

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
КАФЕДРА ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ

**О. В. Попков, С. А. Алексеев**

# **ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ**

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2011

УДК 616.366-002-036.11 (075.8)  
ББК 54.135.2 я73  
П56

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве  
учебно-методического пособия 22.12.2010 г., протокол № 4

Рецензенты: д-р мед. наук, проф., проректор по научной работе Белорусской медицинской академии последипломного образования Ю. М. Гаин; д-р мед. наук, ведущий хирург 432-го Главного военного клинического медицинского центра Вооруженных сил Республики Беларусь, полковник м/с В. Н. Бордаков

**Попков, О. В.**  
П56 Острый холецистит : учеб.-метод. пособие / О. В. Попков, С. А. Алексеев. –  
Минск : БГМУ, 2011. – 20 с.  
ISBN 978-985-528-356-1.

Изложены основные положения, касающиеся этиологии, патогенеза, клиники, диагностики и лечения острого холецистита.

Предназначено для студентов 4-го курса медико-профилактического факультета, аспирантов и клинических ординаторов.

УДК 616.366-002-036.11 (075.8)  
ББК 54.135.2 я73

ISBN 978-985-528-356-1

© Оформление. Белорусский государственный  
медицинский университет, 2011

## МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ

**Общее время занятия:** 6 ч.

Острый холецистит — одно из наиболее распространенных хирургических заболеваний, по частоте занимающее второе место после острого аппендицита.

Проблема острого холецистита на протяжении последних 3 десятилетий является актуальной: как вследствие широкого распространения заболевания (25 % от общего числа пациентов хирургических стационаров), так и вследствие сохраняющейся послеоперационной летальности от 2–3 % до 7–10 % (у лиц пожилого возраста).

**Цель занятия:** на основании знаний анатомии, гистологии и физиологии желчевыводящих путей изучить этиологические факторы, патогенез, современные методы диагностики и комплексного лечения острого холецистита.

**Задачи:**

1. Закрепить знания по топографической анатомии, гистологии и физиологии пищеварительного тракта и, в частности, желчевыводящих путей и желчного пузыря.

2. Приобрести навыки оценки результатов клинических и специальных методов обследования больных с острым холециститом.

3. Усвоить основные статистические данные, касающиеся частоты развития и основных показателей лечения больных с острым холециститом.

4. Усвоить основные этиологические факторы и патогенетические механизмы развития острого воспаления в желчном пузыре.

5. Выучить основные принципы клинической и патолого-анатомической классификации заболевания.

6. Изучить основные клинические проявления, синдромы заболевания.

7. Приобрести навыки в диагностике острого холецистита, а также изучить принципы дифференциальной диагностики заболевания.

8. Усвоить этапы холецистэктомии путем срединной лапаротомии при использовании видеолaparоскопической методики операции из минидоступа.

**Требования к исходному уровню знаний.** Для полного усвоения темы необходимо повторить:

– из нормальной и топографической анатомии — особенности расположения, строения, кровоснабжения и иннервации желчного пузыря; варианты возможного атипичного расположения сосудов и желчевыводящих протоков;

– гистологии — особенности гистологического строения желчного пузыря;

– нормальной и патологической физиологии — функции желчного пузыря и желчевыводящих протоков, физиологическую и патологическую роль желчного пузыря в организме человека.

**Контрольные вопросы из смежных дисциплин:**

1. Анатомо-физиологические взаимодействия внепеченочных желчевыводящих путей и желчного пузыря с другими органами пищеварительного тракта.

2. Физиологическая роль желчного пузыря. Физиологические и патологические изменения, возникающие в организме человека в ответ на его воспаление.

3. Основные анатомические особенности желчного пузыря (слои и анатомические области, сфинктерный аппарат, кровоснабжение, иннервация и лимфоотток).

4. Анатомические слои передней брюшной стенки, пересекающиеся при верхне-срединной лапаротомии и при доступе в правое подреберье (по Кохеру, Федорову) и при минидоступе.

**Контрольные вопросы по теме занятия:**

1. Современное определение острого холецистита.

2. Зарубежные и отечественные ученые, внесшие наибольший значимый вклад в развитие учения о заболеваниях желчевыводящих путей и желчного пузыря.

3. Основные этиологические факторы острого холецистита.

