

# Острый холецистит



Кафедра факультетской хирургии

# Актуальность

- В настоящее время операции по поводу острого холецистита стали наиболее частыми в ургентной хирургии. Количество осложненных форм холелитиаза достигает 35%. Большинство больных – люди пожилого и старческого возраста, имеющие различные сопутствующие заболевания.
- Летальность – 2,5%.

# Современная история хирургического лечения холецистита

- Насчитывает 120 лет с момента, когда в 1882 г. Лангебух выполнил первую холецистэктомию. До сих пор его фраза: «Желчный пузырь должен быть удален не потому, что он содержит камни, а потому, что он их продуцирует» считается догмой и основным методом лечения калькулезного холецистита остается хирургический. Консервативные способы можно рассматривать как вспомогательные и сугубо паллиативные.

# Определение

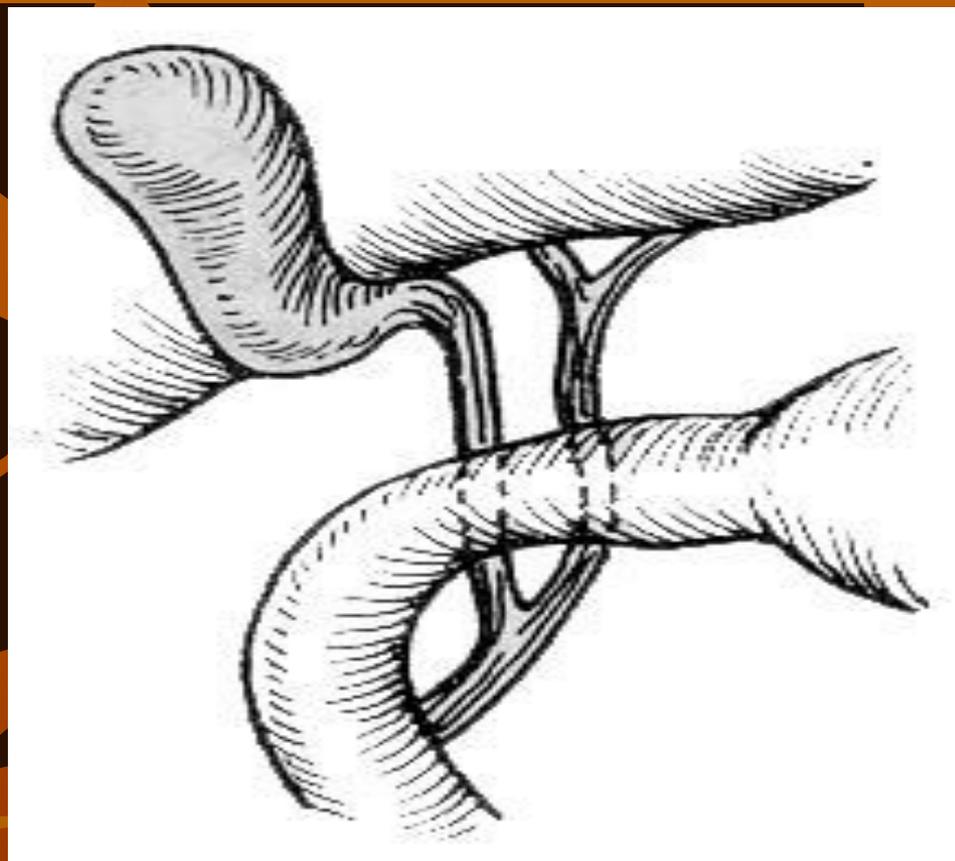
**Острый холецистит следует рассматривать как клиническую ситуацию, когда у больного впервые в жизни или страдающего хроническим (в абсолютном большинстве калькулезным) холециститом возникает характерный приступ.**



Желчный пузырь является резервуаром, в котором накапливается желчь. Он расположен в ямке желчного пузыря на висцеральной поверхности печени, имеет грушевидную форму.

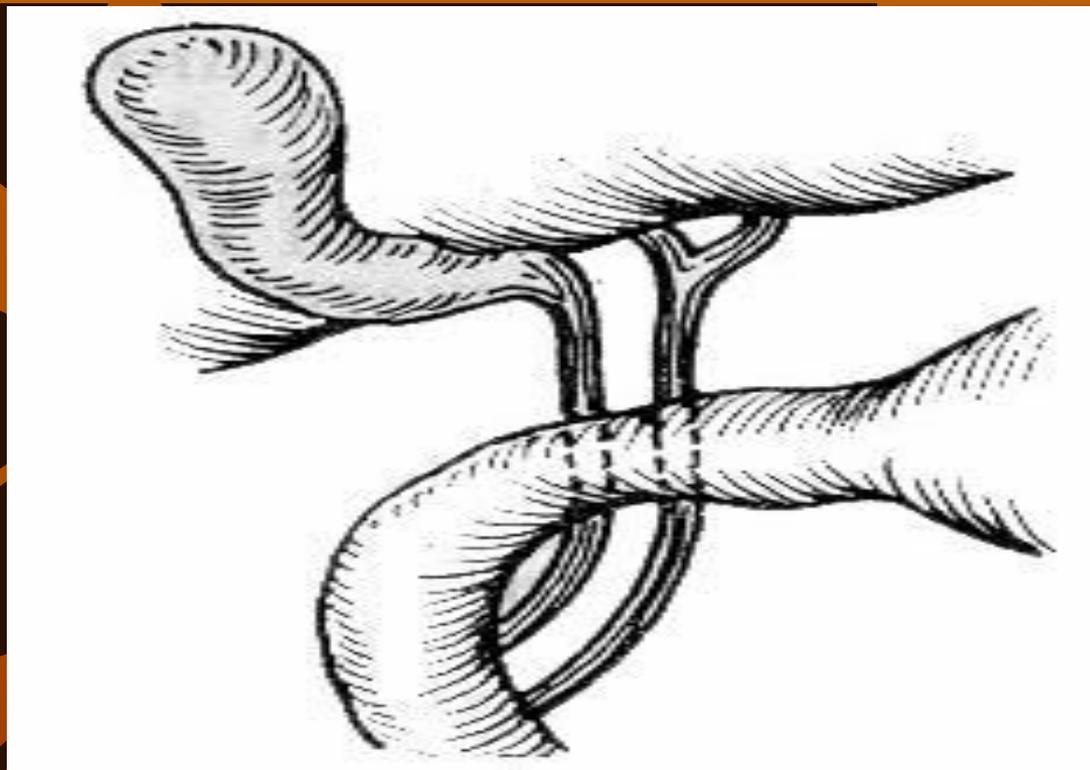


Его слепой расширенный конец – дно желчного пузыря, выходит из под нижнего края печени на уровне соединения VIII и IX правых реберных хрящей, что соответствует месту пересечения правого края прямой мышцы живота с правой реберной дугой. Более узкий конец пузыря, направленный к воротам печени, получил название шейки желчного пузыря. Между дном и шейкой располагается тело желчного пузыря. Шейка пузыря продолжается в пузырный проток, сливающийся с общим печеночным протоком.

