

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Северо – Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра хирургических болезней № 2

Калицова М.В., Тотиков В.З., Мильдзихов Г.У.

ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ

Учебное пособие для студентов 4 курсов
медико - профилактического факультета по хирургическим болезням

Владикавказ

2020 г.

УДК 616.366-002

0-79

Калицова М.В., Тотиков В.З., Мильдзихов Г.У.

Острый холецистит: учебное пособие - Северо – Осетинская Государственная Медицинская Академия.- Владикавказ, 2020- 32 с.

Данное учебное пособие посвящено острому холециститу. Авторами представлены современные данные по этиологии, патогенезу, клинике, диагностике, предоперационной и интраоперационной тактике ведения и лечения пациентов с острым холециститом. Отражены представления о спорных и нерешенных вопросах, касающихся современного состояния данной проблемы.

Учебное пособие разработано в соответствии с требованиями ФГОС ВО, предназначено для студентов старших курсов медицинских ВУЗов и факультетов, обучающихся по специальности **32.05.01 Медико - профилактическое дело (специалитет)**.

УДК 616.366-002

0-79

Р е ц е н з е н т ы:

Хестанов А.К. – доктор медицинских наук, профессор кафедры хирургических болезней № 3 ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

Беслекоев У.С. – доцент, кандидат медицинских наук, заведующий кафедрой общей хирургии № 1 ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

Утверждено и рекомендовано к печати Центральным координационным учебно-методическим советом ФГБОУ ВО Минздрава России (протокол № 6 от 6 июля 2020г)

© Северо – Осетинская Государственная Медицинская Академия, 2020

© Калицова М.В., Тотиков В.З., Мильдзихов Г.У. 2020

СОДЕРЖАНИЕ

1. ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ.....	4
2. ОПРЕДЕЛЕНИЕ.....	5
3. АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ.....	5
4. АНАТОМИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ.....	6
5. ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ.....	8
6. КЛАССИФИКАЦИЯ.....	8
7. ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА	
- Катаральный холецистит.....	11
- Флегмонозный холецистит.....	11
- Гангренозный холецистит.....	13
8. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА.....	14
9. ЛЕЧЕНИЕ	
- Консервативное.....	14
- Хирургическое	
* Паллиативные операции.....	15
* Радикальные операции.....	18
10. ОСЛОЖНЕНИЯ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ.....	20
11. ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА.....	20
12. КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ.....	26
13. ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ.....	26
14. СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ.....	29
15. ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ.....	30
16. СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	32

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ

Изучить клиническое течение, диагностику, лечение, ведение до- и послеоперационного периода больных с острым холециститом. Освоить принципы индивидуального подхода к решению вопросов тактики ведения, показаний к операции, ее сроках и выбора объема оперативного вмешательства в зависимости от формы и стадии течения острого холецистита, его осложнений и характера сопутствующих заболеваний.

Приступая к изучению темы, студент **ДОЛЖЕН ЗНАТЬ**:

1. Топографо-анатомические особенности дуодено-панкреато-билиарной системы.
2. Желчеобразование и желчеотток, состав протоковой и пузырной желчи.
3. Патолофизиологические аспекты развития системных расстройств при остром холецистите.
4. Патологоанатомические изменения при остром холецистите.
5. Методы объективного исследования при патологии желчного пузыря и желчевыводящих путей.
6. Принципы клинической и лабораторной диагностики острого холецистита.
7. Принципы консервативной терапии заболеваний печени и желчевыводящих путей.

В результате освоения темы студент должен знать и уметь:

1. Этиологию и патогенез острого холецистита.
2. Классификацию форм острого холецистита и его осложнений.
3. Методы обследования больных при острой патологии желчного пузыря.
4. Обосновать конкретный план обследования больных с острым холециститом.
5. Правильно проводить опрос больных с острым холециститом.
6. Пальпировать печень и желчный пузырь.
7. Эндоскопическую диагностику заболеваний желчевыводящих путей.
8. Правильно интерпретировать результаты клинических, лабораторных, инструментальных и других методов обследования для оценки индивидуальных особенностей течения заболевания.
9. Правильно формулировать клинический диагноз.
10. Особенности течения острого холецистита у больных пожилого и старческого возраста.
11. Основные принципы хирургической тактики при остром холецистите, особенно у больных пожилого и старческого возраста.
12. Обосновать конкретную схему предоперационной подготовки больных.
13. Аргументировать показания к операции, выбор метода и сроки ее выполнения.
14. Технические особенности оперативных вмешательств при остром холецистите и его осложнениях.

15. Выполнять врачебные манипуляции в предоперационной подготовке и послеоперационном ведении больных с острым холециститом.
16. Ассистировать на операциях по поводу острого холецистита.

ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ

Острый холецистит - острое неспецифическое воспаление желчного пузыря, которое следует рассматривать независимо от того первично оно или является обострением хронического холецистита, так как для диагностики, прогноза и непосредственной лечебной тактики важнее стадия воспаления - острая или хроническая, чем вопрос о первичном или рецидивном его возникновении.

Первые попытки хирургического лечения заболеваний желчных путей относятся к 17 веку, когда английский хирург Джон Фабрициус (1618г.) 70-летнему больному вскрыл желчный пузырь и удалил из него конкременты. В 1735 году французский хирург J. L. Renit сообщил о первых трех операциях – холецистостомиях. Хирургия желчных путей начала успешно развиваться только в конце XIX столетия, когда J.Z. Sims в 1878 году выполнил одномоментную холецистостомию и в 1882 году Лангенбух впервые произвел холецистэктомию. В России эту операцию выполнил в 1886г. Ю.Ф.Коссинский. Первая в мире лапароскопическая холецистэктомия была выполнена в 1987 году Филиппом Мюре (Лион, Франция), а в России в 1991 году Ю.И. Галлингером.

Актуальность проблемы.

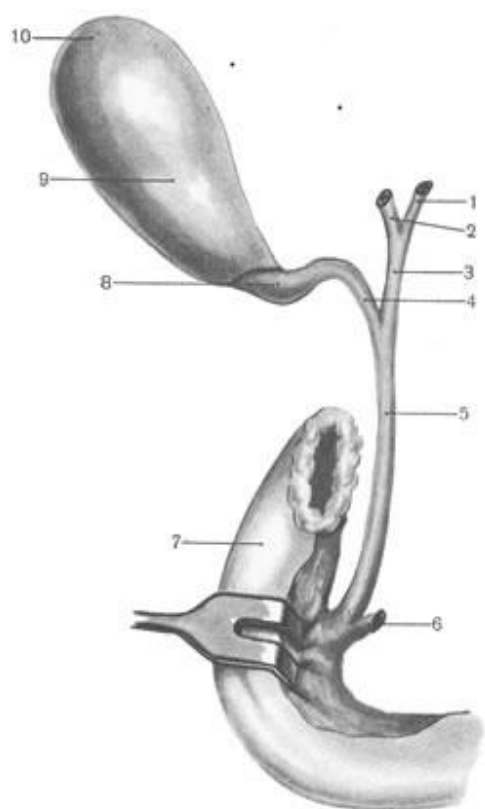
За последние 10-20 лет отмечен рост заболеваемости острым холециститом. В настоящее время это наиболее распространенная ургентная хирургическая патология. Отчетливо прослеживается тенденция "постарения" острого холецистита. Среди больных острым холециститом лица пожилого и старческого возраста занимают в настоящее время от 70% до 90%. Заметно возросло число осложненных форм заболевания, которые наблюдаются у каждого второго пациента пожилого и старческого возраста. При этом, тяжесть состояния этих больных во многом усугубляется наличием многокомпонентной сопутствующей патологии, преимущественно, сердечно-сосудистой, легочной, эндокринной систем и характеризуется высокой степенью операционно-анестезиологического риска. Послеоперационная летальность при остром холецистите остается высокой (2-12 %) и не имеет тенденцию к снижению. Летальность после экстренных операций по поводу острого холецистита составляет 14-15%, а у пожилых людей - 20 %, резко увеличиваясь с возрастом, достигая у больных старше 80 лет 40-50%, что делает эти операции крайне рискованными. Неудовлетворенность результатами консервативной, активно-выжидательной и активной хирургической тактик лечения острого холецистита и бесперспективность их дальнейшего совершенствования, послужили

основанием для разработки новой лечебно-диагностической программы. Принципиальным отличием последней явилось сочетание:

- 1) своевременной (максимально ранней) диагностики заболевания с верификацией патоморфологической формы воспаления желчного пузыря и распространенности перитонита;
- 2) индивидуализированного подхода к лечению больных с высокой и низкой степенью операционно-анестезиологического риска в зависимости от характера осложнений и сопутствующей патологии.