4. Основные теории патогенеза острого холецистита.

5. Морфологические изменения, происходящие в стенке желчного пузыря при развитии различных форм острого холецистита. Современная патолого-анатомическая классификация заболевания.

6. Клиническая классификация острого холецистита и его осложнений.

7. Основные синдромы в клинической картине острого холецистита.

8. Основные специфические симптомы острого холецистита.

9. Особенности клиники и диагностики различных форм острого холецистита.

10. Показания к экстренным, срочным и отсроченным операциям при остром холецистите.

11. Основная программа консервативной терапии при остром холецистите.

12. Основные этапы холецистэктомии открытым и видеолапароскопическим методами.

13. Чем обусловлены неблагоприятные исходы лечения острого холецистита? Основные принципы их предупреждения.

## УЧЕБНЫЙ МАТЕРИАЛ

**Острый холецистит** — заболевание, в основе которого лежит острое (как правило неспецифическое) воспаление стенки желчного пузыря, чаще всего являющееся следствием нарушения оттока желчи конкрементами (> 95 %).

**Краткая историческая справка.** Об осложнениях желчекаменной болезни, в том числе и об остром калькулезном холецистите, известно с глубокой древности. Так, еще К. Гален при аутопсиях находил камни в желчном пузыре. В 1735 г. Жан Луи Пти выполнил первую операцию на желчном пузыре (холецистостомия).

Большой вклад в изучение рассматриваемой проблемы внесли в дальнейшем Д. Санторини, Д. Морганьи, М. Мальпиги, Р. Одди. В 1767 г. Herlin выполнил первую холецистэктомию в эксперименте. В 1867 г. Д. Бобс произвел холецистостомию в клинике. Данную операцию затем повторили в Европе в 1878 г. Кохер и Симсон. В 1882 г. Лангенбух выполнил первую в мире холецистэктомию в клинике. В России первую подобную операцию выполнил в 1889 г. Ю. К. Коссинский, и уже к 1923 г. было выполнено около 12 000 операций.

Значительную роль в изучение проблемы острого холецистита внесли работы Н. Kehr, W. Mayo, Th. Koher, С. П. Федорова, И. И. Грекова, А. В. Мартынова, С. И. Спасокукоцкого, А. В. Вишневого, В. А. Смирнова, В. В. Виноградова.

В 1987 г. Ph. Mouret сделал первую видеолапароскопическую холецистэктомию.

В развитии взглядов на тактику при остром холецистите можно выделить 3 периода:

- 1) до 80-х гг. XIX в. — консервативное лечение;
- 2) до 50–60-х гг. XX в. — выполнение операций только при осложненных формах заболевания;
- 3) с 60-х гг. XX в. — внедрение активной хирургической тактики;
- 4) с конца XX в. по настоящее время — активное внедрение малоинвазивных методик оперативных пособий.

### **Эпидемиология заболевания и анатомно-физиологические особенности желтого пузыря**

Острый холецистит, часто сочетающийся и осложняющий желчекаменную болезнь (ЖКБ), среди всех острых заболеваний органов брюшной полости занимает 2–3-е, а по некоторым последним статистическим данным даже 1 место, составляя от них 20–25 %. ЖКБ страдают от 10 до 20 % всего населения земного шара, 40 % лиц старше 60 и 50 % старше 70 лет. А. Т. Лидский считает ЖКБ одной из основных проблем геронтологии. В последние годы отмечается учащение заболеваний желчных путей, что

связано с нерациональным, богатым жирами питанием и с увеличением продолжительности жизни.

**Желчный пузырь** (*vesica fellea*) — мешкообразный резервуар для вырабатываемой в печени желчи. Его длина колеблется от 8 до 14 см, ширина — 3–5 см, вместимость достигает 40–70 см<sup>3</sup>. В желчном пузыре различают дно (*fundus vesicae felleae*), тело (*corpus vesicae felleae*) и шейку (*collum vesicae felleae*), от которой отходит пузырный проток (*ductus cysticus*), сообщающий пузырь с общим желчным протоком (*ductus choledochus*). Желчный пузырь лежит на висцеральной поверхности печени в ямке желчного пузыря (*fossa vesicae felleae*). Желчный пузырь расположен мезоперитонеально: в ямке желчного пузыря, он прилегает к ней своей верхней, лишенной брюшины, поверхностью и соединяется посредством рыхлой клетчатки с волокнистой оболочкой печени.

