**Министерство образования Российской Федерации**

**Пензенский Государственный Университет**

**Медицинский Институт**

**Кафедра Хирургии**

Зав. кафедрой д.м.н., -------------------

**Доклад**

на тему:

«Холецистит — острое воспаление желчного пузыря»

Выполнила: студентка V курса ----------

----------------

Проверил: к.м.н., доцент -------------

**Пенза**

**2008**

# **План**

Введение

1. Патогенез
2. Клиническая характеристика
3. Течение и исход
4. Осложнения
5. Лечение

Литература

**ВВЕДЕНИЕ**

Холецистит — это острое воспаление желчного пузыря (ЖП), обычно связанное с наличием в нем камней. Женщины заболевают значительно чаще, чем мужчины; в большинстве случаев холецистит возникает в возрасте 30—50 лет, хотя он может наблюдаться и у очень молодых или у престарелых больных. Холецистит характеризуется повторными приступами с относительно слабо выраженной симптоматикой. Заболевание очень широко распространено: в 1985 году в США было произведено около 500 000 холецистэктомий.

Реже встречается холецистит, не связанный с наличием камней; он известен как "острый бескаменный холецистит", возникающий как осложнение ожогов, сепсиса, обширной травмы или какого-либо серьезного заболевания или операции. Эта форма холецистита обычно наблюдается у госпитализированных больных. Диагностика заболевания может быть трудной; в отличие от острого калькулезного холецистита гангрена и перфорация желчного пузыря встречаются относительно часто.

Холецистит является наиболее частой причиной острого панкреатита, возникающего в результате прохождения камня в общий желчный проток и обструкции панкреатического протока и сфинктера Одди.

Проникновение камней в общий желчный проток может также обусловить развитие нисходящего холангита *—* гнойной инфекции желчных протоков, распространяющейся на печень. Это состояние, характеризующееся сильными ознобами, высокой температурой и желтухой (триада Шарко), является неотложным хирургическим состоянием, связанным с высокой смертностью.

И, наконец, холецистит может возникать при образовании камней в результате гемолитического процесса, когда усиленный распад гемоглобина приводит к формированию камней исключительно из желчных пигментов. К подобным состояниям относятся наследственный сфероцитоз, приобретенная гемолитическая анемия и серповидно-клеточная анемия.

**1. ПАТОГЕНЕЗ**

В большинстве случаев острый холецистит связан с обструкцией шейки желчного пузыря или желчного протока камнем. Около 20 млн людей в США имеют камни в желчном пузыре. Частота камнеобразования повышается с возрастом, так что у большинства женщин старше 70 лет, вероятно, имеются камни ЖП. При содержании холестерола, лецитина и желчных солей выше определенных концентраций желчь является либо перенасыщенной жидкостью, либо двухфазной системой жидкой желчи и твердого кристаллического холестерола. При застое желчи, когда кристаллы достигают макроскопических размеров, происходит формирование желчных камней. К. преципитации холестерола предрасполагают стаз желчи, наличие бактерий и рефлюкс панкреатического сока или кишечного содержимого в желчный пузырь.

За обструкцией протока желчного пузыря следует значительное повышение внутрипузырного давления. Если стаз не устраняется, происходит повреждение слизистой оболочки с последующим интрамуральным воспалением. Выраженность этого процесса зависит от продолжительности обструкции. В случае быстрой ликвидации обструкции (например, при спонтанном перемещении камня) боли стихают и воспаление проходит. Повторные эпизоды такого рода являются скорее правилом, нежели исключением, и приводят к хроническому фиброзу стенки желчного пузыря. Фиброз ограничивает растяжимость пузыря, что, вероятно, защищает его от перфорации. (Именно поэтому пальпируемый растянутый желчный пузырь у больного с желтухой обычно служит признаком малигнизационной обструкции желчного протока, а не обструкции камней.) Однако в ряде случаев происходит относительно быстрая некротизация стенки пузыря, что приводит к его перфорации. Наиболее предрасположены к подобному осложнению пожилые больные и диабетики. В случае перфорации прилегающий к стенке желчного пузыря сальник ограничивает субгепатический абсцесс; однако, по сути, имеет место желчный перитонит, который требует немедленного интенсивного лечения.