АНАТОМО - ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ.

Желчный пузырь имеет грушевидную форму длиной 7-10 см, шириной 3-4 см. Различают дно, тело и шейку, которая переходит в пузырный проток, открывающийся в общий желчный проток. Емкость желчного пузыря 30-70 мл. Желчный пузырь покрыт спереди и с боков брюшиной, которая является непосредственным продолжением брюшинного покрова печени. В месте предлежания желчного пузыря к печени он не покрыт брюшиной, а спаян с печенью рыхлой соединительной тканью.



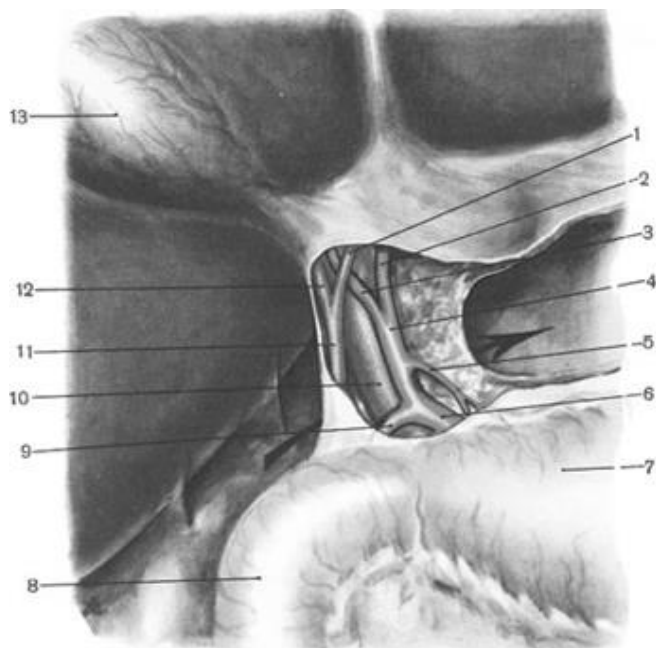
1. Желчный пузырь и желчные протоки.

- 1 - *ductus hepaticus sinister*;
- 2 - *ductus hepaticus dexter*;
- 3 - *ductus hepaticus communis*;
- 4 - *ductus cysticus*;
- 5 - *ductus choledochus*;
- 6 - *ductus pancreaticus*;
- 7 - *duodenum*;
- 8 - *collum vesicae felleae*;
- 9 - *corpus vesicae felleae*;
- 10 - *fundus vesicae felleae*.

Кровоснабжение.

Кровоснабжение желчного пузыря осуществляется через пузырную артерию, отходящую в 88 - 90% случаев от правой конечной ветви общей печеночной артерии, расположенной в печеночно-дуоденальной связке. Реже (10 -12%) пузырная артерия имеет или другое начало (общая печеночная артерия, желудочно-двенадцатиперстная, верхняя брыжеечная и даже левая печеночная артерия), или возникает двумя отдельными стволами. Самое важное, что следует помнить, - как бы ни

начиналась и как бы ни шла пузырная артерия, она всегда подходит к пузырю со стороны его шейки и ложится на левую боковую или переднюю его поверхность, разделяясь здесь на две ветви - переднюю и заднюю. Отток крови осуществляется по одноименным венам в систему воротной вены.



2. Топография образований, заключенных в печеночно-двенадцатиперстной связке. Стрелкой показан вход в bursae omentalis через салниковое отверстие.

- 1 - *ductus hepaticus communis*;
- 2 - *ramus sinister a. hepaticae propriae*;
- 3 - *ramus dexter a. hepaticae propriae*;
- 4 - *a. hepatica propria*;
- 5 - *a. gastrica dextra*;
- 6 - *a. hepatica communis*;

iculus;

- 8 - *duodenum*;
- 9 - *a. gastroduodenalis*;
- 10 - *v. portae*;
- 11 - *ductus choledochus*;
- 12 - *ductus cysticus*;
- 13 - *vesica fellea*.

7 -
e
n
t
r

Лимфатическая система.

Желчный пузырь снабжен лимфатическими сосудами, которые образуют сплетения под слизистой оболочкой, в мышечном и субсерозном слоях. Скопления лимфоузлов имеются в области шейки пузыря, пузырного протока, в гепато-дуоденальной связке. Лимфатическая система желчного пузыря связана с лимфатической системой поджелудочной железы и 12-перстной кишки. Лимфа оттекает в парахоледохоэальные узлы.

Иннервация.

Иннервация желчного пузыря обеспечивается ветвями блуждающих и симпатических нервов.

Физиология.

Желчный пузырь характеризуется следующими функциями:

- a) концентрационная (концентрация желчи в результате резорбции её жидкой части клетками слизистой оболочки);
- b) секреторная (секреция и выделение слизи муцинообразующими клетками слизистой);
- c) сократительная (выделение желчи в 12-перстную кишку во время пищеварения).

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ.

В развитии острого холецистита ведущую роль играют два фактора:

- 1) нарушение оттока желчи из желчного пузыря;
- 2) проникновение инфекции в желчный пузырь.

Камни желчного пузыря - самая частая причина, приводящая к нарушению оттока желчи и острому воспалению стенки желчного пузыря. В образовании конкрементов в желчном пузыре имеют значение три основных фактора:

- a) нарушение липидного обмена;
- b) застой желчи;
- c) инфекция.

Инфекция может распространяться гематогенным, лимфогенным и энтерогенным (восходящим) путем.

При острой закупорке шеечно-проточного отдела желчного пузыря камнем или комочком слизи нарушается эвакуация желчи, приводящая к застою последней. Если не наступило деблокирования желчного пузыря, быстро присоединяется инфекция с развитием острого воспаления пузырьной стенки. Это самый частый патогенетический путь развития острого калькулезного холецистита. В 10-15% случаев возможно возникновение острого воспаления в желчном пузыре, не содержащем камни. Большое значение в патогенезе острого бескаменного холецистита играет сосудистый фактор с развитием тромбоза пузырьной артерии, характеризующегося быстрым развитием первично-деструктивного воспаления. Это чаще встречается у больных старческого возраста. Резкие нарушения гемоциркуляции в стенке желчного пузыря ведут к образованию очагов некроза, а в дальнейшем к перфорации. Наиболее часто этот патогенетический механизм встречается у лиц пожилого и старческого возраста, отличающихся выраженными атеросклеротическими изменениями сосудистой стенки.

КЛАССИФИКАЦИЯ.

Различают следующие виды острого холецистита в зависимости от характера морфологических изменений:

- катаральный;
- флегмонозный;
- гангренозный.

По клиническому течению:

- неосложненный;

- осложненный (обтурацией пузырного протока, прободением, холангитом, гепатитом, панкреатитом, околопузырным инфильтратом, абсцессом, перитонитом);

В зависимости от наличия камней в желчевыводящих путях:

- бескаменный;
- калькулезный.

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА.

Все больные с клинической картиной острого холецистита или при подозрении на него должны быть госпитализированы в хирургическое отделение.

Учитывая высокую вероятность как гипо-, так и гипердиагностики, особенно при наличии стертой и атипичной клинической картины острого холецистита, диагноз заболевания должен быть в экстренном порядке верифицирован с помощью инструментальных методов диагностики (УЗИ, лапароскопия).

На первом этапе клинико-лабораторной диагностики после сбора жалоб, анамнестических данных и полного физикального обследования по органам и системам всем госпитализированным больным выполняются общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимическое исследование сыворотки крови. Экспресс-диагностика в приемном отделении может быть ограничена определением лейкоцитоза и подсчетом лейкоцитарной формулы крови; микроскопией осадка мочи; исследованием мочи на желчные пигменты - при подозрении на наличие желтухи; определением уровня α -амилазы в моче - при подозрении на острый панкреатит. В соответствии с полученными клинико-лабораторными данными диагностируются: острый катаральный холецистит, острый деструктивный холецистит, деструктивный холецистит, осложненный распространенным перитонитом. Судьба последней группы больных решается однозначно в пользу экстренной операции по жизненным показаниям независимо от степени операционно-анестезиологического риска. Остальным пациентам показано УЗИ гепатобилиарной зоны.