Его свободная поверхность, обращенная вниз в полость живота, покрыта серозным листком висцеральной брюшины, перешедшей на пузырь с прилежащих участков печени. Стенка желчного пузыря состоит из трех слоев (за исключением верхней внебрюшинной стенки): серозной (*tunica serosa vesicae felleae*), мышечной (*tunica muscularis vesicae felleae*) и слизистой (*tunica mucosa vesicae felleae*) оболочек. Под брюшиной стенку пузыря покрывает тонкий рыхлый слой соединительной ткани — подсерозная основа желчного пузыря (*tela subserosa vesicae felleae*) (рис. 1).

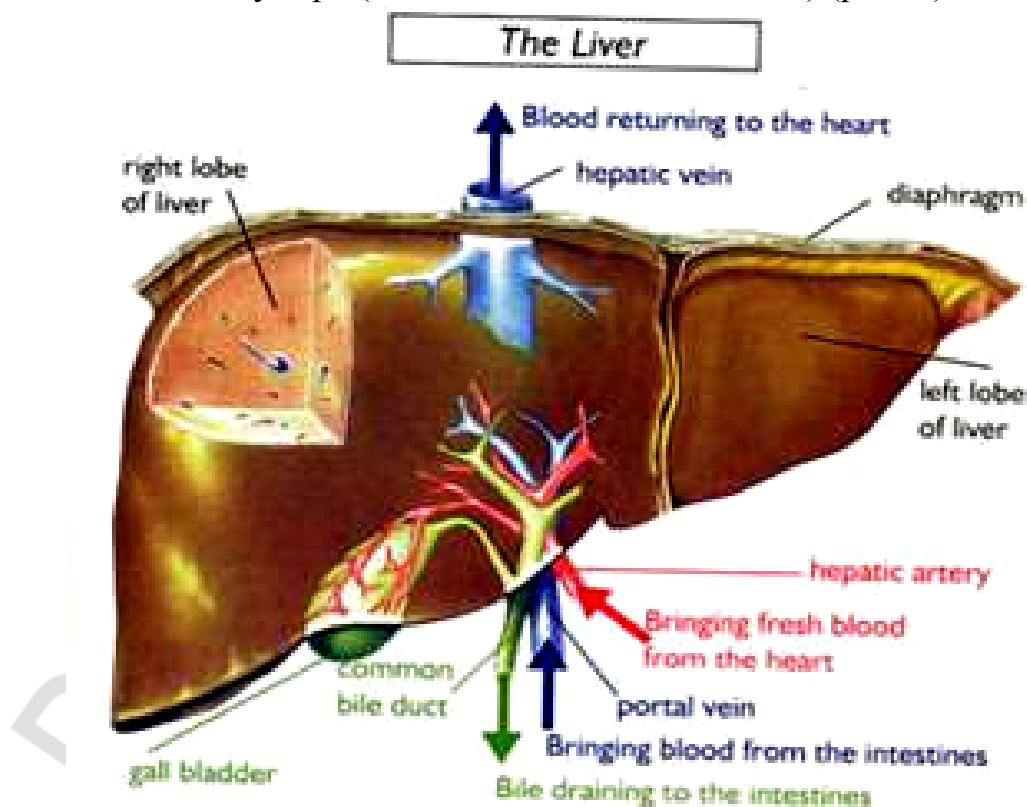


Рис. 1 Анатомо-физиологические особенности желчного пузыря

Также выделяют три участка желчных протоков (*vasa bilifera*), — внепеченочных желчных путей — имеющих важное клинико-прикладное значение:

- общий печеночный проток (*ductus hepaticus communis*);
- пузырный проток (*ductus cysticus*);
- общий желчный проток (*ductus choledochus*).

Общий печеночный проток складывается в воротах печени из правого и левого печеночных протоков. Далее в составе печеночно-дуоденальной связки общий печеночный проток соединяется с пузырным протоком, идущим от желчного пузыря, после чего возникает общий желчный проток (*ductus choledochus*). Шейка пузыря образует с телом пузыря и с пузырным протоком два изгиба («птичий клюв»). После этого проток в составе печеночно-дуоденальной связки сливается с общим печеночным протоком.

