

Московский государственный медико-стоматологический университет им.
А.И. Евдокимова

Кафедра факультетской хирургии №2.

Реферат

Тема: Желчнокаменная болезнь и ее осложнения

Выполнил:

Студент 4 курса лечебного факультета

Петербургский Дмитрий Владимирович

Преподаватель:

Жданов Александр Владимирович

Кандидат медицинских наук

Москва 2021

СОДЕРЖАНИЕ:

- 1) ОПРЕДЕЛЕНИЕ**
- 2) ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ХОЛЕЛИТИАЗА**
- 3) ХОЛЕЛИТОГЕНЕЗ**
- 4) КЛАССИФИКАЦИЯ**
- 5) КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ**
- 6) ДИАГНОСТИКА**
- 7) ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА**
- 8) ЛЕЧЕНИЕ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ**
- 9) ОСЛОЖНЕНИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ**
- 10) ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ**

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Желчнокаменная болезнь — заболевание, характеризующееся наличием конкрементов (камней) в желчном пузыре или его протоках.

В целом, холелитиаз выявляется у 10-15% населения планеты. Широко распространена ЖКБ и в нашей стране, где каждый десятый мужчина и каждая четвертая женщина имеют желчные камни, а обращаемость по поводу холелитиаза составляет около 1 млн. человек в год и с каждым десятилетием увеличивается вдвое. В настоящее время ЖКБ, превосходя по некоторым статистикам частоту острого аппендицита, занимает первое место в хирургической гастроэнтерологии и составляет 40 % всех заболеваний органов пищеварения.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ХОЛЕЛИТИАЗА

Виды желчных камней

Холестериновые камни состоят только или в основном из холестерина. Они обнаруживаются у 40% больных ЖКБ и составляют 80-90% от всех желчных камней, имеющих однородный или преимущественно однородный состав. Чисто холестериновые камни не имеют оболочки, как правило, одиночные, больших размеров, овоидной формы с бугристой «малиноподобной» поверхностью. Эти камни плотной консистенции и на разломе имеют характерную радиально-лучистую структуру. Другим, более частым видом холестериновых камней являются преимущественно холестериновые конкременты, содержащие свыше 70% холестерина. Это обычно множественные, небольших размеров, округлой формы, восковидного цвета, мягкой консистенции камни, которые имеют низкий удельный вес и свободно флотируют в желчи.

Пигментные камни, содержащие билирубин и его полимеры встречаются в 10-20% случаев холелитиаза. Существуют черные и коричневые пигментные камни. Черные или чисто пигментные камни, состоящие из соединений билирубина без примеси холестерина, имеют аморфную структуру с отсутствием ядра. Они чаще мелкие, множественные, неправильной угловатой формы с гладкой поверхностью черного цвета и по внешнему виду напоминают угольный шлак

Смешанные (холеестеринно-пигментно-известковые) камни, содержащие примерно равное количество холестерина, пигментных образований и солей кальция, встречаются наиболее часто у больных ЖКБ. Чаще всего это множественные, гладкие, фасетчатого вида, беловато-желтоватого, серого, зеленовато-коричневого или черного цвета камни, имеющие бочкообразную, кубическую или неправильную многогранную форму

ХОЛЕЛИТОГЕНЕЗ

Образование желчных камней происходит в результате сложного и еще до конца не выясненного взаимодействия различных факторов, среди которых главную роль играют— дестабилизация состава желчи (дисхолия), застой и воспаление в желчных путях. О влиянии этих факторов на возникновение холелитиаза известно давно, но только в последнее время стали понятны тонкие механизмы их реализации, которые принципиально отличаются при образовании холестериновых и пигментных желчных камней.

Образование холестериновых камней включает в себя три основных патологических процесса— перенасыщение желчи холестерином, усиление нуклеации и снижение сократительной способности желчного пузыря.

Таким образом, снижение моторной и других функций желчного пузыря создают благоприятные условия для реализации дисхолии в холелитиазе и последующего роста конкрементов. Желчные камни увеличиваются ежегодно на 1-3 мм; при этом рост камней может происходить скачкообразно.

Образование пигментных камней изучено в меньшей степени. Полагают, что коричневые пигментные камни могут образовываться как в желчном пузыре, так и в протоках, где они встречаются более часто, чем конкременты другого состава. Образование этих камней связывают с инфицированием желчи кишечной палочкой, бактероидами или клостридиями, цитоскелетоны которых обнаруживаются более чем в 90 % случаев.