Задачи УЗИ при остром холецистите:

- 1) подтвердить факт острого воспаления в желчном пузыре с дифференциацией эхографической картины катарального и деструктивного холецистита, а также осложнений последнего - выраженность околопузырного инфильтрата и околопузырного абсцесса;
- 2) убедиться в наличие свободной эхонегативной полости желчного пузыря, как одного из условий для производства лапароскопической холецистостомии и чрескожной чреспеченочной холангиостомии (при отсутствии свободной полости, когда последняя плотно набита конкрементами лапароскопическая холецистостомия и чрескожная чреспеченочная холангиостомия технически невыполнимы;

- 3) верифицировать холецистолитиаз и холедохолитиаз;
- 4) определить наличие внутри- и внепеченочной желчной гипертензии;
- 5) диагностировать сопутствующий острый панкреатит и его форму (отечный, деструктивный).

При подозрении на начавшийся деструктивный процесс необходимо произвести УЗИ в динамике и при необходимости диагностическую лапароскопию для уточнения формы деструктивного холецистита и характера осложнений.

Задачи диагностической лапароскопии при остром холецистите:

- 1) обзорная лапароскопия является определяющим и окончательным методом верификации формы воспаления желчного пузыря и его осложнений;
- 2) в ряде случаев при наличии показаний к лапароскопической холецистостомии, лапароскопическому дренированию брюшной полости (при сопутствующем остром панкреатите), лапароскопия из чисто диагностической процедуры становится лечебно-диагностической.

При подтвержденном деструктивном холецистите всем больным со степенью *операционного риска 1-3BC* (по Гологорскому) показано экстренное радикальное оперативное вмешательство (лапаротомия, холецистэктомия, лапароскопическая холецистэктомия или минилапаротомия холецистэктомия). Предпочтение необходимо отдавать малоинвазивным операциям.

Исключение составляют больные с деструктивным холециститом, осложненным синдромом механической желтухи или сопутствующим острым панкреатитом - им необходимо выполнить холецистостомию на 1-м этапе; и больные с плотным перивезикальным инфильтратом, где целесообразнее придерживаться консервативной тактики лечения с обязательным динамическим УЗИ.

У больных с *высоким операционным риском (4-5BC)* осложненным распространенным перитонитом, вынужденной является операция лапаротомическая холецистэктомия в экстренном порядке.

Остальным больным этой группы необходимо выполнять этапные паллиативные вмешательства, и при необходимости проводить предоперационную подготовку до 12 часов (совместно с назначениями терапевта и анестезиолога).

Успешная ликвидация островоспалительных изменений пузырной стенки с помощью консервативных или паллиативных мероприятий для профилактики рецидивов острого калькулезного холецистита должна быть обязательно завершена отсроченной радикальной операцией, выполненной без выписки больного из стационара после верификации состояния всей билиарной системы в целом, а также диагностики и лечения сопутствующей патологии пищеварительного тракта, сердечно-сосудистой, легочной и др. систем. Исключение составляют больные с крайне высоким операционно-анестезиологическим риском.

КАТАРАЛЬНЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ.

Клиника

- 1) постоянные сильные боли в правом подреберье;
- 2) иррадиация болей в правую лопатку, правое плечо, область сердца;
- 3) тошнота, нередко рвота, не приносящая облегчения;
- 4) субфебрильная температура тела.

Общее состояние удовлетворительное. Тахикардия и другие симптомы интоксикации выражены не резко. Язык сухой. При пальпации живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье, максимальная болезненность в зоне проекции желчного пузыря. Желчный пузырь, как правило, не пальпируется. Симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Определяются следующие характерные пузырьные симптомы:

- 1) Ортнера - болезненность при поколачивании по правой реберной дуге;
- 2) Мерфи - больной обрывает вдох из-за резкой боли при пальпации зоны проекции желчного пузыря;
- 3) Кера - болезненность при пальпации в проекции желчного пузыря.

Диагностика

- 1) общий анализ крови (лейкоцитоз до $10-12 \times 10^9/\text{л}$ с незначительно выраженным палочкоядерным сдвигом).
- 2) УЗИ желчного пузыря - увеличение размеров желчного пузыря более 10×4 см, незначительное утолщение пузырной стенки (в норме - 2-3мм) со снижением ее эхоплотности. Почти всегда фиксируются эхосигналы, характерные для камней - дополнительные эхоплотные включения, дающие акустическую "тень", на фоне эхонегативной полости желчного пузыря.
- 3) лапароскопия - увеличенный напряженный желчный пузырь, сосуды его инъецированы, выпота в брюшной полости нет.

Лечение

Острый катаральный холецистит купируется, как правило, в результате консервативной терапии с последующей радикальной операцией в "холодном" периоде заболевания.

ФЛЕГМОЗНЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ.

Клиника

К вышеуказанной клинической картине присоединяются нарастающие симптомы общей интоксикации:

- 1) интенсивные ноющие боли в правом подреберье могут распространяться на правую мезогастральную и подвздошную область ввиду распространения выпота по правому латеральному каналу;
- 2) температура тела повышается до 38°C ;
- 3) тахикардия до 100 уд. в 1 мин.;
- 4) сухой язык.

При пальпации живота определяется рефлекторное напряжение мышц в правом подреберье. Убедительным доказательством флегмонозного воспаления является появление симптома раздражения брюшины - Щеткина-Блюмберга, а также пальпаторно определяемого напряженного, увеличенного, резко болезненного желчного пузыря или перивезикального инфильтрата. К характерным и для катарального холецистита локальным симптомам присоединяется симптом Мюсси (френикус симптом).

Диагностика

- 1) лейкоцитоз до $14-15 \times 10^9$ /л;
- 2) в моче появляются цилиндры, белок, выщелоченные эритроциты, лейкоциты;
- 3) гипербилирубинемия (даже в отсутствии сопутствующей патологии желчных протоков как результат сдавления холедоха воспалительным перивезикальным инфильтратом);
- 4) УЗИ желчного пузыря - размеры пузыря значительно увеличены, более 14-15 см х5-6см; стенка его резко утолщена (более 5мм), эхоплотность пузырной стенки снижена с появлением патогномичного симптома "двойного контура"; формирование околопузырного инфильтрата, прежде всего, в шеечно-проточном отделе желчного пузыря;
- 5) рентгенологически - отставание правого купола диафрагмы, прямые рентгенпризнаки содружественной правосторонней нижнедолевой плевропневмонии;
- 6) лапароскопия - желчный пузырь багрового цвета, сероза его мутная с наложениями фибрина. Нередко желчный пузырь окутан инфильтратом, через который контурируется увеличенный желчный пузырь. Для точной визуальной оценки патоморфологической формы острого холецистита необходимо попытаться обнажить участок пузырной стенки, манипулируя концом лапароскопа или дополнительно введенным в брюшную полость манипулятором. Всегда определяются признаки местного перитонита: выпот в подпеченочном, поддиафрагмальном пространстве; экссудат может быть серозным с желчным прокрашиванием, серозно-гнойным, гнойным; брюшинный покров окружающих органов, а также передней брюшной стенки гиперемирован, местами с наложениями фибрина.

Лечение

Консервативная терапия не всегда имеет успех, в большинстве случаев воспаление в желчном пузыре прогрессирует, и больных приходится оперировать в невыгодных и опасных условиях воспалительного инфильтрата перивезикального пространства.

Поэтому необходимо экстренное радикальное хирургическое вмешательство у больных с *невысоким операционно-анестезиологическим риском* под интубационным наркозом. Исключение составляют больные с флегмонозным холециститом, осложненным механической желтухой, а так же при сопутствующем остром панкреатите.

При высокой степени операционно-анестезиологического риска (4-5BC) у больных с острым флегмонозным холециститом, осложненным распространенным перитонитом выполняют вынужденную радикальную операцию. Остальным больным с острым флегмонозным холециститом показаны паллиативные хирургические вмешательства в одном из вариантов. При лапароскопической картине острого флегмонозного холецистита, диффузного перитонита у больных с высокой степенью операционного риска лапароскопическая холецистостомия дополняется лапароскопическим дренированием подпеченочного пространства (дренаж к Винслову отверстию) и полости малого таза через отдельные контрапертуры соответственно в правом подреберье и в правой подвздошно-паховой области. Выполнение патогенетически обусловленного лапароскопического пособия обязательно сочетается с проведением комплексной консервативной терапии. В редких случаях, при невозможности выполнения лапароскопической холецистостомии по техническим причинам, последняя может быть заменена операционной холецистостомией под местной анестезией из минилапаротомного доступа в правом подреберье длиной 5-7 см.