При этом различают 4 участка общего желчного протока:

- участок, расположенный выше 12-перстной кишки;
- находящийся позади верхней части 12-перстной кишки;
- залегающий между головкой поджелудочной железы и стенкой нисходящей части кишки;
- прилегающий к головке поджелудочной железы, косо проходящий через нее к стенке 12-перстной кишки.

Иннервация печени, желчного пузыря и желчных протоков осуществляется из симпатического и парасимпатического нервных сплетений — *plexus hepaticus*. Кровоснабжение: *a. hepatica communis*, отходящая от чревного ствола.

### Этиология и патогенез

Возникновение острого холецистита связано с действием нескольких этиологических факторов, однако, ведущая роль в его возникновении принадлежит инфекции. В желчный пузырь инфекция проникает 3 путями: гематогенным, энтерогенным и лимфогенным.

При *гематогенном* пути инфекция попадает в желчный пузырь из общего круга кровообращения по общей печеночной артерии или из кишечного тракта по воротной вене далее в печень. Лишь при снижении фагоцитарной активности печени микробы проходят через клеточные мембраны в желчные капилляры и желчный пузырь.

*Лимфогенный* путь инфекции возможен из-за обширной связи лимфатической системы печени и желчного пузыря с органами брюшной полости.

*Энтерогенный* (восходящий) путь возможен при заболеваниях терминального отдела общего желчного протока, функциональных нарушениях его сфинктерного аппарата, когда инфицированное дуоденальное со-

держимое может забрасываться в желчные пути. Этот путь наименее вероятен.

При попадании инфекции в желчный пузырь воспаление не происходит, если только не нарушена его дренажная функция и нет задержки желчи. В случае нарушения дренажной функции создаются условия для развития воспалительного процесса.

Факторами нарушения оттока желчи из пузыря являются камни, перегибы удлинённого или извитого пузырного протока, его сужение.

Острый холецистит, возникающий на почве желчекаменной болезни составляет 85–90 %. Также имеет значение хроническое изменение желчного пузыря в виде склероза и атрофии элементов стенок желчного пузыря.

Бактериологической основой острого холецистита являются разные микробы и их ассоциации. Среди них основное значение имеют грамотрицательные бактерии группы *Escherichia coli* и грамположительные бактерии рода *Staphylococcus* и *Streptococcus*, а также анаэробная неклостридиальная флора. Другие микроорганизмы, вызывающие воспаление желчного пузыря, встречаются крайне редко.

Вследствие анатомо-физиологической связи желчевыводящих путей с выводными протоками поджелудочной железы возможно развитие ферментативных холециститов. Их возникновение связано не с действием микробного фактора, а с поступлением панкреатического сока в желчный пузырь и повреждающим действием панкреатических ферментов на ткань пузыря. Как правило, данные формы сочетаются с явлениями острого панкреатита. Сочетанные формы острого панкреатита и холецистита рассматриваются как самостоятельное заболевание, получившее название «холецисто-панкреатит».

Общеизвестно, что в патогенезе острого холецистита важное значение имеют сосудистые изменения в стенке желчного пузыря. От расстройства кровообращения в пузыре за счет тромбоза пузырной артерии зависят темп развития воспалительного процесса и тяжесть заболевания. Следствием сосудистых нарушений являются очаги некроза и перфорации стенки пузыря. У пожилых больных сосудистые нарушения, связанные с возрастными изменениями, могут вызывать развитие деструктивных форм острого холецистита (первичная гангрена желчного пузыря).

### **Классификация**

По механизму развития различают:

- 1) бескаменный холецистит (за счет дискинезии желчного пузыря, тромбоза а. cystica, лямблиоза, ферментативных воздействий и др.);
- 2) калькулёзный (обтурационный):
  - водянка;
  - эмпиема желчного пузыря.



По характеру морфологических изменений:

1) катаральный холецистит: воспалительный процесс ограничен слизистой (зоны первичного воспаления Ашоффа) или подслизистой (субмукозной) оболочками стенки;

2) флегмонозный холецистит: воспаление всех слоев стенки; нередко сопровождается изъязвлениями участков слизистой (флегмонозно-язвенный холецистит);

3) гангренозный холецистит: развивается в случаях некроза ограниченного участка стенки или тотального с поражением всего пузыря.

