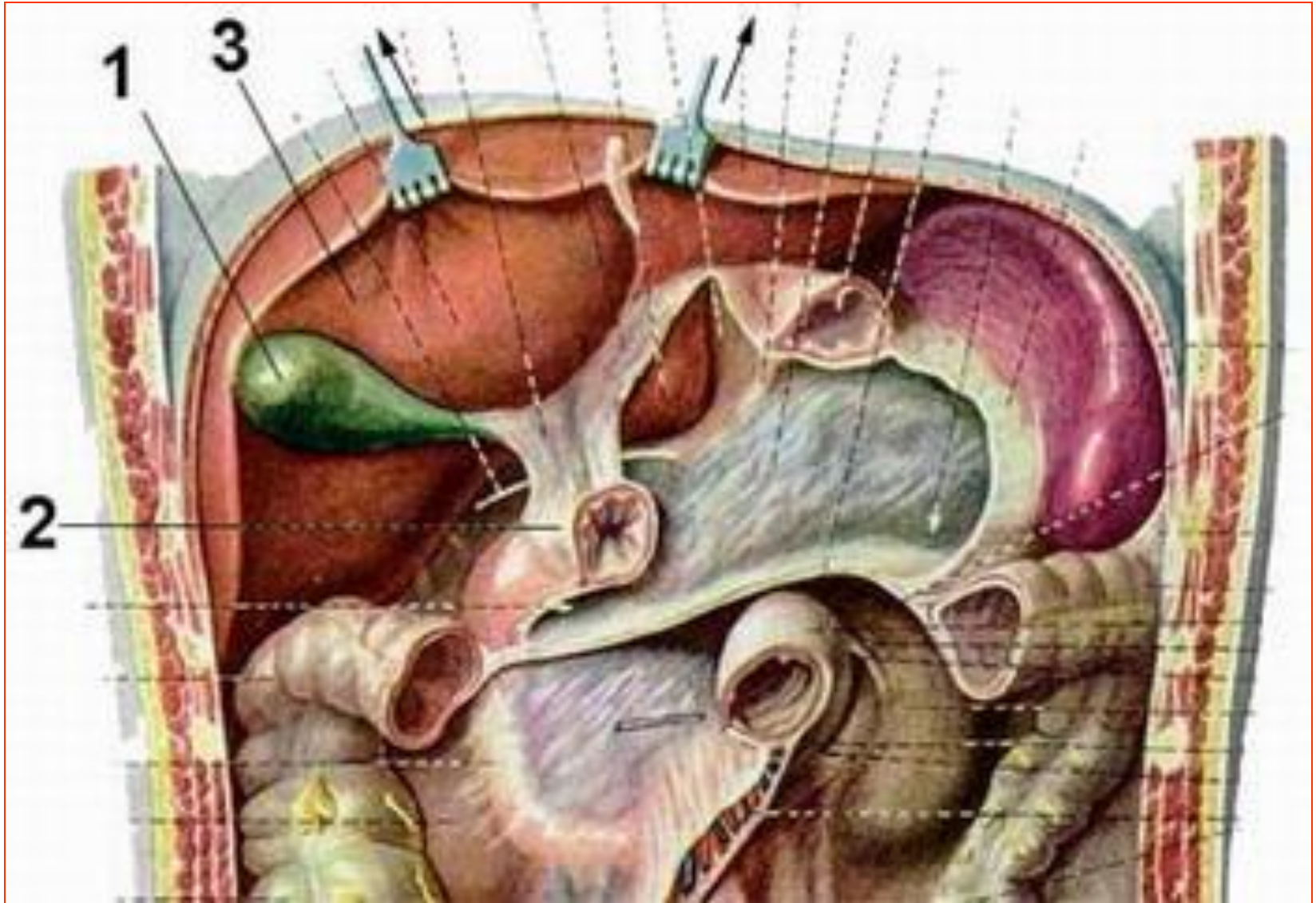


Клинические
проявления

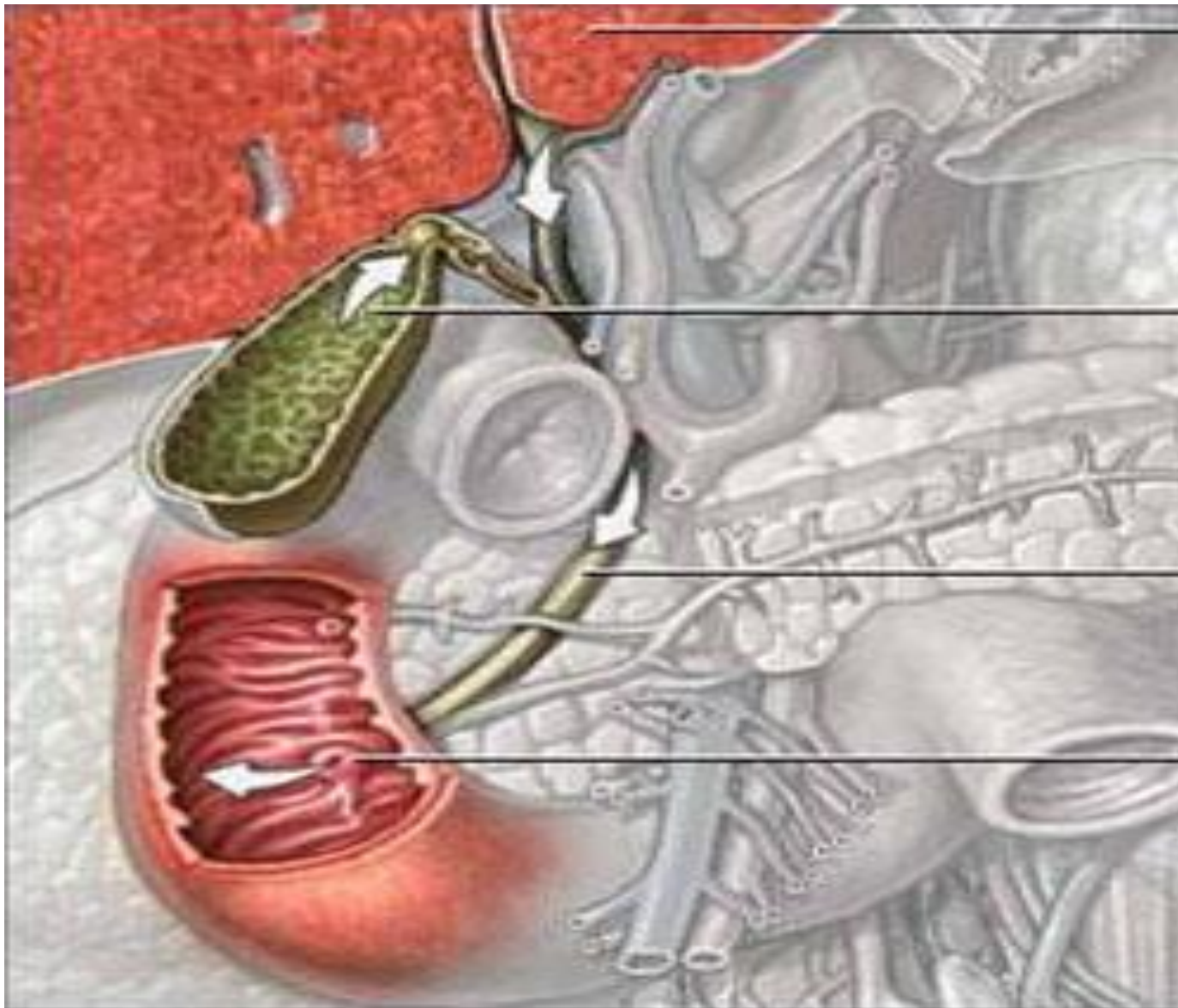


Калькулезный холецистит

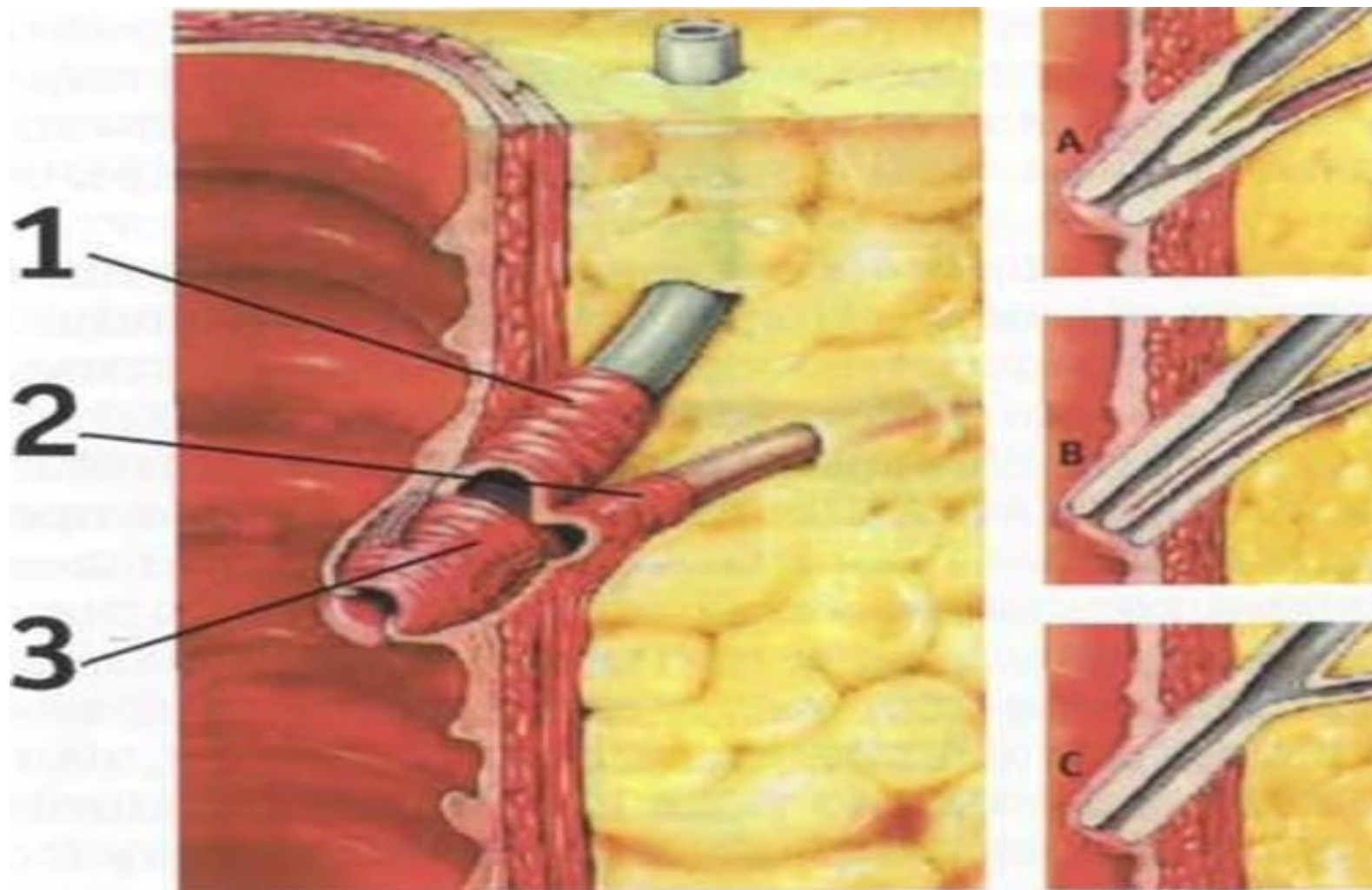
Анатомия



Анатомия



Анатомия БДС



Причины ЖКБ

1. **Литогенность желчи** – первичный фактор;
 2. Застой желчи;
 3. Воспаление (первичные ядра
преципитации.
- } вторичные факторы

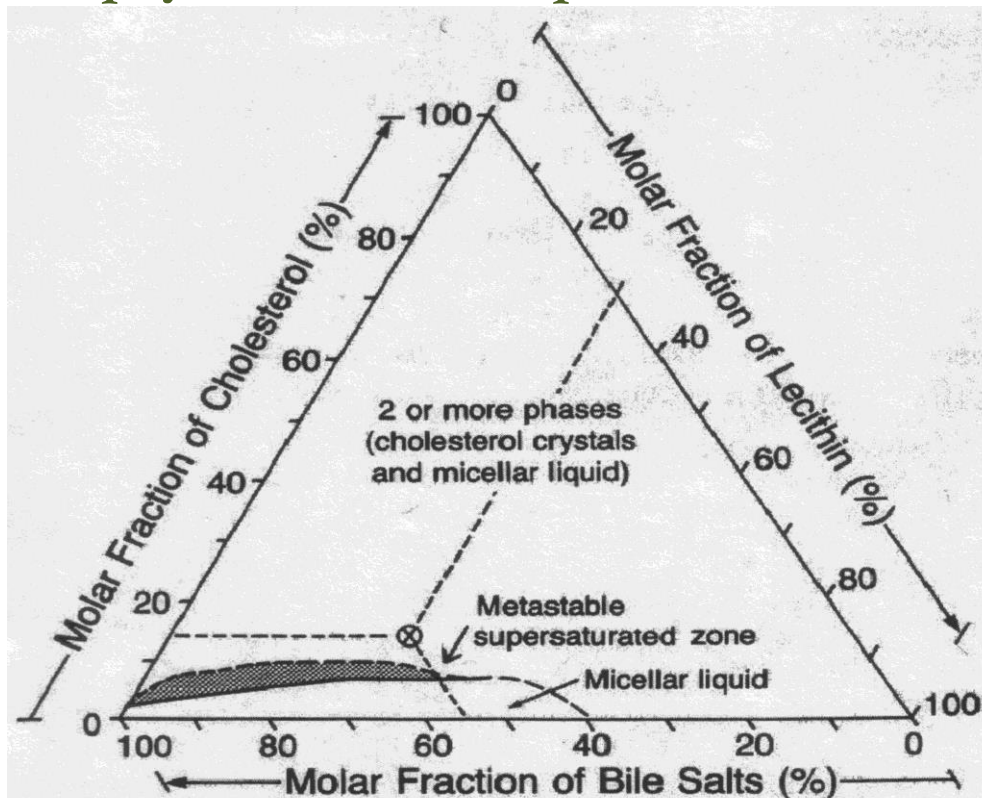
Литогенная желчь – формирование в желчи перенасыщенного раствора вещества (соли, холестерин, билирубин)

Индекс литогенности

Условия литогенности желчи:

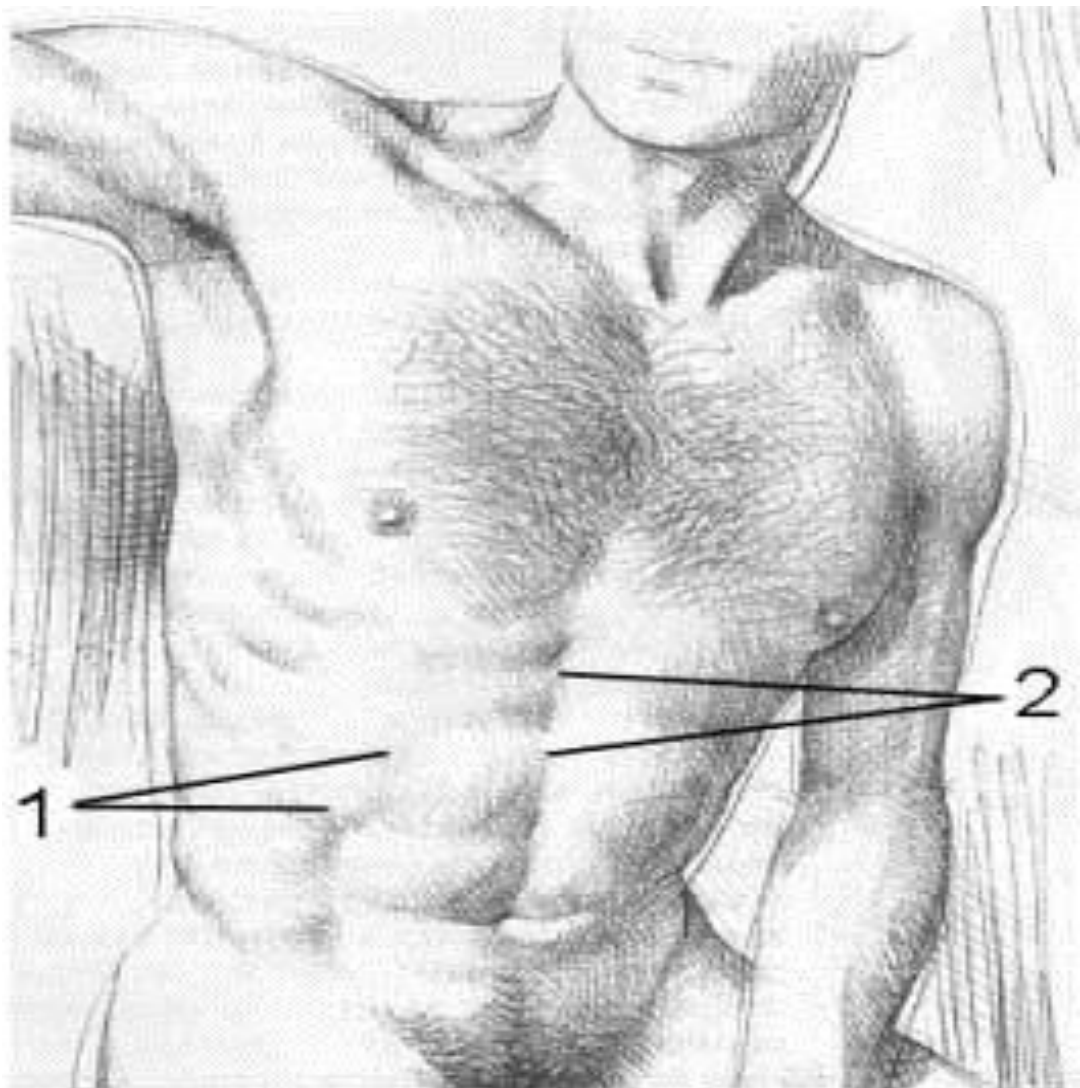
1. Повышение концентрации холестерина в желчи
2. Понижение концентрации желчных кислот.
3. Понижение концентрации лецитина