КЛАССИФИКАЦИЯ

ЖКБ характеризуется чрезвычайным разнообразием своих проявлений от бессимптомного течения заболевания до развития таких манифестирующих осложнений как деструктивный холецистит, перитонит, механическая желтуха, панкреатит и т.п. В разное время предлагались различные классификации многообразия этой патологии. Наибольшее распространение в клинике получили классификации, учитывающие характер морфологических изменений желчных путей, клинические проявления и осложнения заболевания.

КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ

1. Латентная форма (камненосительство). Камни в желчном пузыре

нередко обнаруживаются у людей, которые не предъявляют жалоб и не имеют никаких связанных с этим расстройств. Таких людей называют «камненосителями» и говорят о латентной форме ЖКБ или бессимптомном холцистолитиазе.

2. Диспептическая форма (первично-хронический холецистит). Эта форма ЖКБ характеризуется жалобами, связанными в основном с дуоденогастральным и гастроэзофагеальным рефлюксами, возникающими при холсцистолитиазе. Больные отмечают чувство тяжести в эпигастральной области и в правом подреберье, метеоризм, неустойчивый стул, изжогу, горечь во рту. Эти явления могут быть выражены достаточно отчетливо либо незначительно беспокоить больного. Обычно они возникают периодически, но могут иметь и постоянный характер.

3 Болевая форма (билиарная колика). Наиболее частая форма хронического калькулезного холецистита. Она характеризуется внезапно возникающими и обычно периодически повторяющимися болевыми приступами билиарной (желчной) колики. Причинами возникновения болевого приступа являются ущемление конкремента в шейке желчного пузыря или пузырном протоке, спазм гладкой мускулатуры пузыря, повышение давления в желчном пузыре или протоках вследствие нарушения оттока желчи.

Приступ продолжается обычно несколько часов и постепенно проходит самостоятельно. Иногда возможно и внезапное прекращение болей, но чаще это происходит после введения спазмолитических средств, способствующих восстановлению оттока желчи.

4. Хронический рецидивирующий калькулезный холецистит. Для этой формы характерным является повторение приступов желчной колики, сопровождающихся различной степенью выраженности воспалением желчного пузыря. Каждый рецидив воспаления следует рассматривать как острый холецистит, что требует лечения в хирургическом стационаре со строгим соблюдением тактических установок, принятых для этого острого заболевания.

5. Хронический резидуальный холецистит. Об этой форме ЖКБ говорят в тех случаях, когда купируется приступ острого холецистита, стихают острые воспалительные изменения в желчном пузыре, но сохраняются ноющие боли и пальпаторная болезненность в правом подреберье. Нередко наблюдается слабость, недомогание, раздражительность. У некоторых больных выражены также диспептические явления отрыжка, изжога, метеоризм. ЖКБ в этой форме может продолжаться неопределенно долгое время и закончиться очередным приступом острого холецистита.

ДИАГНОСТИКА

Самым популярным методом диагностики ЖКБ является ультразвуковое исследование. В случае проведения УЗИ квалифицированным специалистом необходимость в дополнительных обследованиях отсутствует. Хотя для диагностики может использоваться также холецистоангиография, ретроградная панкреатохолангиорентгенография. Компьютерная томография и ЯМР томография дороже, но с большей точностью позволяют диагностировать течение болезни.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Современные методы диагностики позволяют без труда ответить на основной вопрос имеются конкременты в желчном пузыре или нет. При этом совсем нередко камни в пузыре могут быть случайной находкой, признаком бессимптомного холецистолитиаза. Поэтому основной задачей дифференциальной диагностики при ЖКБ является установление того факта, что имеющиеся клинические проявления обусловлены именно холелитиазом, а не каким-либо другим похожим по симптоматике заболеванием. В противном случае хирургическое лечение окажется неэффективным и пациент будет предъявлять прежние жалобы.

Перечень заболеваний, имеющих схожие с ЖКБ симптомы довольно большой и разнообразный. Это, прежде всего, гастроэнтерологические заболевания— хронический гепатит, хронический панкреатит, гастродуоденит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, синдром раздраженной толстой кишки, а также мочекаменная болезнь с правосторонней почечной коликой и онкологические заболевания желудка, поджелудочной железы, печени, ободочной кишки.

Дифференциальная диагностика должна базироваться как на анализе клинических проявлений, так и на результатах специальных исследований. В связи с этим, помимо УЗИ брюшной полости, необходимо выполнять целый ряд дополнительных исследований, таких как эзофагогастродуоденоскопия, колоноскопия, рентгеноскопия желудка и кишечника, урография и т.д.

ЛЕЧЕНИЕ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Лечение ЖКБ можно разделить на нехирургическое и хирургическое.

НЕХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Нехирургическое лечение ЖКБ заключается в лекарственном растворении желчных камней (холелитолитическая терапия) и экстракорпоральном ударно-волновом их разрушении (литотрипсия).