По виду осложнений:

1) формирование околопузырного инфильтрата с исходом в околопузырный (перивезикальный) абсцесс;

2) перфорация стенки желчного пузыря;

3) желчный перитонит (за счет перфорации стенки или «пропотевания» по ходам Люшке);

4) гнойный холангит с исходом в абсцессы печени (разновидность холангиогенного сепсиса);

5) острый холангиогепатит;

6) механическая желтуха;

7) острый билиарный панкреатит;

8) формирование свищей с внутренними органами, реже — наружных. Возможный исход данного осложнения — развитие обтурации тонкого кишечника желчным конкрементом.

### **Клиническая картина**

Острый холецистит встречается у людей разного возраста, но чаще им болеют лица старше 50 лет. Больные пожилого (60–74 года) и старческого (75–89 лет) возрастов составляют 40–50 % от общего числа заболевших.

Клиническая картина острого холецистита многообразна, что зависит от патолого-анатомической формы воспаления желчного пузыря, распространенности процесса и наличия сопутствующих изменений в желчных протоках. Вследствие многообразия клинической картины заболевания иногда возникают диагностические трудности и ошибки при диагностике.

**Синдромы клинической картины острого холецистита.** Выделяют болевой, диспептический, воспалительный, перитонеальный, синдром механической желтухи.

Острый холецистит, как правило, начинается внезапно. Развитию острых воспалительных явлений в желчном пузыре нередко предшествует приступ желчной колики. Вызванный закупоркой пузырного протока камнем острый болевой приступ купируется самостоятельно или после прие-

ма спазмолитических препаратов. Однако через несколько часов после купирования приступа колики проявляется вся клиническая картина острого холецистита.

Ведущим симптомом является сильная и постоянная боль в животе, интенсивность которой по мере прогрессирования заболевания нарастает. Отличительной особенностью боли является ее локализация в правом подреберье с иррадиацией в правую надключичную область, плечо, лопатку или в поясничную область. Иногда боли иррадируют в область сердца, что может расцениваться как приступ стенокардии (холецисто-коронарный синдром, по С. П. Боткину).

К постоянным симптомам острого холецистита можно отнести тошноту и повторную рвоту, которая не приносит облегчения больному. Повышение температуры тела отмечается с первых дней заболевания. Ее характер во многом зависит от глубины патоморфологических изменений в желчном пузыре.

Состояние больного зависит от тяжести заболевания. Кожные покровы обычной окраски. Умеренная желтушность склер наблюдается при локальном гепатите и при воспалительной инфильтрации внепеченочных желчных протоков с застоем желчи в них. Появление яркой желтухи кожи и склер указывает на механическое препятствие нормальному оттоку желчи в кишечник, что может быть связано с закупоркой желчного протока камнем или со стриктурой терминального отдела общего желчного протока.

Частота пульса колеблется от 80 до 120 уд./мин и выше. Частый пульс свидетельствует о глубокой интоксикации и тяжелых морфологических изменениях в брюшной полости.

Живот при пальпации значительно болезненен в правом подреберье и часто в эпигастральной области. При переходе процесса на париетальную брюшину возникают напряжение брюшных мышц (симптом Щеткина–Блюмберга), и появляются признаки динамической кишечной непроходимости. Желчный пузырь удается пальпировать при деструктивных формах острого холецистита, когда он увеличивается в размерах и становится плотным. Однако при значительном мышечном напряжении прощупать его не всегда возможно.

При общем осмотре, как правило, выявляются следующие специфические симптомы:

- 1) симптом Захарьина — болезненность при надавливании в проекции желчного пузыря;
- 2) симптом Образцова — усиление болей при надавливании в области правого подреберья на вдохе;
- 3) симптом Ортнера–Грекова — болезненность при поколачивании ребром ладони по правой реберной дуге;

4) симптом Георгиевского–Мюсси (симптом диафрагмального нерва) — болезненность при надавливании между ножками грудинно-ключично-сосцевидной мышцы;

5) симптом Лепене — резкая болезненность при поколачивании правого подреберья, особенно на высоте вдоха;

6) симптом Пекарского — резкая болезненность при надавливании на мечевидный отросток;

7) симптом Керра — определение при помощи пальпации и легкой перкуссии болезненности в области желчного пузыря во время вдоха;

8) симптом Мерфи — кисть левой руки нужно положить так, чтобы большой палец поместился в области желчного пузыря, а остальные пальцы этой руки — по краю реберной дуги. Глубокий вдох будет невозможен из-за острой боли в животе под большим пальцем.