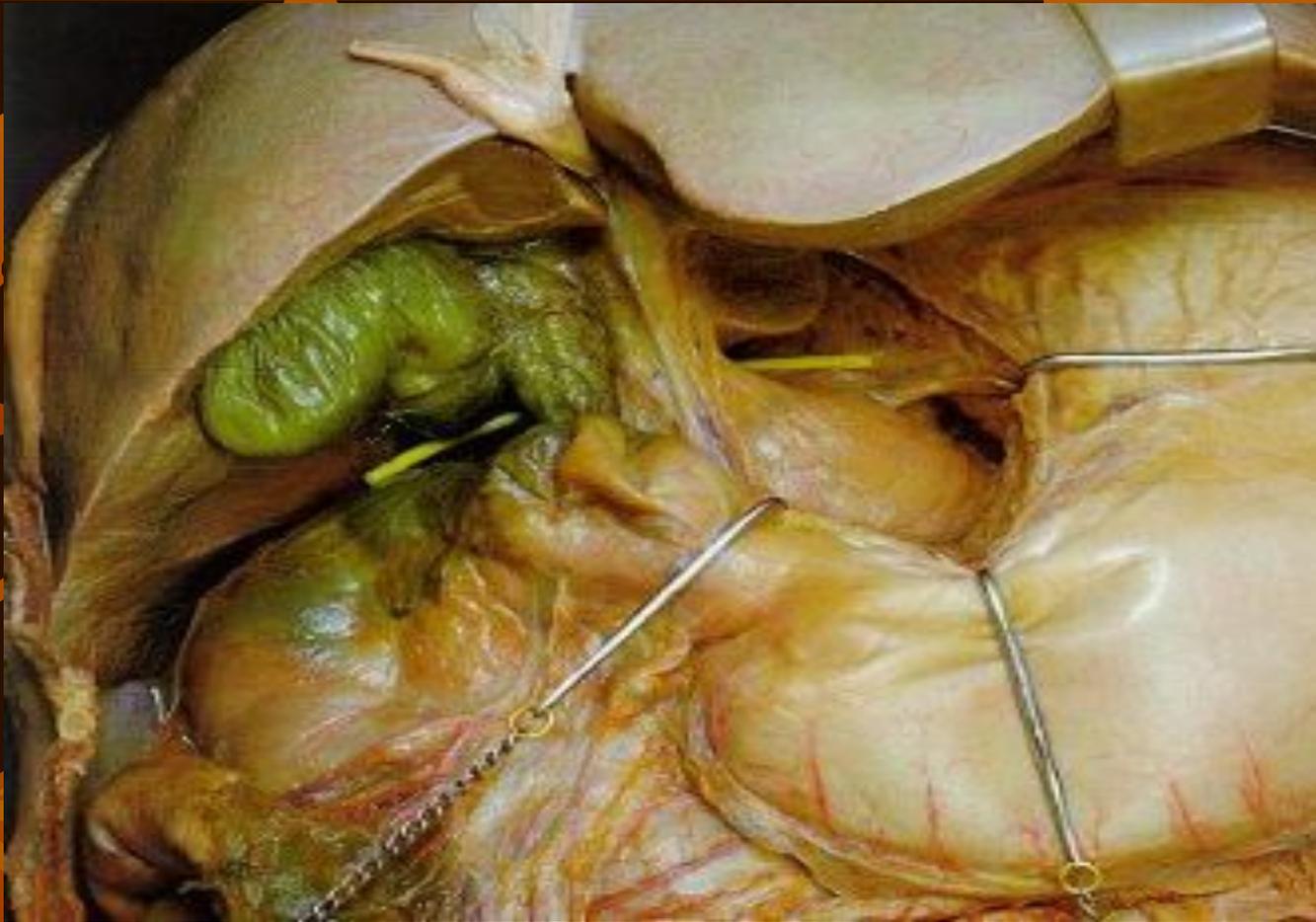


Среди анатомических аномалий пузырного протока наиболее часто встречаются следующие:

1) пузырный проток впадает в печеночный позади двенадцатиперстной кишки (около 20% случаев);



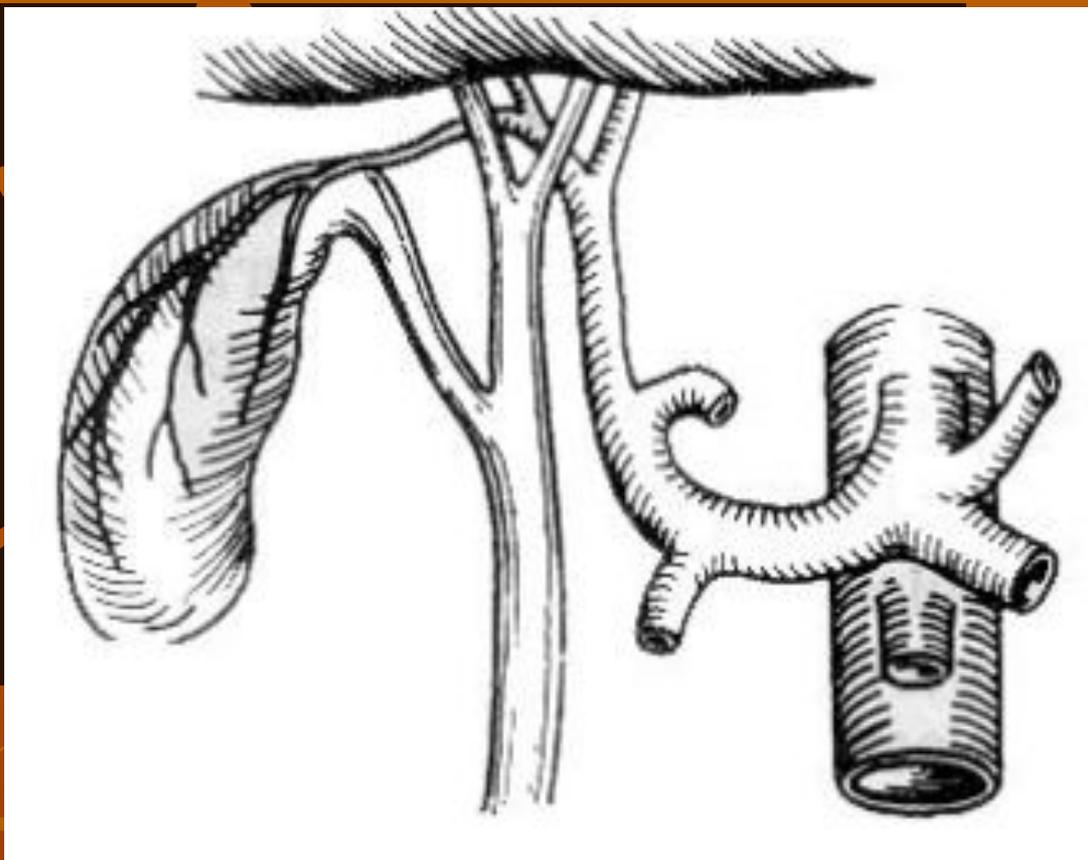
- 2) пузырный проток самостоятельно впадает в двенадцатиперстную кишку;
- 3) пузырный проток впадает в печеночный проток с левой стороны, пересекая его спереди или сзади (около 15% случаев);
- 4) пузырный проток впадает в правый или левый печеночный проток;
- 5) пузырный проток отсутствует, ампула желчного пузыря без границ переходит в общий желчный проток.