Холелитолитическая терапия заключается в длительном (до 2 лет) применении препаратов хенодезоксихолевой и урсодезоксихолевой кислот (хенофальк, хеносан, хенолол, урсосан, урсодиол и др.), литолитическое действие которых основано на выведении холестерина из конкрементов путем мицеллярного растворения и или формирования жидких кристаллов.

Экстракорпоральная ударно-волновая литотрипсия основана на создании ударной волны точно сфокусированной в направлении камня. Образование ударной волны производят с помощью электрогидравлического, пьезоэлектрического или магнитнорестриктивного литотрипторов.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Единственно радикальным и достаточно патогенетически обоснованным методом лечения ЖКБ остаётся удаление измененного желчного пузыря вместе с конкрементами. До сих пор остается догмой изречение автора первой холецистэктомии у человека немецкого хирурга Лангенбуха (1882) — «Желчный пузырь должен быть удален не потому, что он содержит камни, а потому, что он их продуцирует». Холецистэктомия, как доказано опытом и временем, реально избавляет больных от заболевания и не вносит каких-либо новых расстройств в связи утратой желчного пузыря.

На сегодняшний день имеются три основных технологии удаления желчного пузыря— традиционная холецистэктомия из лапаротомного доступа, видеолапароскопическая холецистэктомия и холецистэктомия из минилапаротомного доступа.

ОСЛОЖНЕНИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

В среднем в 50% случаев может развиваться одно из следующих осложнений ЖКБ:

- ✓ Острый холецистит (развивается в 50% случаев камненосительства)
- ✓ Обтурационный холедохолитиаз (в 10-25% случаев при холецистолитиазе)
- ✓ Обтурационный папиллолитиаз
- ✓ Стеноз большого дуоденального сосочка
- ✓ Рак желчного пузыря (на фоне камненосительства развивается у 70-95% пациентов)
- ✓ Холангит, холангиогенный гепатит
- ✓ Панкреатит, панкреонекроз
- ✓ Механическая желтуха
- ✓ Пузырно-дигестивные свищи (при длительном камненосительстве)
- ✓ Билио-билиарные свищи (синдром Мирizzi)

ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ

Острый холецистит обоснованно рассматривается как наиболее частое осложнение ЖКБ и показание для неотложной холецистэктомии. Обычно диагноз не вызывает трудностей, но в некоторых случаях симптомы бывают атипичными. Острый холецистит должен предполагаться у любого пациента с абдоминальной болью.

Патогенез. В основе синдрома лежит обструкция пузырного протока камнем, определенную роль также могут играть слизь и сладж. Вначале развивается абактериальное воспаление, затем может последовать вторичное инфицирование. Лизолецитин, простагландины и другие субстанции, которые образуются, как результат стаза в желчном пузыре, ведут к воспалению стенки желчного пузыря. Разрывается нормальный слой слизи на поверхности слизистой оболочки, что позволяет токсичным желчным кислотам контактировать со слизистой оболочкой желчного пузыря.

Клиническая картина. Проявления заболевания могут быть от слабых до очень тяжелых с общей интоксикацией. У большинства пациентов появляется умеренная боль в эпигастрии или в правом верхнем квадранте живота, которая может иррадиировать в правое плечо или лопатку. Боль обычно держится в течение нескольких часов (обычно 3-6 ч.), прежде чем пациент попадает к врачу. У многих бывает тошнота, реже рвота (иногда довольно тяжелая). Может повышаться температура, обычно не выше 39°C, более высокая температура заставляет предположить бактериемию или абсцесс. При пальпации отмечается болезненность в правом верхнем квадранте и часто положительный симптом Мерфи (усиленная боль при пальпации правого подреберья во время вдоха).

В некоторых случаях трудно дифференцировать между длительным приступом билиарной боли и острым холециститом. Наблюдение в течение нескольких часов обычно позволяет решить эту проблему, но если остаются сомнения, необходима госпитализация в стационар. В случаях длительной билиарной боли, холецистэктомия остается по-прежнему методом выбора.

Особенности клинической картины. При остром холецистите боль может быть очень слабой, особенно у стариков или у пациентов, принимающих транквилизаторы. У всех пациентов с необъясненной бактериемией или сепсисом, интраабдоминальным абсцессом и перитонитом необходимо исключать острый холецистит.

У некоторых пациентов холецистит проявляется сразу в токсической форме, с высокой температурой, выраженной абдоминальной болью, бактериемией и значительным лейкоцитозом. Практически во всех случаях диагноз можно поставить на основании клинической картины. Тем не менее следует планировать гепатобилиарное сканирование или УЗИ, за исключением

случаев, когда пациент не нуждается в срочном хирургическом вмешательстве. Если есть подозрение на абсцесс, используют КТ.