Желтуха наблюдается у 40–70 % больных, чаще при калькулезных формах, когда она носит обтурационный и механический характер. Она может быть следствием вторичного гепатита или сопутствующего панкреатита, а также холангита. В этом случае она бывает паренхиматозной. Обтурационной желтухе калькулезного генеза обычно предшествует приступ печеночной колики. Желтуха может носить ремитирующий характер (в отличие от механической желтухи опухолевого происхождения, которая постепенно развивается и прогрессивно нарастает). При полной обтурации холедоха помимо интенсивной окраски мочи (из-за наличия билирубина) «цвета пива», «крепкого чая», становится обесцвеченным кал: в нем отсутствует стеркобилин. Отсюда и выражение «желтый человек с белым калом».

### Диагностика

Диагноз ставится на основании клинической картины заболевания, специфических симптомов, данных объективного исследования и дополнительных клинико-лабораторных исследований.

Сразу определяется количество лейкоцитов в крови и амилаза крови и мочи. Биохимические исследования: кровь на билирубин и его фракции, холестерин (в норме до 6,3 ммоль/литр), В-липопротеиды (до 5,5 г/л), сахар, белок и его фракции, щелочная фосфатаза, протромбиновый индекс, фибриноген, трансаминазы, тимоловая проба. При желтухах в моче исследуется билирубин и его фракции, а также уробилин; в кале — стеркобилин.

УЗИ (рис. 2) является очень ценным и при возможности должно производиться в экстренном порядке. Оно позволяет выявить наличие камней в желчных путях, уточнить размеры желчного пузыря и/или признаки воспаления его стенки (их утолщение, двухконтурность).



Рис. 2. УЗИ-признаки острого холецистита (утолщение стенки желчного пузыря, двухконтурность)

Фиброгастродуоденоскопия (ФГС) также показана при наличии желтухи — дает возможность видеть выделение желчи или ее отсутствие из фатерова соска, а также вклинившийся в него конкремент. При этом возможно выполнение ретроградной холангиопанкреатографии (РХПГ) для уточнения диагноза.

Холангиография с контрастированием перорально или внутривенно может производиться только после исчезновения желтухи и стихания острых явлений, в связи с чем ее информативность невысокая. В диагностически неясных случаях показана видеолапароскопия, которая дает информативный результат в 95% случаев.

### **Дифференциальная диагностика**

Дифференциальнодиагностические трудности возникают в случаях атипичного течения острого холецистита.

При этом наибольшие сложности возникают при диагностике:

- 1) с острым аппендицитом:
  - при подпеченочном расположении червеобразного отростка или при завороте толстой кишки в период эмбрионального развития, когда в правом подреберье оказывается слепая кишка вместе с аппендиксом;
  - при низком расположении желчного пузыря (вентероптозе) чаще всего у лиц пожилого возраста;
- 2) перфоративной язвой (чаще дуоденальной или пилорического отдела желудка, при малом диаметре перфоративного отверстия или прикрытой перфорации);
- 3) при наличии желтухи, когда возникает необходимость дифференцировать механическую желтуху калькулезной природы от опухолевой (рак головки поджелудочной железы или фатерова соска), а иногда от паренхиматозной и даже гемолитической;

4) острым панкреатитом, который часто сопутствует заболеваниям желчных путей, при этом приходится решать, что является первичным или превалирует в клинической картине (холецистопанкреатит или панкреатохолецистит);

5) правосторонней почечной коликой при отсутствии типичной иррадиации болей и симптоматики;

6) высокой тонкокишечной непроходимостью, особенно при обтурации 12-перстной кишки желчным камнем в результате пролежня стенки желчного пузыря и 12-перстной кишки камнем;

7) стенокардией и инфарктом миокарда, учитывая, что приступ печеночной колики может провоцировать и сопровождаться стенокардией;

8) нижнедолевой правосторонней пневмонией, особенно при вовлечении в процесс диафрагмальной плевры.