Треугольник Адмиралда-Смолла

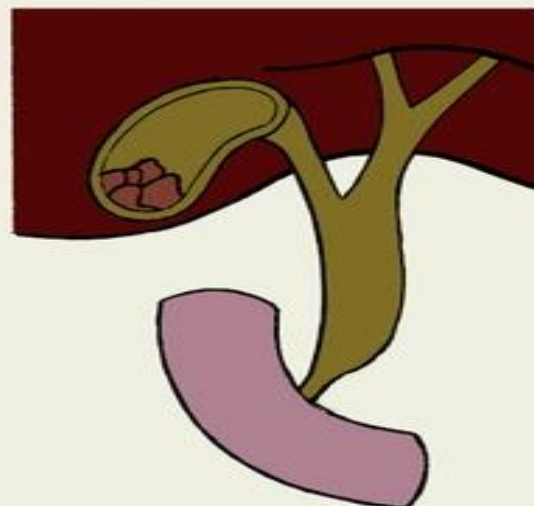
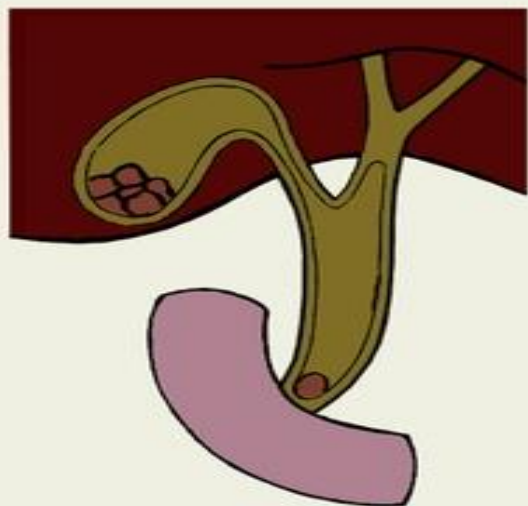
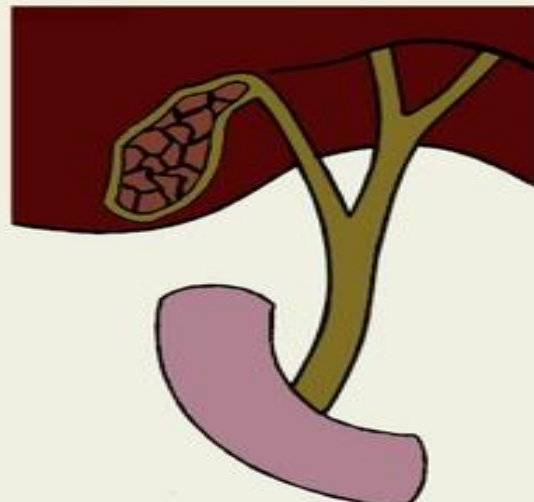
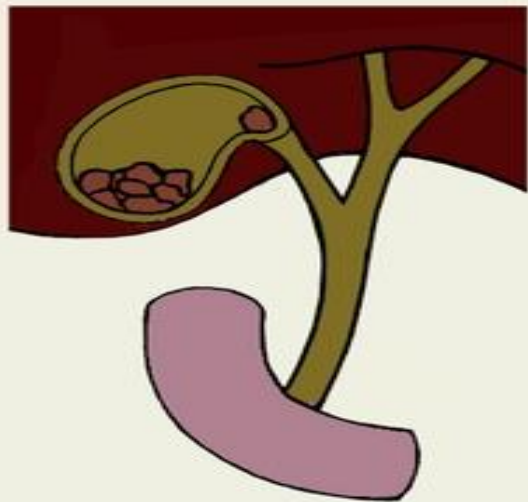


Клиника ЖКБ

- Боли в правом подреберье
- Связь боли с приемом пищи
- Тошнота
- Рвота



Осложнения ЖКБ



1. Острый калькулезный холецистит.
2. Хронический калькулезный холецистит (рубцово-атрофический процесс).
3. Холедохолитиаз.
4. Стриктура желчных путей (холедох, БДС).



5. Острый билиарный панкреатит.
6. Механическая желтуха
7. Холангит

Диагностика ЖКБ

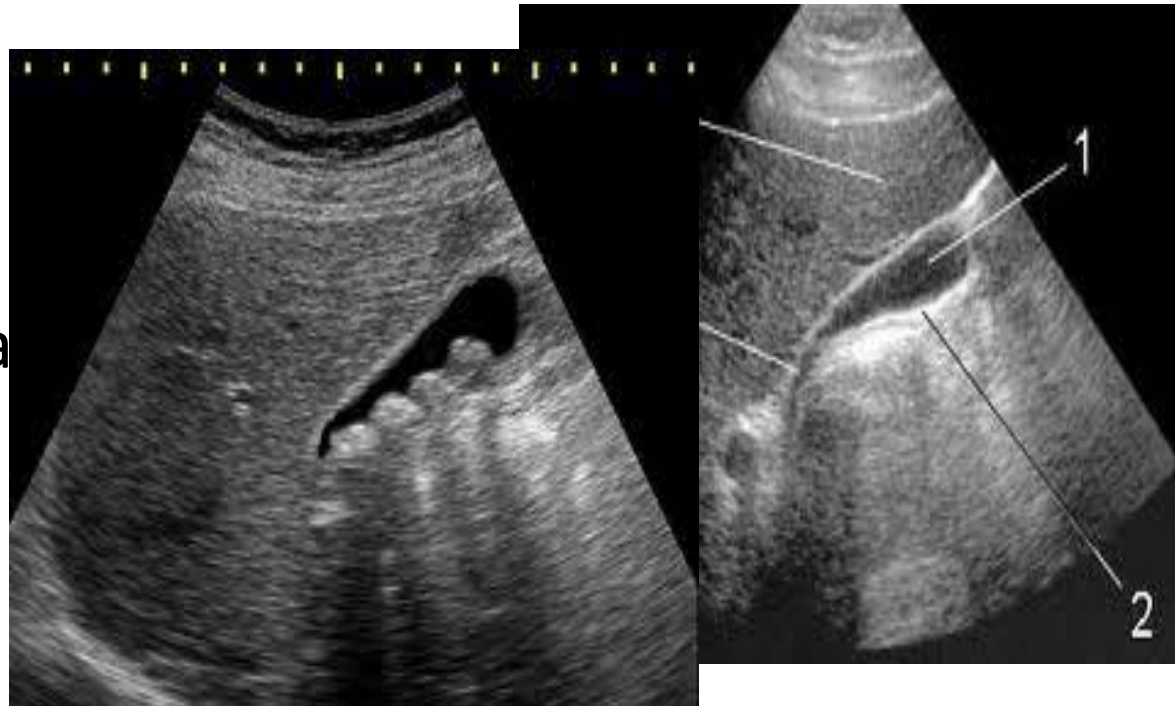
Мы должны ответить на два главных вопроса:

- Действительно ли болит желчный пузырь (т.е. есть калькулёзный холецистит)?
- Есть ли патология магистральных желчных протоков?

Диагностика ЖКБ (УЗИ)

- **Ультразвуковое исследование** – метод выбора диагностики заболеваний гепатобилиарной системы. Оно может выполняться в любой стадии заболевания. Результат достоверен в 95-97% случаев.

- Признаки ЖКБ:
 1. Конкременты;
 2. Утолщенная стенка желчного пузыря



Диагностика ЖКБ (УЗИ)

УЗИ-диагностика патологии желчных протоков:

- Расширение протока (желчная гипертензия);
- Конкремент в протоке (не всегда визуализируется).

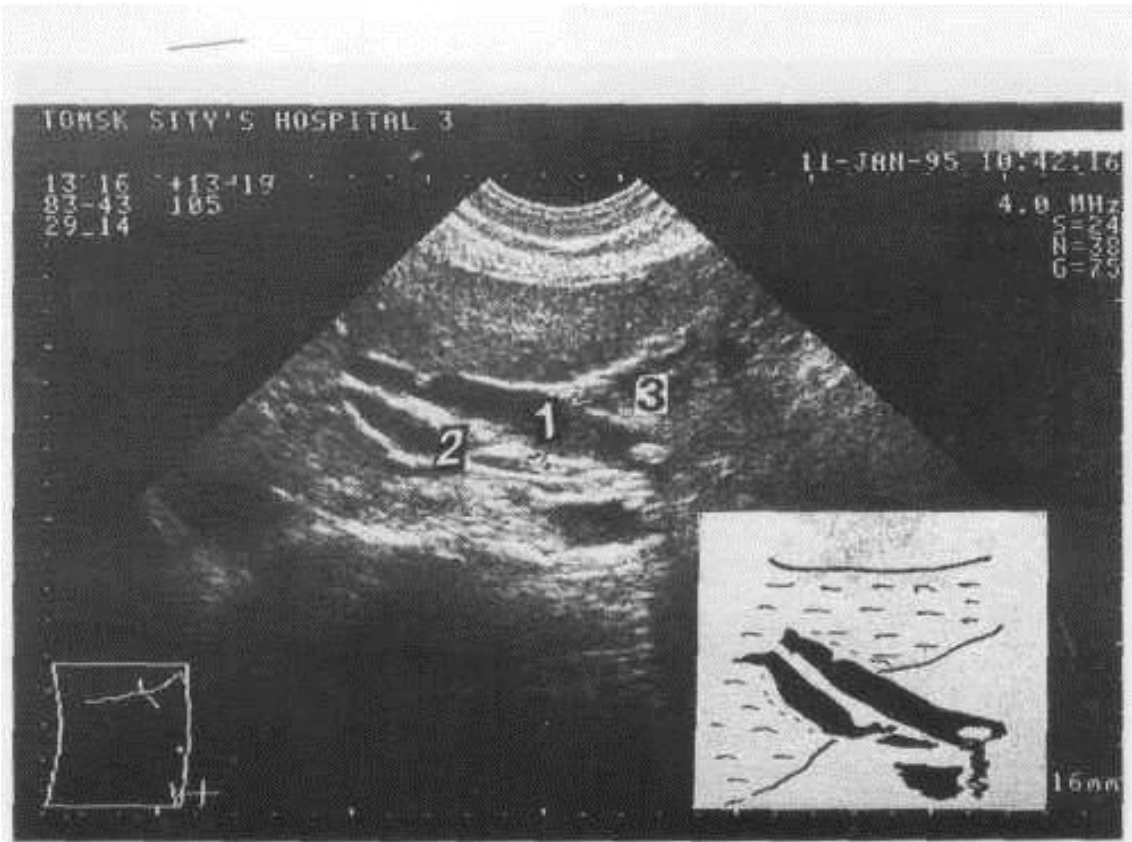


Рис. 140. УЗИ. Холедохолитиаз (объяснение в тексте). Собственное наблюдение. 1) холедох, 2) воротная вена, 3) камень.

Диагностика ЖКБ (Рентген)

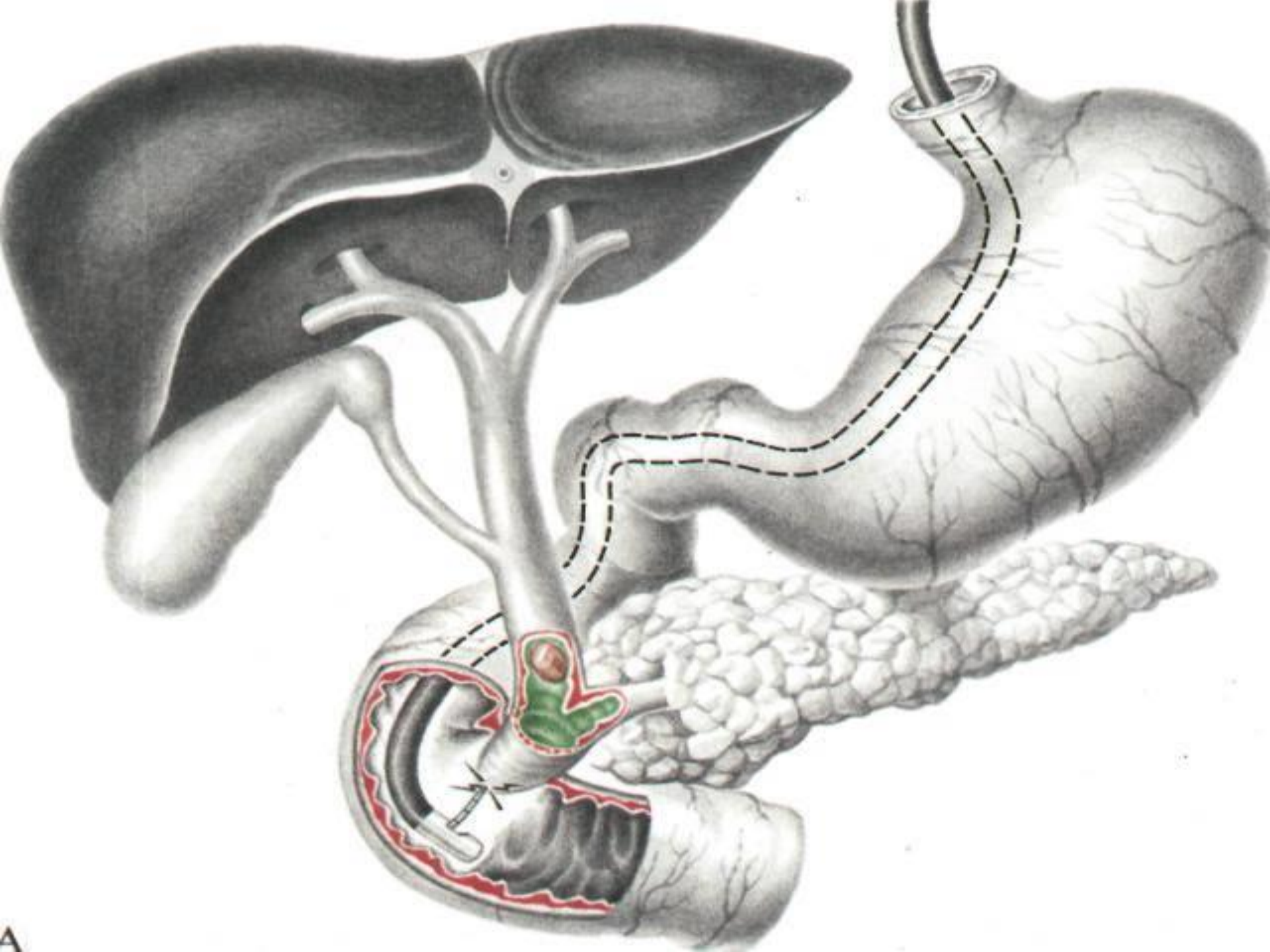
- КТ и МРТ – высокоэффективные методы диагностики. С помощью этих исследований выявляются конкременты в желчном пузыре, желчных протоках, патология головки поджелудочной железы и печени.