Вопрос о характере последующего после паллиативных вмешательств, радикальной операции, направленной на ликвидацию основной причины заболевания, - холецистолитиаза, решается в зависимости от достигнутой компенсации сопутствующей патологии, запущенности и распространенности основного патологического процесса. У больных с максимальной степенью операционного риска, для которых радикальная операция остается неприемлемо высокой "агрессией" и в "холодном" периоде калькулезного холецистита, возможно проведение чрезкожную эндоскопическую санацию желчного пузыря.

ГАНГРЕНОЗНЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ.

Клиника

В результате некроза стенки желчного пузыря и гибели нервных волокон интенсивность болевого синдрома по сравнению с таковым при флегмонозном холецистите может уменьшаться. Резко нарастает интоксикация, которая выступает в клинической картине на первый план. При наличии сопутствующей патологии (сердечно-сосудистой, легочной, эндокринной и пр.) развивается декомпенсация последней. Важно помнить, что у лиц пожилого и старческого возраста, ввиду снижения реактивности организма, течение острого холецистита отличается стертой и атипичностью клинической картины, даже при выраженной степени островоспалительных изменений пузырьной стенки. Поэтому наличие незначительных болей в правом подреберье при прогрессирующей интоксикации может указывать на катастрофу в брюшной полости:

- 1) сохраняются тупые боли в правом подреберье;
- 2) беспокоит многократная рвота;
- 3) температура тела повышена до 39°C;

- 4) тахикардия до 100-120 уд. в 1 мин.;
- 5) общее состояние больного тяжелое;
- 6) кожные покровы бледные, язык сухой;
- 7) при пальпации живота - выраженное напряжение мышц в правом подреберье, правом мезогастррии, правой подвздошной области. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Из-за резкого напряжения мышц передней брюшной стенки пропальпировать желчный пузырь, как правило, не удастся. Симптомы Ортнера, Мерфи, Кера, френникус резко положительны.

Диагностика

- 1) В общем анализе крови: лейкоцитоз до $16-18 \times 10^9$ /л с выраженным палочкоядерный сдвигом;
- 2) УЗИ желчного пузыря - эхо семиотика аналогична картине при флегмонозном воспалении;
- 3) лапароскопия - характерным отличием является визуализация серо-зеленых, черных участков некроза в стенке желчного пузыря, мутный выпот в подпеченочном, поддиафрагмальном пространстве, правом латеральном канале и правой подвздошной ямке.

Лечение

Всем больным с невысоким операционно-анестезиологическим риском показана экстренная холецистэктомия. При очаговой гангрене стенки желчного пузыря и отсутствия разлитого перитонита целесообразно наложение микролапаротомической холецистостомы, с обязательным дренированием подпеченочного пространства.

При тотальной гангрене, у больных высоким операционным риском, необходимо производить микролапаротомию, при возможности формирование подвешной холецистостомы; а в остальных случаях удаление некротизированных тканей, санация и дренирование системой дренажей, с ограничением перипузырного пространства.

Дифференциальный диагноз.

Дифференциальный диагноз проводится со следующими заболеваниями:

- 1) острым аппендицитом;
- 2) острым панкреатитом;
- 3) урологической патологией (почечная колика, острый пиелонефрит, передний паранефрит);
- 4) заболеваниями желудка и 12-перстной кишки (острый гастрит, обострение язвенной болезни и ее осложнения - перфорация, пенетрация);
- 5) заболеваниями сердца и легких (инфаркт миокарда, правосторонняя нижнедолевая плевропневмония).

Консервативное лечение острого холецистита.

Комплексная консервативная терапия основана на патогенетических принципах и направлена на: улучшение оттока желчи; борьбу с инфекцией; восстановление процессов метаболизма; нормализацию деятельности других органов и систем.

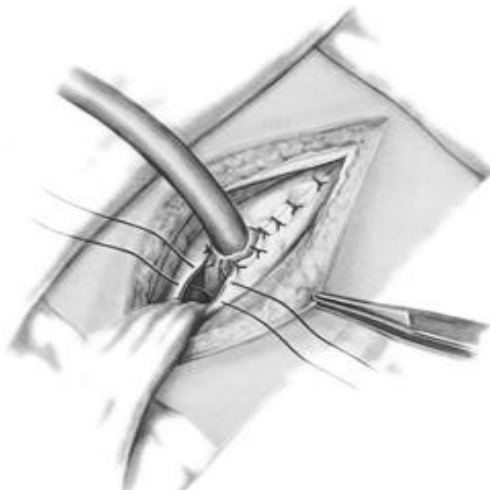
Традиционное комплексное лечение включает:

- 1) голод в течение 2-3 дней;
- 2) новокаиновую блокаду круглой связки печени или паранефральную блокаду (раствор новокаина 0,25% - 100,0 мл);
- 3) спазмолитики в инъекциях 3 раза в день;
- 4) инфузионную терапию дня коррекции водно-электролитного обмена в объеме 1,5-2,5 л растворов (Рингера-Локка, глюкозо-новокаиновая смесь, дисоль, трисоль, лактосол и т.д.);
- 5) антибиотики (амикацин, цефтриаксон);
- 6) даларгин;
- 7) гистодил;
- 8) холод на правое подреберье.

ВИДЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА.

Паллиативные операции

Наличие у ряда больных тяжелых сопутствующих заболеваний и пожилой возраст нередко затрудняют проведение операции из-за высокого операционно-анестезиологического риска, а быстрое нарастание деструктивного процесса в желчном пузыре еще более усугубляет и без того тяжелое состояние («синдром взаимного отягощения»). Необходимо раннее купирование приступа острого холецистита, которое выполняется под местной анестезией. Противопоказанием к наложению холецистостомы является общий перитонит (показание к экстренной операции), плотный перивезикальный инфильтрат (проводится консервативная терапия).



1. Открытая холецистостомия

В правом подреберье параректальным разрезом послойно вскрывается брюшная полость. Дно пузыря подшивают к париетальной брюшине и апоневрозу поперечной мышцы живота несколькими кетгутовыми швами с одной и другой стороны от дренажа (рис.4). Чтобы предупредить образование губовидного свища, не следует подшивать стенку пузыря к мышцам и коже. Трубку для лучшей фиксации подшивают одним шелковым швом к коже.

Показаниями к выбору микролапаротомической холецистостомии являются:

- ✓ Наличие местного перитонита.
- ✓ Гангренозный холецистит.
- ✓ Желчный пузырь, туго наполненный конкрементами.
- ✓ «Висячий» желчный пузырь.
- ✓ Сопутствующая декомпенсированная сердечно-легочная патология.
- ✓ Спаечный процесс в брюшной полости.
- ✓ Холецистостома является окончательным оперативным вмешательством
- ✓ Невозможность выполнения малоинвазивных пункционных методик.

2. Лапароскопическая холецистостомия

1) Холецистостомия по Прудкову (формирование губовидного желчного свища), дно желчного пузыря выводится через отдельный разрез (1 см) в правом подреберье и фиксируется швами к апоневрозу наружной косой мышцы; стенка желчного пузыря вскрывается и в его полость вводится дренажная трубка. Лапароскопическая холецистостомия по Прудкову является наиболее надежным методом, но выполнить его удастся только при:

- 1) увеличенном желчном пузыре, не ограниченном в подвижности воспалительным инфильтратом;
- 2) расположении желчного пузыря ниже реберной дуги;
- 3) толщине передней брюшной стенки не более 4 см.

Поэтому в условиях острого холецистита чаще используется лапароскопическая холецистостомия баллон-катетером. Оба метода относятся к "контактной" лапароскопической холецистостомии, позволяющей использовать сформированный наружный желчный свищ для проведения в "холодном" периоде калькулезного холецистита чресфистульной эндоскопической санации желчного пузыря.

2) Холецистостомия с помощью баллонного катетера-троакара Фаллея или Ингрема. Последние вводятся в полость желчного пузыря через троакар или на стилете по контролю лапароскопа; фиксируют дно желчного пузыря к передней брюшной стенке раздувающимся латексным баллончиком («подвесная» холецистостомия при малоподвижном, глубоко расположенном желчном пузыре).

3) Чрескожная чреспеченочная холецистостомия (при внутрипеченочном расположении желчного пузыря, спаечном процессе в подпеченочном пространстве).