В случаях диагностических трудностей особенно подробно должен быть собран анамнез, тщательно проведено исследование живота с проверкой симптомов всех перечисленных заболеваний, проведены и проанализированы данные дополнительных исследований.

### Лечение

Лечение больных с острым холециститом (с первого часа поступления в клинику) должно начинаться с интенсивной комплексной патогенетической терапии, направленной как на основное заболевание, так и на коррекцию или стабилизацию сопутствующей патологии.

Лечебные мероприятия включают:

- покой (постельный режим в хирургическом стационаре);
- голод (2–3 суток, затем диету № 5а по Певзнеру);
- холод при наличии воспалительных явлений;
- спазмолитики миотропного действия (но-шпа, дюспаталин, баралгин);
- новокаиновые блокады (по Вишневскому, круглая связка печени по Виноградову, забрюшинная новокаиновая по Л. И. Роману);
- антибиотики широкого спектра действия (цефалоспорины III–IV поколений, тетрациклинового ряда, аминогликозиды, создающие высокую концентрацию в желчных путях);
- инфузионную дезинтоксикационную терапию;
- симптоматическую терапию сопутствующих заболеваний.

Показанием к операции являются перфорация пузыря с перитонитом, угроза перфорации, т. е. деструктивный холецистит, особенно при ферментативной или его атеросклеротической (сосудистой) форме, осложненные формы — абсцессы, механическая желтуха, холангит.

В настоящее время действия хирурга зависят от срока давности заболевания, характера морфологических изменений и местных осложне-

ний, возраста больного, сопутствующей патологии и эффекта проводимой терапии.

При этом различают следующие виды вмешательств:

1. Неотложная операция (в первые 4–6 часов после поступления больного) показана при перфорации стенки с развитием желчного перитонита. Предоперационная подготовка, как правило, проводится на операционном столе. В остальных случаях больному назначается комплексная интенсивная терапия, которая одновременно является и предоперационной подготовкой, с одновременным дообследованием (включая УЗИ).

2. Срочная операция показана при отсутствии эффекта от консервативного лечения в течение 24–48 часов.

3. В случаях, когда консервативная терапия приводит к купированию острого процесса, операцию проводят в отсроченном периоде (через 8–14 дней), не выписывая больного (после предварительной подготовки и обследования).

Но в настоящее время отсроченные операции практически не выполняются, так как пациентов выписывают на амбулаторное лечение с последующим выполнением лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) через 3–4 месяца после разрешения острого воспаления стенки желчного пузыря, которое является «золотым» стандартом лечения осложненной ЖКБ.

Операции по неотложным показаниям имеют летальность до 37,2 %, по срочным — до 2,6 %.

Особо тяжелым больным с сопутствующей патологией сразу выполняют *микрочолецистостомию* под контролем УЗИ.

Обезболивание, как правило, интубационный наркоз — эндотрахеальный с миорелаксантами.

Когда невозможно выполнить ХЭ путем видеолапароскопии, большинство хирургов применяют *верхнесрединный разрез* от мечевидного отростка до пупка или разрезы в правом подреберье (по Федорову или Кохеру), а также *трансректальный разрез* справа длиной до 3–4 см (мини-доступ) с установкой специального оборудования (видео-ассистент «Лига — 7»).

Операция на желчных путях обязательно должна начинаться:

- с ревизии гепатопанкреатодуоденальной зоны;
- осмотра желчного пузыря, его размеров, состояния его стенок (определение наличия в нем камней после аспирации его содержимого);
- осмотр печеночно-двенадцатиперстной связки и проходящего в ней холедоха с определением его диаметра (если диаметр более 11 мм, то это говорит о желчной гипертензии);
- интраоперационной холангиографии путем введения контраста после пункции холедоха или канюлирования пузырного протока (по показаниям);

- осмотра и пальпации поджелудочной железы (особенно ее головки);
- после вскрытия протока: холедохотомии (определяется характер желчи: замазкоподобная, с камнем, прозрачная, мутная), ревизии зондами Долиотти с целью выявления проходимости в 12-перстную кишку;
- видеохоледохоскопии при расширенном протоке и подозрении на камни.