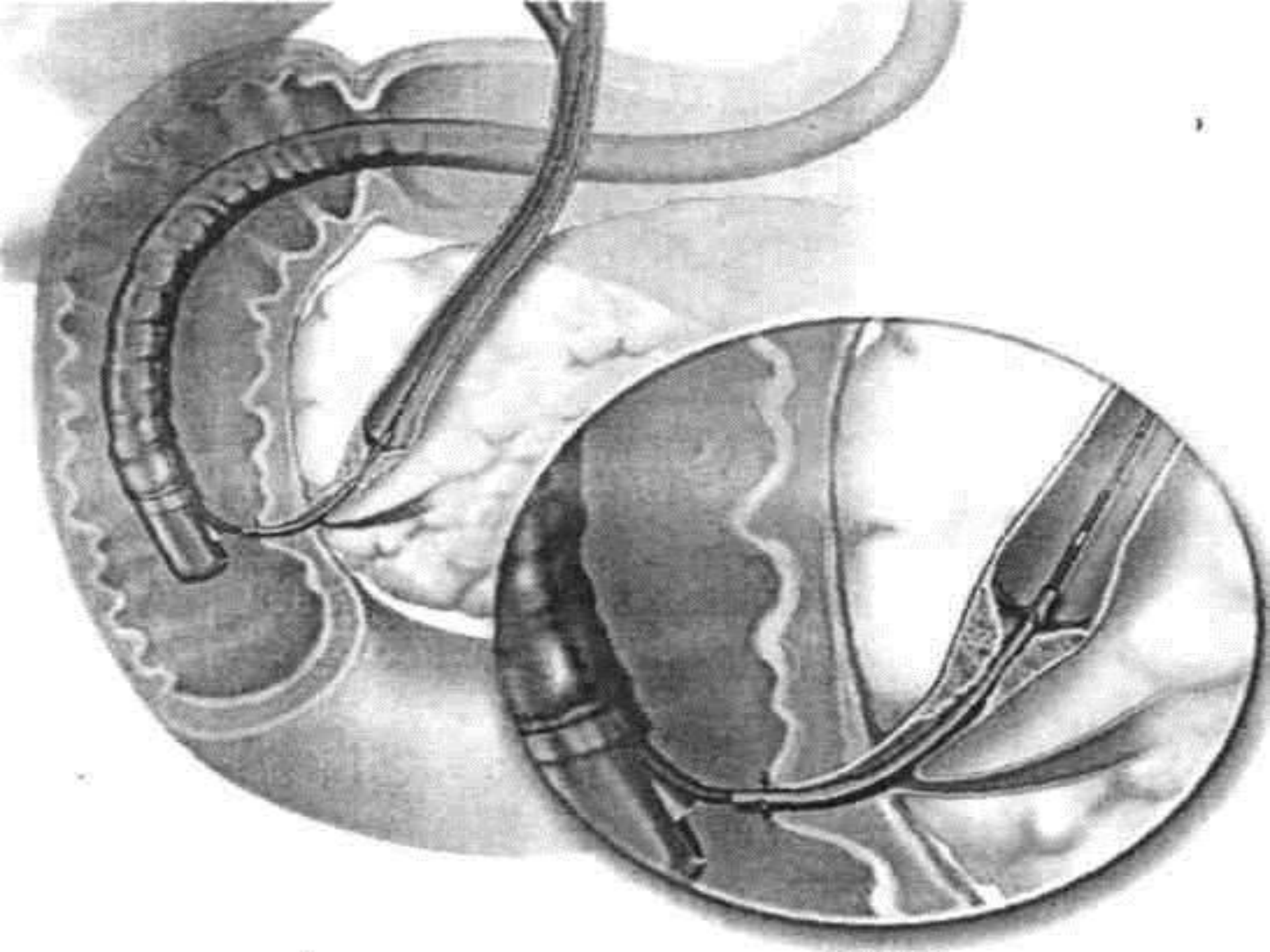


Диагностика ЖКБ (Рентген)

- Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ)