У пациентов с симптомами, типичными для заболевания желчных путей и при наличии тяжелых заболеваний других органов, необходимо добиться стабилизации общего состояния. В этих случаях в дооперационном периоде накладывается холецистостома для дренирования желчного пузыря.

При ограниченной гангрене или некрозе части стенки желчного пузыря, симптомы могут не отличаться от симптомов неосложненного острого холецистита. При эмпиеме, распространенной гангрене, перфорации, перитоните или эмфизематозном холецистите клиническая картина обычно тяжелая, с выраженной интоксикацией. В этих случаях необходимо срочное хирургическое вмешательство.

Лабораторные признаки. Характерен умеренный лейкоцитоз $10-15 \times 10^9/\text{л}$. Уровни ЩФ, АСТ, АЛТ и билирубина могут оставаться в пределах нормальных значений или незначительно повышаться.

Если ЩФ непропорционально повышена относительно аминотрансфераз, нельзя исключить холедохолитиаз, в этих случаях необходимо определить диаметр желчных протоков с помощью УЗИ.

Примерно у 10% пациентов с обструкцией холедоха камнями, его диаметр по данным УЗИ может быть не расширен, особенно в раннем периоде или если обструкция только частичная. ЭРХПГ должна проводиться, если есть подозрение на обструкцию, независимо от результатов УЗИ.

У некоторых пациентов повышается активности амилазы в сыворотке, иногда выражено (>1000 ед.) без клинических признаков панкреатита. Однако, в подобных случаях холецистит, как правило, ассоциирован с панкреатитом, хотя бы в его интерстициально-отечной форме.

Диагноз. Диагноз острого холецистита основывается на сочетании характерных клинических данных с данными визуальных методов исследования.

УЗИ служит методом выбора поскольку дает значительную информацию, касающуюся состояния печени, желчных протоков, поджелудочной железы.

Ультразвуковое исследование. Чувствительность УЗИ в выявлении признаков острого холецистита составляет примерно 90-95%, а специфичность - 80%

К признакам острого холецистита относятся:

- ✓ желчные камни
- ✓ расширение желчного пузыря
- ✓ утолщение стенки желчного пузыря
- ✓ отек стенки желчного пузыря или наличие околопузырной жидкости
- ✓ сладж в желчном пузыре

Лечение. Первичные лечебные мероприятия. Обычно всем больным с острым холециститом вводятся антибиотики, действующие на энтерококки и грам-отрицательные аэробы. При выраженной интоксикации необходимо исключить анаэробную инфекцию.

Внутривенно вводится жидкость, так как больной может находиться в состоянии дегидратации вследствие повышенной температуры, рвоты или других причин.

Необходимо ликвидировать электролитный дисбаланс (особенно в отношении ионов калия, магния, кальция и фосфора), и восстановить кислотно-щелочное равновесие. При сильной рвоте вводят назогастральный зонд. При сильной боли, когда диагноз очевиден и выработана тактика дальнейшего лечения, возможно применение анальгетиков. При этом следует помнить, что симптоматика становится стертой.

Тактика ведения больного после госпитализации. Состояние большинства пациентов улучшается через 24-72 часов без хирургического вмешательства. Это дает возможность подготовить больного к планируемой операции.

При ухудшении состояния вопрос о неотложной операции решается положительно. При этом необходимо учитывать общее состояние пациента, в частности состояние сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, почек и неврологический статус.

Определение вида операции. Выбор операции при остром холецистите проводится между лапароскопической холецистэктомией, открытой холецистэктомией и наложением холецистостомы.

Холецистэктомия может проводиться при обоснованном диагнозе и стабильном состоянии больного. Обычно это достигается в течение первых 2-4 дней после поступления. В подавляющем большинстве случаев, лапароскопическая холецистэктомия является операцией выбора.

В случаях обнаружения или подозрения на такие осложнения, как абсцесс, гангрена или перфорация, требуется открытая холецистэктомия.

У больных с циррозом печени риск операции особенно высок, поэтому следует оптимизировать их предоперационную подготовку

Список литературы

- 1) Клиническая хирургия национальное руководство под ред. В.С. Савельева и А.И. Кириенко 2 том
- 2) Хирургические болезни Кузин М.И.
- 3) www.moshirurg.ru
- 4) Методическое пособие МГМСУ им. Евдокимова Желчнокаменная болезнь. Острый холецистит, Б.И. Плюснин 2014
- 5) Методическое пособие МГМСУ им. Евдокимова Осложнения желчнокаменной болезни, Б.И. Плюснин 2014