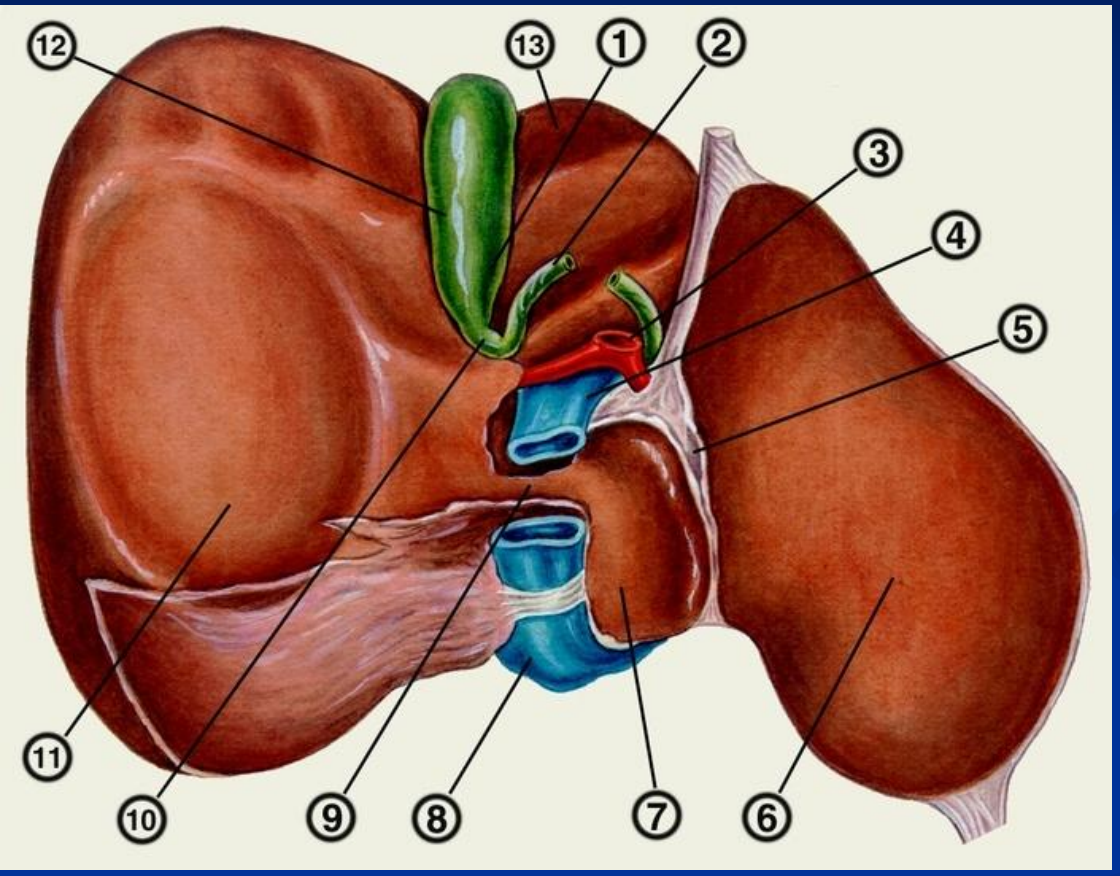
Омский Государственный Медицинский Университет
Кафедра Факультетской Хирургии, Урологии

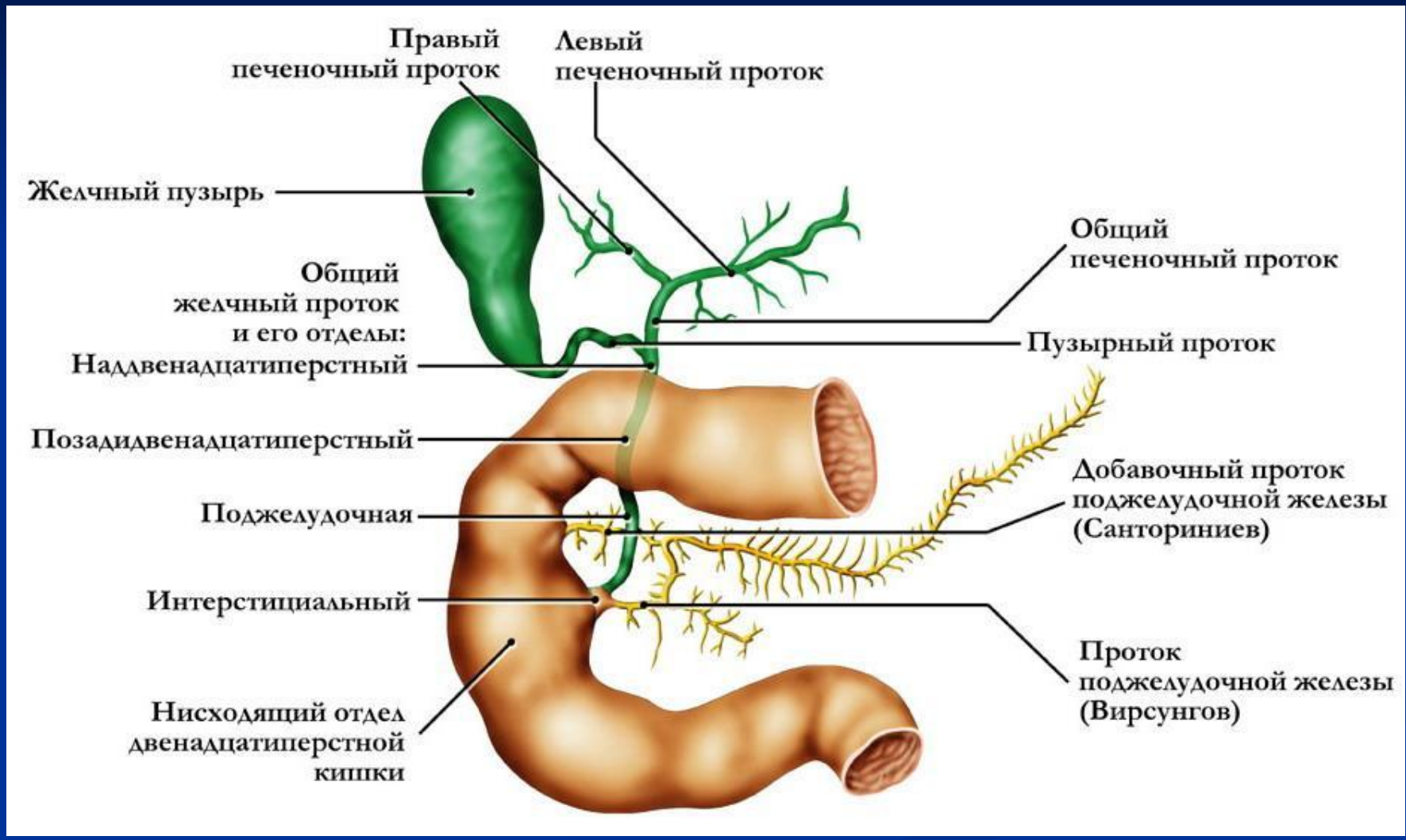
Тема: Острый холецистит
Желчнокаменная болезнь

Схематическое изображение положения желчного пузыря на висцеральной поверхности печени



1 — дно желчного пузыря;
2 — пузырный проток;
3 — собственная печеночная артерия;
4 — воротная вена;
5 — желудочно-печеночная связка;
6 — левая доля печени;
7 — хвостатая доля печени;
8 — нижняя полая вена;
9 — хвостатый отросток;
10 — шейка желчного пузыря;
11 — правая доля печени;
12 — тело желчного пузыря;
13 — квадратная доля печени.

Топография печёночных протоков



Этиология и патогенез

Факторы:

- Инфекция (гематогенный путь)
- Застой желчи
- Желчная гипертензия

Холецистит развивается на фоне ЖКБ. Внезапное повышение внутрипузырного давления и растяжения желчного пузыря приводит к механическому сдавлению сосудов и нарушению микроциркуляции, а это ведёт к ишемии стенки желчного пузыря.

Классификация

Клинико-морфологические формы холецистита:

- Катаральный
- Флегмонозный
- Гангренозный

Осложнения:

- Перфорация
- Разлитой перитонит
- Перипузырный инфильтрат и абсцесс
- Гнойный холангит
- Механическая желтуха
- Желчные свищи

В 5 – 10% случаев встречается бескаменный холецистит, в остальных – заболевание носит калькулёзный характер. Независимо от фактора наличия или отсутствия камней клиническая картина заболевания и лечебная тактика практически одинакова.

Клиническая картина

- Боли в животе (возникает внезапно) – носит постоянный характер, их интенсивность наростает
- Тошнота и рвота, не приносящая облегчения больному.
- Повышение температуры тела, озноб
- Желтушность кожи и склер
- Тахикардия 80 – 120 в мин. – свидетельствует о тяжёлых воспалительных изменениях в желчном пузыре и брюшной полости.