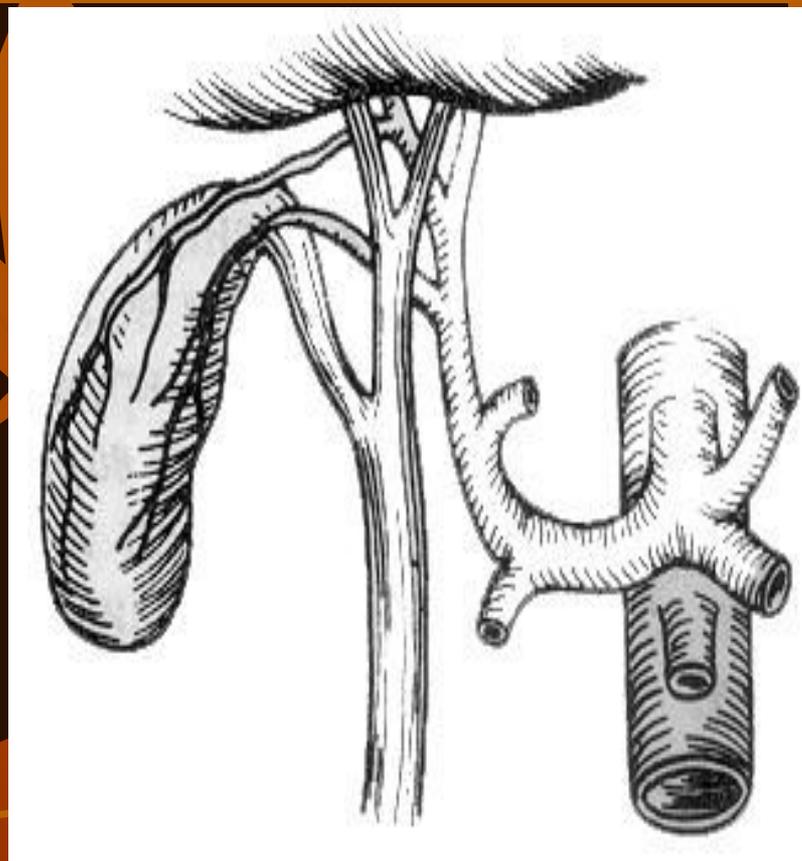
- Объем желчного пузыря – от 30 до 50 мл,
- длина его 8–12 см, а ширина 4–5 см.



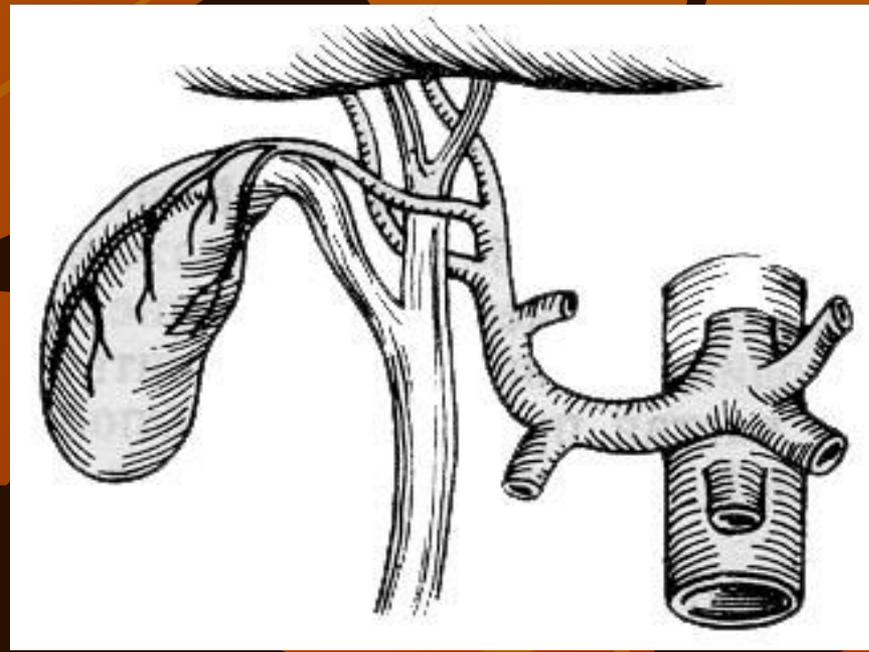
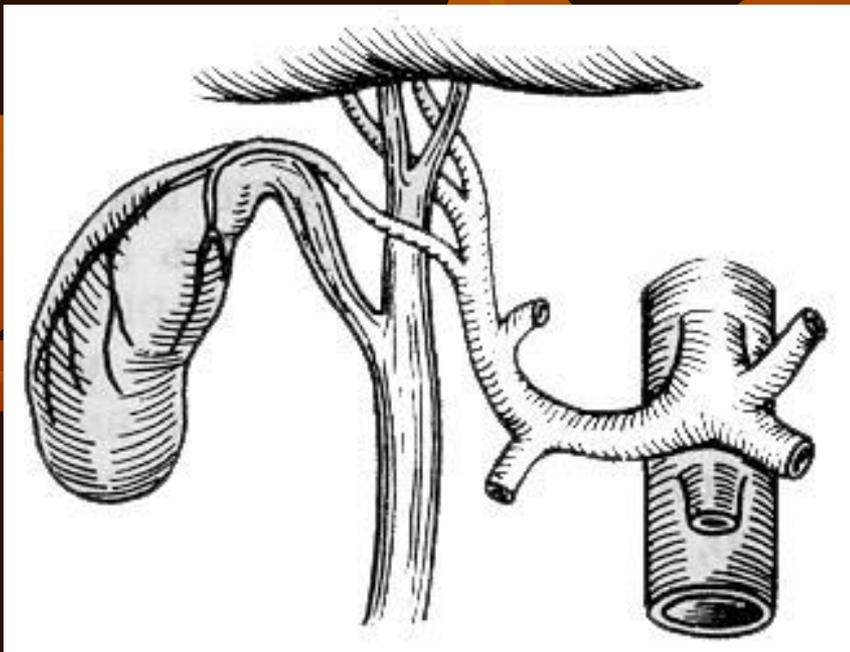
Свободная поверхность желчного пузыря покрыта брюшиной, переходящей на него с поверхности печени, и образует серозную оболочку желчного пузыря. В тех местах, где серозная оболочка отсутствует, наружная оболочка желчного пузыря представлена адвентицией. Шейка пузыря перекручена таким образом, что ее слизистая формирует спиральную складку. В выстилке пузыря протока имеются сходные полулунные складки.



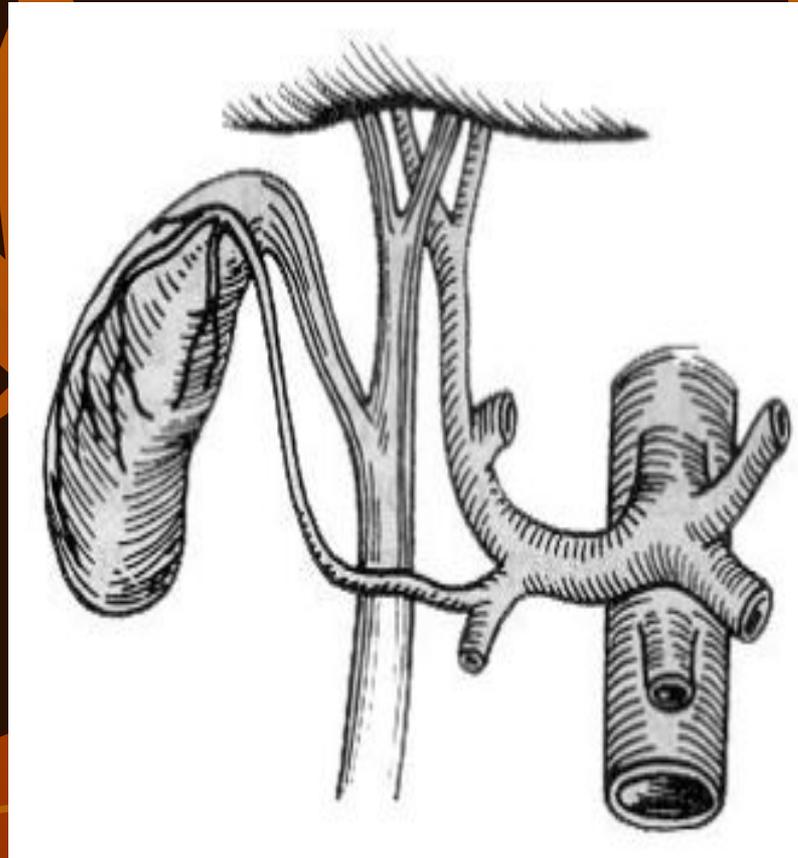
- К желчному пузырю подходит пузырная артерия (из собственной печеночной артерии). Вариантами артериального кровоснабжения желчного пузыря являются следующие:



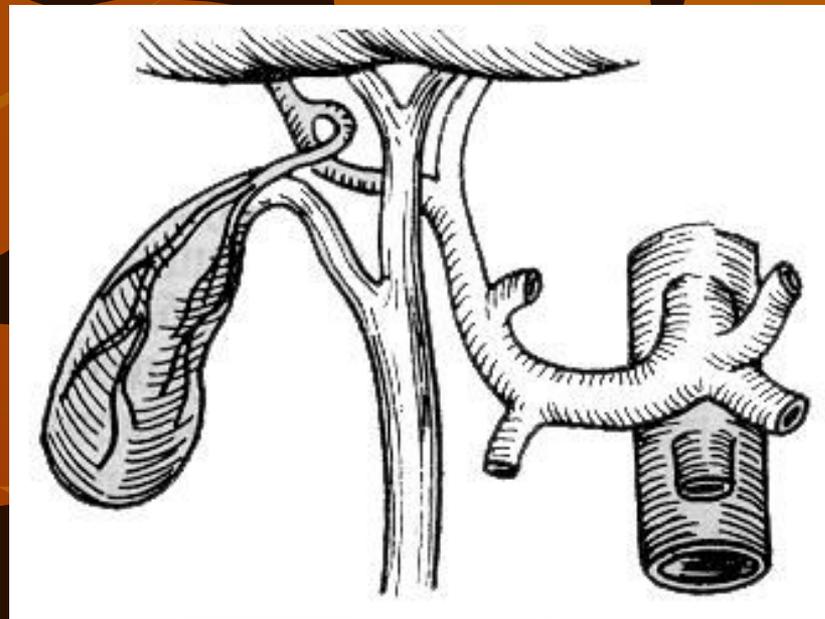
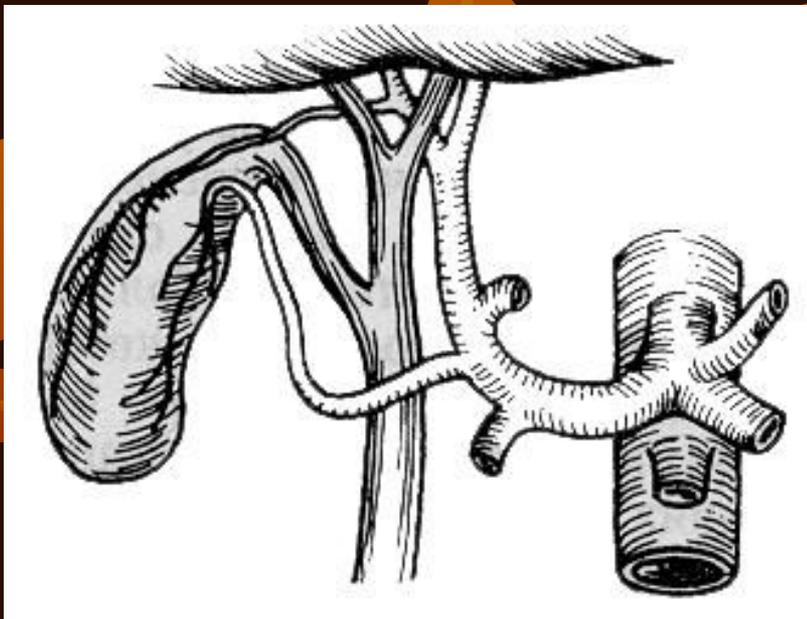
- 1) от правой печеночной артерии отходят две пузырных артерии (около 25% случаев);



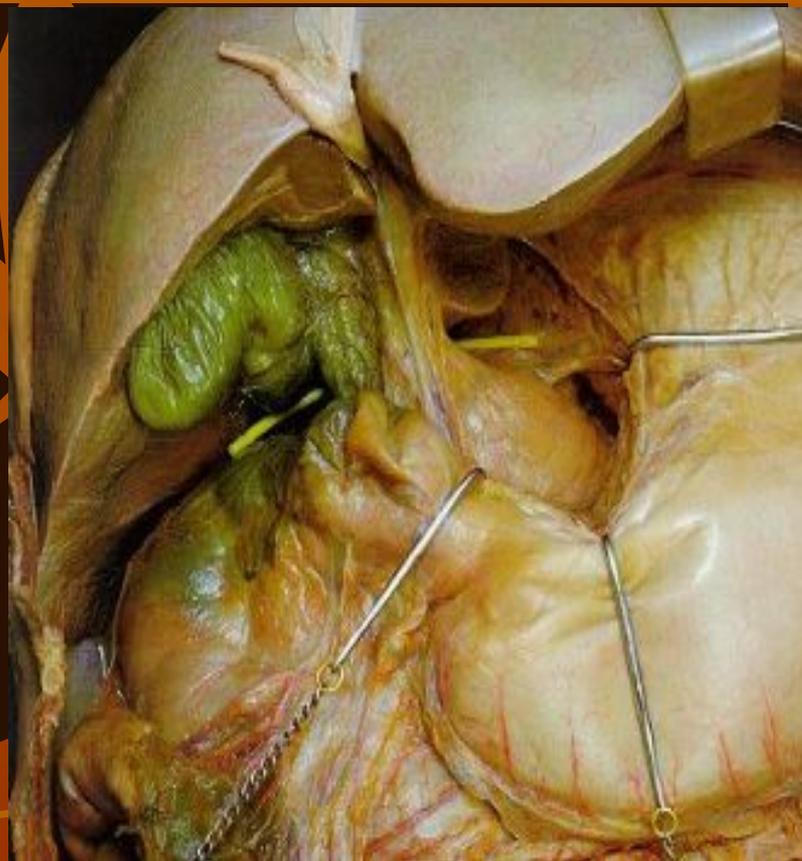
- 2) пузырная артерия отходит от общей печеночной артерии и пересекает желчный проток не сзади, а спереди;
- 3) пузырная артерия отходит от левой печеночной артерии и пересекает желчный проток спереди;



- 4) пузырная артерия отходит от желудочно-двенадцатиперстной артерии и пересекает общий желчный проток спереди;



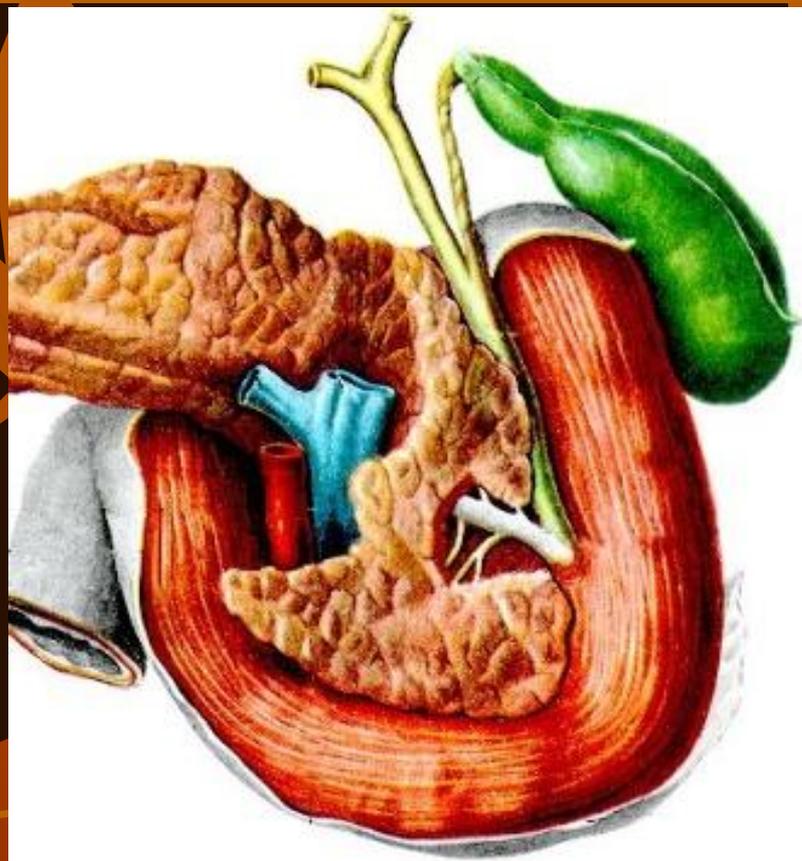
- 5) одна пузырная артерия отходит от правой печеночной артерии и пересекает общий желчный проток сзади, другая пузырная артерии отходит от ствола печеночной артерии, пересекает общий желчный проток спереди;
- 6) пузырная артерия отходит от левой стороны правой печеночной артерии, образуя петлю.