Показаниями к выбору лапароскопической холецистостомии являются:

- ✓ Сопутствующий острый панкреатит.
- ✓ Недостаточная визуализация органа – «мишени» на УЗИ.
- ✓ В отсроченном периоде планируется радикальная операция

3. Чрескожная чреспеченочная микрохолецистостомия под сонографическим контролем /ЧЧМХС/ (пункция желчного пузыря производится под УЗ-контролем чрескожно чреспеченочно через его ложе, минуя свободную брюшную полость, что достигается проведением манипуляций при поперечном сканировании вдоль наибольшей его продольной оси).

Имеет ряд преимуществ перед лапароскопической холецистостомией:

1. ЧЧМХС не требует наложения пневмоперитонеума.
2. ЧЧМХС менее продолжительна, чем лапароскопическая холецистостомия.
3. Для ЧЧМХС под УЗ контролем не имеет значения наличие перивезикального инфильтрата.
4. УЗ наведение при ЧЧМХС позволяет контролировать дренажный канал на всем его протяжении, что предотвращает конфликт с крупными сосудисто-секреторными структурами печени.

Показаниями к выбору чрескожной чреспеченочной микрохолецистостомии под сонографическим наведением являлись:

- ✓ Сопутствующая декомпенсированная сердечно - легочная патология.
- ✓ Достаточно хорошая визуализация органа – «мишени» при УЗИ.
- ✓ Наличие перивезикального инфильтрата.
- ✓ В анамнезе операции на верхнем этаже брюшной полости.
- ✓ В отсроченном периоде планируется радикальная операция.

Доказано, что стихание островоспалительных изменений в желчном пузыре после его декомпрессии наступает: при катаральном холецистите - через 1-2 недели, при флегмонозном холецистите - через 3-4 недели; при очаговой гангрене желчного пузыря - через 5-6 недель.

ЧЭСЖП выполняется в следующей последовательности:

- 1) бужирование свищевого хода;
- 2) удаление камней из полости желчного пузыря под контролем эндоскопа;
- 3) закрытие желчного свища.

Процесс бужирования занимает обычно около 2 недель и складывается из поэтапной смены стомических трубок. После лапароскопической холецистостомии по Прудкову бужирование свищевого хода выполняется с помощью трубок, значительно различающихся по диаметру (на 4 номера по шкале Шарьера). Вызываемый при этом некроз слизистой пузыря в дистальной части свищевого хода способствует формированию трубчатого, а не губовидного наружного желчного свища. Свищевой ход бужирется до 1,0 см в диаметре для прохождения в полость желчного пузыря операционного лапароскопа, под контролем которого осуществляется основная часть ЧЭСЖП: дробление, захват и удаление конкрементов. Для предотвращения создания ложного хода замена дренажных трубок при бужировании производится только по проводнику.

Способ удаления конкрементов определяется их размерами. Мелкие камни (до 3 мм) отходят самостоятельно с током желчи по холецистостомической трубке или удаляются под контролем эндоскопа корзинкой Dormia. Средние камни (до 10 мм) извлекаются, чаще всего, цанговым захватом. Для удаления крупных конкрементов (более 10мм) предварительно выполняется электрогидравлическая литотрипсия (возможно использование аппарата "Урат-1М"). Наиболее ответственным моментом является санация шеечно-проточного отдела желчного пузыря. При безуспешности нескольких попыток удаления мелких камней или осколков указанной локализации, ввиду опасности их вколачивания или прохождения в общий желчный проток, целесообразно придерживаться выжидательной тактики. Обычно через 1-3 недели при функционирующей холецистостоме камни из шеечно-проточного отдела током желчи вымываются в полость желчного пузыря и удаляются при последующей чресфистульной холецистоскопии.

С целью профилактики резидуального холецистолитиаза и выявления органической патологии желчных протоков после завершения санации желчного пузыря показано контрольное обследование, включающее рентгенологическую чресфистульную холецистохолангиографию и эндоскопическую чресфистульную холецистоскопию.

Критериями полноты санации желчного пузыря являются:

- 1) *клинически* - желчеотток по холецистостоме не более 250 мл в сутки;
- 2) *рентгенологически*:
 - а) отсутствие теней конкрементов в полости желчного пузыря;
 - б) свободное поступление контрастного вещества в холедох;
- 3) *эндоскопически*:
 - а) отсутствие камней в полости желчного пузыря;
 - б) поступление желчи из пузырного протока.

Эндоскопическое лечение острого калькулезного холецистита можно считать завершенным и удалить холецистостомическую трубку только после полной ликвидации холецистолитиаза и восстановления адекватного пассажа желчи в кишечник. При соблюдении указанных условий наружный желчный свищ закрывается после удаления холецистостомической трубки самостоятельно не позднее, чем через 1 неделю после лапароскопической холецистостомии баллон-Катетером и через 3-4 недели после лапароскопической холецистостомии по Прудкову.

Радикальные операции

1. Лапаротомия, холецистэктомия. Операцией выбора является холецистэктомия, названная "золотым стандартом". Обезболивание - эндотрахеальный наркоз с миорелаксантами. Операционный доступ - верхнесрединная лапаротомия или разрез в правом подреберье по Федорову, Кохеру. Операцию завершают (при отсутствии распространенного перитонита) дренированием подпеченочного пространства по Спасокукоцкому.

2. Лапароскопическая холецистэктомия. За последнее время отмечается широкое внедрение лапароскопических технологий в хирургии, началом которого стала выполненная в 1986 году в г. Лионе Филиппом Мюрре лапароскопической холецистэктомии. В сравнении с открытой холецистэктомией лапароскопическая холецистэктомия имеет ряд несомненных преимуществ: более легкое течение послеоперационного периода, ранняя активизация больных, хороший косметический эффект, меньшая травматичность. Показания для лапароскопической холецистэктомии те же, что и для обычной.

Абсолютными противопоказаниями являются – острый деструктивный холецистит в сочетании с распространенным перитонитом, рак желчного пузыря, синдром Миризи, внутренние билиодигестивные свищи, конкременты общего желчного протока, которые не могут быть извлечены эндоскопически, тяжелые степени легочной и сердечной недостаточности, при которых противопоказано наложение пневмоперитонеума;

относительными противопоказаниями - перенесенные ранее операции на верхнем этаже брюшной полости, выраженная инфильтрация тканей в области гепатодуоденальной связки (основным критерием при определении лапароскопической операбельности должны являться данные УЗИ, а не длительность заболевания), гангренозный холецистит, ожирение 4 ст.

Вместе с тем, проведение лапароскопической холецистэктомии у лиц пожилого и старческого возраста и с тяжелой сопутствующей патологией, сопряжено с высоким риском оперативного вмешательства и анестезиологического обеспечения, который заключается в развитии гипоксии миокарда в связи с наложением пневмоперитонеума, развитие гиперкапнии в результате резорбции CO₂ через брюшину, а также такого серьезного осложнения, как газовая эмболия.

Имеется также опасность тромбоэмболических осложнений. Основными причинами этих осложнений, являются нарушения флебогемодинамики нижних конечностей, изменение газового состава крови и повреждение стенки сосудов, вызываемые инсуффляцией газа в брюшную полость и положением тела больного во время операции. Установлено, что напряженный карбоксиперитонеум и положение Фовлера во время операции индуцируют снижение резервных возможностей антикоагулянтного звена системы гемостаза и являются основными причинами тромбоопасности при лапароскопической холецистэктомии.

Одно из направлений улучшения качества лапароскопических операций – *использование лапаролифта*. Для устранения неблагоприятных эффектов пневмоперитонеума используются альтернативные методы формирования абдоминального операционного пространства с помощью лапаролифтов и минимального давления в полости. Данная методика формирует полноценное абдоминальное операционное пространство. Показанием к ее применению считается наличие хронической патологии печени, ишемическая болезнь

сердца, хронические заболевания легких, патология сосудов нижних конечностей, пожилой и старческий возраст.

3. Холецистэктомия из минидоступа.

Показаниями к применению этой методики являются обычные, а так же, в отличие от лапароскопической холецистэктомии:

1. -невозможность или большой риск применения напряженного пневмоперитонеума при лапароскопической холецистэктомии у больных с сердечно-легочной патологией;
2. -наличие плотного инфильтрата;
3. -предполагаемая ревизия и наружное дренирование холедоха;
4. -один из вариантов конверсии при осложнениях лапароскопической холецистэктомии.