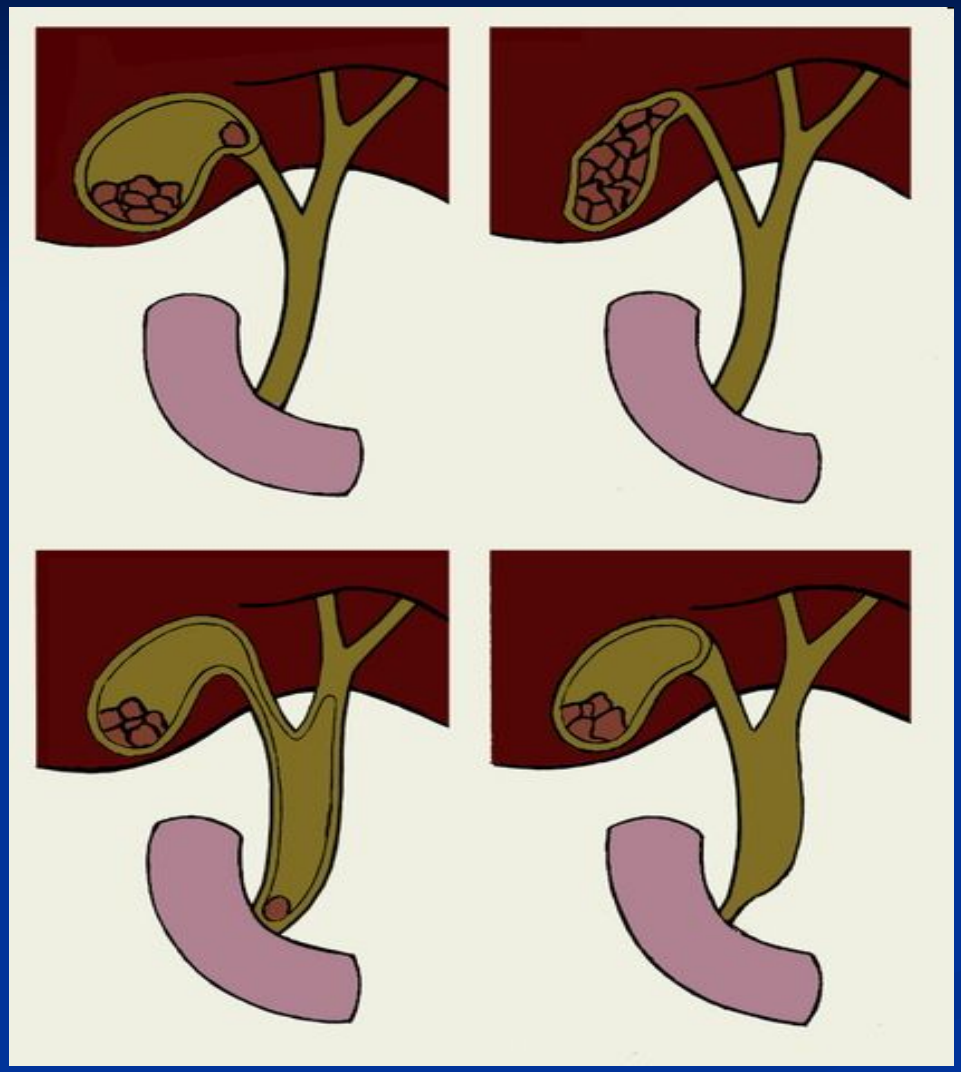
Специфические симптомы:

- **Ортнера** – болезненность при поколачивании правой рёберной дуги ребром руки;
- **Мерфи** – непроизвольная задержка дыхания на вдохе при пальпации правого подреберья;
- **Кера** – боль на высоте вдоха при пальпации правого подреберья;
- **Мюсси-Георгиевского (френикус-симптом)** – болезненность при надавливании пальцем между ножками правой грудино-ключично-сосцевидной мышцы;
- **Щёткина-Блюмберга** – в случае вовлечения в воспалительный процесс брюшины.

Диагностика

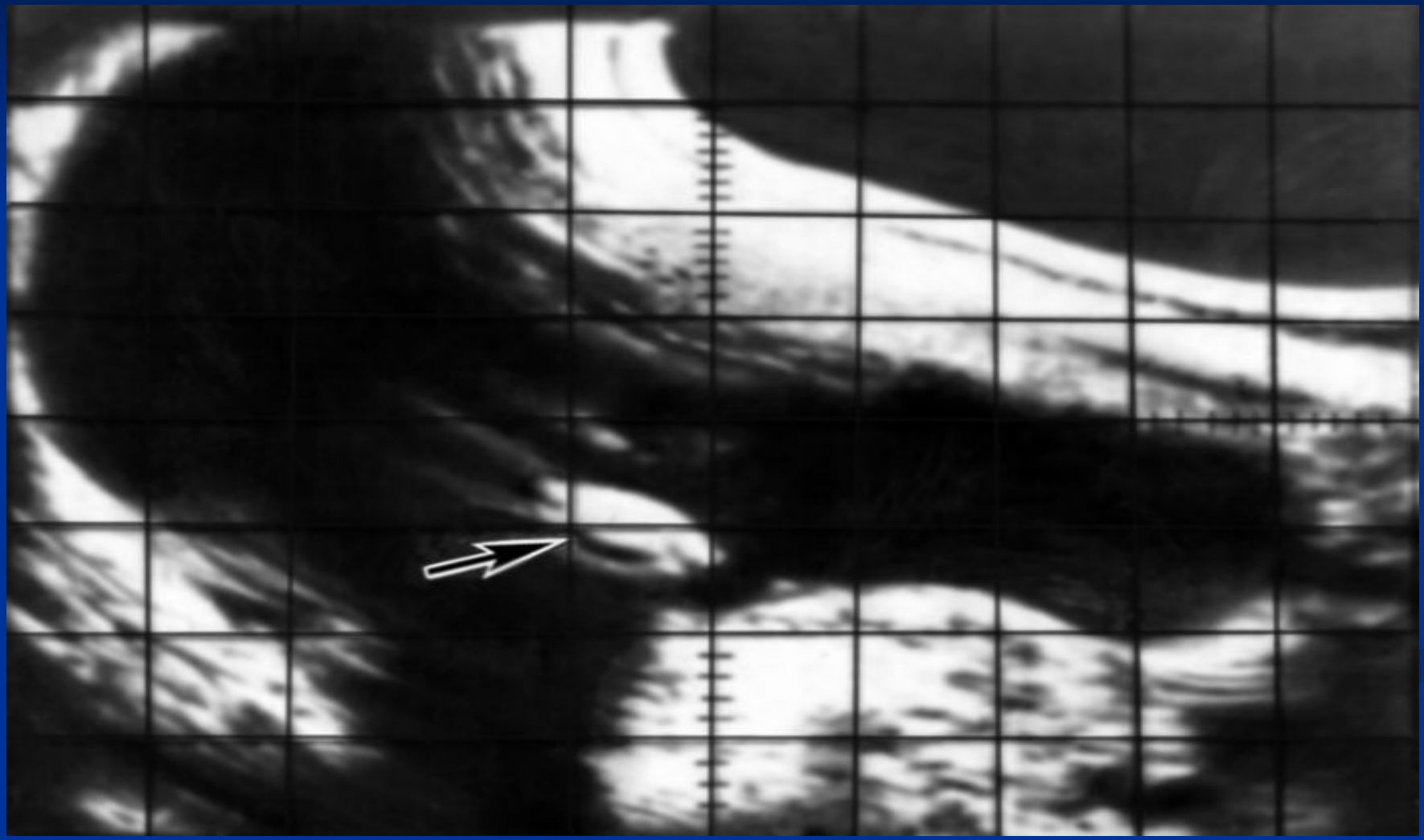
- Клинический анализ крови и мочи: определение содержания билирубина в крови, анализ мочи на диастазу
- УЗИ органов брюшной полости
- Рентген органов грудной клетки
- ЭКГ – контроль
- УЗИ занимает центральное место в диагностике острого холецистита
- Лапароскопия
- Эндоскопическая ретроградная холангиопанктреатикография (ЭРХПГ)

Схематическое изображение желчных путей при некоторых осложнениях желчнокаменной болезни



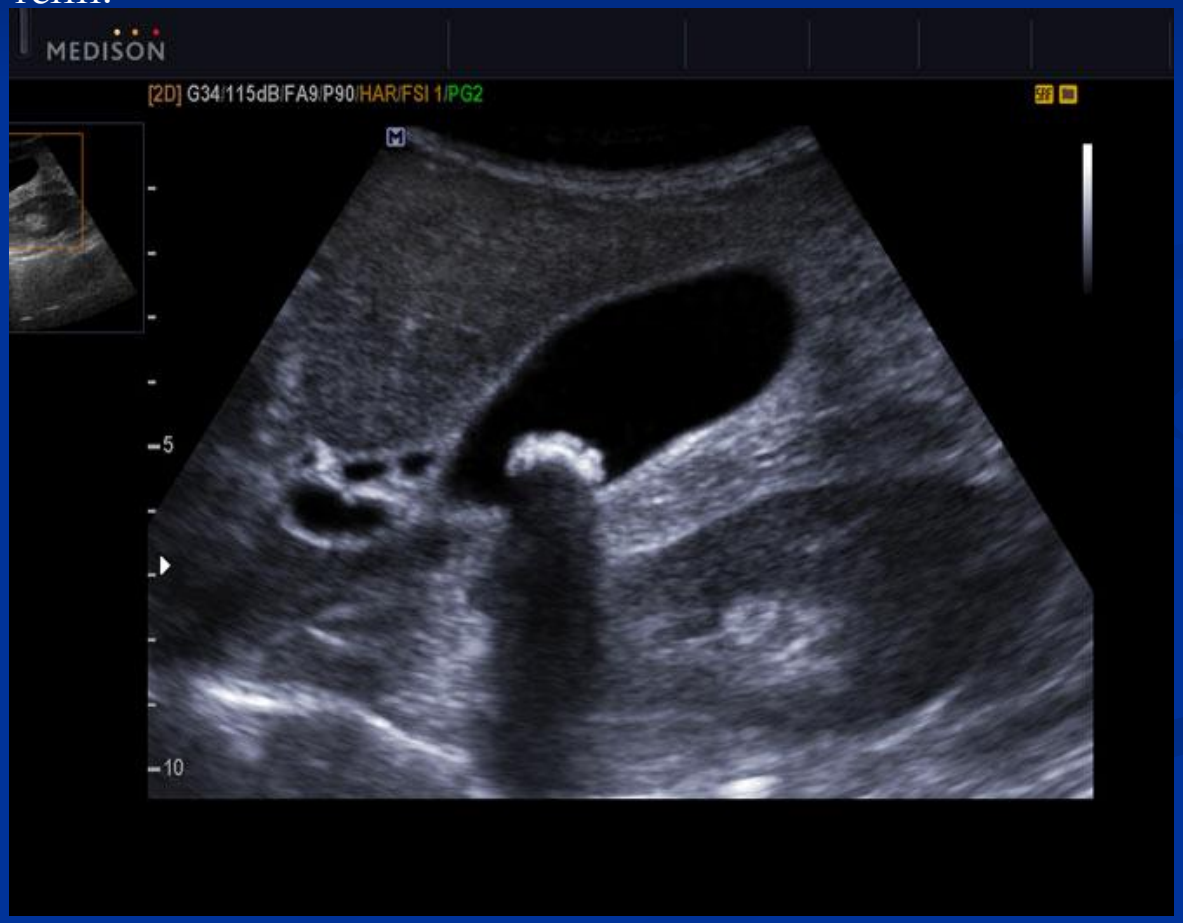
- а — камни в желчном пузыре, один из них обтурировал его шейку, водянка желчного пузыря;
- б — желчный пузырь заполнен камнями, сморщен, не функционирует, пузырный проток закрыт;
- в — камни в желчном пузыре, один камень обтурировал устье общего желчного протока, желчные протоки расширены;
- г — камни в желчном пузыре, выходной отдел общего желчного протока рубцово изменен и сужен в результате неоднократного отхождения конкрементов, протоки выше сужения расширены.