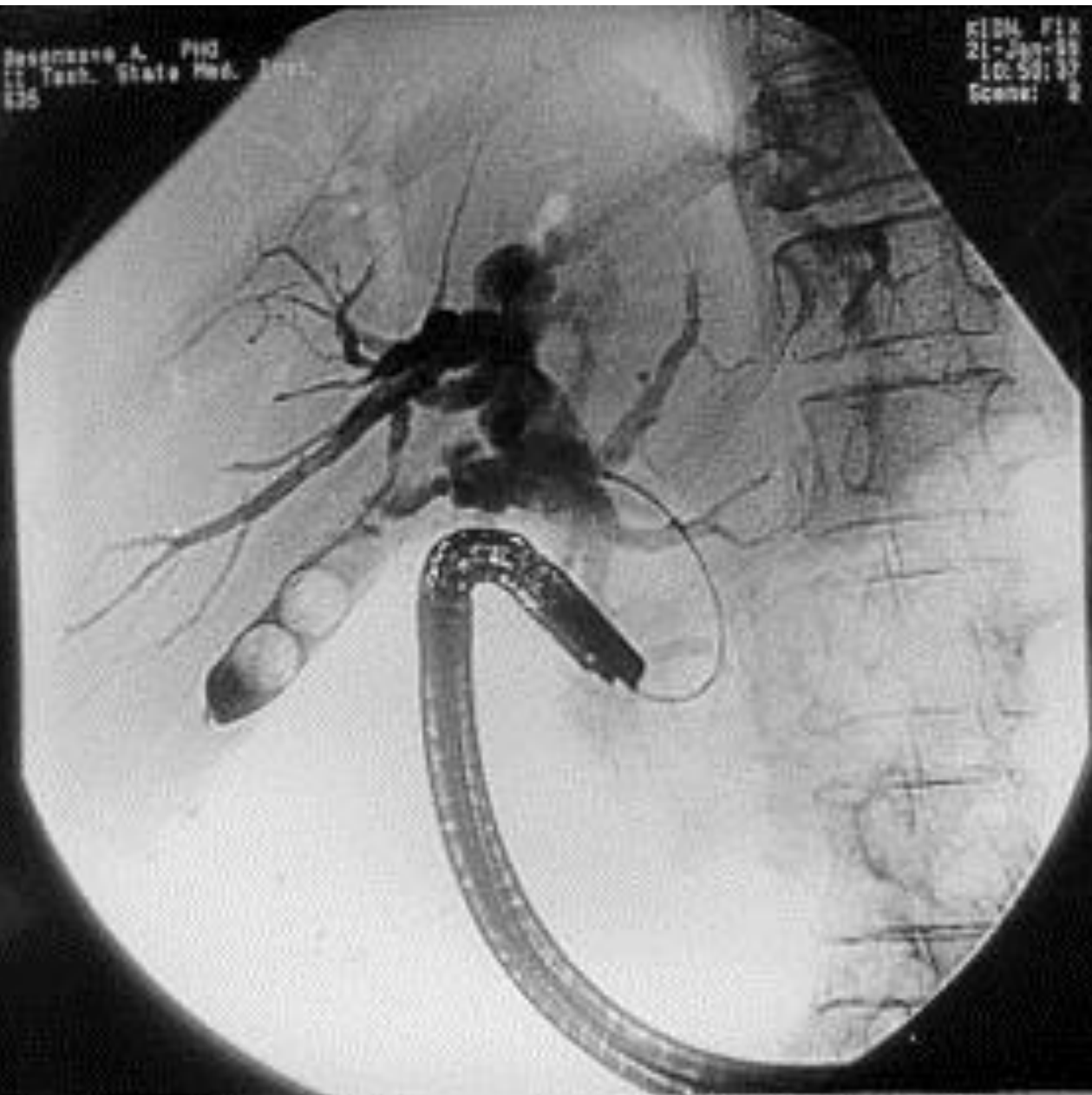


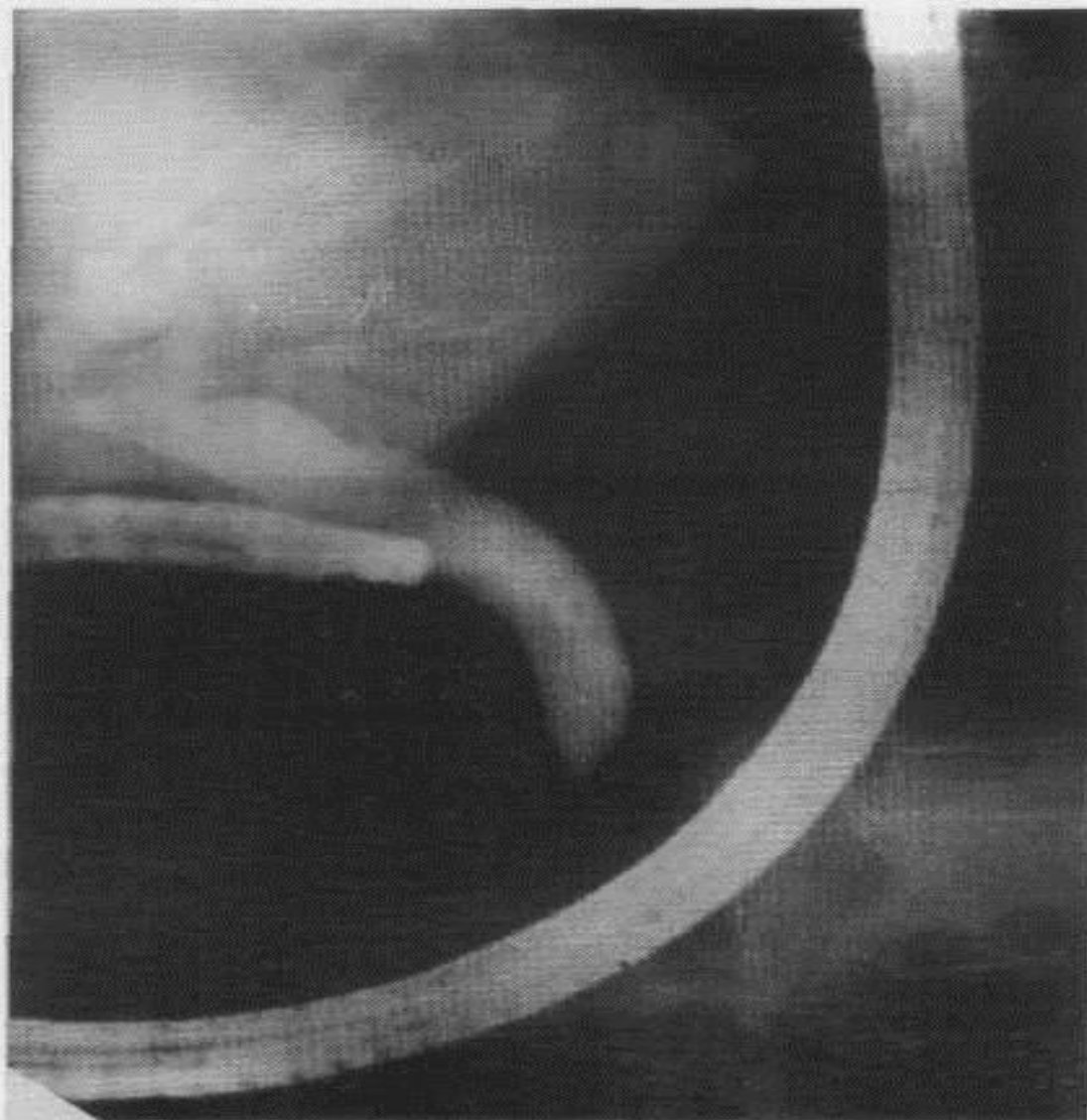




Benigno A. Pineda
II, Tech. State Med. Inst.
826

KIDN. FIX
21 - Jan - 89
10:50:37
Scene: 2

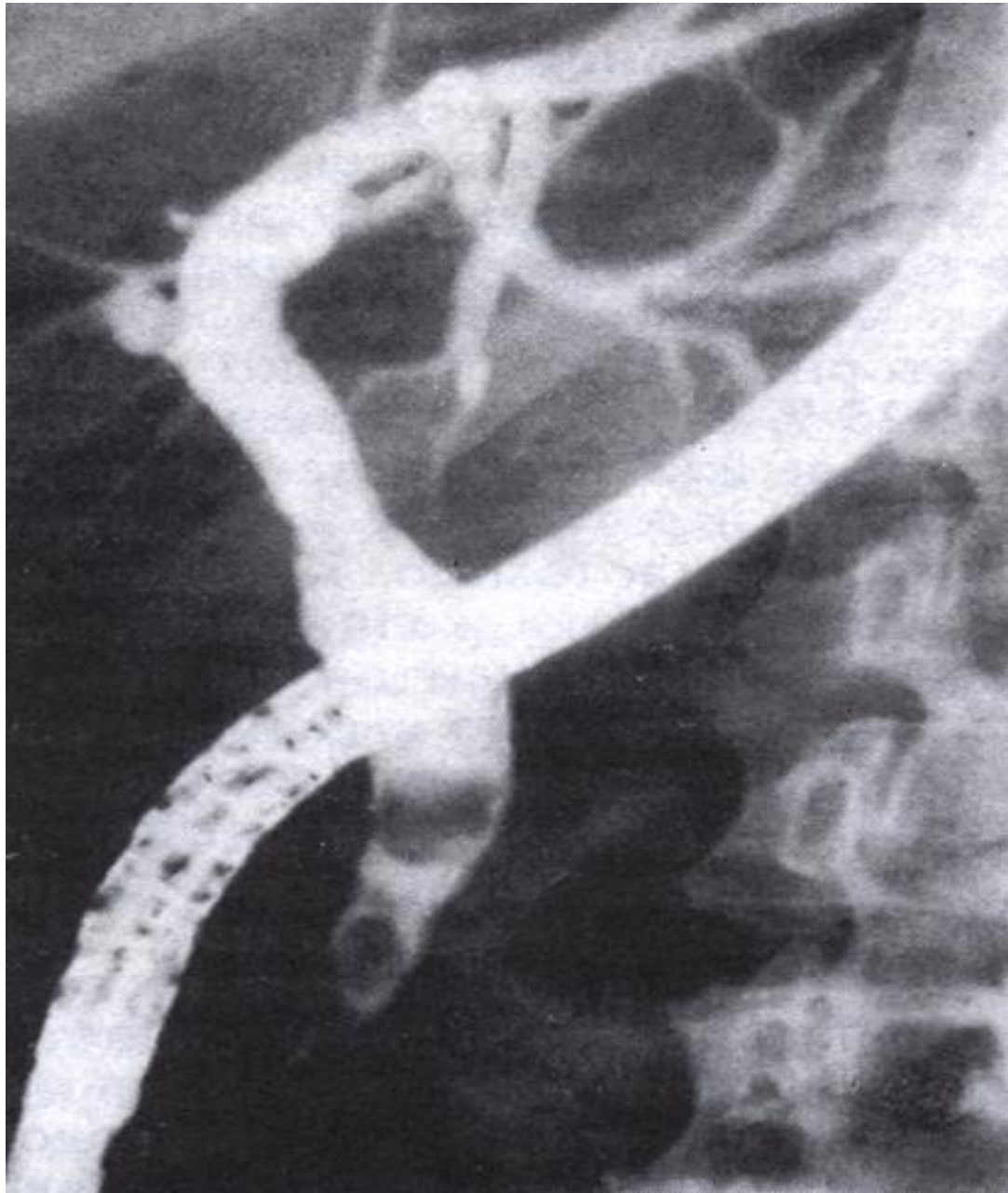




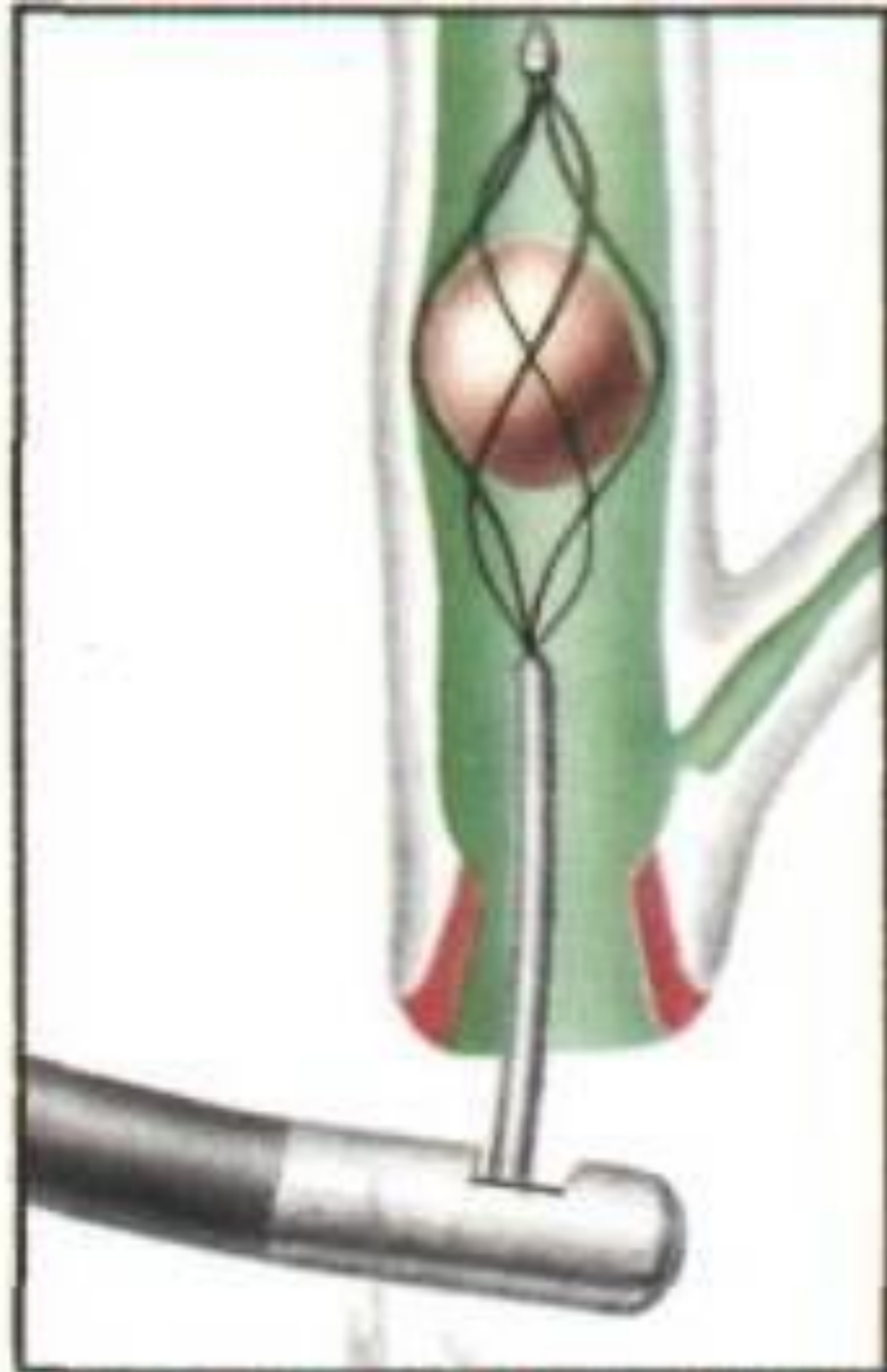
*Рис. 64. ЭРХПГ. Стеноз терминального
отдела холедоха. Сужение его в виде
"писчего пера".*

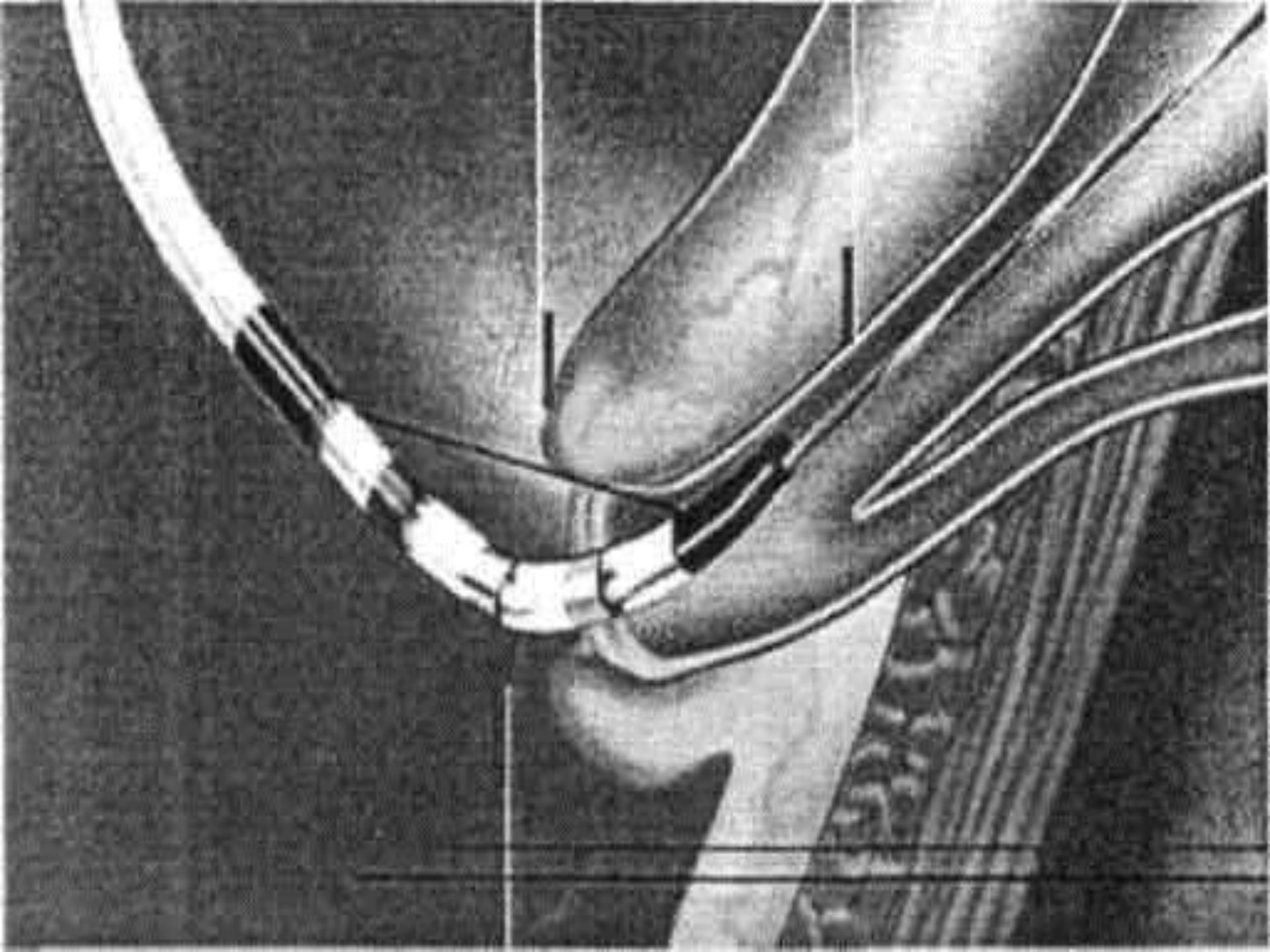


Рис. 63. ЭРХПГ. Камень холедоха.





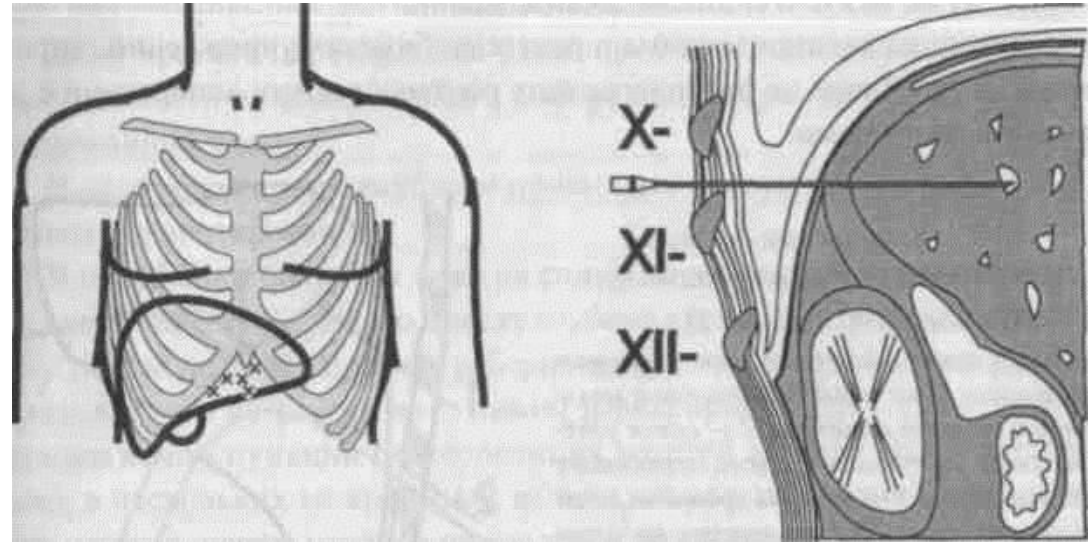




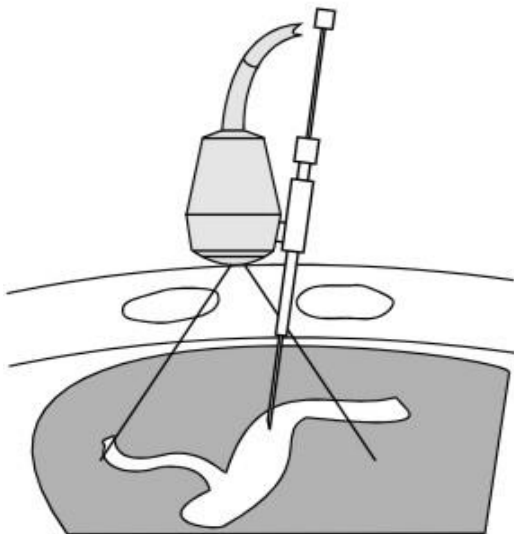
РХПГ видео

Диагностика ЖКБ (Рентген)

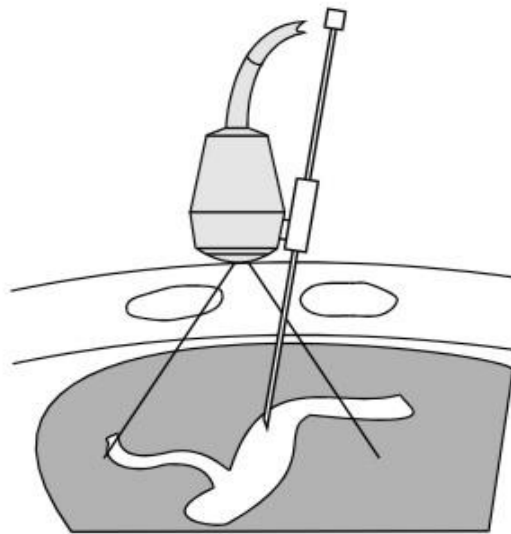
- Чрескожная чреспеченочная холангиография (ЧЧХГ)