Важным моментом является отсутствие раневых осложнений в послеоперационном периоде, в том числе у больных с сахарным диабетом и с ожирением. Применение малоинвазивных пособий позволяет значительно снизить число послеоперационных пневмоний, ателектазов, парезов кишечника, раньше активизировать больного, что является решающими моментами для успешного лечения пожилых и старых пациентов.

4. Ассистированными малоинвазивными операциями.

Представляет собой совмещение лапароскопической методики и хирургического пособия из мини-доступа, в результате чего объединяются достоинства обеих методик и исключаются недостатки, присущие каждой из них.

Противопоказаниями к проведению операций из малых доступов является выраженный инфильтративно-спаечный процесс, и общий перитонит.

В послеоперационном периоде необходимо продолжить интенсивную терапию, направленную на восстановление водно-электролитного обмена, метаболических процессов, и проводить профилактику послеоперационных осложнений.

Осложнения в послеоперационном периоде.

1. *Со стороны раны:* а) гематома; б) воспалительный инфильтрат послеоперационного шва; в) нагноение раны; г) эвентрация.
2. *Со стороны брюшной полости:* а) вялотекущий прогрессирующий перитонит; б) внутрибрюшное кровотечение; в) желчеистечение в свободную брюшную полость (при соскальзывании лигатуры с культы пузырного протока или подтекание желчи из ложа желчного пузыря); г) динамическая кишечная непроходимость; д) ранняя спаечная непроходимость.
3. *Другие осложнения:* а) послеоперационные бронхиты и пневмонии; б) инфаркт миокарда; в) тромбофлебиты нижних конечностей; г) тромбоэмболия легочной артерии.

ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА.

Перфоративный холецистит.

Клиника

Чаще всего эта форма острого холецистита является результатом некроза стенки желчного пузыря на почве расстройства кровообращения и тромбоза ветвей пузырной артерии, реже он возникает в результате пролежня стенки пузыря желчным камнем.

Яркая клиническая картина заболевания наблюдается при прободении желчного пузыря в свободную брюшную полость, когда из-за отсутствия плотного спаяния пузыря с окружающими органами гнойная пузырная желчь распространяется по всем отделам брюшной полости. Момент прободения проявляется:

- 1) резчайшими болями в животе;
- 2) повторной рвотой;
- 3) резкой бледностью кожных покровов, покрывающихся холодным потом;
- 4) брадикардией, сменяющейся по мере развития перитонита тахикардией;
- 5) резким падением АД.

При исследовании живота - картина диффузного или разлитого перитонита. Менее выраженная клиническая картина отмечается при прободении желчного пузыря, отграниченного воспалительным инфильтратом, с развитием семиотики околопузырного абсцесса (см. ниже).

Диагностика.

Результаты дополнительных методов обследования соответствуют картине острого деструктивного холецистита, осложненного распространенным перитонитом или перивезикальным абсцессом.

Лечение.

Только экстренная операция - холецистэктомия, санация и дренирование брюшной полости.

Околопузырный инфильтрат.

Клиника:

- 1) анамнестически - не менее 3-5 суток от начала приступа острых болей в правом подреберье (так называемые «золотые 72 часа» от начала приступа, после чего уже образуется припузырный инфильтрат, наиболее благоприятный период для экстренной холецистэктомии);
- 2) тупые ноющие боли в правом подреберье при относительно удовлетворительном состоянии больного и нормальной или субфебрильной температуре;
- 3) в правом подреберье, в точке проекции желчного пузыря, пальпируется плотное болезненное опухолевидное образование, неподвижное, с четкими границами;
- 4) объективные симптомы, характерные для острого холецистита; перитонеальные симптомы не определяются или сомнительные.

Диагностика:

- 1) общий анализ крови (умеренный лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом, ускорение СОЭ);
- 2) УЗИ желчного пузыря - эхопризнаки деструктивного холецистита с выраженными инфильтративными изменениями по всему контуру желчного пузыря;
- 3) лапароскопия - увеличенный, напряженный (по данным инструментальной пальпации концом лапароскопа или манипулятором) желчный пузырь, контурирующийся через воспаленные (т.е. инфильтрированные, умеренно гиперемизированные, с участками субсерозных кровоизлияний), органы и ткани, окутывающие его. Важно убедиться, что перивезикальный инфильтрат полный, т.е. закрывает желчный пузырь со всех сторон, и плотный, - при инструментальной пальпации инфильтрат не снимается. В противном случае, если околопузырный инфильтрат неполный и рыхлый, дальнейшая тактика лечения определяется степенью деструкции видимого участка пузырьной стенки.

Лечение:

Комплексная консервативная терапия с проведением каждые 3-5 суток УЗИ для контроля динамики рассасывания околопузырного инфильтрата. Наложение лапароскопической холецистостомии через инфильтрат только при наличии эмпиемы желчного пузыря. Радикальная операция в "холодном" периоде заболевания.

Околопузырный абсцесс.

Клиника:

- 1) усиление болей в правом подреберье, сопровождающееся гектической лихорадкой, ухудшением общего состояния, нарастающей интоксикацией на 3-5 сутки от начала заболевания;
- 2) в правом подреберье, в точке проекции желчного пузыря, пальпируется плотное, резко болезненное, несмещаемое опухолевидное образование;
- 3) положительные симптомы, характерные для острого холецистита, положительный симптом Щеткина-Блюмберга над пальпируемым инфильтратом.

Диагностика:

- 1) гиперлейкоцитоз с выраженным палочкоядерным сдвигом, ускорение СОЭ;
- 2) УЗИ желчного пузыря - в центре околопузырного инфильтрата определяется полость (зона пониженной эхогенности) с неоднородным содержимым или четким уровнем жидкости.

Лечение:

Экстренная операция - холецистэктомия, туалет и дренирование полости абсцесса.

При высоком операционно-анестезиологическом риске при возможности дренирование полости абсцесса под сонографическим контролем или локальным доступом вскрываем полость абсцесса, производим холецистостомию, при расплавленном желчном пузыре удаляем

некротизированные ткани, проводим тщательный гемостаз с обязательным дренированием полости абсцесса.

Острый холецистит, осложненный распространенным перитонитом

Клиника:

- 1) момент перфорации желчного пузыря при гангренозном Холецистите характеризуется резким усилением в правом подреберье, с быстрым распространением болей по правому латеральному каналу, а затем по всем отделам брюшной полости;
- 2) выраженная интоксикация - состояние тяжелое, больной бледен, адинамичен, сухой обложенный язык, тахикардия, симптом "токсических ножниц";
- 3) симптомы раздражения брюшины во всех отделах брюшной полости;
- 4) симптомы динамической кишечной непроходимости (вздутие живота, отсутствие перистальтики, перкуторно - тимпанит над передней брюшной стенкой).

Диагностика:

- 1) общий анализ крови - гиперлейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом;
- 2) при ректальном исследовании - нависание и болезненность передней стенки прямой кишки; при вагинальном исследовании нависание заднего свода и его болезненность;
- 3) лапароскопия (выполняется для исключения панкреонекроза, "асептического" панкреатогенного перитонита) - гангренозно измененный желчный пузырь, в стенке которого можно обнаружить перфорационное отверстие; мутный желчный выпот во всех отделах брюшной полости; петли тонкого кишечника раздуты, гиперемированы; наложения фибрина в правом подреберье, на диафрагмальной поверхности печени, по правому латеральному каналу, возможно - на петлях кишечника.

Лечение:

Экстренная операция независимо от степени операционного риска под интубационным наркозом из верхнесреднесрединного доступа - холецистэктомия; тщательный туалет брюшной полости с промыванием ее антисептическими растворами и удалением всех фибринозных наложений; новокаиновая блокада корня брыжейки тонкой кишки; декомпрессия желудочно-кишечного тракта назоинтестинальным зондом для борьбы с динамической кишечной непроходимостью; дренирование подпеченочного пространства, правого и левого латеральных каналов и малого таза латексными или хлорвиниловыми трубками; установка 3-4 микроирригаторов в брюшную полость для введения антибиотиков; тампон к ложу желчного пузыря при невозможности полного удаления некротических тканей.

Острый холецистит, осложненный билиарной гипертензией, желтухой, холангитом.