В некоторых случаях камни проникают в прилегающий орган, чаще всего в двенадцатиперстную или толстую кишку. В случае проникновения большого камня в двенадцатиперстную кишку может возникнуть кишечная непроходимость, поскольку такие камни редко проходят через илеоцекальную перегородку. Камни, проникающие в толстую кишку, обычно выходят незамеченными с калом, однако у этих больных сохраняется выраженный холецистит.

Эмпиема желчного пузыря представляет позднюю стадию холецистита, когда имеют место бактериальная инвазия в стенку желчного пузыря и связанное с этим значительное нагноение. Эмфизематозный холецистит является редкой формой заболевания, при которой происходит инфицирование продуцирующими газ бактериями — E.coli, Clostridium perfringens или анаэробным стрептококком (или комбинацией этих микроорганизмов).

Благодаря усовершенствованию диагностических методов в последнее время холецистит обнаруживается у более молодых женщин (часто моложе 20 лет), однако без образования камней. При исследовании удаленных желчных пузырейобнаруживается хронический холестероз, представляющий раннюю стадию калькулезного холецистита. Подобное состояние называют прекалькулезным холециститомв отличие от акалькулезного холецистита,который наблюдается как осложнение основного заболевания или травмы и, вероятно, имеет иную этиологию.

**2. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА**

Начало болезни обычно острое. Первым симптомом холецистита является боль в животе; на самой ранней стадии больные испытывают скорее чувство дискомфорта в эпигастрии. Иногда бывает рвота. При пальпации определяется выраженная болезненность и различной степени напряжение мышц в правом подреберье. Прощупать увеличенный напряжённый резко болезненный желчный пузырь удаётся далеко не всегда. Как правило, желчно-пузырные симптомы резко положительны. Обструкция протока пузыря вызывает диффузную висцеральную боль, без четкой локализации, которая ощущается по срединной линии живота и связана с повышенным беспокойством. Первые симптомы появляются обычно в ночное время.

Возникшее в результате обструкции повышение внутрипузырного давления приводит к воспалению стенки желчного пузыря и стимуляции окончаний соматических нервов; боль становится постоянной, интенсивной и локализуется в правом верхнем квадранте живота. Она усиливается при кашле и глубоком дыхании. При прямой пальпации отмечается болезненность, как и при любом движении воспаленной брюшины. Определение боли подобного характера в сочетании с данными о предыдущих менее тяжелых эпизодах является вполне достаточным для предварительного клинического диагноза холецистита.

Другие важные анамнестические данные — наследственная предрасположенность к камнеобразованию и непереносимость определенных видов пищи, часто жирной. Тошнота является характерным признаком острого холецистита. Рвота бывает не всегда; несмотря на теоретическое предположение, что обструкция протока блокирует ток желчи, рвотные массы, как правило, окрашены желчью и имеют горький вкус. При бескаменном холецистите желтуха обычно отсутствует; при ее наличии ситуация становится ургентной ввиду возможности возникновения нисходящего холангита.

В большинстве случаев отмечается умеренное повышение температуры (38,3—38,8 °С), а также слабовыраженная тахикардия. Может присутствовать тахипноэ с поверхностным дыханием. Язык сухой. Нередко клинически и рентгенологически выявляются ателектазы в нижней доле правого лёгкого (признак Боткина). Для точного определения локальной болезненности больного просят сделать медленный и глубокий вдох; при этом постепенно усиливается давление на брюшную стенку ниже края реберной дуги по среднеключичной линии. На высоте вдоха, когда печень и желчный пузырь опускаются до уровня нижнего края реберной дуги, усиление давления руки врача вызывает боль, обусловленную прямым давлением на воспаленный ЖП. У некоторых больных возможна пальпация болезненной объемной массы — сальника, прилегающего к желчному пузырю. Напряжение брюшной стенки бывает слабым или отсутствует; кишечная перистальтика сохраняется вплоть до развития перитонита.