А

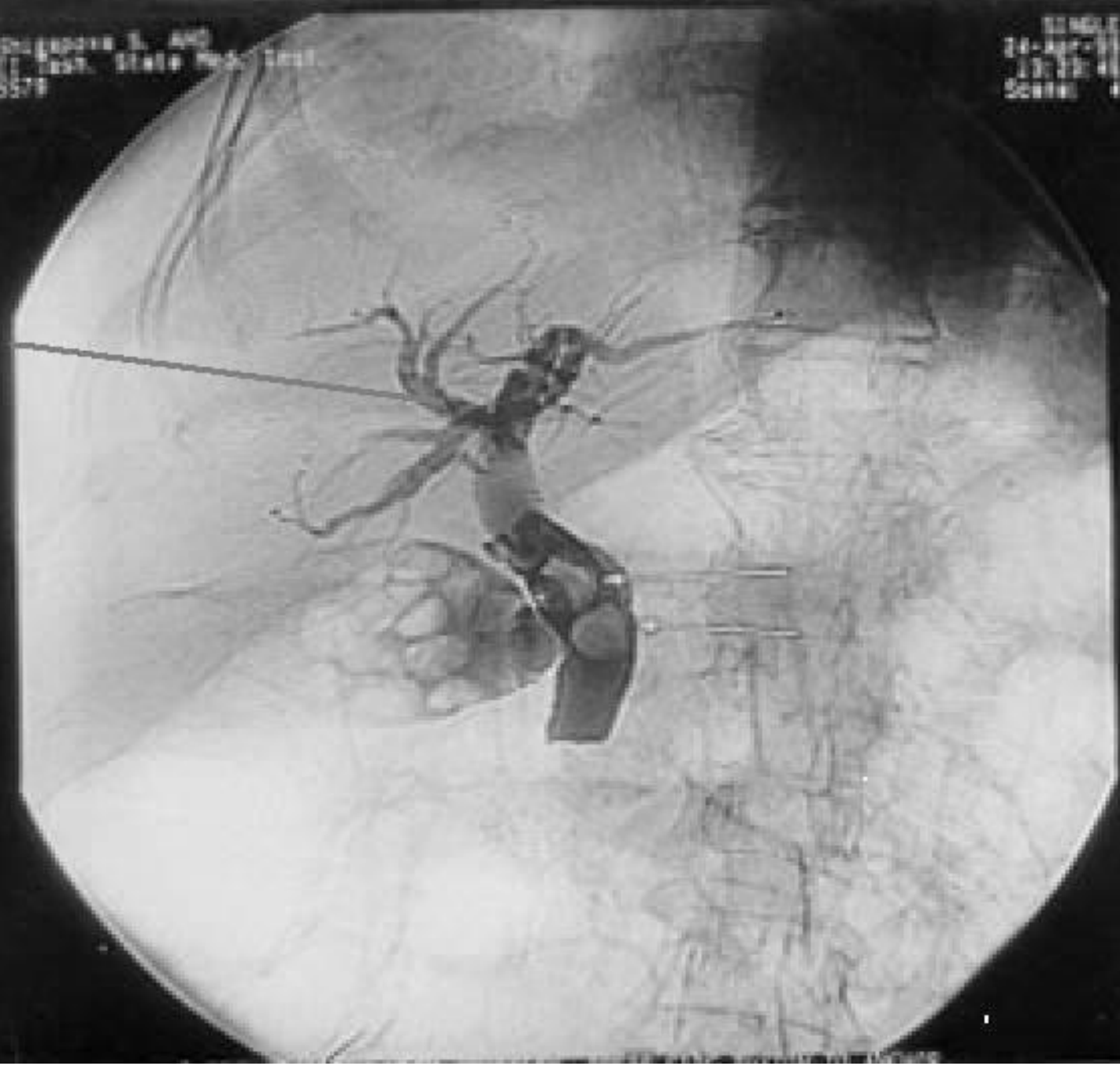


Б



Dr. Eugene S. AHO
1937, State Med. Inst.
579

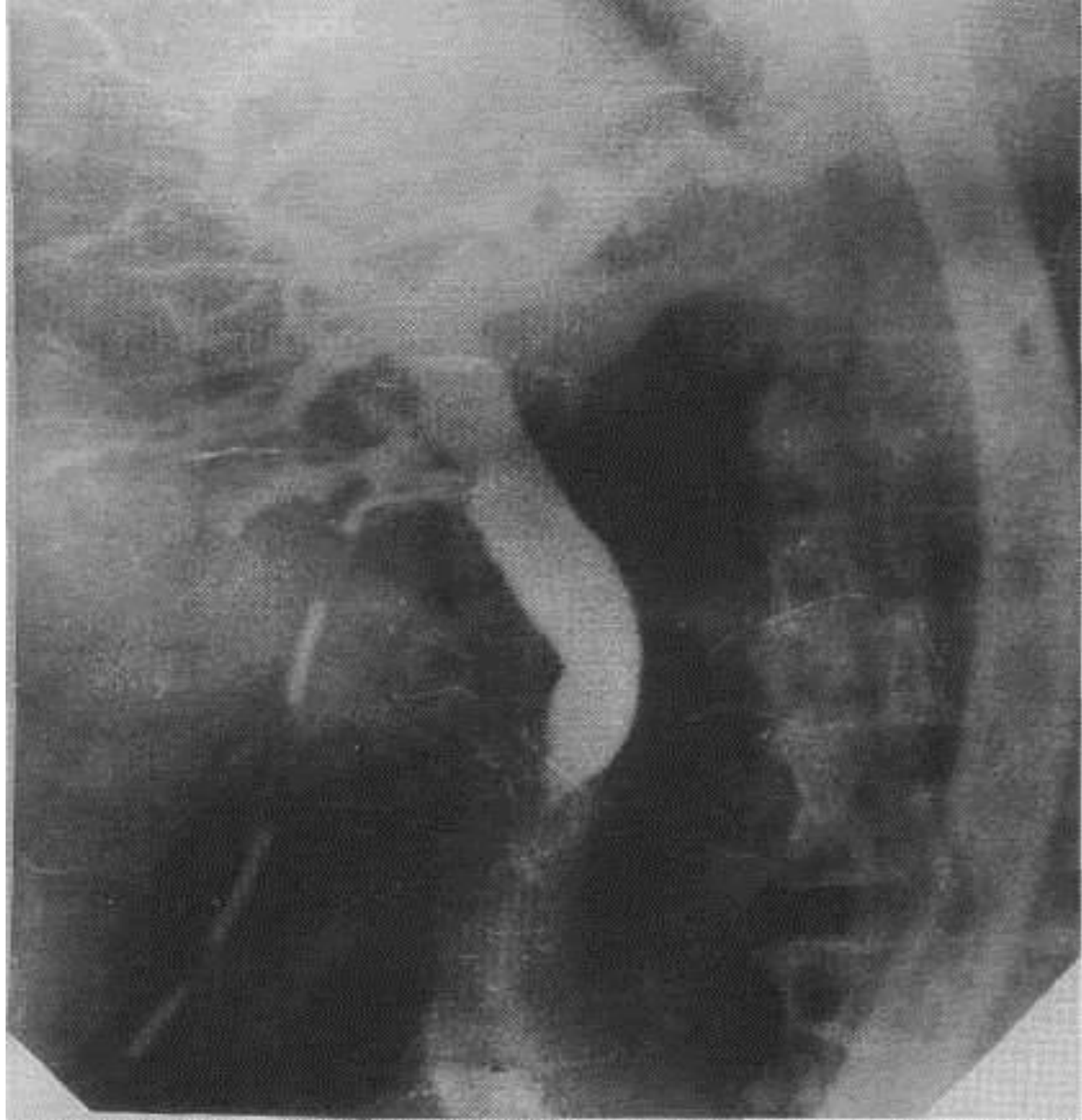
SINGLE
24-Apr-51
1:30 PM '48
Scout

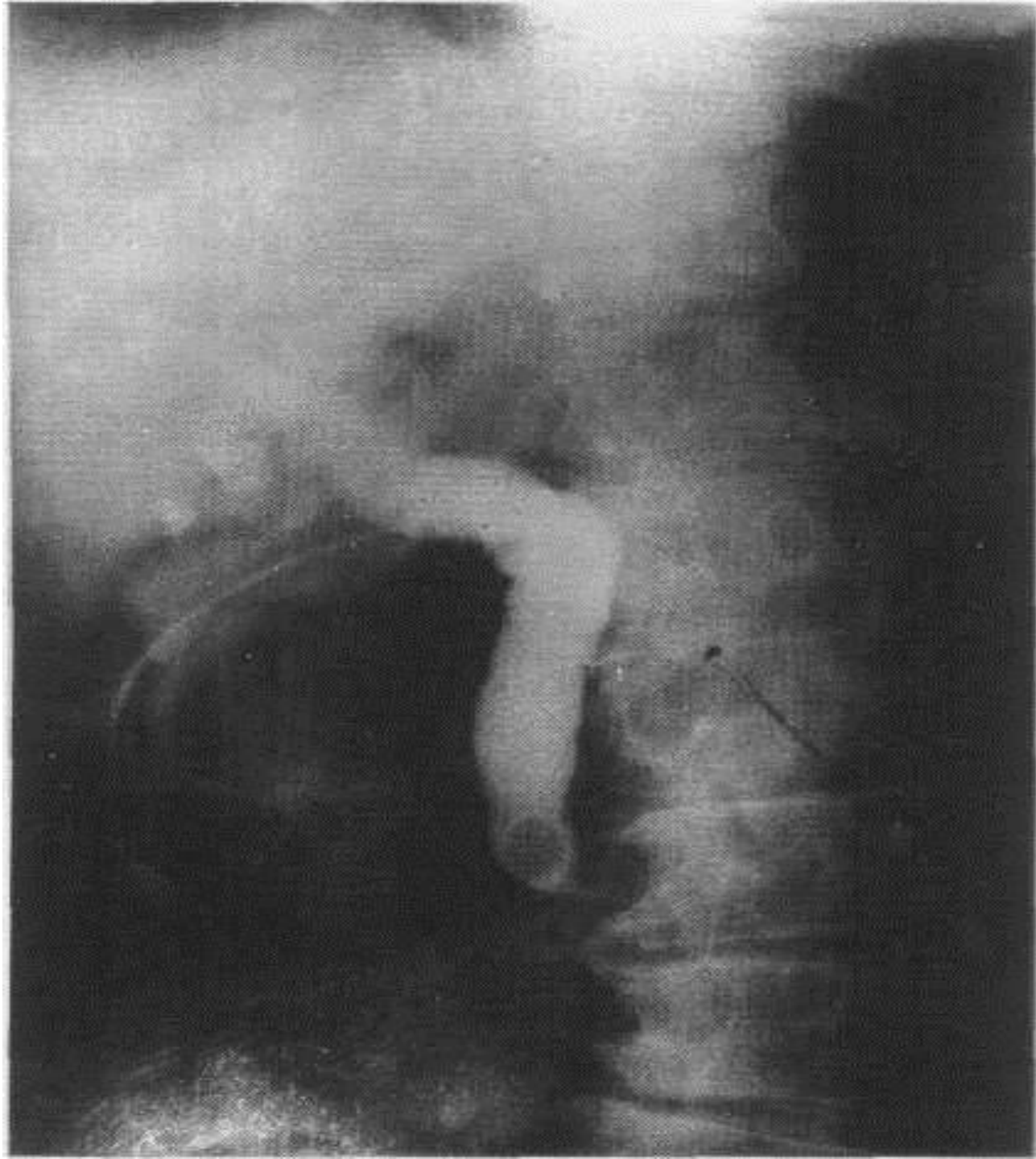


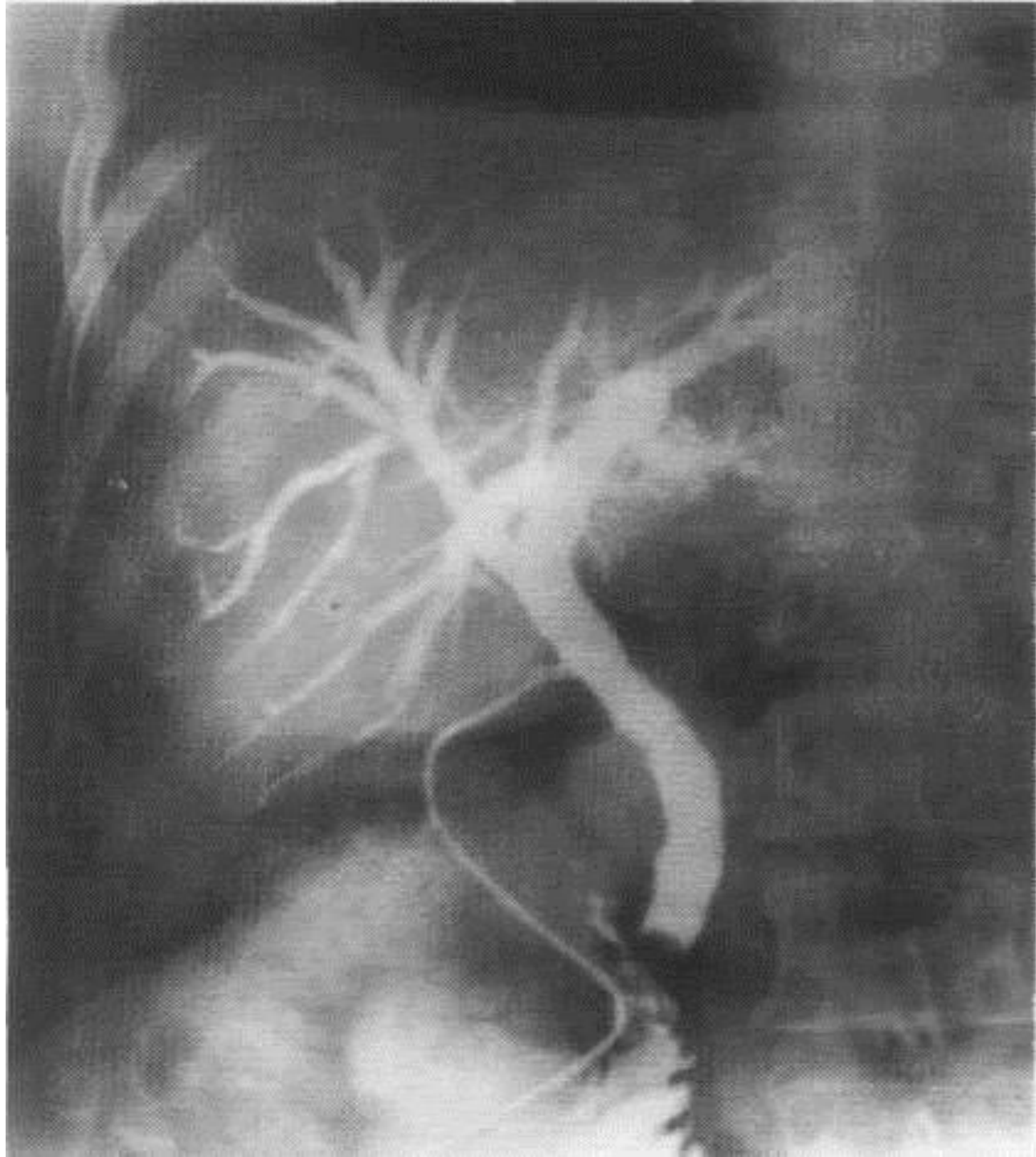
ЧЧХГ видео

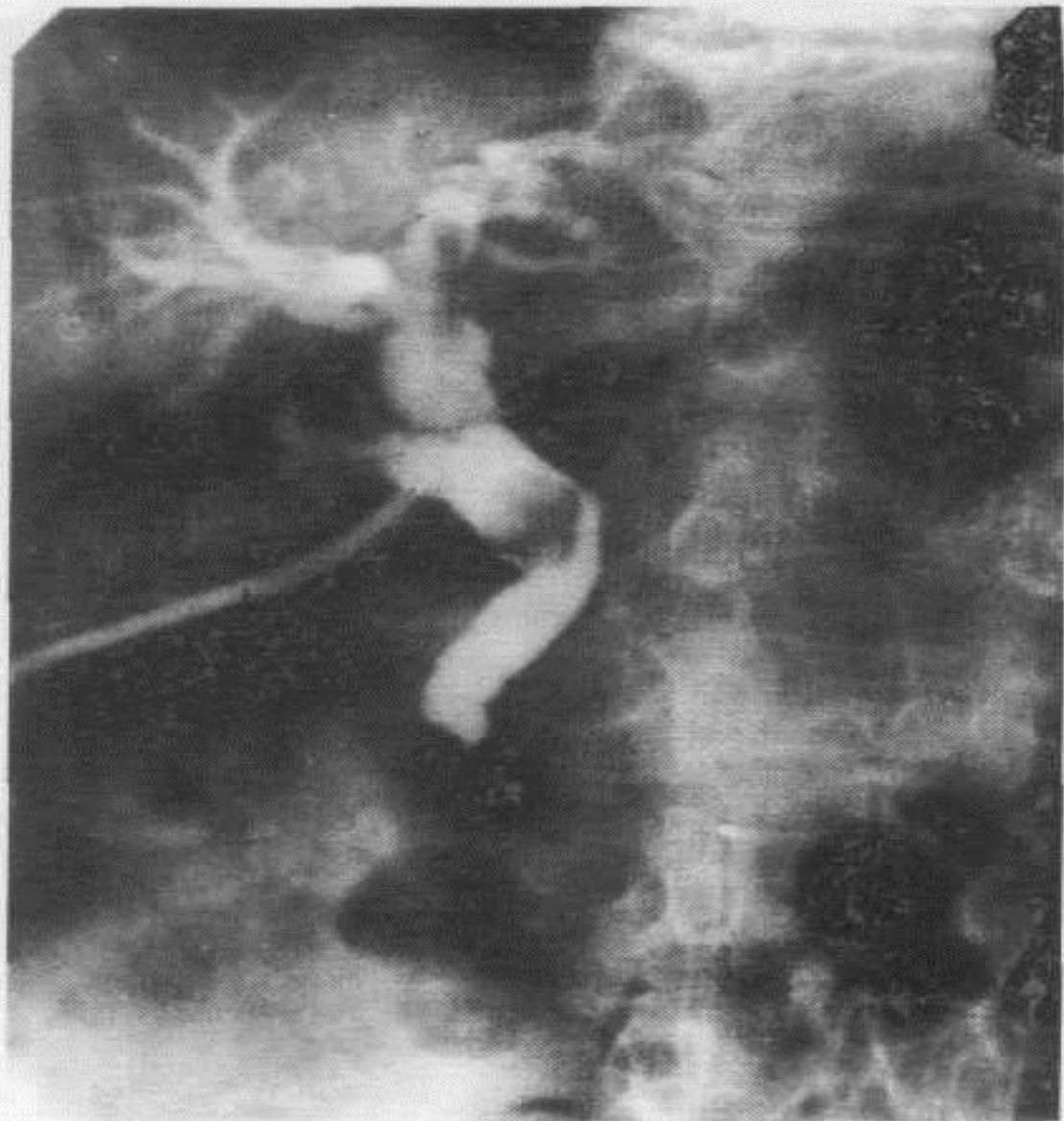
Диагностика ЖКБ (Рентген)

- **Интраоперационная холангиография** – выполняется во время оперативного вмешательства путем катетеризации и введения контраста в желчные пути
- **Фистулохолангиография** – выполняется в послеоперационном периоде путем введения контраста в желчные пути через установленный в них при предшествующей операции дренаж.



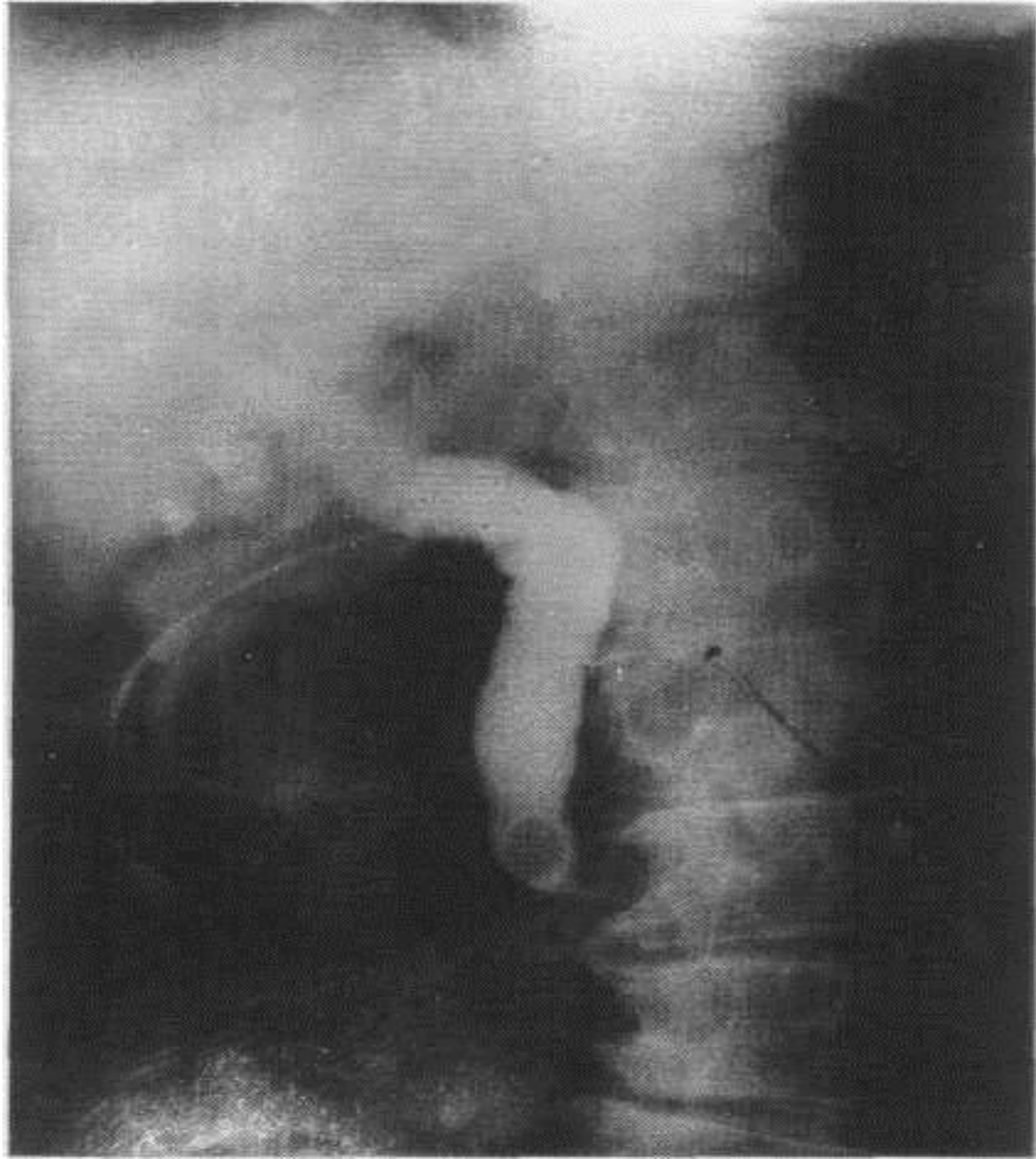






*Рис. 148. Интраоперационная холангиограмма.
Камень холедоха в сочетании
со стенозом БДС.*





Лечение ЖКБ

Виды вмешательств:

1. Холецистэктомия:

- лапароскопическая;
- из минидоступа;
- открытая.