Желчная гипертензия и механическая желтуха при остром холецистите связана с нарушением пассажа желчи в 12-перстную кишку и может быть вызвана рядом причин:

- 1) сдавленном общего желчного протока извне воспалительным инфильтратом при деструктивном холецистите;
- 2) вколоченным камнем большого дуоденального сосочка (при сочетании острого холецистита с холедохолитиазом);
- 3) декомпенсированным стенозом большого дуоденального сосочка или декомпенсированным стенозом терминального отдела холедоха на протяжении.

Клиника:

- 1) клиническая картина различных форм острого холецистита (см. выше);
- 2) признаки механической желтухи (иктеричность склер, слизистой ротовой полости, кожный зуд, потемнение мочи цвета "пива", обесцвеченный кал), появляющиеся на 2-3 после начала приступа острого холецистита;
- 3) при присоединении холангита состояние больного в тяжелое, высокая температура тела гектического характера потрясающие ознобы, выраженная интоксикация (отсутствует аппетит, слабость, адинамия, спутанное сознание, нередко рвота)
- 4) при пальпации живота - болезненность в его верхних отделах. Печень увеличена в размерах, резко болезненная при пальпации. Иногда отмечается спленомегалия.

Диагностика:

- 1) лабораторно:
 - a) общий анализ крови - лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, ускорение СОЭ;
 - b) биохимическое исследование сыворотки крови - снижение альбуминово-глобулинового индекса; гипербилирубинемия первоначально за счет прямой фракции с последующим возрастанием ввиду развития токсического гепатита и непрямого билирубина; повышение уровня щелочной фосфатазы, аланиновой, аспарагиновой аминотрансфераз;
 - c) исследование мочи на желчные пигменты - реакция положительная;
 - d) исследование кала на стеркобилин реакция отрицательная;
- 2) УЗИ билиарной системы - изменения в желчном пузыре в зависимости от формы его воспаления (см. выше), увеличение размеров печени, расширение внутрипеченочных протоков и гепатикохоледоха, возможно - визуализация камней общего желчного протока как причины механической желтухи;
- 3) эндоскопическая диагностика:
 - a) ЭГДС при осмотре большого дуоденального соска отмечается его увеличение отек, расширение продольной складки, контурирование

ущемленного камня большого дуоденального сосочка, отсутствие поступления желчи из устья папиллы, при явлениях гнойного холангита возможно выделение гноя;

b) лапароскопия верифицирует форму воспаления желчного пузыря и по цвету печени определяет механический характер желтухи ("изумрудная" печень, "малахитовая" печень);

4) рентгенологическая диагностика:

a) Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография под контролем гастродуоденоскопа катетером канюлируется большой дуоденальный сосок. Через катетер контрастное вещество вводится в гепатикохоледох с последующим выполнением не менее 2-х рентгенограмм: сразу после введения контраста и спустя 5-10 минут. По полученным данным судят о характере патологии гепатикохоледоха, т.е. причине механической желтухи. Косвенными признаками органического поражения гепатикохоледоха являются расширение тени последнего более 10 мм в диаметре, отсутствие или замедление поступления контраста в 12-перстную кишку. К прямым признакам холедохолитиаза относятся: дефект наполнения на фоне тени общего желчного протока (при обтекаемом камне), симптомы "мениска" и "раковой клешни" (при вколоченных камнях). К прямым признакам стеноза большого дуоденального сосочка - коническое сужение ампулярного отдела папиллы; протяженного (длиною более 2-2,5 см) стеноза терминального отдела холедоха - симптом "писчего пера", "птичьего клюва";

b) лапароскопическая холецистохолангиография - при проходимости пузырного протока под контролем лапароскопа пунктируется желчный пузырь, эвакуируется желчь и в желчный пузырь вводится контрастное вещество. Методика выполнения рентгенограмм и их оценка, как при эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии;

c) чрескожная чреспеченочная холангиография (ЧЧХГ) - под контролем ЭОПа сверхтонкой иглой Чибя пунктируется один из внутрипеченочных желчных протоков, эвакуируется желчь, вводится контрастное вещество до заполнения всего билиарного "дерева". Оценка рентгенограмм аналогична предыдущим методикам;

d) ультразвуковая чреспеченочная холангиография (УЗЧХГ) - выполняется аналогично ЧЧХГ под контролем ультразвукового аппарата.

Лечение:

Состоит из мероприятий, направленных как на ликвидацию воспалительного процесса в желчном пузыре, так и на снятие желчной гипертензии. Консервативная терапия редко бывает успешной. Хирургическое лечение из-за крайне высокой летальности в остром периоде применяется

ограничено, по строгим жизненным показаниям. Предпочтение отдается эндоскопическим методам санации внепеченочных желчных путей.

- 1) При катаральном и флегмонозном холецистите выполняется холецистостомия в один из вариантов с целью ликвидации воспаления в желчном пузыре, и снятия желчной гипертензии.
- 2) После наложения холецистостомы для устранения причины механической желтухи производится эндоскопическая папиллотомия с ретроградным удалением конкрементов в случае холедохолитиаза и дополняется назобилиарным дренированием тонким ниппельным дренажем при гнойном холангите.
- 3) Экстренная операция - холецистэктомия, расширенная вмешательством на желчных протоках - показана:
 - a) при сочетании с механической желтухой гангренозного холецистита, а так же при наличии распространенного холецистита, перивезикального абсцесса;
 - b) при отсутствии технических условий для наложения холецистостомы.
- 4) Коррекция сопутствующей патологии гепатикохоледоха возможна в различных вариантах.
- 5) При сочетании острого холецистита с холедохолитиазом холецистэктомия дополняется:
 - a) холедохолитотомией с наружным дренированием гепатикохоледоха по Вишневскому, Керу или по Холстеду-Пиковскому - при наличии гнойного, фибринозного холангита после тщательной и полноценной санации холедоха;
 - b) холедохолитотомией, холедохоеюноанастомоз - при множественных мелких камнях, особенно при внутripеченочном холангиолитиазе и сомнении в полноте интраоперационной санации протоковой системы, даже по данным контрольной холедохоскопии;
 - c) трансдуоденальной папиллосфинктеропластикой - при ущемленном камне большого дуоденального сосочка.
- 6) При сочетании острого холецистита со стенозом большого дуоденального сосочка - трансдуоденальной папиллосфинктеропластикой; с протяженным стенозом терминального отдела холедоха - холедохоеюноанастомоз

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Этиология желчнокаменной болезни и ее частота.
2. Осложненные формы желчнокаменной болезни.
3. Методы контрастирования желчевыводящих путей.
4. Паллиативные методы хирургического лечения и показания для их выполнения.
5. Какие используются методы декомпрессии желчных путей в предоперационной подготовке?
6. Факторы, влияющие на частоту и развитие острого холецистита.
7. Клинические формы и осложнения острого холецистита.

8. Показания к оперативному лечению острого холецистита.
9. Виды операций при остром холецистите.
10. Показания к ревизии и дренированию холедоха во время операции.
11. Методы операционной диагностики нарушений проходимости внепеченочных желчевыводящих путей.

ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ

1. МЕТОД ВЫБОРА В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА:

- а) растворение конкрементов литолитическими препаратами;
- б) микрохолецистостомия;
- в) дистанционная волновая литотрипсия;
- г) холецистэктомия;
- д) комплексная консервативная терапия.

2. БОЛЬНАЯ 57 ЛЕТ ПОСТУПИЛА С УМЕРЕННО ВЫРАЖЕННЫМИ БОЛЯМИ В ПРАВОМ ПОДРЕБЕРЬЕ, ИРРАДИИРУЮЩИМИ В ЛОПАТКУ. В АНАМНЕЗЕ: ХРОНИЧЕСКИЙ КАЛЬКУЛЕЗНЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ. В ПОКАЗАТЕЛЯХ ОБЩЕГО АНАЛИЗА КРОВИ ИЗМЕНЕНИЙ НЕ ОТМЕЧАЕТСЯ. ЖЕЛТУХИ НЕТ. ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ УВЕЛИЧЕННЫЙ, УМЕРЕННО БОЛЕЗНЕННЫЙ ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ. ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА НЕ ИЗМЕНЕНА. ВАШ ДИАГНОЗ:

- а) эмпиема желчного пузыря;
- б) рак головки поджелудочной железы;
- в) водянка желчного пузыря;
- г) острый перфоративный холецистит;
- д) эхинококкоз печени.

3. КАКИЕ ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ЯВЛЯЮТСЯ РЕШАЮЩИМИ ПРИ РЕШЕНИИ ВОПРОСА О НЕОБХОДИМОСТИ ПЛАНОВОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ХОЛЕЦИСТИТЕ?