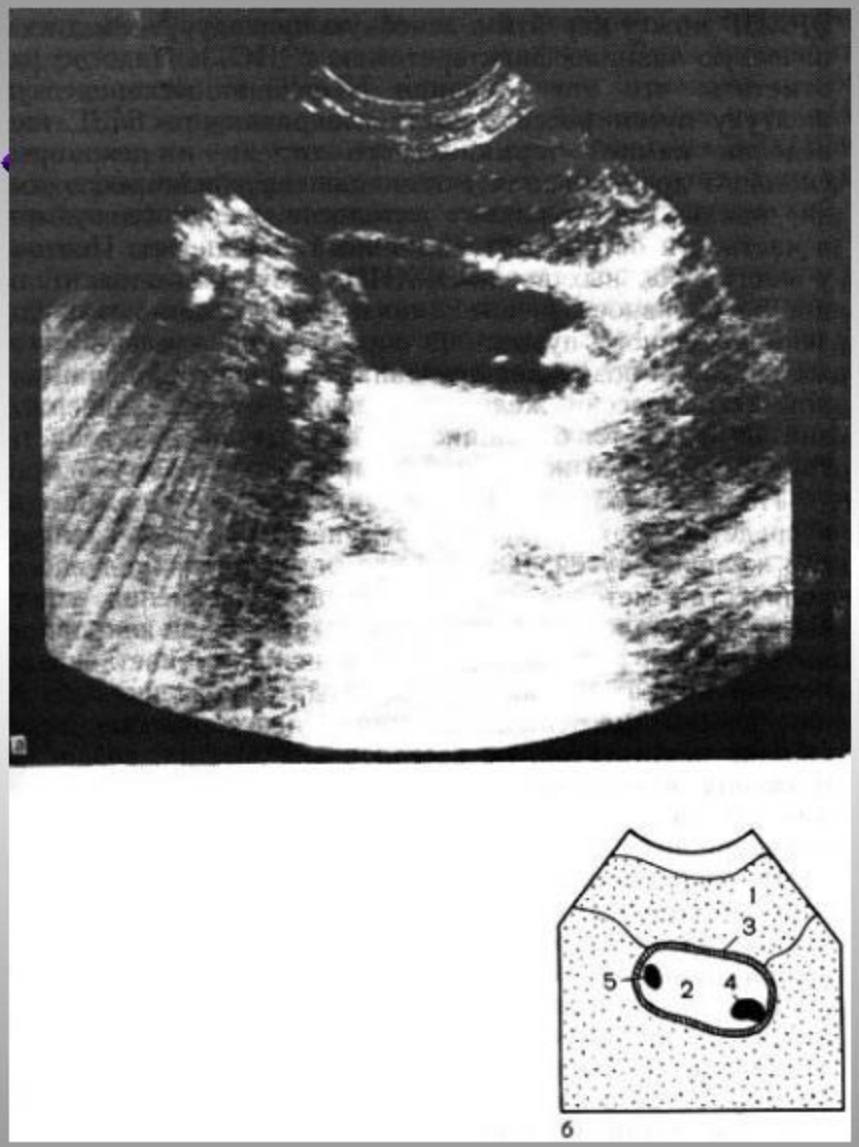
Ультразвуковая картина водянки желчного пузыря, развившейся вследствие обтурации его шейки большим конкрементом



Узи

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





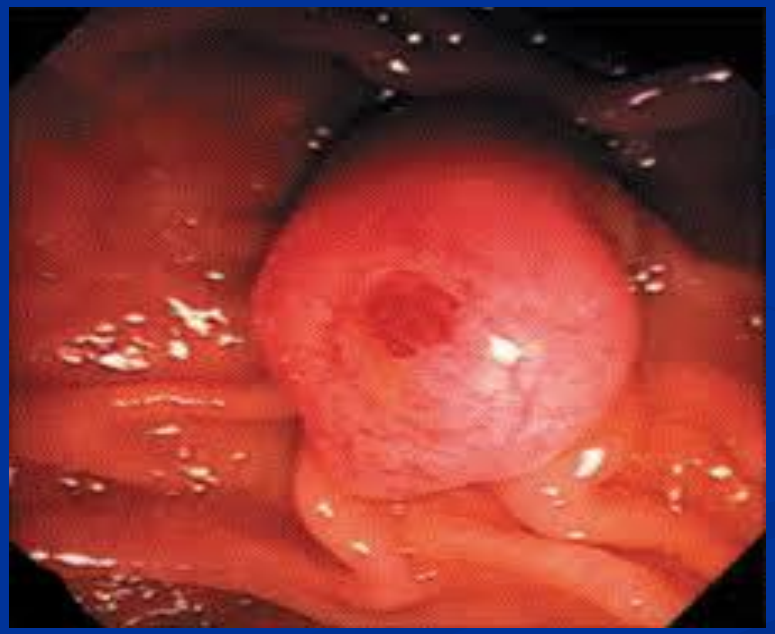
УЗИ при остром калькулезном обтурационном холецистите

Камень в общем желчном протоке

Гастродуоденоскопия

Особенно эффективна в выявлении ущемленного камня и рака БСД

Чаще всего диагноз устанавливают по косвенным эндоскопическим признакам: увеличение БСД в размерах до 1-1,5 см., выбухание его в просвет двенадцатиперстной кишки, появлению в слизистой оболочке сосочка кровоизлияний, гиперемии, отека, а также эрозий и фибринозного налета

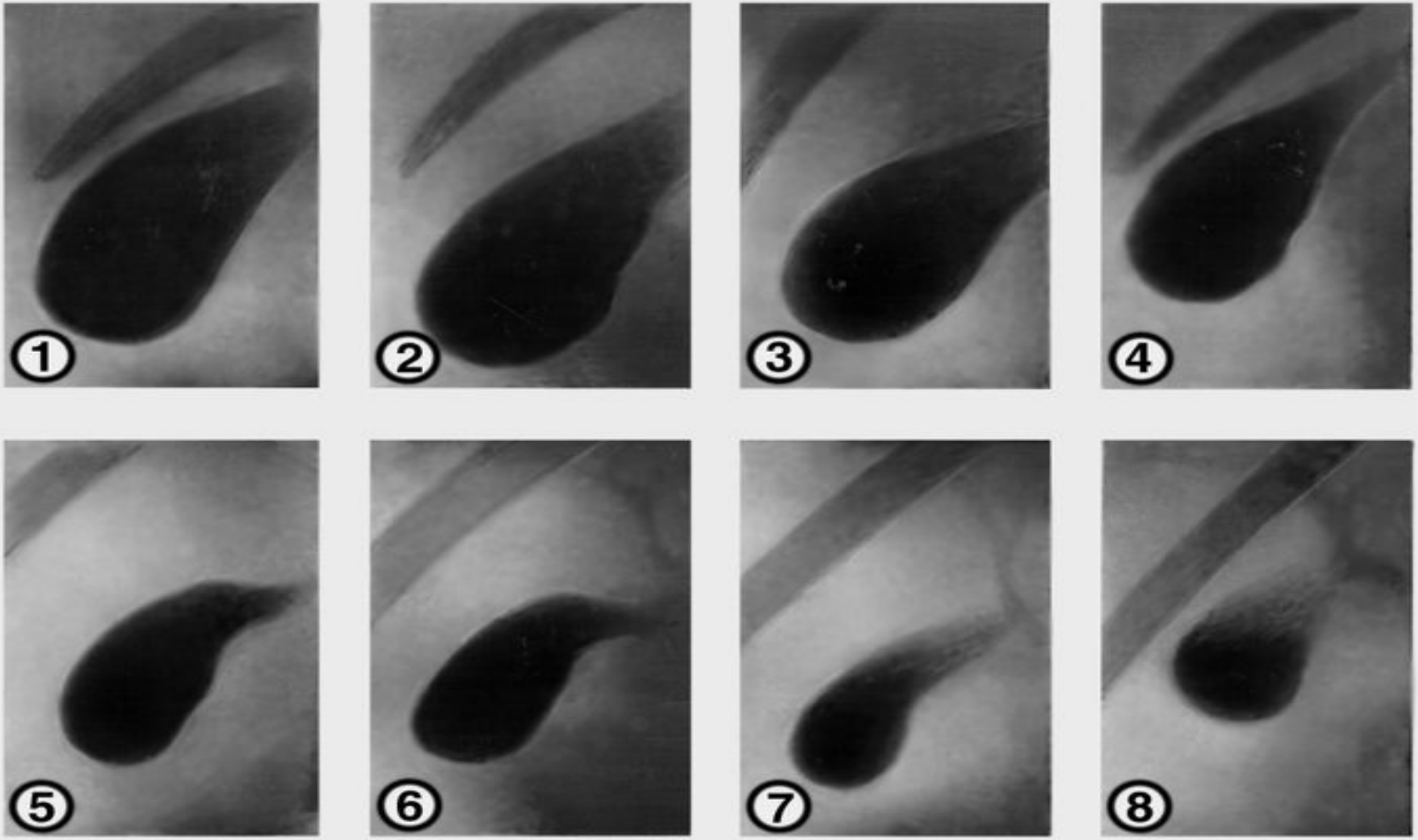


Обзорная рентгенограмма области правого подреберья при желчнокаменной болезни (прямая проекция); стрелкой указаны тени желчных камней.