2. Холецистостомия:

- лапароскопическая;
- из минидоступа;
- открытая;
- под контролем УЗИ

- Мировой «золотой стандарт» - лапароскопическая холецистэктомия с обязательной интраоперационной холангиографией.
- При обнаружении холедохолитиаза выполняется РХПГ, ЭПСТ, литоэкстракция.
- Открытая холецистэктомия, в том числе с холедохотомией повсеместно в цивилизованном мире оставлена и является т.н. альтернативным способом лечения.

Лапароскопическая холецистэктомия

Лапароскопическая холецистэктомия

Холецистостомия

Минимально инвазивное вмешательство

Показания к операции:

1. Острый деструктивный холецистит у больных с тяжелой сопутствующей патологией;
2. Механическая желтуха с дистальным блоком (ниже впадения пузырного протока)

Видео

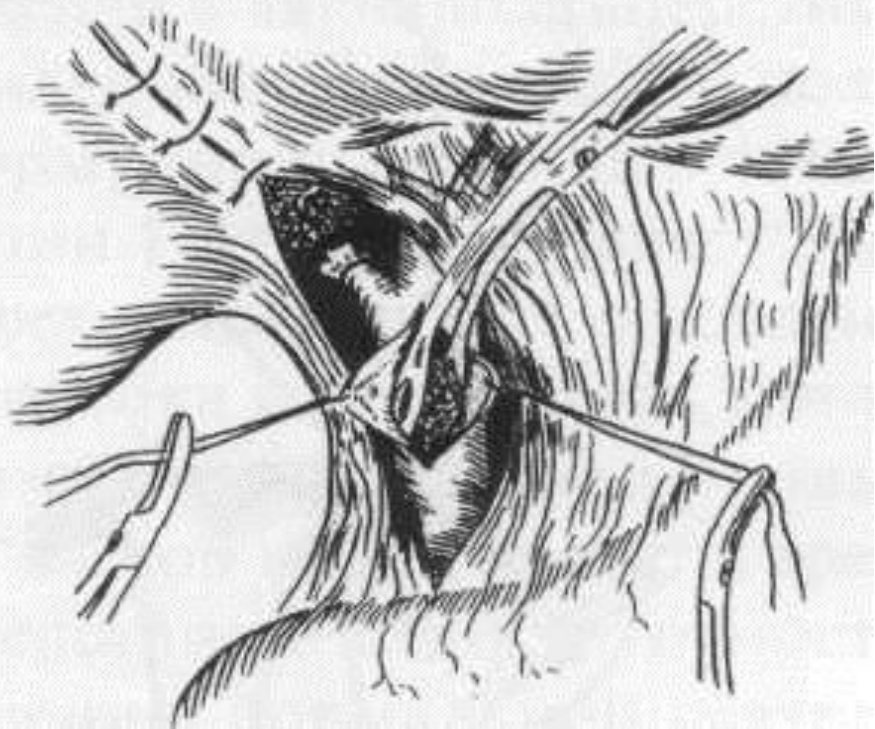
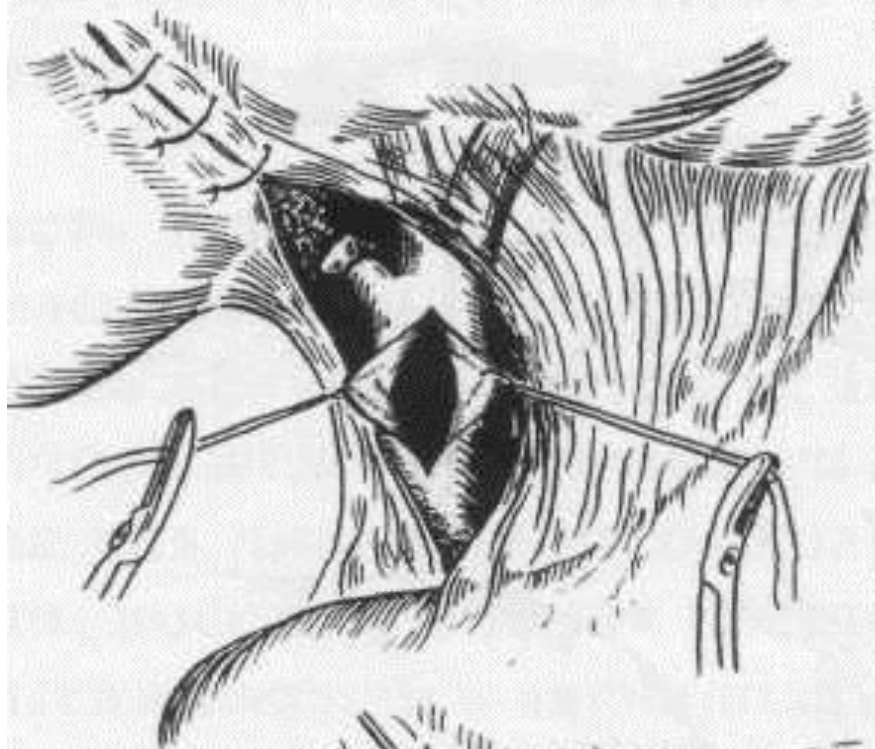
Показания к операционной холангиографии и ревизии протоков:

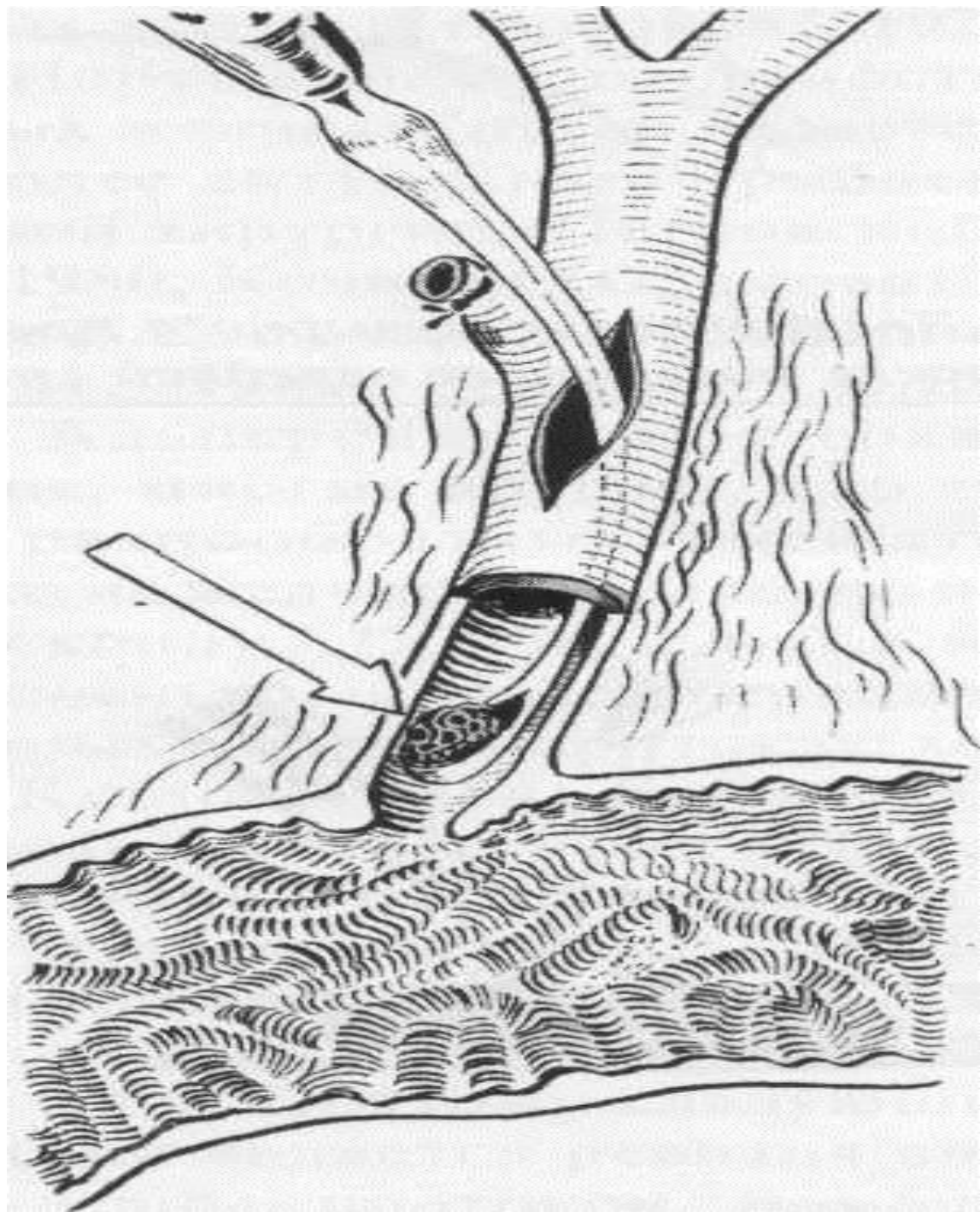
- Желтуха в анамнезе
- Желтуха в момент операции
- расширение холедоха
- мелкие конкременты в пузыре в сочетании с широким пузырным протоком.
- Наличие диагностированных конкрементов в желчных протоках на дооперационном этапе
- Пальпируемые в протоках конкременты

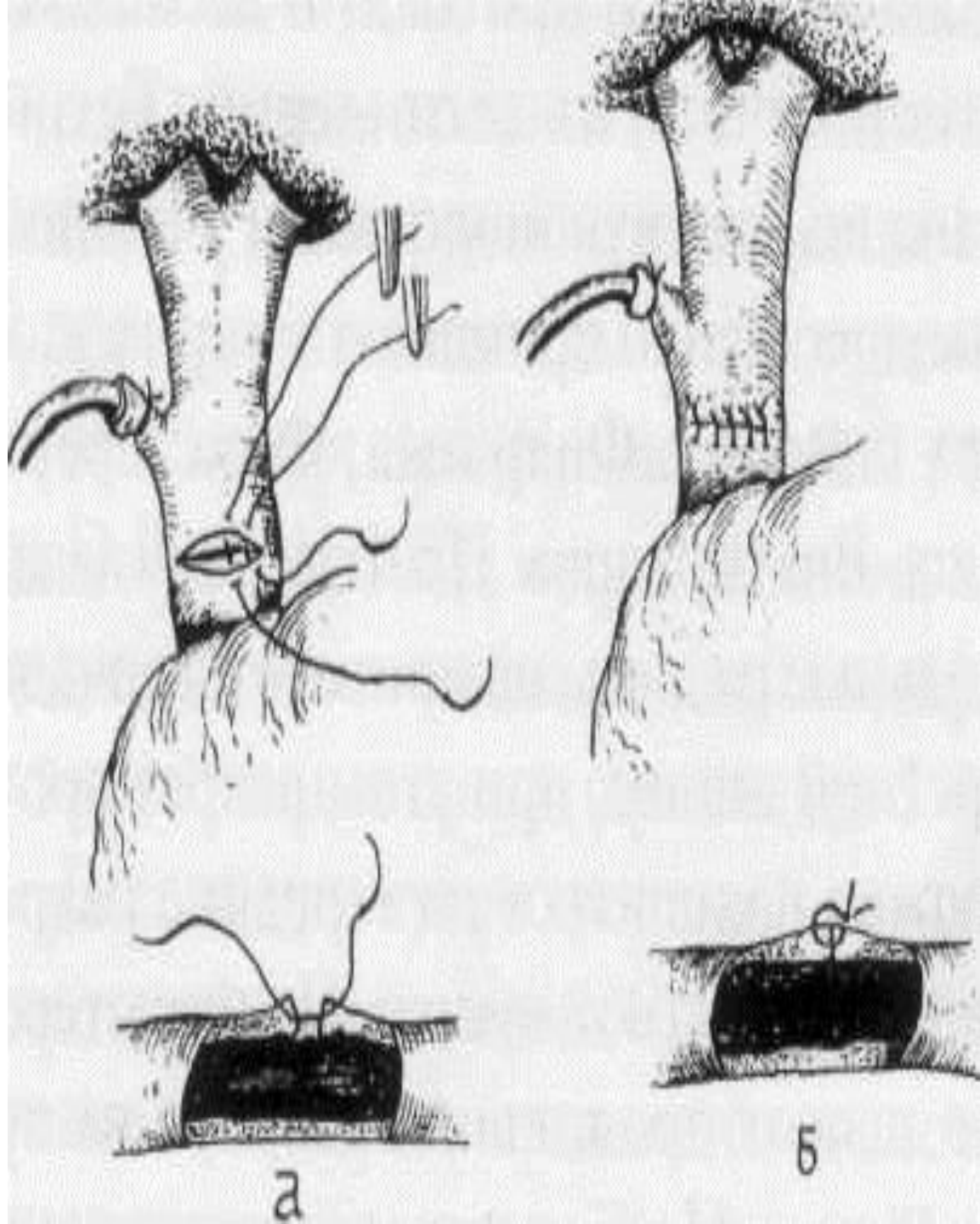
Лечение холангиолитиаза

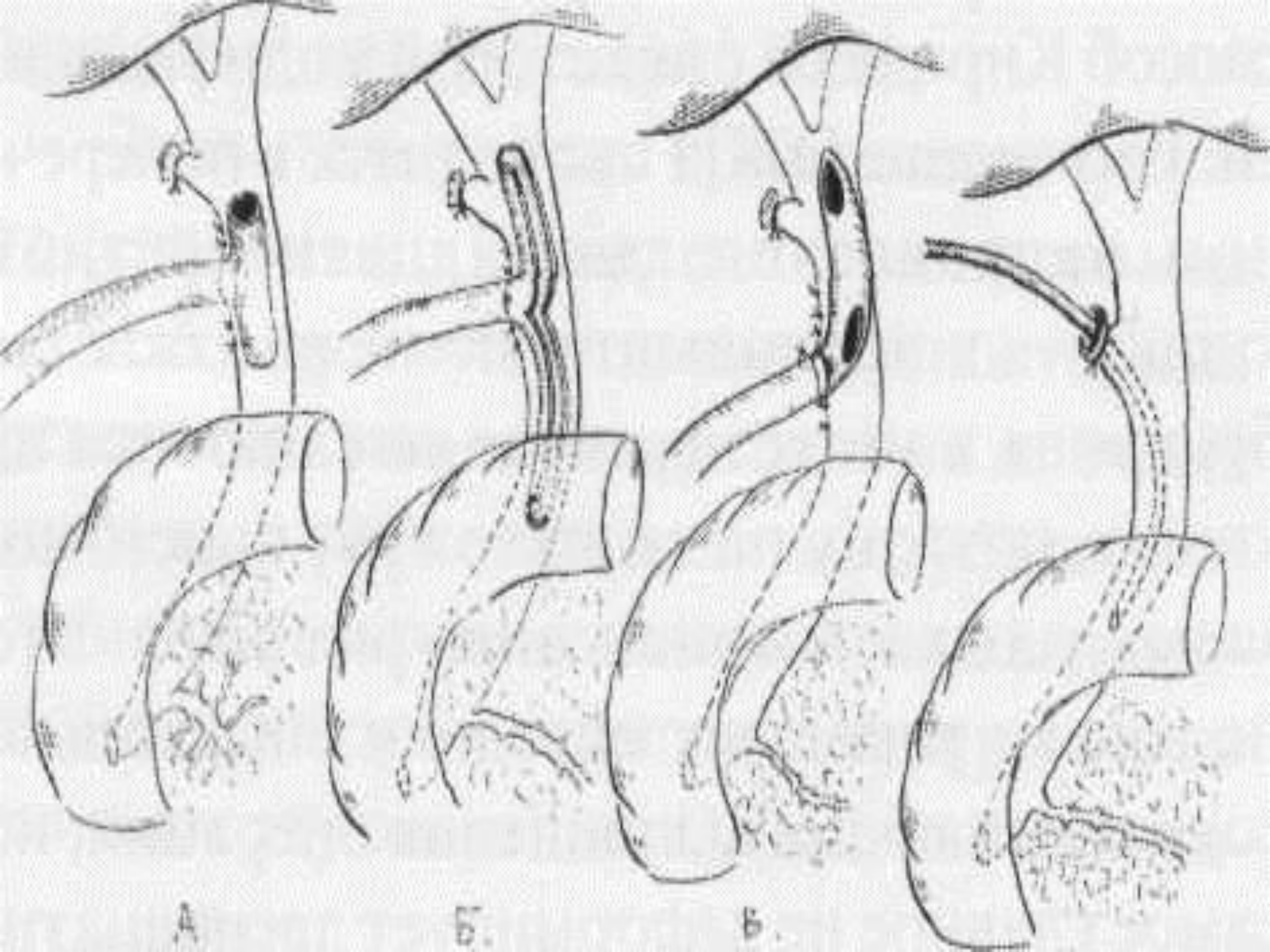
- Холангиолитиаз устраняется с помощью эндоскопических методов после выполнения РХПГ. Выполняется эндоскопическая пиллосфинктеротомия в сочетании с удалением камней из холедоха петлей Дормиа, катетером Фогарти
- Лапаротомия с холедохотомией – альтернативный метод лечения.