Как правило, наблюдается небольшой лейкоцитоз со сдвигом формулы влево. Результатом холецистита может быть некоторое повышение билирубина и щелочной фосфатазы, однако выраженный подъем их уровня обычно свидетельствует о наличии камня в общем желчном протоке. В случае значительного увеличения сывороточной амилазы может быть поставлен диагноз панкреатита (на основании присутствия камней в общем протоке).

Обзорный снимок органов брюшной полости малоинформативен, за исключением случаев наличия рентгенонегативных камней в желчном пузыре или воздуха в желчных путях вследствие пузырно-кишечной фистулы. При классическом эмфизематозном холецистите желчный пузырь либо наполнен воздухом, либо имеет четкий уровень воздух — жидкость. Локальная непроходимость в правом верхнем квадранте живота является следствием расширения кишечных петель, прилегающих к воспаленному желчному пузырю.

Ультрасонография становится первым методом диагностики благодаря легкости ее выполнения и высокой точности, как при выявлении камней, так и при определении толщины стенки желчного пузыря (толщина в 5 мм или более свидетельствует о наличии холецистита). Кроме того, ультразвуковое исследование позволяет выявить камни в общем желчном протоке, а также дилатацию этого протока. И, наконец, она позволяет идентифицировать перихолецистический абсцесс, обусловленный ограниченной (прикрытой) перфорацией желчного пузыря.

При неэффективности ультразвукового исследования в выявлении камней и определении толщины стенки желчного пузыря возможно проведение сцинтиграфии (HIDA, PIPIDA). Изотопы обычно накапливаются в печени и экскретируются с желчью; общий желчный проток легко определяется по току радиоактивной желчи. При отсутствии прохождения изотопов в желчном пузыре предполагается обструкция пузырного протока, что свидетельствует в пользу холецистита.

Хотя возможно также проведение КТ-сканирования, этот метод редко имеет какие-либо преимущества перед ультразвуковым исследованием при диагностике холецистита. Эндоскопическая ретроградная холангиография в таких случаях показана нечасто, но она может оказаться полезной для быстрой декомпрессии при нисходящем холангите (хотя это пока не доказано).

**3. ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД**

Течение и исход болезни определяются, прежде всего, морфологическими изменениями в желчном пузыре. Катаральная форма острого холецистита при современной антибактериальной терапии обычно заканчивается клиническим выздоровлением: в течение 2-7 дней боли стихают, нормализуется температура тела, исчезают местная болезненность и желчно-пузырные симптомы. Однако возможен переход в деструктивную форму. При флегмонозной форме острого холецистита даже при своевременно начатой антибактериальной терапии, иногда патологический процесс прогрессирует – воспаление распространяется на париетальную брюшину, что клинически проявляется симптомами её раздражения (чёткая локальная болезненность, напряжение мышц передней брюшной стенки, симптом Щёткина-Блюмберга), нарастают признаки интоксикации. При операции в этих случаях может быть обнаружена эмпиемы желчного пузыря. При гангренозном холецистите течение болезни неуклонно прогрессирующее, антибактериальная терапия недостаточно эффективна, довольно быстро развиваются осложнения, если не произведена операция.

Следует иметь ввиду некоторые особенности течения острого холецистита. У стариков и резко ослабленных больных клиническая картина острого холецистита, даже флегмонозного и гангренозного, может быть недостаточно выраженной, в частности температура может быть невысокой, симптомы раздражения брюшины – слабо выраженными, хотя проявления интоксикации бывают налицо. При тяжелых общих инфекциях гематогенные формы острого холецистита не всегда имеют ясно очерченную клиническую картину. У детей описывается выраженная интоксикация (заболевание у детей встречается очень редко).

**4. ОСЛОЖНЕНИЯ**

Наиболее грозным осложнением острого холецистита является перфорация желчного пузыря с развитием перитонита. В тех случаях, когда в брюшную полость изливается желчь, возникает так называемый желчный перитонит с очень бурным течением с самого начала, вероятно, в результате обширного повреждения брюшины хилатами, массивного инфицирования и токсико-септического шока. При перфорации желчного пузыря в ограниченной спайками полости развивается местный перитонит.