- Венозная кровь оттекает по одноименной вене в воротную вену. Иннервация осуществляется ветвями блуждающих нервов и симпатическими нервами из печеночного сплетения.
- Общий желчный проток располагается между листками печечно-двенадцатиперстной связки, справа от общей печеночной артерии и перед воротной веной.



Проток идет вниз позади верхней части двенадцатиперстной кишки, а затем между ее нисходящей частью и головкой поджелудочной железы, прободает медиальную стенку нисходящей части двенадцатиперстной кишки и открывается на верхушке большого сосочка двенадцатиперстной кишки, предварительно соединившись с протоком поджелудочной железы.



После слияния этих протоков образуется расширение – печечно-поджелудочная ампула, имеющая в своем устье сфинктер печечно-поджелудочной ампулы, или сфинктер ампулы. Перед слиянием с протоком поджелудочной железы общий желчный проток в своей стенке имеет сфинктер общего желчного протока, перекрывающий поступление желчи из печени и желчного пузыря в просвет двенадцатиперстной кишки.

# Этиопатогенез

Застой желчи

Инфекция

# Застой желчи

Обтурация камнем шейки желчного пузыря или пузырного протока

Повышение внутрипузырного давления, растяжение желчного пузыря

Сдавление сосудов и нарушение микроциркуляции в стенке

Эндогенная инфекция желчного пузыря становится вирулентной

Воспаление, экссудация в просвет ЖП, возрастание гипертензии и прогрессирование повреждения пузырной стенки

# Инфицирование желчного пузыря

Гематогенны  
й

Лимфогенны  
й

Энтерогенны  
й

## Микрофлора:

Грамотрицательные бактерии (кишечная палочка, клебсиелла, псевдомонады);  
Грамположительные бактерии (бактероиды и анаэробные кокки).

# Классификация

Клинико-морфологические формы  
холецистита:

- **Катаральный;**
- **Флегмонозный;**
- **Гангренозный.**

# Классификация

Осложнения:

- Перфорация;
- Разлитой перитонит;
- Перипузырный инфильтрат и абсцесс;
- Гнойный холангит;
- Механическая желтуха;
- Желчные свищи (наружные и внутренние).

# Патоморфология острого катарального холецистита

- Гиперемия и отек желчного пузыря;
- Серозный экссудат в просвете желчного пузыря;
- Микроскопически – лейкоцитарная инфильтрация слизистого и подслизистого слоя;
- Скопление макрофагов и серозное пропитывание.

# Патоморфология острого флегмонозного холецистита

- Резкая гиперемия, кровоизлияние, отек тканей и напряжение желчного пузыря;
- Фибринозный налет, очаговые кровоизлияния и некроз;
- В полости – гной или гнойно-геморрагический экссудат;
- Микроскопически – лейкоцитарная инфильтрация всех слоев стенки.

# Патоморфология острого гангренозного холецистита

- Очаги некроза охватывают все слои стенки желчного пузыря, грязно-зеленоватого или грязно-серого цвета
- В просвете – гной.

# Клиническая картина

- Боль – в правом подреберье, эпигастрии, с иррадиацией в правую надключичную область, плечо или лопатку;
- Тошнота, рвота не приносящая облегчения;
- Повышение температуры тела и озноб.

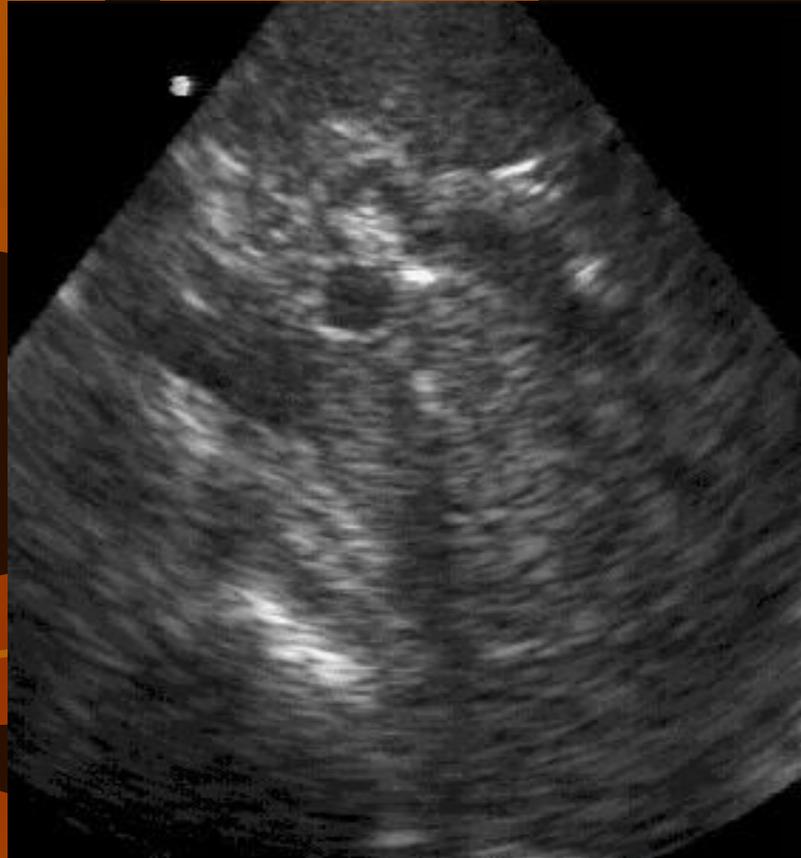
# Специфические симптомы

- **Ортнера** – болезненность при поколачивании правой реберной дуги ребром кисти;
- **Мерфи** – непроизвольная задержка дыхания на вдохе при пальпации правого подреберья;

# Специфические симптомы

- **Кера** – боль на высоте вдоха во время пальпации правого подреберья;
- **Мюсси – Георгиевского** (френикус-симптом) – болезненность при надавливании пальцем между ножками правой грудино-ключично-сосцевидной мышцы;
- **Щеткина – Блюмберга** – симптом раздражения брюшины.

# Диагностика



## 1. Ультрасонография

кафедра факультетской хирургии  
МИ ЯГУ

# Типичные УЗ-признаки при остром холецистите

- Увеличение размеров желчного пузыря (более 10 см в длину и 4 см в ширину);
- Утолщение стенок;
- Наличие в просвете гиперэхогенной взвеси и фиксированных в шейке конкрементов;
- Признаки острых перивезикальных изменений (в печени и окружающих тканях);
- Надежным симптомом деструкции считают, удвоение контуров пузырной стенки, ее утолщение – частота гангренозных холециститов при этом достигает 38%.