Холецистограмма при желчнокаменной болезни: множественные камни в контрастированном желчном пузыре.

Холецистограмма при хроническом некалькулезном холецистите: желчный пузырь деформирован имеет перетяжки, обусловленные перипроцессом

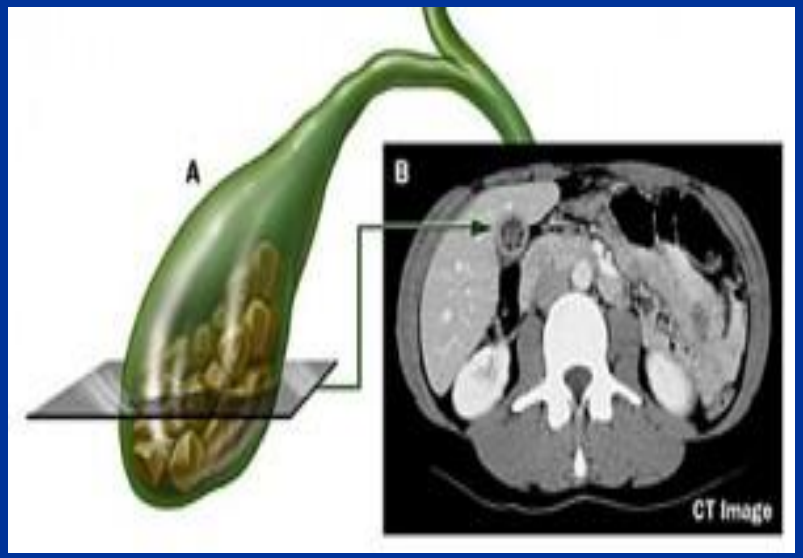
Холецистограмма при хроническом калькулезном холецистите: тень желчного пузыря имеет дефекты наполнения, обусловленные конкрементами

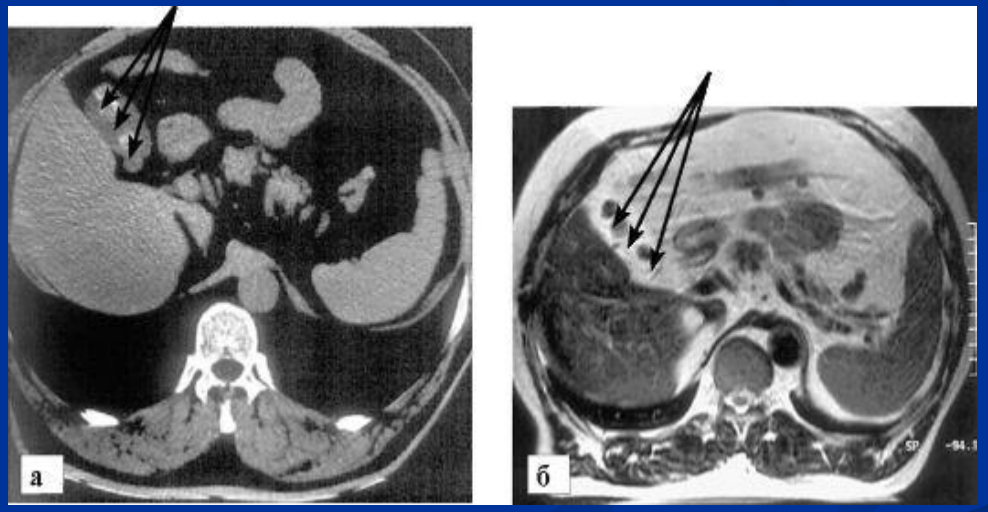


Серия холецистограмм в норме до и после приема желчегонного завтрака: 1 — до приема желчегонного завтрака;
2—7 в период сокращения желчного пузыря;
8 — в период начавшегося расслабления желчного пузыря.

Компьютерная томография

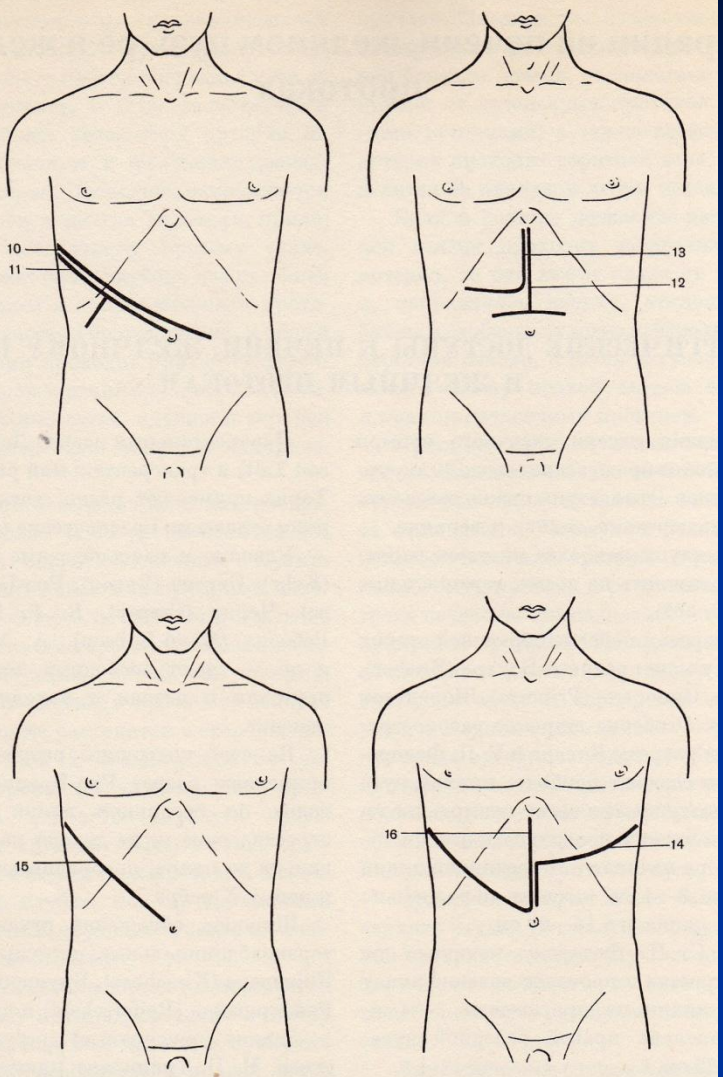
КТ наиболее эффективна в выявлении холедохолитиаза, расширения внутри- и внепеченочных желчных протоков как признака обтурационного холестаза, кист и опухолей печени размером от 0,5 см. и более, острого панкреатита, кистозных образований поджелудочной железы и менее информативна в дифференцировке хронического панкреатита и рака поджелудочной железы.





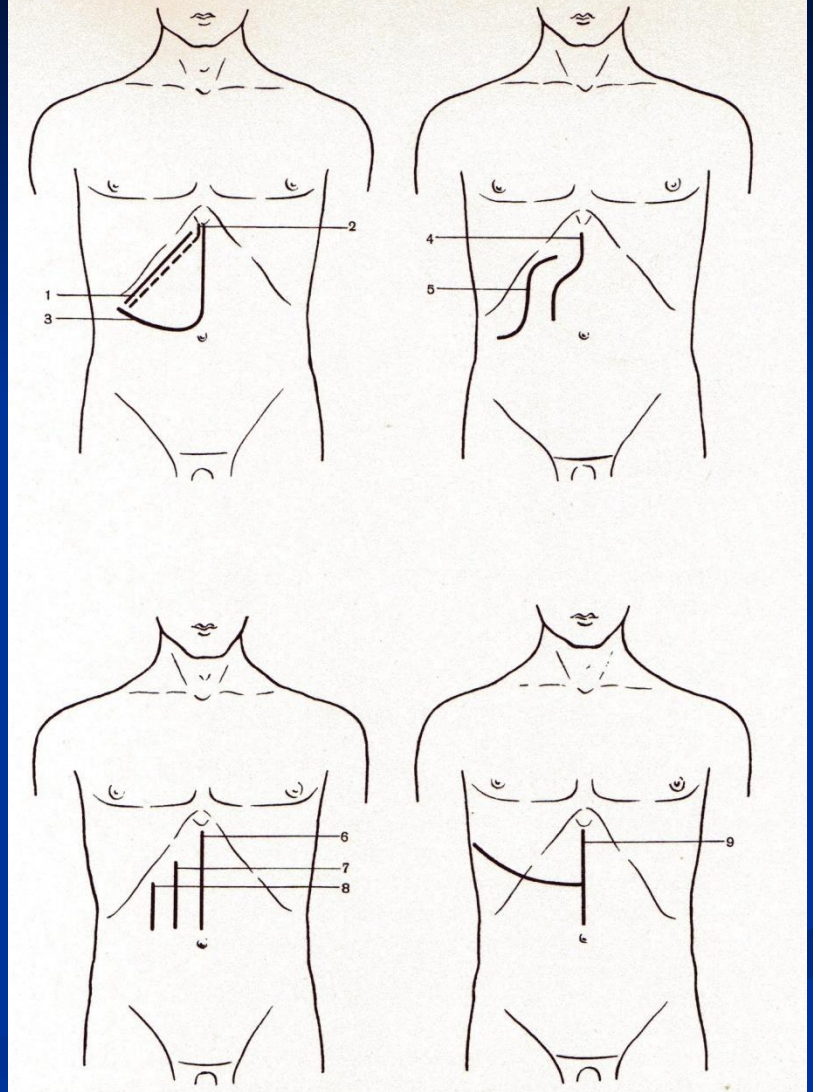
- ✔ В плане консервативной терапии необходимо:
- ✔ Голод, холод и покой
- ✔ Обезболивание путем введения спазмалитиков вв и вм, новокаиновые блокады
- ✔ Инфузионная терапия: от 1 до 2,5 литров жидкостей в зависимости от тяжести состояния, белковые препараты
- ✔ Атибиотики для профилактики гнойно-септических осложнений
- ✔ Гепатопротекторы

Оперативное лечение.
Схема доступов:



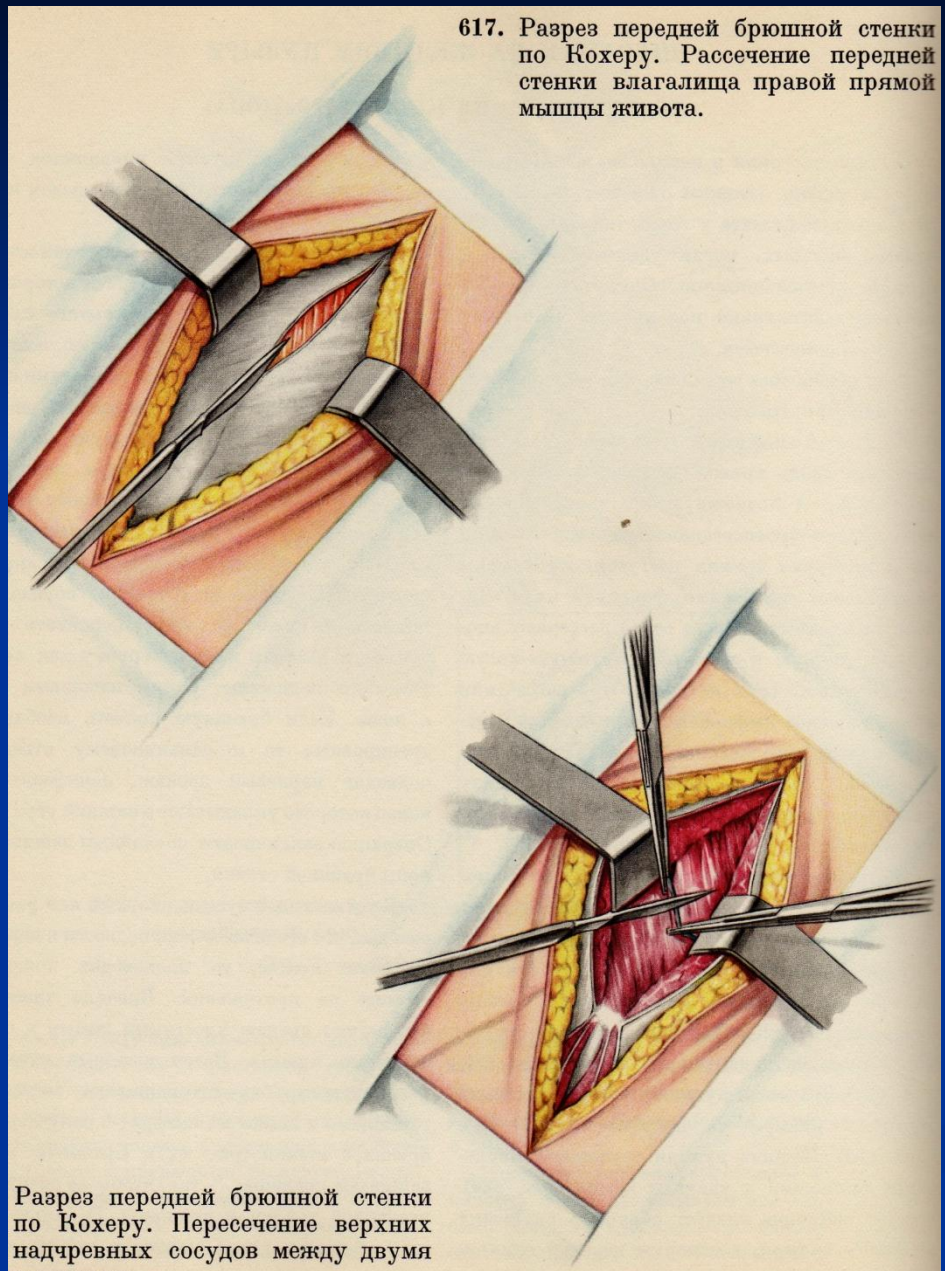
562. Схема разрезов, применяемых при операциях на печени, желчном пузыре и желчных путях.

1 — косой разрез (Кохер); *2* — косой разрез (С. П. Федоров); *3* — углообразный разрез (Рио-Бранко); *4* — волнообразный разрез (Кер); *5* — волнообразный разрез (Бивен); *6* — верхний срединный разрез; *7* — трансректальный разрез; *8* — параректальный разрез; *9* — торакоабдоминальный разрез (Райфершайд); *10* — торакоабдоминальный разрез (Ф. Г. Углов); *11* — торакоабдоминальный разрез (Кунео); *12* — лоскутный разрез (Бруншвиг); *13* — углообразный разрез (Черни); *14* — торакоабдоминальный разрез (Райфершайд); *15* — торакоабдоминальный разрез (Киршнер); *16, 17* — торакоабдоминальный разрез (Райфершайд).

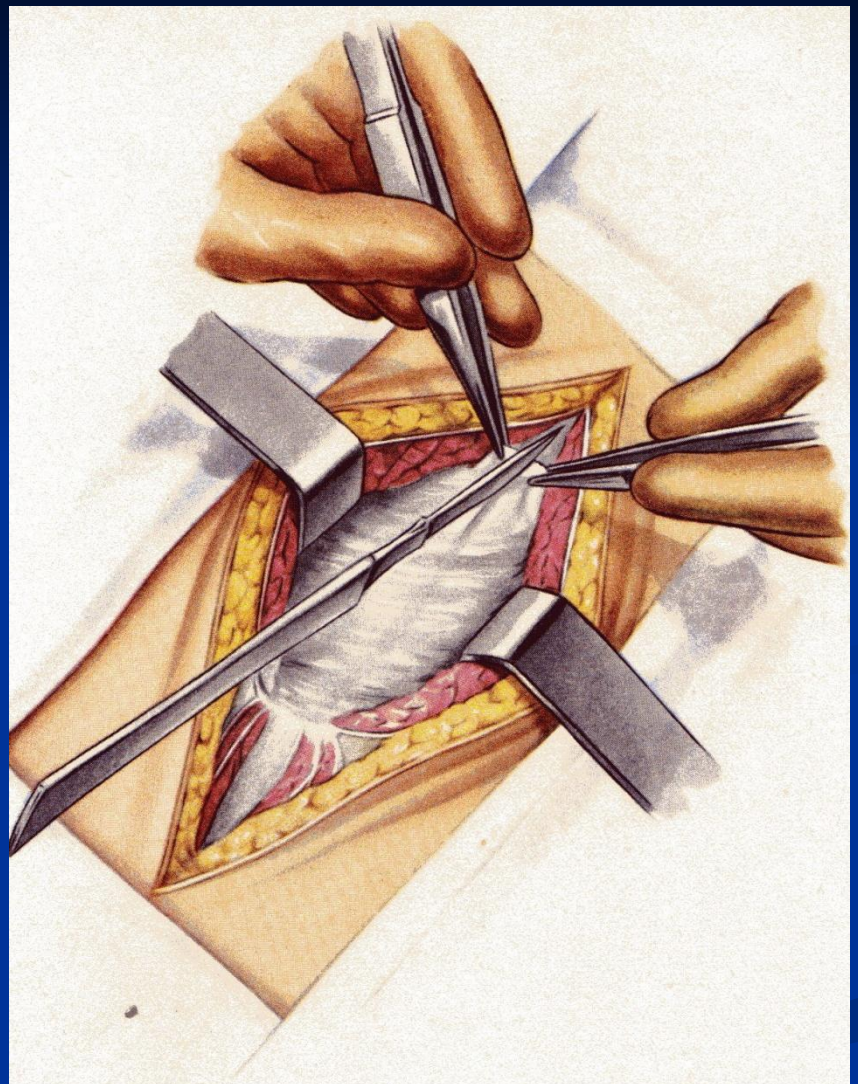


Холецистэктомя

617. Разрез передней брюшной стенки по Кохеру. Рассечение передней стенки влагалища правой прямой мышцы живота.



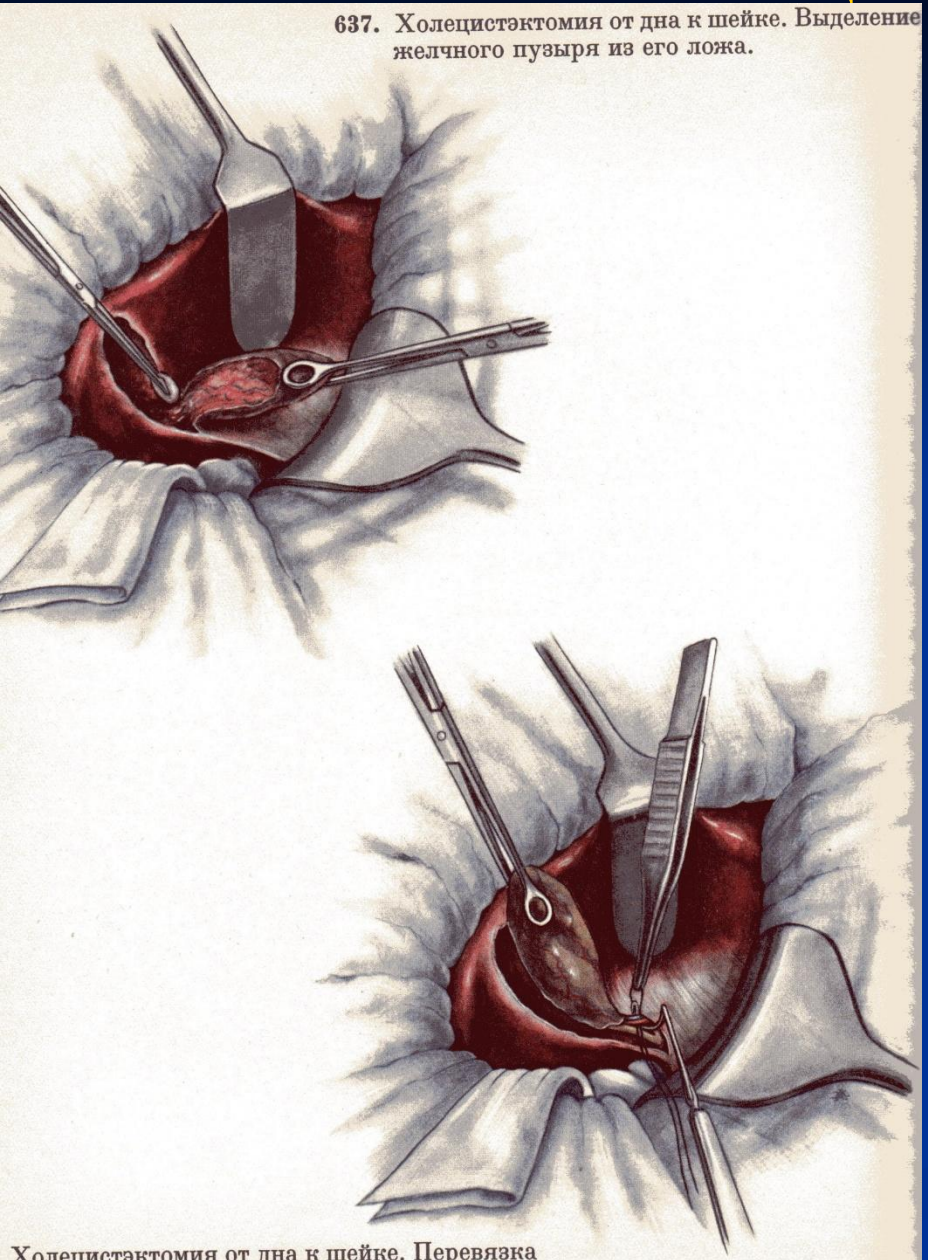
Разрез передней брюшной стенки по Кохеру. Пересечение верхних надчревных сосудов между двумя зажимами.