Открытая хирургия

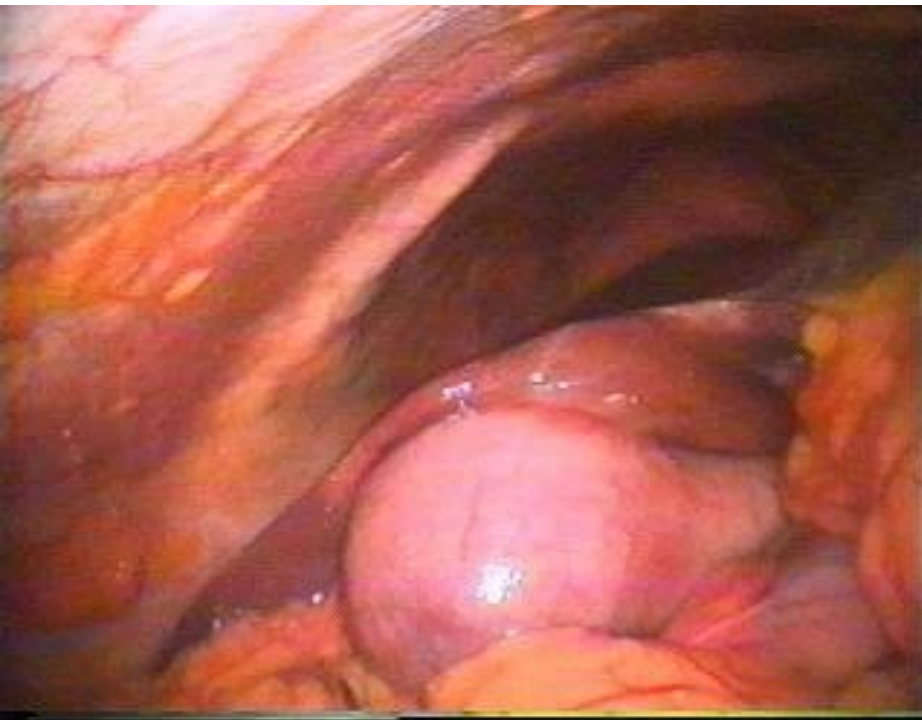








Острый холецистит



Классификация – отражает степень развития деструктивных изменений в желчном пузыре

I. По этиологии:

1. Острый калькулезный холецистит (90-95%)
2. Острый бескаменный холецистит (сосудистый, ферментативный)

II. По степени деструкции:

1. Острый катаральный холецистит.
2. Острый деструктивный холецистит:
 - Флегмонозный;
 - Гангренозный;
 - Гангренозно-перфоративный.
3. Осложнения острого холецистита:
 - Перитонит - местный, распространенный;
 - Околопузырный инфильтрат;
 - Околопузырный абсцесс;
 - Желчные свищи (наружные и внутренние);
 - **Механическая желтуха;**
 - **Холангит.**

Этиология и патогенез

1. Механическая причина – обтурация шейки желчного пузыря камнем вследствие сокращения его при приеме пищи)



гипертензия в просвете пузыря



сдавление внутриорганных сосудов, нарушение венозного и лимфатического оттока, отек стенки органа, тромбоз сосудов



утрата слизистой оболочкой барьерной функции



проникновение флоры в стенку пузыря



деструкция стенки пузыря

Этиология и патогенез

2. Сосудистая причина– нарушение кровообращения в стенке желчного пузыря (инфаркт желчного пузыря)



Некроз стенки пузыря



утрата слизистой оболочкой барьерной функции



проникновение флоры в стенку пузыря

Причины:

- 1. атеросклероз, тромбоз брыжеечных сосудов
- 2. эмболия брыжеечных сосудов
- 3. системные васкулиты
- **NB!** Первично-гангренозный (молниеносный) холецистит

Этиология и патогенез

3. Ферментативная причина – попадание активированных панкреатических ферментов при билиарном панкреатите в просвет желчного пузыря



повреждение стенки пузыря



утрата слизистой оболочкой барьерной функции



проникновение флоры в стенку пузыря

NB! Во всех случаях инфекция играет вторичную роль

Клиника

Боль в правом подреберье (100%) после приема пищи.

Прием пищи (обильной, жирной)



Сокращение желчного пузыря



Вместе с током желчи камень продвигается в шейку пузыря



Обтурация шейки



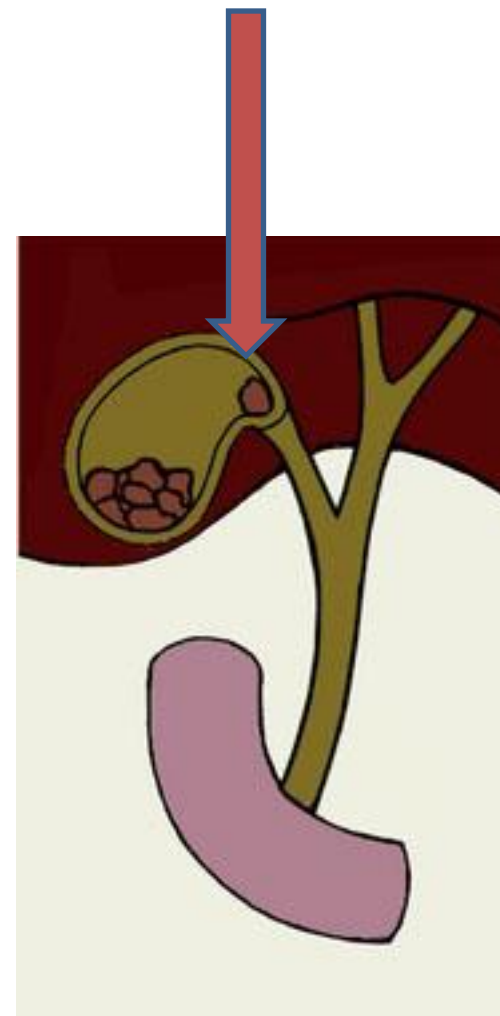
Боль изначально **спастическая** – при вклиненном в шейку пузыря камне продолжается сокращение желчного пузыря – **печеночная (желчная колика)**.



При отсутствии восстановления дренажной функции желчного пузыря → гипертензия



Воспаление (острый калькулезный холецистит) – **боль воспалительная**



Клиника

Боль – точка Кера:

- постоянная,
- умеренной интенсивности,
- усиливается при ходьбе, кашле, перемене положения тела в постели.
- усиливается по мере прогрессирования заболевания,
- может уменьшаться при гангренозном холецистите(некроз рецепторов),
- при перфорации пузыря с попаданием содержимого его просвета в брюшную полость резко усиливается.

Клиника

Анорексия 100%;

Тошнота, рвота – частый признак, может быть многократной;

NB! Примесь желчи в рвотных массах – желчные протоки проходимы.

Язык в первые часы влажный, затем сухой.

Стул – специфических особенностей нет.

Мочеиспускание не нарушено.

Тахикардия и гипертермия.

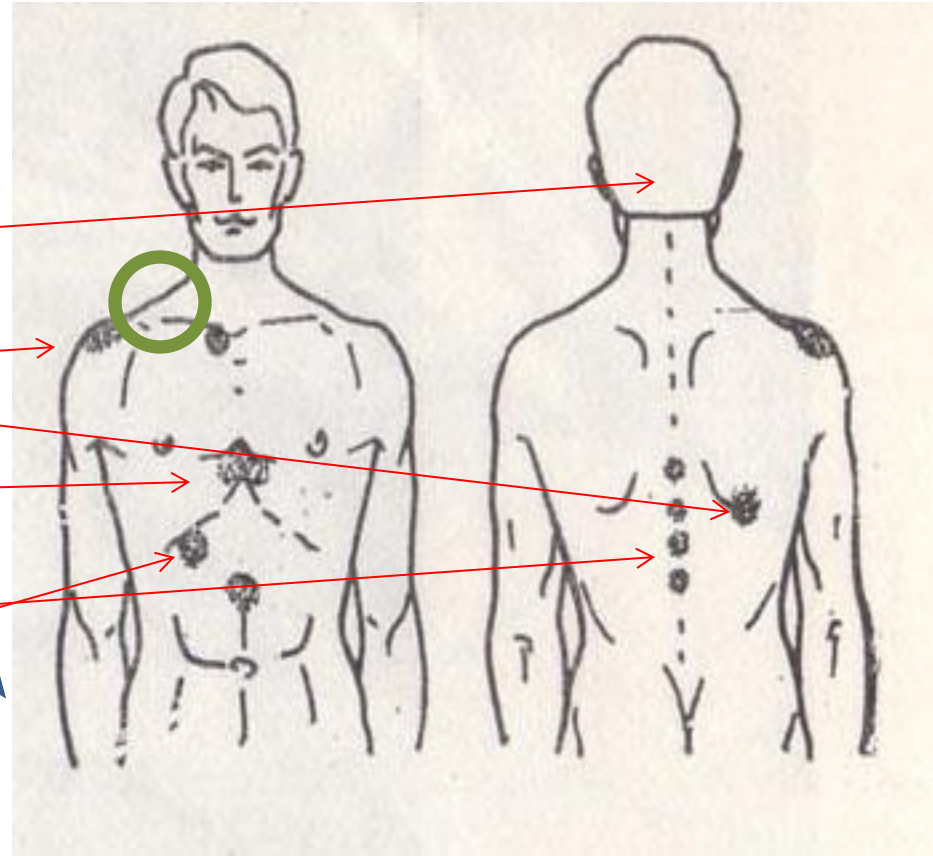
Клиника

Перитонеальные симптомы (**смотри лекцию по острому аппендициту**).

Локальные симптомы:

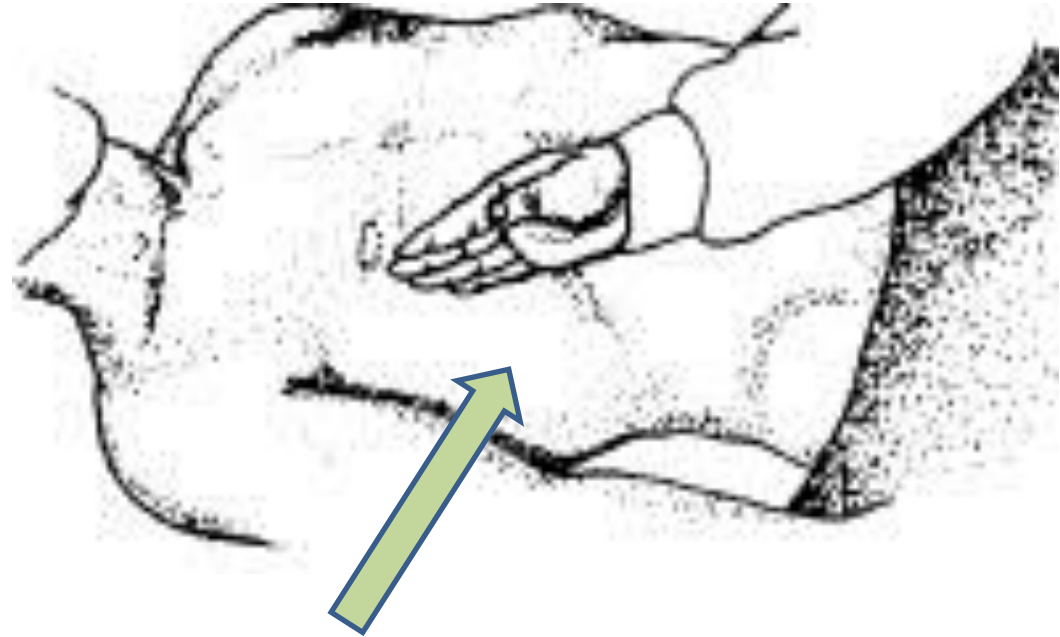
- С. Йонаша
- С. Элекера
- С Пекарского
- С. Боаса (Th IX-XII)
- Точка Кера

Шейное сплетение



Клиника

Симптом Ортнера-Грекова – болезненность в правом подреберье при поколачивании ребром ладони по правой реберной дуге.



Клиника

Симптом Кера –
боль при вдохе при
пальпации в правом
подреберье.

Симптом Мерфи –
задержка вдоха из-за

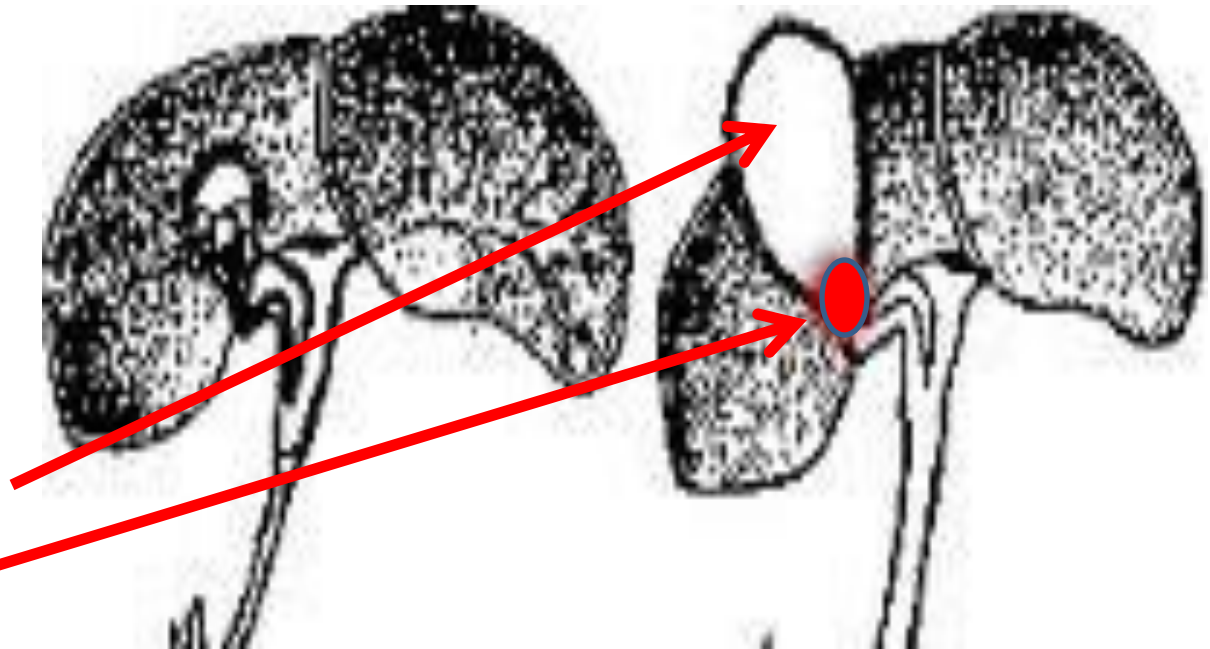
боли при пальпации в правом подреберье.