# Типичные УЗ-признаки при остром холецистите

- Плохим прогностическим признаком при динамической ультрасонографии является прогрессирование этих симптомов и появление нечеткости контуров стенки желчного пузыря. При этом во время операции обнаруживается отек и инфильтрация стенки желчного пузыря, а при гангренозном холецистите – отслойка слизистой. Считается, что при толщине стенки 6 мм имеет место деструктивная форма холецистита.

# Диагностика

## 2. Компьютерная томография



# Диагностика

3. Среди методов контрастирования билиарного тракта доминирующими являются:  
эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография



# Диагностика

4. При проведении ядерно-магнитной томографии с контрастированием билиарного тракта конкременты в общем желчном протоке выглядят как типичные дефекты наполнения, создавая неоднородность изображения протока



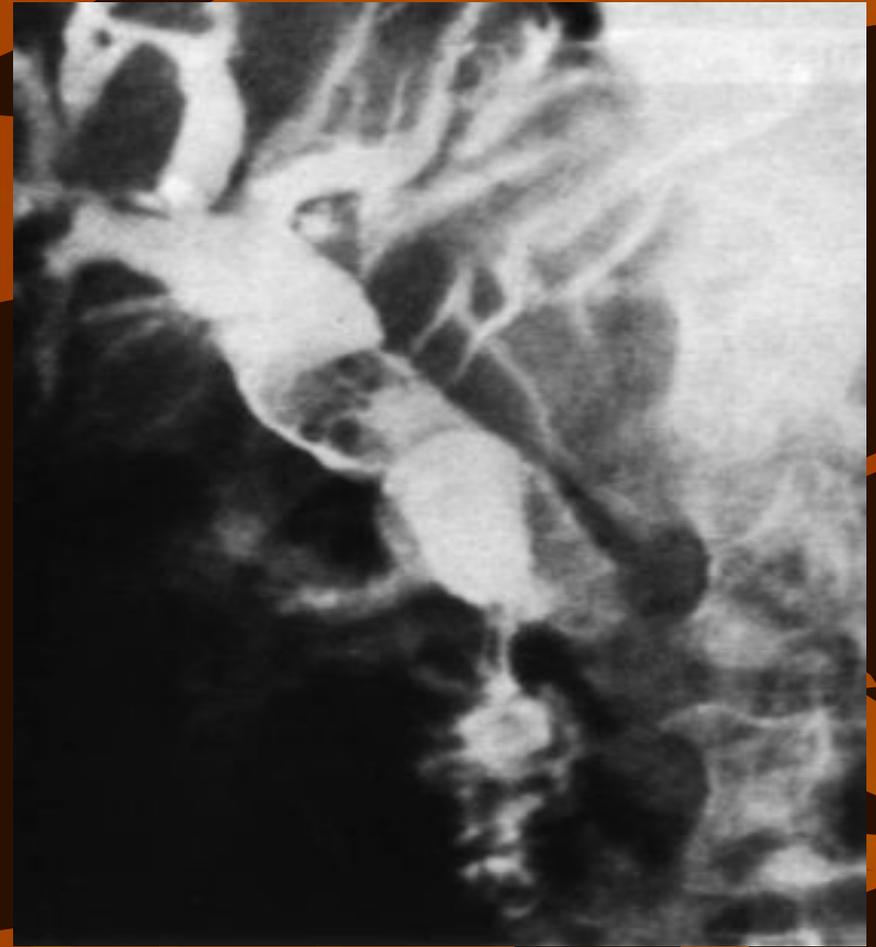
# Диагностика

5. Сопутствующий холангит при ультрасонографии часто проявляется повышением эхоплотности стенок протока, их значительным утолщением, снижением четкости внутреннего контура стенок, его неровностью.



# Диагностика

Характерным холангиографическим признаком холангита считается нечеткость контуров достаточно крупных конкрементов вследствие окружения их замазкоподобным содержимым протока.



**Острый холецистит, возникший на  
основе внезапной обтурации  
пузырного протока, является  
основой всех деструктивных форм  
и осложнений.**

**Процесс может развиваться в трех  
направлениях:**

# Деблокирование пузыря

- Блокада пузыря возникает в абсолютном большинстве случаев вследствие закупорки Гартмановского кармана или пузырного протока конкрементом. Спонтанно или под влиянием консервативной терапии камень может отойти в дистальном направлении к телу или к дну пузыря либо провалиться в общий желчный проток. Пузырь освобождается от содержимого, явления желчной гипертензии в пузыре исчезают, больному становится легче.

# Водянка желчного пузыря

- При маловирулентной инфекции или ее отсутствии, при сохраненной способности стенки пузыря к дальнейшему растяжению исходом острого приступа может стать водянка желчного пузыря. Такой исход приступа возникает сравнительно редко (менее 5% случаев). Стихание острых явлений патоморфологически сопровождается исчезновением воспалительных явлений в стенке пузыря. Пузырь четко пальпируется в правом подреберье, боль и перифокальная реакция стихают.

# Деструктивный холецистит

- Если консервативное лечение не имеет успеха, деблокирования не произошло, а в выключенном желчном пузыре развивается инфекционный процесс (что проявляется повышением температуры тела, ростом лейкоцитоза, появлением симптомов раздражения брюшины), то это означает начало деструктивного (флегмонозного, гангренозного) холецистита с резким и опасным повышением давления. Процесс в этих случаях становится неуправляемым и диктует принятие самых неотложных мер.

# Тактика лечения острого холецистита

ТАКТИКА



# Современные принципы лечения

## ЖКБ

- Наличие камней в желчном пузыре и желчных протоках требует незамедлительного оперативного лечения.
- Нехирургические методы лечения ЖКБ имеют ограниченные показания, высокую частоту рецидива и нуждаются в дальнейшем совершенствовании.

# Методы радикального лечения

- «Классическая» холецистэктомия
- Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ)  
(А.С. Балалыкин, А.Е. Борисов, Ю.И. Галингер,  
А.А. Гуляев, А.М. Шулутко)
- Холецистэктомия из минидоступа по М.И.  
Прудкову (МХЭ)

**Традиционная холецистэктомия (ТХЭ)** представляет собой отработанную, максимально безопасную в плане повреждения внепеченочных желчных путей, эффективную операцию при всех вариантах ЖКБ, и она остается стандартом для сравнения эффективности новых методов хирургического лечения. Переход от операций малых доступов к ТХЭ не является осложнением. Результаты ТХЭ в большей степени зависят от опытности и мануальных данных хирурга и в меньшей степени от технической оснащенности лечебного учреждения.