Разрез передней брюшой стенки по Кохеру. Рассечение задней стенки влагалища правой прямой мышцы живота вместе с париетальной брюшиной.

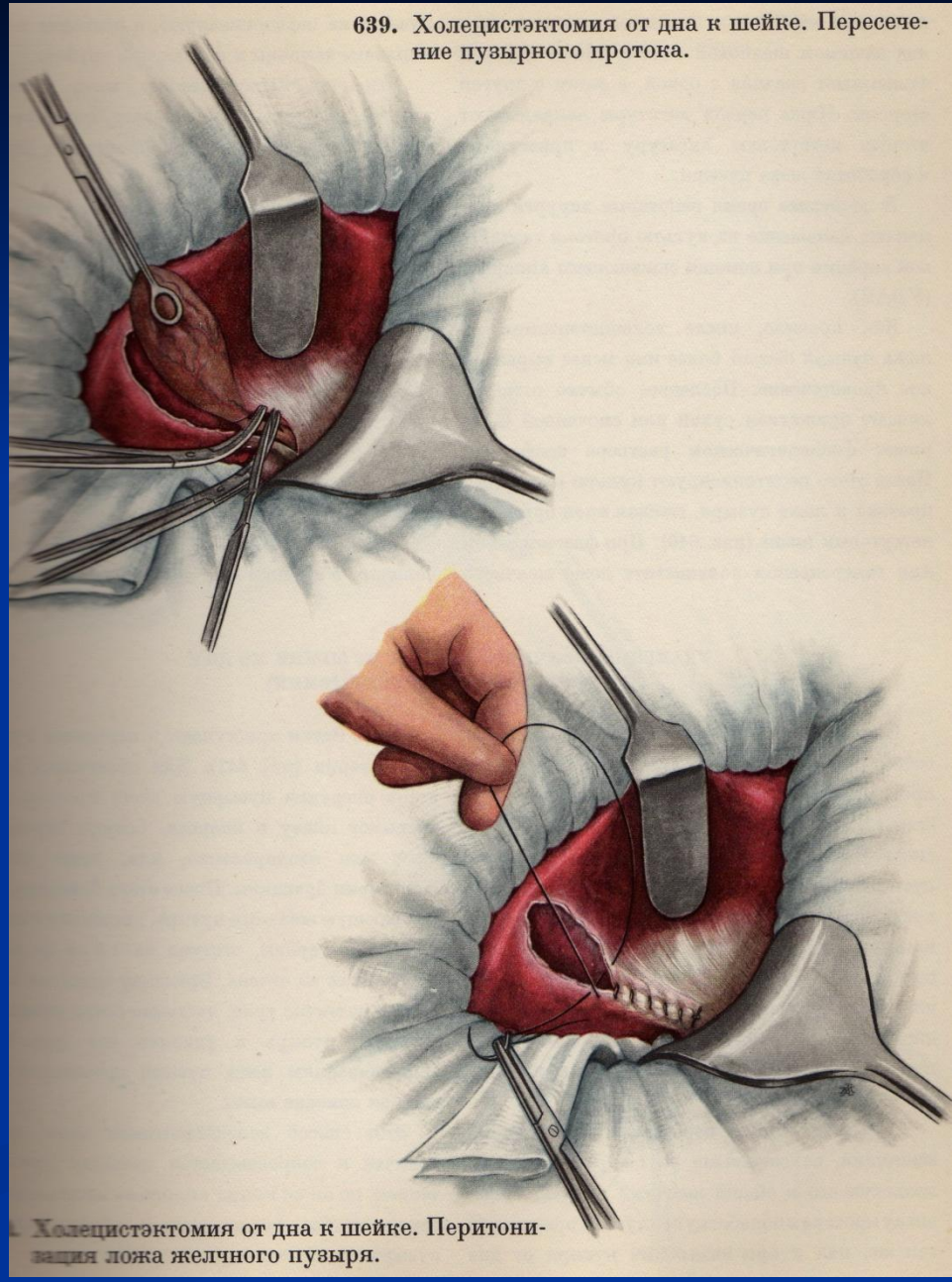
Холецистэктомия

637. Холецистэктомия от дна к шейке. Выделение желчного пузыря из его ложа.



Холецистэктомия от дна к шейке. Перевязка пузырной артерии и вены.

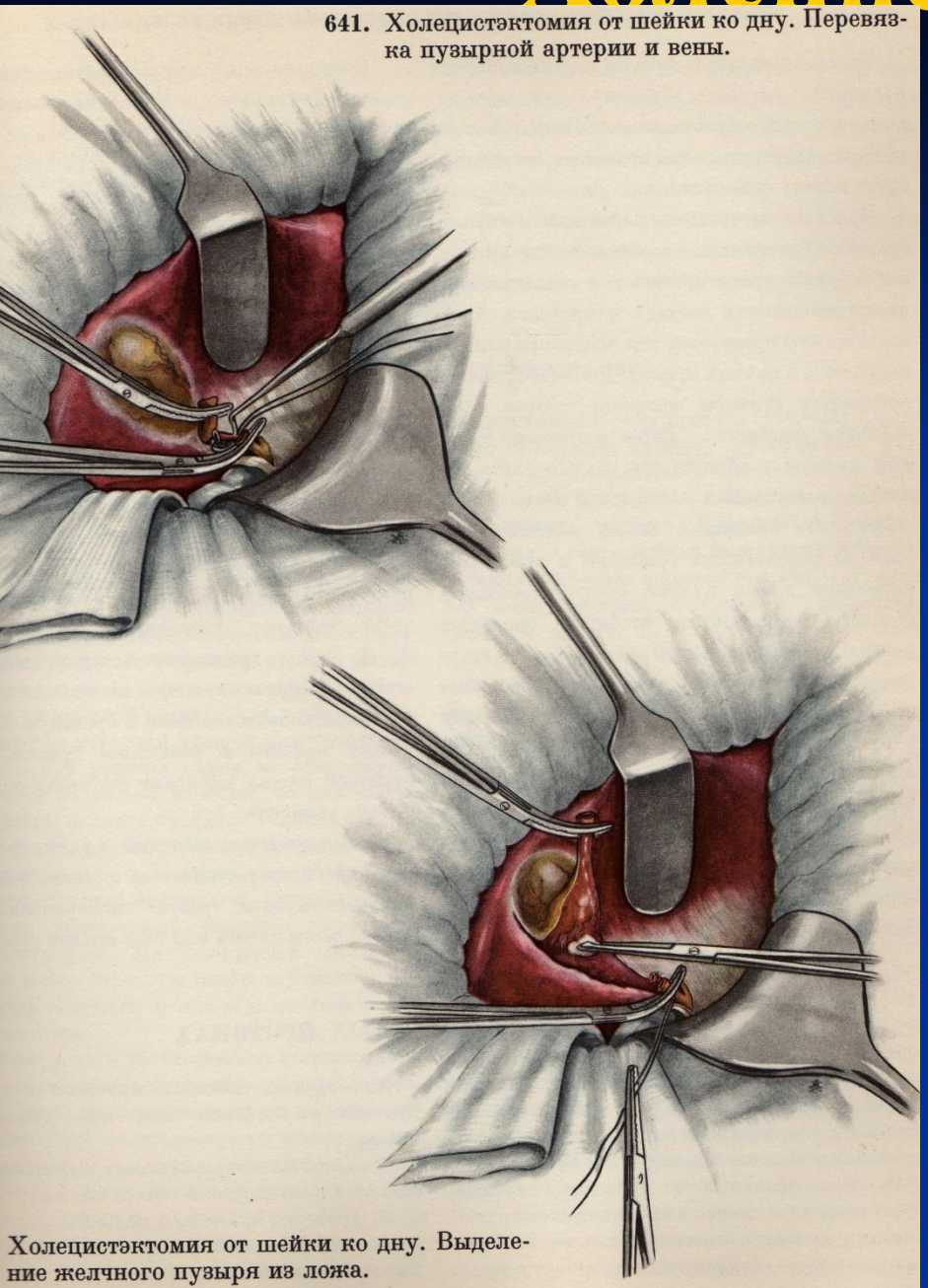
639. Холецистэктомия от дна к шейке. Пересечение пузырного протока.



Холецистэктомия от дна к шейке. Перитонизация ложа желчного пузыря.