В англоязычной литературе с. Кера-Мерфи



Клиника

- Болевой «Симптом Курвуазье» - определяемый пальпаторно увеличенный болезненный желчный пузырь – **ведущий СИМПТОМ**

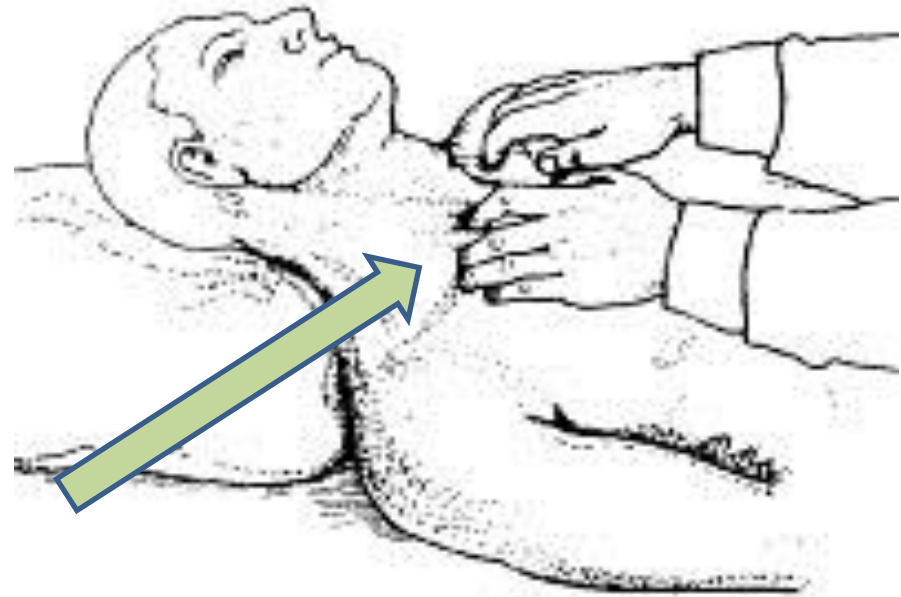


Желчный пузырь

Конкремент

Клиника

Симптом Мюсси-Георгиевского – болезненность при надавливании пальцем над ключицей между передними ножками *m. SCM*.



Диагностика лабораторная

- **ОАК** (белая кровь) – лейкоцитоз со сдвигом влево (**смотри лекцию по острому аппендициту**).
 - **ОАМ** – специфических изменений нет.
 - **Биохимия крови:**
 - Билирубин;
 - Трансаминазы (АЛТ, АСТ);
 - Белок;
 - Мочевина;
 - Креатинин.
- диагностическое значение
- оценка состояния гомеостаза

Диагностика инструментальная

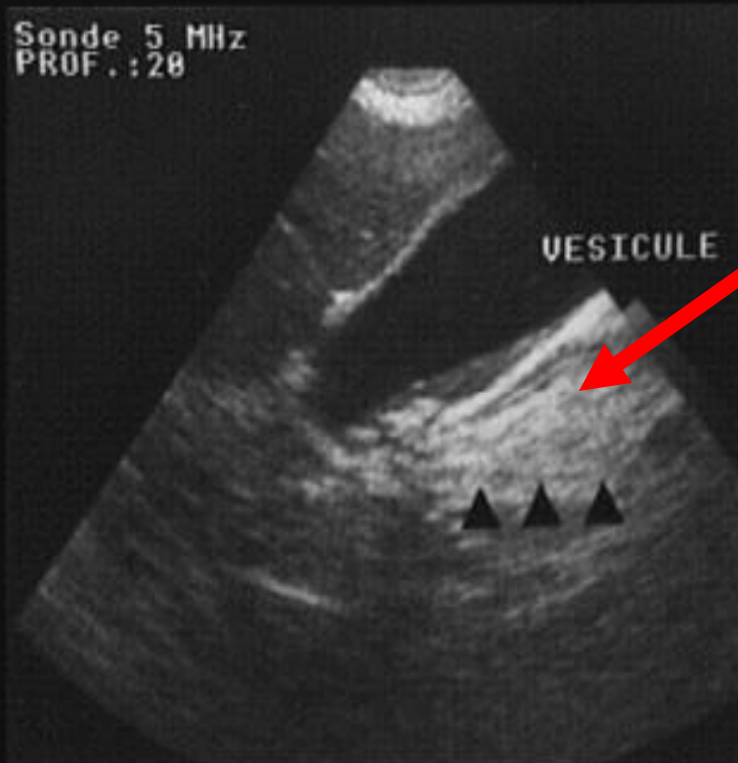
- УЗИ – метод выбора



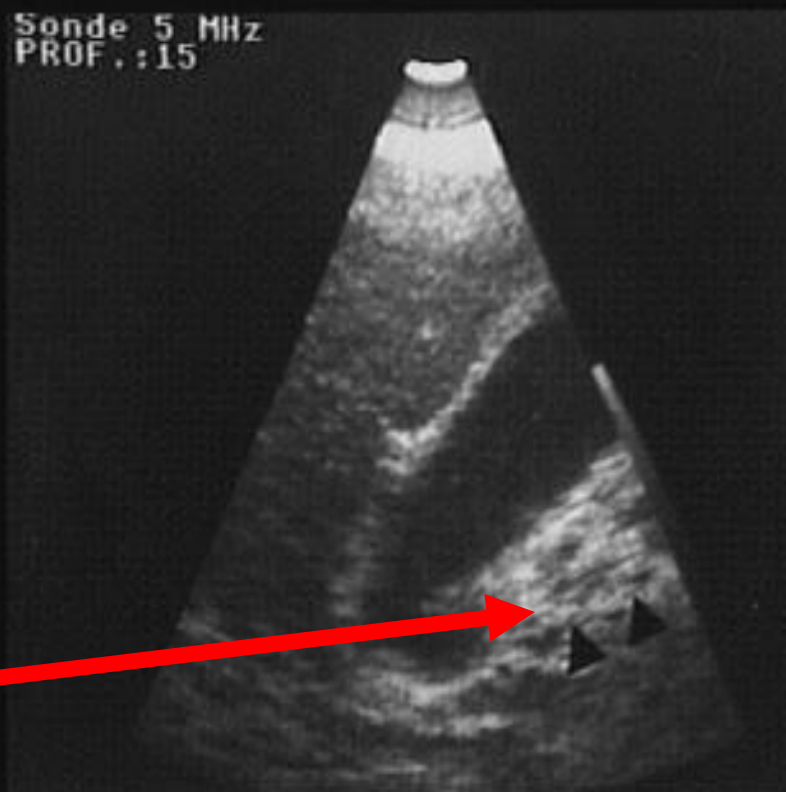
Утолщенные стенки и паравезикулярный выпот

Картина осложненного острого холецистита

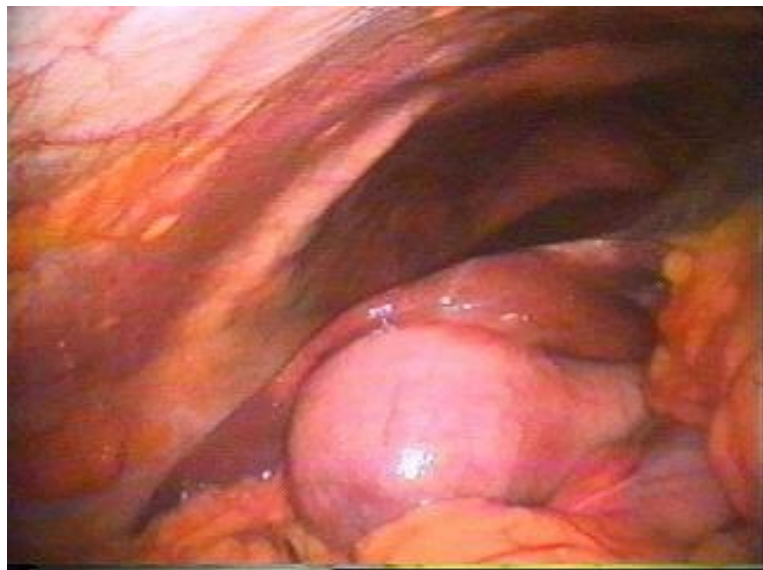
**Паравезикулярный
инфильтрат**



**Паравезикулярный
абсцесс**



Лапароскопия



Дифференциальная диагностика

1. Патология правых почки и мочеточника;
2. Язвенная болезнь желудка, 12-перстной кишки;
3. Патология правой половины ободочной кишки (колит, рак);
4. Острый панкреатит;
5. Острый аппендицит с подпеченочной локализацией;
6. Правосторонняя нижнедолевая пневмония;
7. Правосторонний плеврит;
8. Межреберная невралгия справа;
9. Herpes zoster.

Хирургическая тактика при остром холецистите

Экстренная операция

- Выполняется при поступлении больного в стационар после предоперационной подготовки.
- Показание:
 - деструктивный холецистит;
 - клиника перитонита.

Хирургическая тактика при остром холецистите

Срочная операция

- Выполняется в течение 24-72 часов после поступления больного в стационар
- Показание:
 - отсутствие эффекта от консервативного лечения.

Хирургическая тактика при остром холецистите

Отсроченная операция

Получен эффект от консервативной терапии, операция в плановом порядке после стихания острого приступа

Тактика в США и Западной Европе:

Острый калькулезный холецистит – абсолютное показание к оперативному лечению сразу при поступлении пациента в стационар (как при остром аппендиците).

Консервативная терапия при остром холецистите

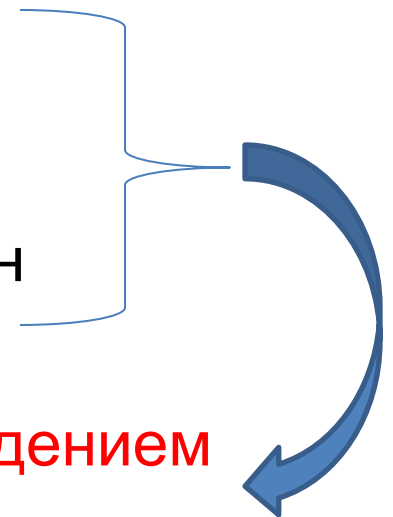
- Постельный режим
- Холод на область правого подреберья
- Инфузионно-трансфузионная терапия
- Спазмолитики

Инфузионная терапия при остром холецистите

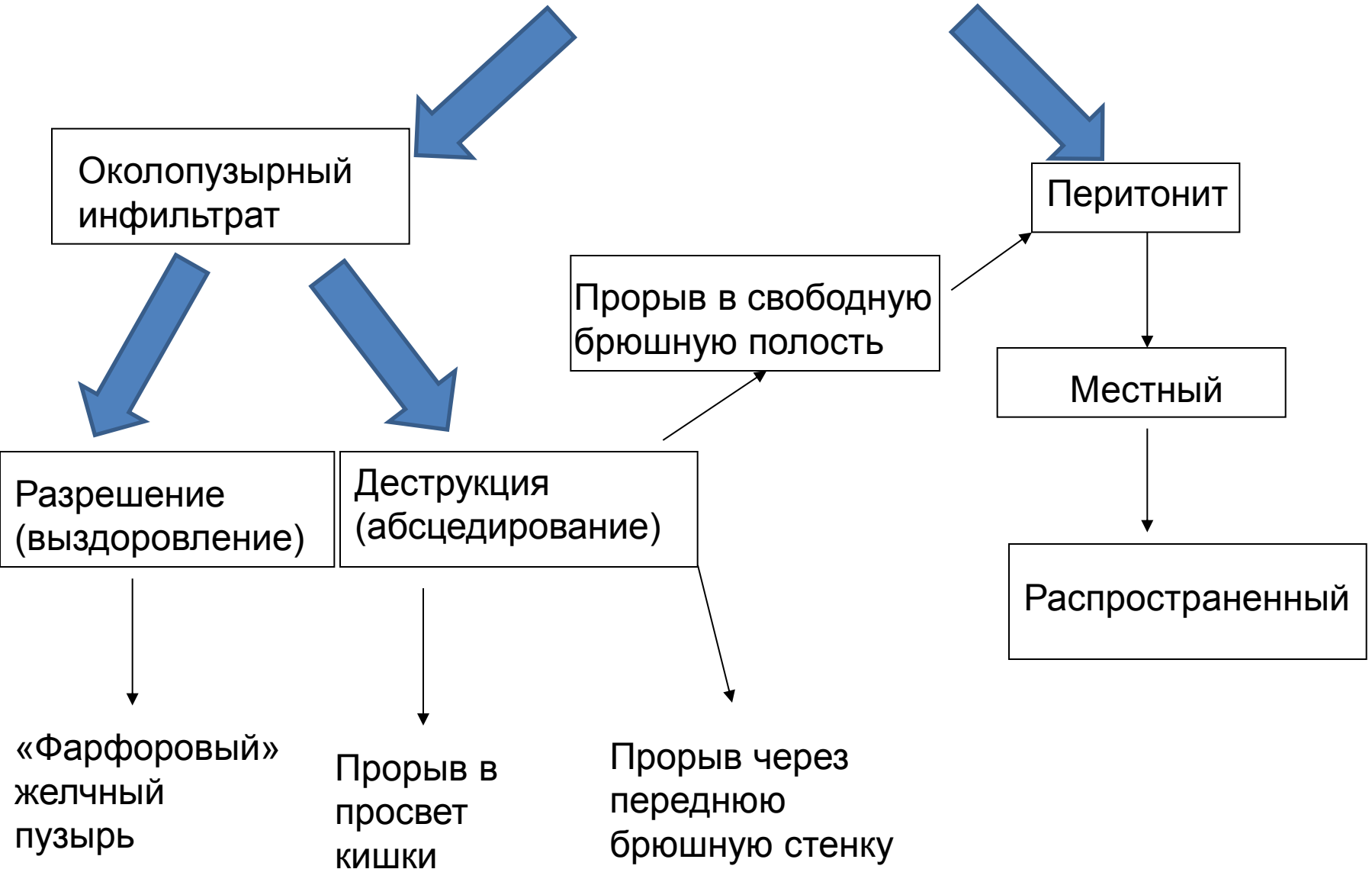
Проводится в объёме не менее 30 мл/кг веса в сутки

Растворы

- Раствор Рингера
- Раствор NaCl 0,9%
- Раствор глюкозы 5%
- Глюкозо-новокаиновая смесь (новокаин – спазмолитик миотропного действия)
- Спазмолитики (но-шпа, папаверин, баралгин)
- **Цель – «расклинить» шейку пузыря с отхождением камня в просвет желчного пузыря**



Алгоритм развития неоперазированного острого холецистита



Околопузырный инфильтрат

- Воспалительная опухоль, конгломерат рыхло спаянных между собой органов и тканей, располагающихся вокруг воспаленного желчного пузыря.
- В образовании его принимает участие париетальная брюшина, большой сальник, mesocolon, duodenum.
- Инфильтрат является следствием защитной реакции со стороны брюшинных образований, участвующих в отграничении воспалительного процесса в брюшной полости.

1. Формирующийся (рыхлый) инфильтрат – 3-4 сутки;
2. Сформированный (плотный) инфильтрат – с 5 суток.

Околопузырный инфильтрат

Клиника:

- Боли в животе постепенно стихают;
- Самочувствие и общее состояние больных улучшается;
- Могут быть положительными локальные симптомы, а перитонеальные симптомы – отрицательные;
- Лейкоцитоз умеренный со сдвигом влево;
- Температура субфебрильная, постепенно нормализуется;

Околопузырный инфильтрат

Исходы:

1. **Разрешение:** боль стихает, инфильтрат рассасывается, температура нормализуется →
выписка с госпитализацией через 1-2 месяца для плановой холецистэктомии.

2. **Абсцедирование** → **операция**

Усиление боли

Гипертермия

Нарастает лейкоцитоз

хотя бы один признак