# Традиционная холецистэктомия

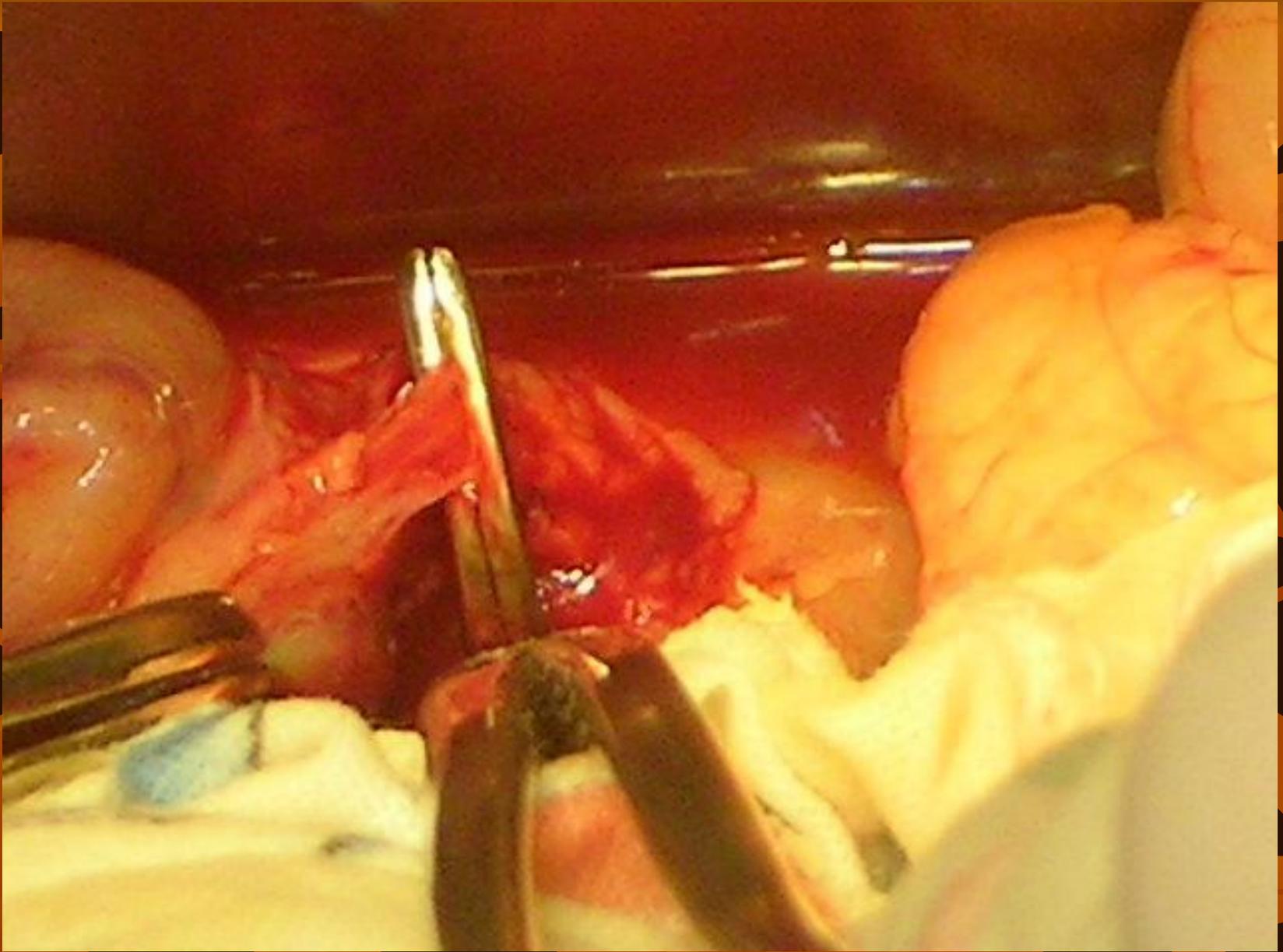
- Показания: любые формы ЖКБ, требующие оперативного лечения.
- Доступы: верхняя срединная лапаротомия, косопоперечные и косые подреберные разрезы Кохера, Федорова и т.д. Они обеспечивают широкий доступ к желчному пузырю, внепеченочным желчным путям, печени, поджелудочной железе, ДПК. Возможен осмотр и пальпация всех органов брюшной полости и забрюшинного пространства.



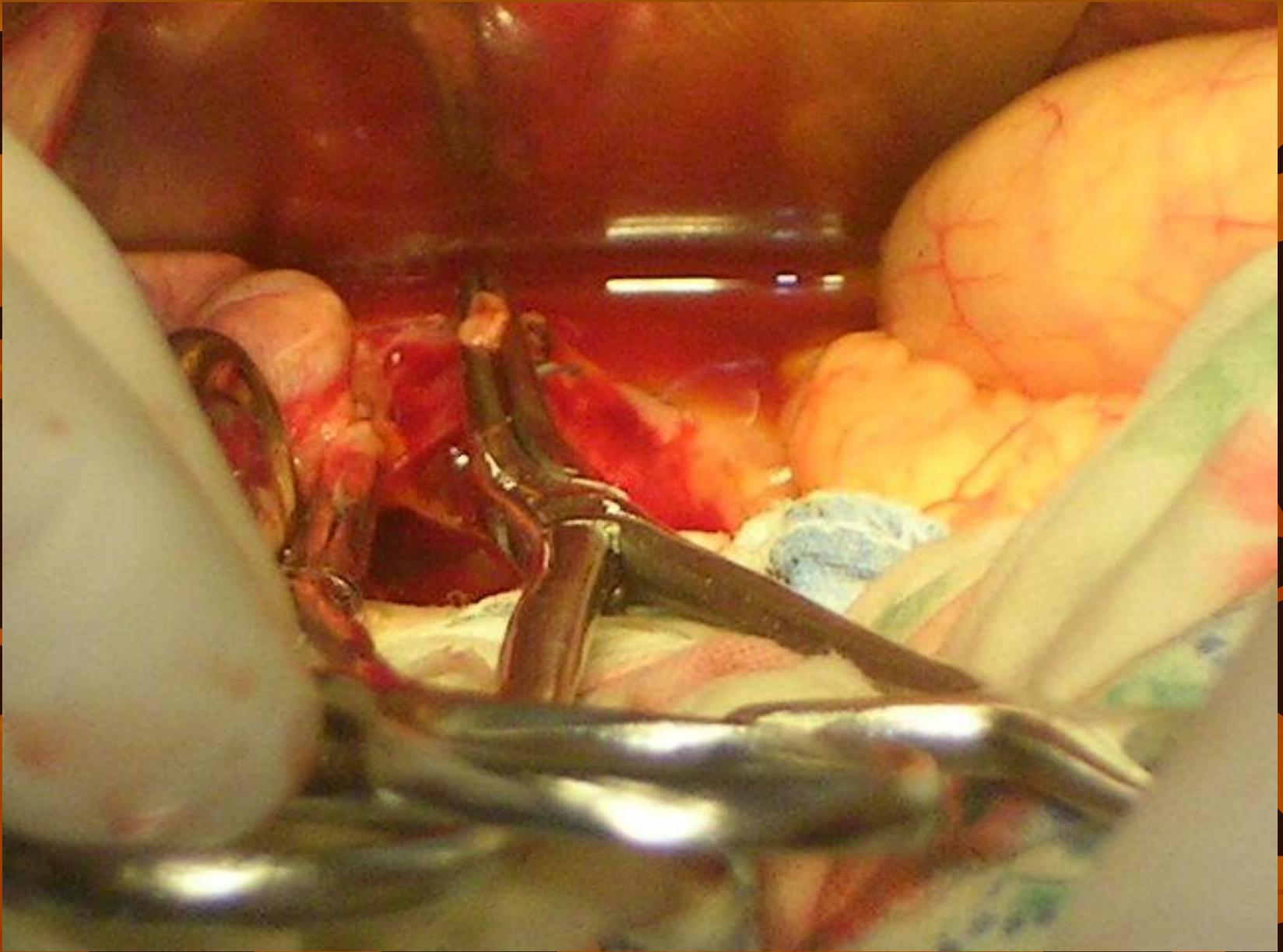
кафедра факультетской хирургии  
МИ ЯГУ



кафедра факультетской хирургии  
МИ ЯГУ



кафедра факультетской хирургии  
МИ ЯГУ



кафедра факультетской хирургии  
МИ ЯГУ

**Операции малых доступов**  
(видеолапароскопическая холецистэктомия и  
«открытая лапароскопическая»  
холецистэктомия из мини-доступа)  
являются **ОПЕРАЦИЯМИ ВЫБОРА** для  
большинства больных ЖКБ. Результаты  
этих операций в значительной степени  
зависят от опытности и мануальных данных  
хирурга и от технической оснащенности  
лечебного учреждения.