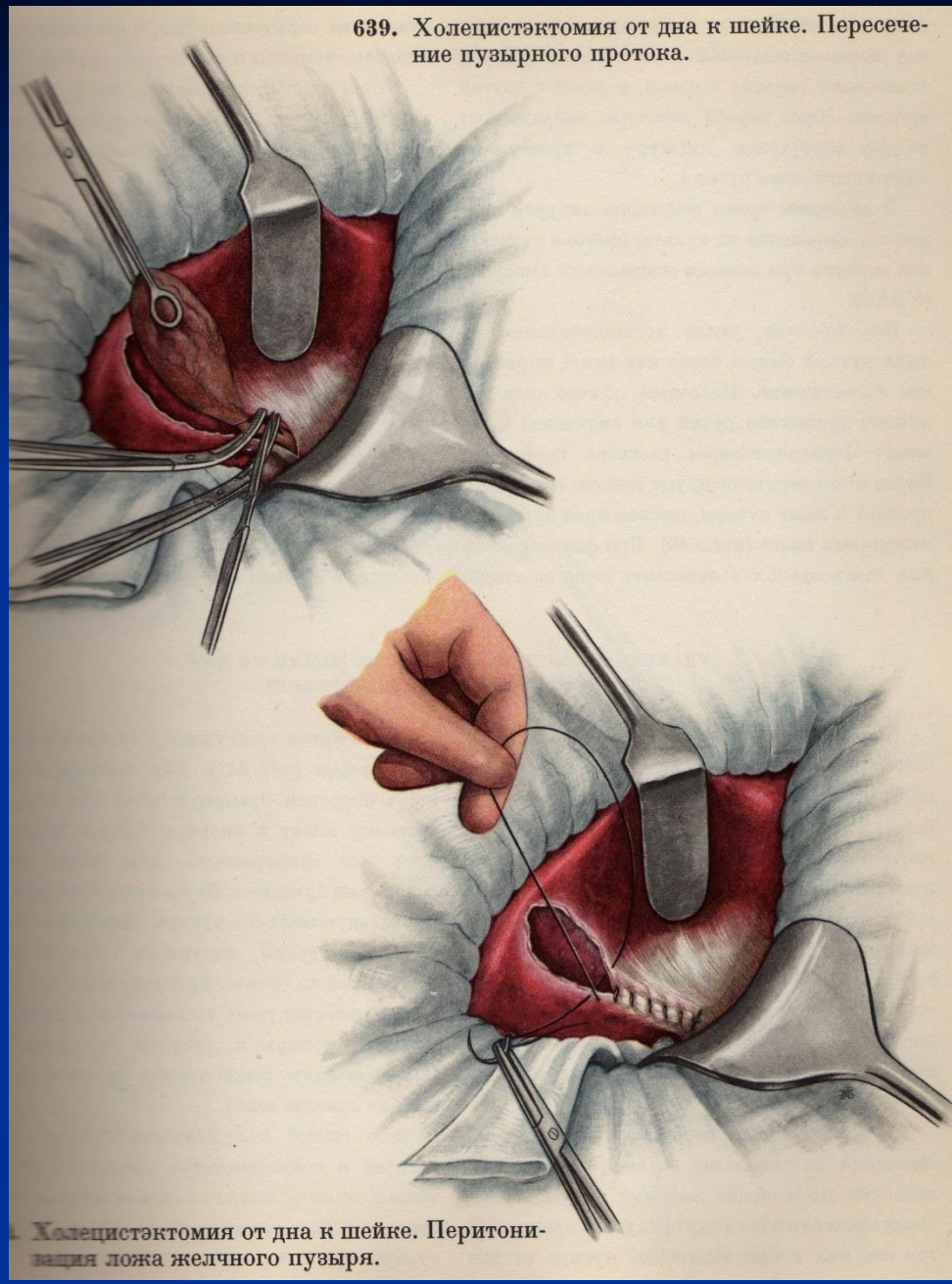
Холецистэктомия

641. Холецистэктомия от шейки ко дну. Перевязка пузырной артерии и вены.



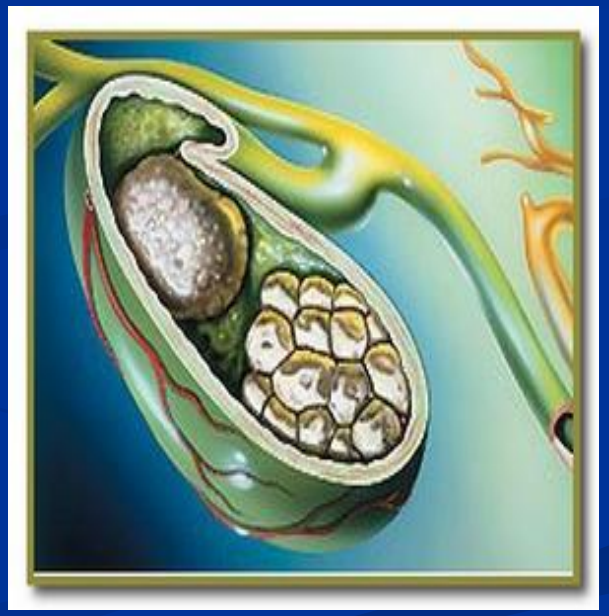
Холецистэктомия от шейки ко дну. Выделение желчного пузыря из ложа.

639. Холецистэктомия от дна к шейке. Пересечение пузырного протока.



Холецистэктомия от дна к шейке. Перитонизация ложа желчного пузыря.

Механическая желтуха является одним из самых частых осложнений калькулезного холецистита. Причины появления желтухи при этом широко распространенном заболевании многообразны, но в большинстве случаев она является следствием органических поражений внутрипеченочных желчных протоков. Обтурационную желтуху при калькулезном холецистите чаще всего вызывают камни желчных протоков, рубцовый стеноз большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСД) и индуративный панкреатит, сдавливающий дистальный отдел общего желчного протока

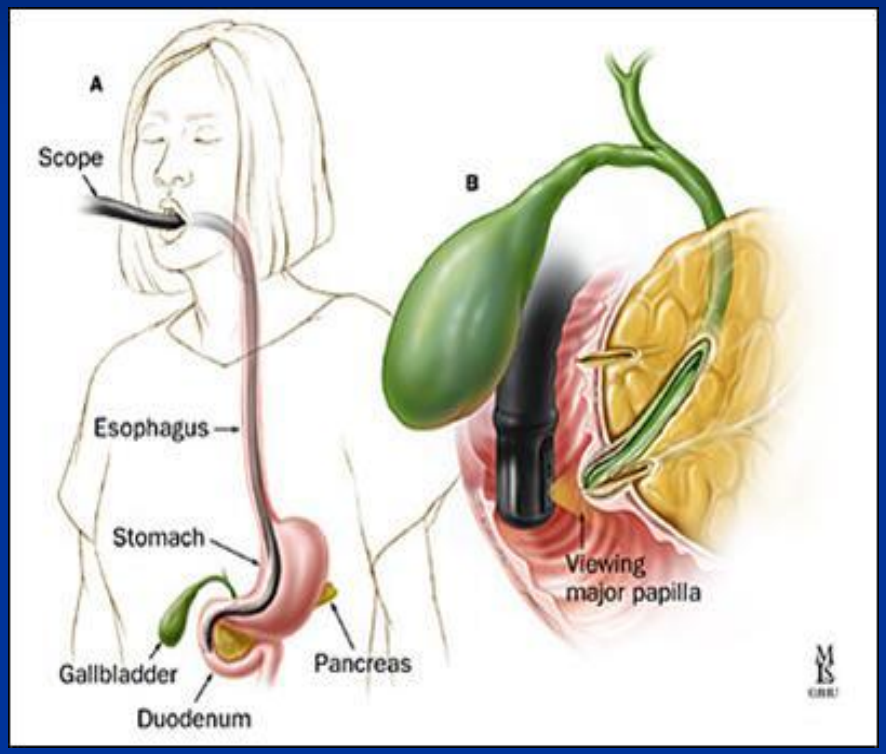


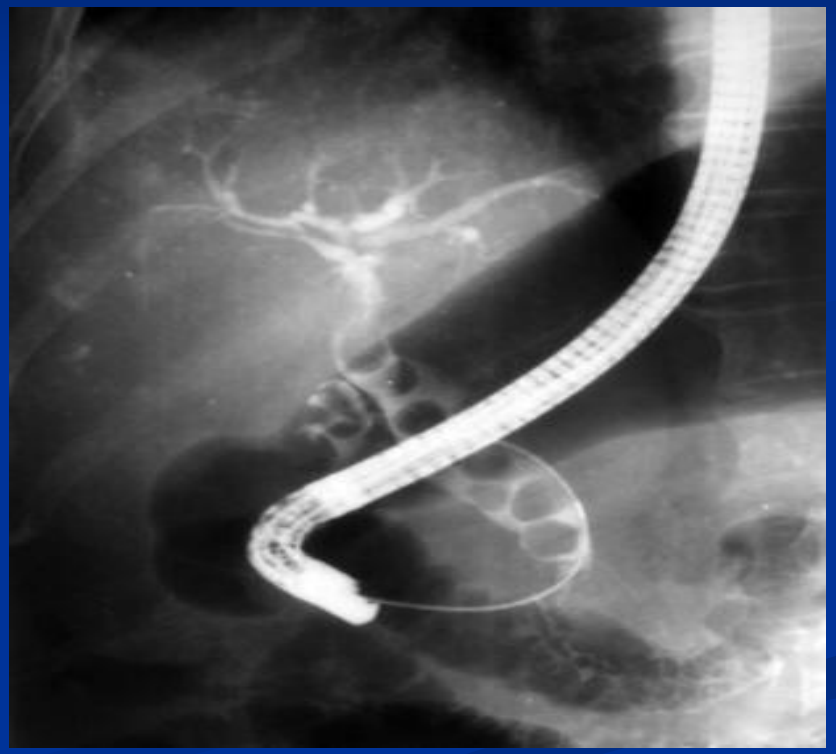
ХОЛАНГИТ

Общее состояние больных обычно тяжелое. Больные апатичны, сонливы, может быть спутанное сознание и дезориентация. Пульс учащается до 100-120 в 1 мин. Живот при пальпации мягкий, болезненный в правом подреберье. Часто печень увеличивается в размерах и край ее становится болезненным. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. При исследовании крови отмечается высокий лейкоцитоз до 18-25•109/л и выше. В биохимическом анализе крови выявляются гипербилирубинемия, повышение активности аминотрансфераз, щелочной фосфатазы и альдолазы. Уменьшается диурез. В клиническом анализе мочи обнаруживают белок и цилиндры.

Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография

Ее нужно производить у каждого больного с подозрением на обтурационную непроходимость желчных протоков





Холангиография путем чрескожной пункции внутрипеченочных желчных протоков

К ЧЧХ прибегают в случаях, когда данные клинико-лабораторных и других методов исследования не позволяют дифференцировать механическую желтуху от паренхиматозной; когда не установлена природа и уровень обтурации внепеченочных желчных протоков, а уточнить характер заболевания методом ЭРХПГ в силу ряда причин не представляется возможным; если у больных с длительной закупоркой желчных протоков имелась выраженная холемическая интоксикация,

Папилосфинкеротомия

Позволяет удалить камни из желчных протоков и установить стент. При этом вмешательстве сфинктер общего желчного протока или протока поджелудочной железы рассекается проволочным электродом, прикрепленным к катетеру.

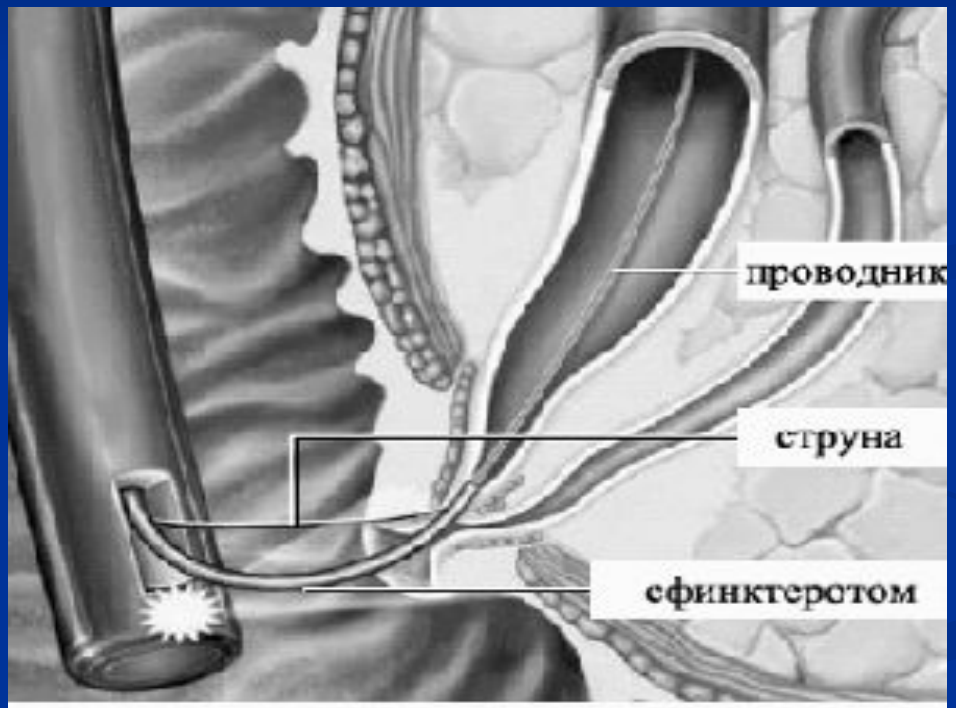
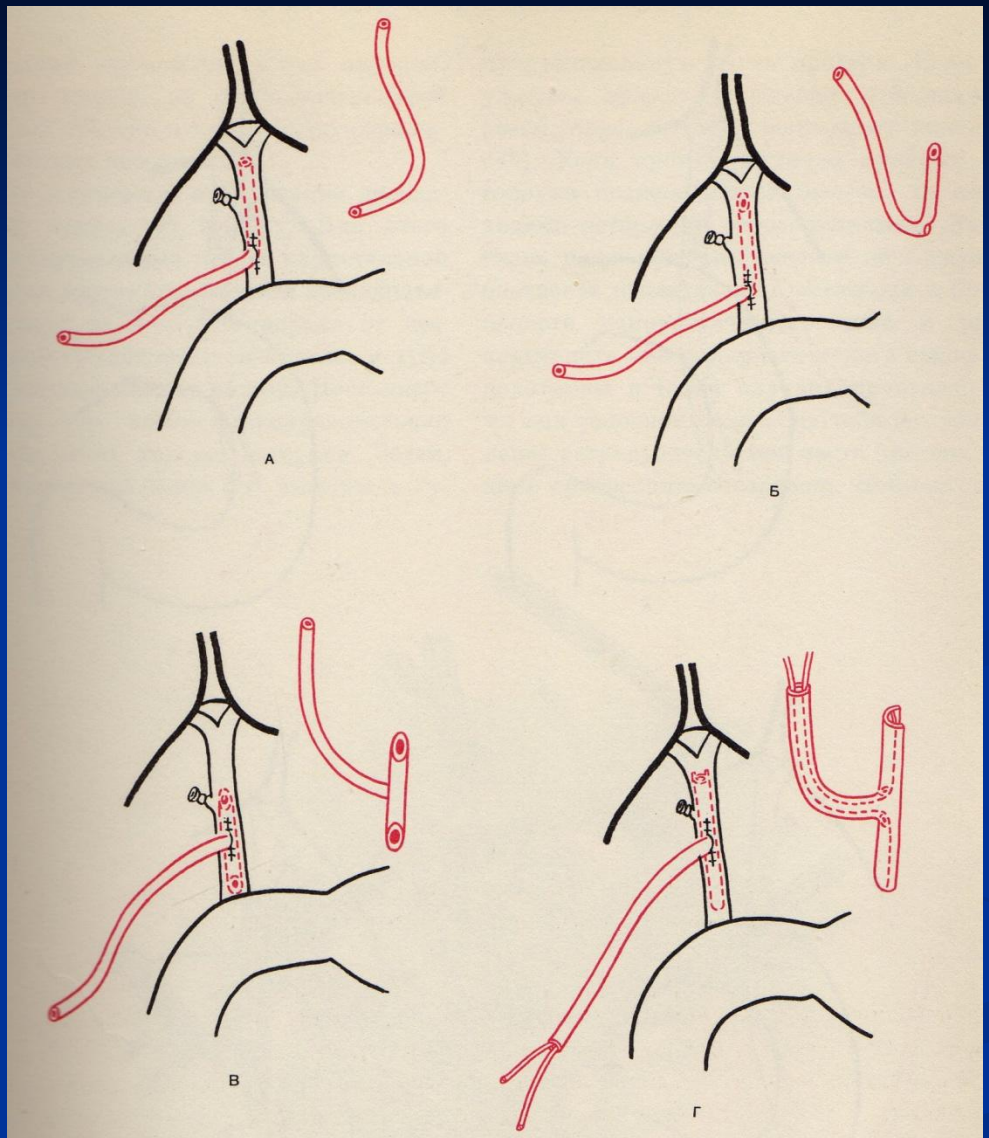


Рис. 2. Схема папиллотомии

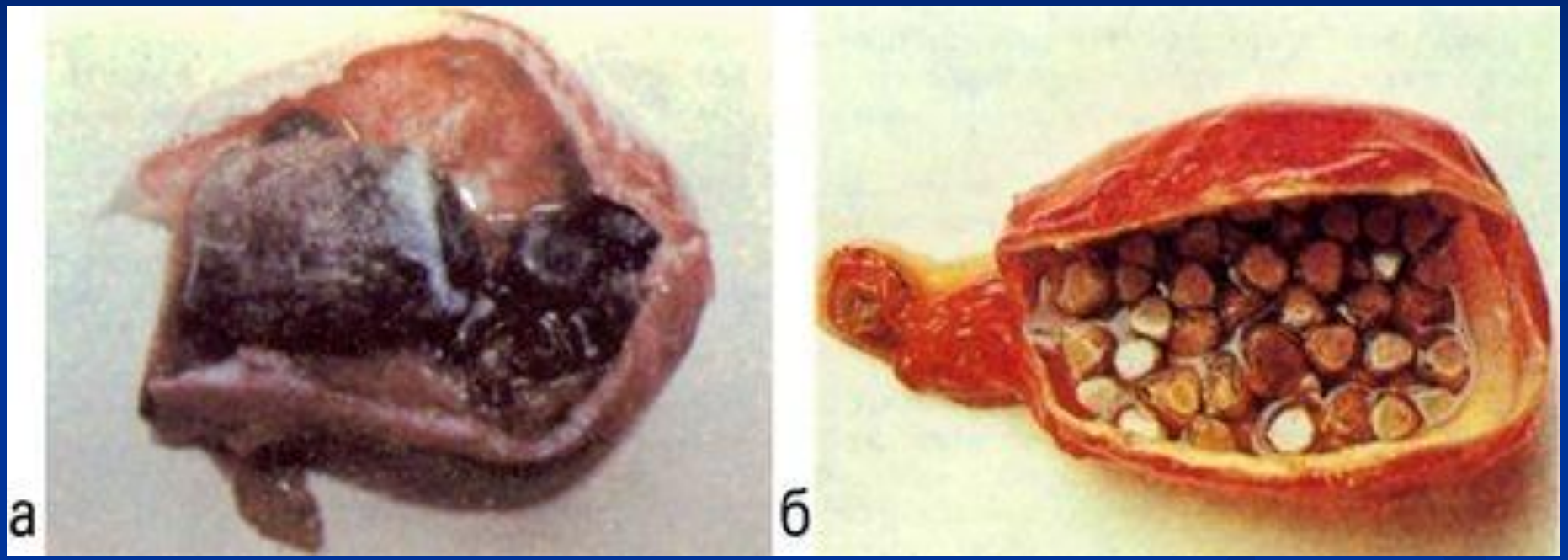
Дренирование общего желчного протока



644. Супрадуоденальная холедохотомия. Дренирование общего желчного протока.

А — по Робсону; *Б* — по А. В. Вишневскому; *В* — по Денверу — Керу; *Г* — по Стерлингу.

Макропрепарат желчного пузыря при ЖКБ



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ !!!