При остром холецистите могут появиться сращения между желчным пузырём и другими органами – перихолецистит с деформацией пузыря. В результате сращения с полыми органами и перфорации пузыря образуются свищи, чаще всего пузырно-кишечные; возможно развитие восходящего холангита, абсцессов печени и поддиафрамального абсцесса. Подавление инфекции при продолжающейся закупорке желчного протока приводит к водянке желчного пузыря. Нередко при остром холецистите наблюдается острый панкреатит, обычно в виде отёчной формы (отсюда распространённый термин холецисто-панкреатит). Присоединение панкреатита изменяет клиническую картину болезни. Современное исследование мочи и крови на амилазу позволяет во многих случаях диагностировать эту патологию. Сочетание острого холецистита с сахарным диабетом далеко не всегда свидетельствует об остром холецистопанкреатите.

У лиц старше 40-50 лет при остром холецистите может возникнуть стенокардия и инфаркт миокарда.

**5. ЛЕЧЕНИЕ**

Больные с острым холециститом подлежат госпитализации в хирургическое отделение. Абсолютными показаниями к хирургическому лечению являются подозрение на перфорацию, гангрену или флегмону желчного пузыря, явные признаки раздражения брюшины и тяжёлая интоксикация. Показания к операции расширяются при отсутствии улучшения от антибактериальной терапии в течение 2-3 суток и при присоединении панкреатита. В начале болезни обычно проводят консервативное лечение до исчезновения признаклв острого воспалительного процесса; вопрос о необходимости терапии решается вне обострения холецистита. Назначают антибиотики широкого спектра действия (тетрациклинового ряда, левомицетин, канамицин, ампицилин, рифам пицин), а также комбинированные препарататы – олететрин, сигмамицин, олеморфоциклин парентерально в достаточно высокой суточной дозе: тетрациклина гидрохлорид – до 2 г., морфоциклин – до 0,3 г., гликоциклин – до 1 г., левомицетина сукцинат натрия – до 4 г., канамицин 2 г., ампицилин 2 г., олететрин (тетраолеан, сигмамицин) – до 2 г., олеморфоциклин – до 0,75 г., рифампицин – до 1 г. применяют также спазмолитики и новокаиновые блокады. В первые дни обычно назначают голод, а также холод на правое подреберье.

При подтвержденном диагнозе холецистита показана холецистэктомия; однако сроки проведения операции остаются спорными. Некоторые врачи предпочитают консервативное лечение — назогастральное отсасывание, внутривенное введение жидкостей и парентеральную антибиотикотерапию. При стихании обострения больной выписывается с плановым назначением операции через 6 недель. Другие же указывают на большое количество обострений или персистирование холецистита в течение 6 недель (как и на стоимость повторной госпитализации) и рекомендуют проведение холецистэктомии в острый период холецистита сразу же по завершении адекватного обследования. В группу риска входят пожилые больные и диабетики; отмечается значительная смертность больных с острым акалькулезным холециститом, осложненным основным заболеванием или травмой. В таких случаях показана холецистостомия, проводимая под местной анестезией (ей отдается предпочтение перед холецистэктомией).

Прогноз при своевременном оперативном лечении обычно благоприятный. Он хуже у пожилых – при наличии сопутствующих заболеваний. Лучшие результаты бывают при операциях выполненных вне обострения.

Профилактика включает в себя оперативное лечение холелитиаза и устранение нарушений оттока желчи по общему желчному протоку.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. «Неотложная медицинская помощь», под ред. Дж. Э. Тинтиналли, Рл. Кроума, Э. Руиза, Перевод с английского д-ра мед. наук В.И.Кандрора, д. м. н. М.В.Неверовой, д-ра мед. наук А.В.Сучкова, к. м. н. А.В.Низового, Ю.Л.Амченкова; под ред. Д.м.н. В.Т. Ивашкина, Д.М.Н. П.Г. Брюсова; Москва «Медицина» 2001
2. Внутренние болезни Елисеев, 1999 год