# Основные положения хирургии малых доступов

- Хирургия малых доступов (ХМД) – понятие более широкое, чем лапароскопическая хирургия, и подразумевает получение информации о месте приложения лечебного воздействия любым способом – рентгенологически, с помощью УЗИ или КТ, через мини-доступ, видеоэндоскопически и т.д.
- В результате пациенту оказывается хирургическое пособие, вызывающее минимальные болевые ощущения, дающее возможность быстрого восстановления активности и трудоспособности, требующее кратковременного пребывания в стационаре. ХМД характеризуется широкими показаниями, мультидисциплинарным подходом, ведущей ролью специальных навыков и специфическим оборудованием. ХМД подходит не только для клинически простых ситуаций, но и для лечения тяжелых форм заболевания у лиц пожилого и старческого возраста.

# Видеолапароскопическая холецистэктомия

Показания к видеолапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) не отличаются от лапаротомной, ибо задача этих операций одна и та же – удаление желчного пузыря. Вместе с тем применение ЛХЭ имеет ряд ограничений.

## Показания:

- хронический кулькулезный холецистит,
- холестероз желчного пузыря, полипоз желчного пузыря,
- асимптоматический холецистолитиаз,
- острый холецистит (до 48 ч от начала заболевания),
- хронический бескаменный холецистит.

## Технические особенности манипуляций в условиях спаечных и инфильтративных изменений

- Основным ориентиром является край печени.
- Напряженный желчный пузырь следует обязательно пунктировать и эвакуировать содержимое. При освобождении участка стенки пузыря дальнейшее выделение необходимо производить строго по серозному покрову.
- Кровотечения из прилежащих тканей нужно немедленно остановить, поскольку в дальнейшем поиск его источника затруднителен.

## Технические особенности манипуляций в условиях спаечных и инфильтративных изменений

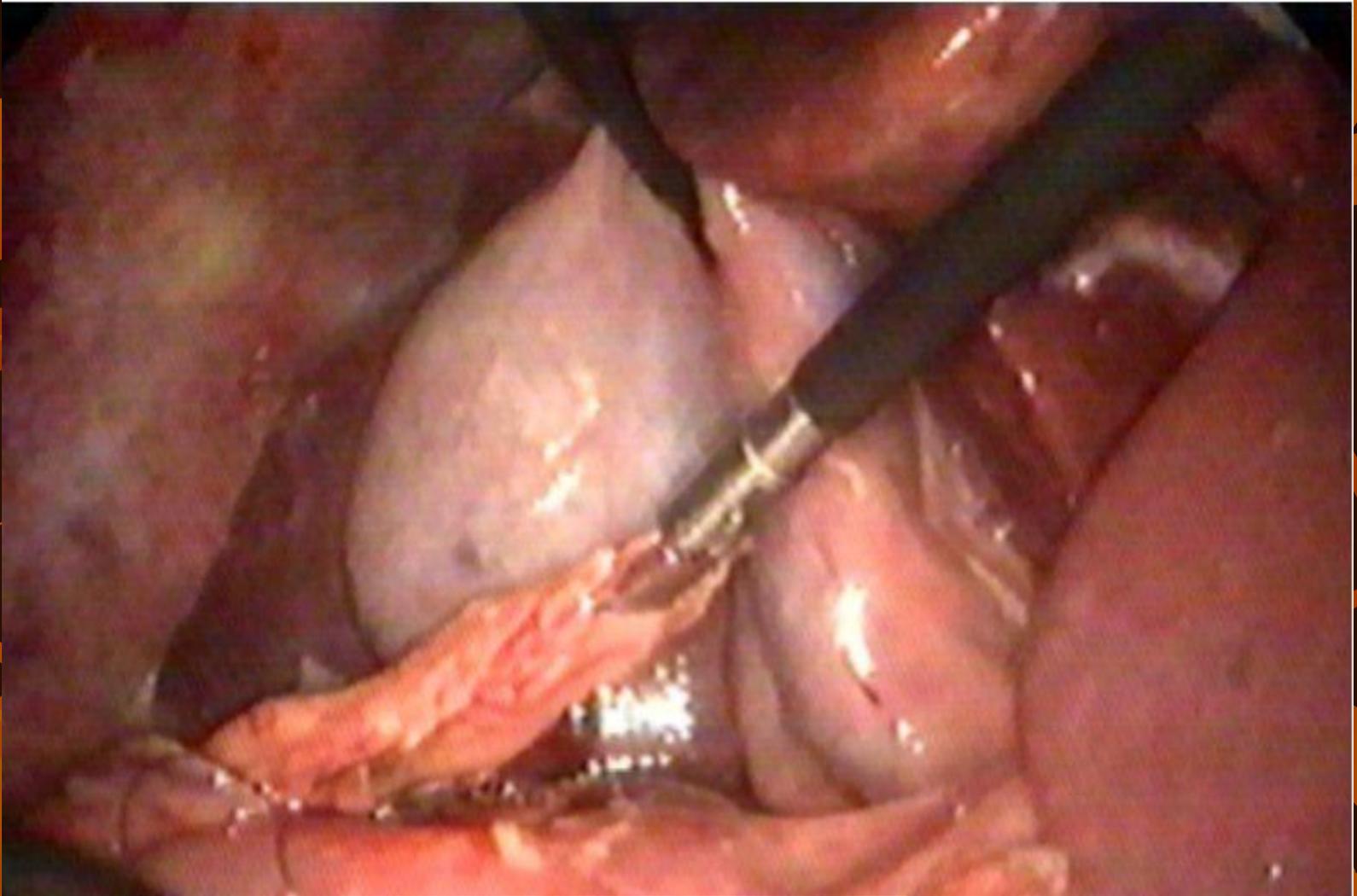
- Электрокоагуляция тканей допустима лишь на удалении от полых органов.
- При выделении пузырного протока убеждаемся, что последний выходит из желчного пузыря и впадает в холедох.
- Острая препаровка и коагуляция в области шейки и гепатодуоденальной связки не допустимы. Целесообразно использовать для этой цели трубку отсоса.
- При клипировании и пересечении пузырной артерии необходимо помнить о существовании ее дополнительных ветвей.

## Технические особенности манипуляций в условиях спаечных и инфильтративных изменений

- После выделения желчного пузыря необходима тщательная ревизия его ложа с целью гемостаза и идентификации добавочного желчного протока квадратной доли печени и расширенных ходов Lushca. Их следует клипировать во избежании желчеистечения в послеоперационном периоде.
- При значительных трудностях хирург должен помнить, что выполнение эндоскопической операции не самоцель и вовремя перейти на лапаротомию.

# Условия для отказа от ИОХГ

- Диаметр протока не превышает по данным УЗИ 6 мм.
- Отсутствие в анамнезе приступов холецистита с желтухой.
- Крупные конкременты в желчном пузыре.
- Отключенный желчный пузырь.



кафедра факультетской хирургии  
МИ ЯГУ

# Будущее гепатобилиарной хирургии

- Совершенствование мастерства эндохирургов и появление новой аппаратуры, которая позволит оперировать бескровно и не травматично, в том числе при патологии протоков.
- Возможность виртуальной хирургии позволит прогнозировать малейшие детали хирургического вмешательства.
- Возможности методики литотрипсии поднимутся на качественно новый уровень и в сочетании с пероральными или контактными растворителями желчных камней будут развиваться как альтернативные способы лечения.

The background of the slide features a pattern of stylized autumn leaves in various shades of orange and brown, set against a dark, almost black background. The leaves are scattered across the frame, creating a textured, seasonal feel.

**СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ**

кафедра факультетской хирургии  
МИ ЯГУ