- а) выраженный диспепсический синдром;
- б) длительный анамнез;
- в) сопутствующие изменения печени;
- г) наличие эпизодов рецидивирующего панкреатита;
- д) наличие конкрементов в желчном пузыре.

4. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ?

- а) рубцовые стриктуры внепеченочных желчных путей;
- б) холедохолитиаз;
- в) рак головки поджелудочной железы;
- г) эхинококкоз печени;

д) метастазы в печень опухолей различной локализации.

5. БОЛЬНАЯ 56 ЛЕТ, ДЛИТЕЛЬНОЕ ВРЕМЯ СТРАДАЮЩАЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ПОСТУПИЛА НА 3-И СУТКИ ОТ НАЧАЛА ОБОСТРЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ. ПРОВЕДЕНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ НЕ ПРИВЕЛО К УЛУЧШЕНИЮ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНОЙ. В ПРОЦЕССЕ НАБЛЮДЕНИЯ ОТМЕЧЕНЫ: ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ ВЗДУТИЕ ЖИВОТА, СХВАТКООБРАЗНЫЙ ХАРАКТЕР БОЛЕЙ, ПОВТОРНАЯ РВОТА С ПРИМЕСЬЮ ЖЕЛЧИ. ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ВЫЯВЛЕНА УСИЛЕННАЯ ПЕРИСТАЛЬТИКА. ПРИ РЕНТГЕНОГРАФИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПНЕВМАТОЗ ТОНКОЙ КИШКИ, АЭРОКОЛИЯ. ДИАГНОЗ:

- а) острый деструктивный панкреатит;
- б) острый деструктивный холецистопанкреатит;
- в) динамическая непроходимость кишечника;
- г) желчнокаменная кишечная непроходимость;
- д) острый гнойный холангит.

6. КАКОЕ СОЧЕТАНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ СООТВЕТСТВУЕТ СИНДРОМУ КУРВУАЗЬЕ?

- а) увеличенный безболезненный желчный пузырь в сочетании с желтухой;
- б) увеличение печени, асцит, расширение вен передней брюшной стенки;
- в) желтуха, пальпируемый болезненный желчный пузырь, местные перитонеальные явления;
- г) отсутствие стула, схваткообразные боли, появление пальпируемого образования брюшной полости;
- д) выраженная желтуха, увеличенная бугристая печень, кахексия.

7. КАКОВА ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ УСТАНОВЛЕННОМ ДИАГНОЗЕ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ КИШЕЧНИКА?

- а) комплексная консервативная терапия в условиях реанимационного отделения;
- б) терапия в сочетании с эндоскопической декомпрессией тонкой кишки;
- в) срочное хирургическое вмешательство: холецистэктомия с разделением билиодигестивного свища, энтеротомия, удаление конкремента;
- г) срочное хирургическое вмешательство: энтеротомия, удаление желчного конкремента;
- д) паранефральная блокада в сочетании с сифонной клизмой.

8. БОЛЬНОЙ 70 ЛЕТ СТРАДАЕТ ЧАСТЫМИ ПРИСТУПАМИ КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА С ВЫРАЖЕННЫМ БОЛЕВЫМ

СИНДРОМОМ. В АНАМНЕЗЕ: ДВА ИНФАРКТА МИОКАРДА, ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ III СТАДИИ. ДВА МЕСЯЦА НАЗАД ПЕРЕНЕС РАССТРОЙСТВО МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ. В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ПОСТУПИЛ С КЛИНИКОЙ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА. КАКОЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ СЛЕДУЕТ ПРЕДПОЧЕСТЬ?

- а) отказаться от хирургического лечения, проводить консервативную терапию;
- б) холецистэктомия под интубационным наркозом;
- в) холецистэктомия под перидуральной анестезией;
- г) лапароскопическая холецистостомия;
- д) дистанционная волновая литотрипсия.

9. КАКОЙ ИЗ МЕТОДОВ ДООПЕРАЦИОННОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ И БЕЗОПАСНЫМ ПРИ ИНТЕНСИВНОЙ ДЛИТЕЛЬНОЙ ЖЕЛТУХЕ?

- а) внутривенная инфузионная холангиография;
- б) эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография;
- в) чрескожная чреспеченочная холангиография;
- г) УЗИ;
- д) пероральная холецистохолангиография.

10. БОЛЬНАЯ 62 ЛЕТ ОПЕРИРОВАНА ПО ПОВОДУ ХРОНИЧЕСКОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА. ПРОИЗВЕДЕНА ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ, ДРЕНИРОВАНИЕ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ. В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВЫХ СУТОК ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ОТМЕЧЕНО СНИЖЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, УРОВНЯ ГЕМОГЛОБИНА, БЛЕДНОСТЬ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ, ТАХИКАРДИЯ. КАКОЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ СЛЕДУЕТ ЗАПОДОЗРИТЬ?

- а) инфаркт миокарда;
- б) острый послеоперационный панкреатит;
- в) динамическая кишечная непроходимость;
- г) внутрибрюшное кровотечение.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача № 1. В приемное отделение поступила женщина 44 лет. Из анамнеза известно, что боли в правом подреберье возникли в течение 30 минут после ужина. Затем появилась рвота с примесями желтого цвета. Страдает сахарным диабетом. Дизурических расстройств нет. Объективно: температура тела фебрильная, видимой желтухи не обнаружено. При пальпации отмечается болезненность в правом подреберье. Надавливание двумя пальцами на вдохе ниже верхушки 9 реберного хряща вызывает усиление болей. Болезненное образование пальпируется. В анализе крови: Гемоглобин- 117 г/л, лейкоциты- $21 \cdot 10^9$ /л, АСТ- 67 МЕ/дл, билирубин- 25 мкмоль/л.

- Какой симптом выявлен при обследовании живота?
- Какой диагноз наиболее вероятен?

- Какие специфические осложнения возможны у данной пациентки?

Задача № 2. У больной, страдающей приступами желчнокаменной болезни, очередной приступ купировался окончательно. В течение 2-х месяцев больная продолжала отмечать тупые ноющие постоянные боли в правом подреберье. При пальпации в правом подреберье отмечается безболезненное плотноэластическое значительных размеров образование. Изменений в периферической крови нет. Температура тела не повышалась. При УЗИ желчный пузырь 123*63мм, стенка 4 мм, в области шейки фиксированный конкремент 23*18мм, холедох 6 мм.

- Предполагаемый диагноз?

- Тактика лечения.

Задача № 3. Больную 42 лет третий раз за год доставляют в клинику с приступом острого холецистита. Последний раз боли появились 2 дня назад. За час до госпитализации боли стали носить разлитой характер, больше по правой стороне. Отмечается гипертермия, выраженный лейкоцитоз со сдвигом формулы влево.

- Какое осложнение острого панкреатита у больной?

- Какие дополнительные методы диагностики необходимо применить для верификация диагноза?

- Какова лечебная тактика?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ

1.	Г
2.	В
3.	Д
4.	Б
5.	Г
6.	А
7.	Г
8.	Г
9.	Б
10.	Г

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К СИТУАЦИОННЫМ ЗАДАЧАМ

Задача № 1. При обследовании живота выявлен симптом Мерфи. Наиболее вероятно, что у больной острый холецистит. Острый холецистит может

осложниться инфицированием желчи в просвете желчного пузыря с развитием эмпиемы, возможна гангрена желчного пузыря и его перфорация.

Задача № 2. Имеет место осложнение- водянка желчного пузыря. Показана радикальная операция (холецистэктомия)

Задача № 3. Имеет место осложнение острого калькулезного холецистита- желчный перитонит. Для верификации диагноза можно применить УЗИ, диагностическую (с возможностью перехода в лечебную) лапароскопию. Показана экстренная операция.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Основная:

1. Желчно-каменная болезнь - Дадвани С.А., Ветшев П.С., Шулудко А.М., Прудков М.И.- "Видар-М", 2000г.
2. Хирургические болезни- М.И. Кузин, О.С.Шкроб, Н.М.Кузин и др. - М.: "Медицина", 2002г.

Дополнительная:

1. Общая хирургия- Петров С.В.- СПб, изд. "Лань", 1999г.
2. Внутренние болезни. Распознавание, семиотика, диагностика - Шишкин А.Н.- СПб, изд. "Лань", 1999г.