Основным оперативным вмешательством при холецистите является *холецистэктомия* — удаление желчного пузыря «от дна к шейке» или «от шейки ко дну» с изолированной перевязкой пузырной артерии и пузырного протока.

В редких случаях — у крайне тяжелых, пожилых больных, при технических трудностях удаления и недостаточной квалификации хирурга — производится *холецистостомия* «вплотную» и «на протяжении» с дренированием пузыря. Эта операция является сугубо паллиативной, она невозможна при гангренозных формах, а в последующем у значительной части больных требуется повторная операция — холецистэктомия. В последние годы у пожилых больных с высокой степенью операционного риска, особенно при наличии желтухи, рекомендуется холецистостомия путем лапароскопии как первый этап для декомпрессии и санации желчных путей.

*Холедохотомия* (вскрытие холедоха) показана при расширении холедоха более 11 мм, закупорке его камнем или множественных камнях, холангите, недостаточной проходимости терминального отдела холедоха или сфинктера Одди, явлениях желчной гипертензии. Она сопровождается восстановлением «пассажа» путем извлечения камней, реже — видеохолангиоскопией. Холедохотомия завершается глухим швом холедоха, наружным дренированием (по Вишневскому, Пиковскому–Холстеду через пузырный проток при достаточном его диаметре, по Керру на Т-образном дренаже), внутренним дренированием путем формирования билиодигестивных анастомозов — холедоходуоденального или холедохоеюнального — по Микуличу, Юрашу–Виноградову, Финстереру, Флеркену.

Реже выполняется *наружное дренирование*, показанное при отсутствии дуоденостаза, холангите (мутная желчь, ознобы в анамнезе), расширении холедоха более 12 мм, желчной гипертензии при сопутствующем панкреатите.

*Внутреннее дренирование* показано при выраженной протяженной структуре дистального отдела холедоха II–III степени, плотно вклиненном, не поддающемся извлечению камне в области фатерова соска, при множественных камнях или замазкоподобной желчи. В двух последних случаях, а также при стенозирующем папиллите в настоящее время чаще производится трансдуоденальная папиллосфинктеротомия с последующей папиллосфинктеропластикой. При наличии специального оборудования

возможно проведение эндоскопической ретроградной папиллосфинктеротомии с санацией желчевыводящих путей.

Все операции на желчных путях должны завершаться дренированием подпеченочного пространства (чаще по Спасокукоцкому).

Послеоперационный период зависит от характера выполненной операции, состояния больного и наличия осложнений.

На фоне инфузионной терапии, включающей растворы глюкозы, белковые препараты, солевые растворы, вводятся антибиотики, гепатопротекторы, спазмолитики. При необходимости (избыточный вес, пожилой возраст, распространенные гнойно-некротические процессы и др.) вводится гепарин (или низкомолекулярные гепарины — фраксипарин, фракмин), эластично бинтуют нижние конечности, проводится ранняя активация больных.

### **ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ**

В соответствии с задачами темы, изучив литературу, лекционный материал, студент должен усвоить:

- актуальность темы, ее остроту и ответственность за диагностику и профилактику острого холецистита;
- роль этиологических факторов в развитии острого холецистита;
- классификацию;
- специфические симптомы;
- инструментальные и лабораторные методы;
- лечебную тактику.

Итогом самостоятельной работы являются ответы на контрольные вопросы.

### **Контрольные вопросы**

#### **1. Основная причина острого калькулезного холецистита:**

- а) блокада пузырного протока;
- б) пролежень камня;
- в) сдавление кровеносных сосудов конкрементом в стенке желчного пузыря;
- г) обострение воспалительного процесса в стенке пузыря;
- д) нарушение диеты.

#### **2. Симптом Ортнера–Грекова представляет собой:**

- а) резкую болезненность при надавливании на мечевидный отросток;
- б) болезненность при поколачивании по правой реберной дуге краем ладони;
- в) повышенную болевую чувствительность при пальпации справа от остистых отростков шейных позвонков;
- г) боль при пальпации справа от пупка;



д) боль в пояснице.

**3. Симптом Курвуазье — это:**

а) большой желчный пузырь в результате закупорки пузырного протока;

б) болезненный желчный пузырь с признаками перитонита;

в) резкая болезненность при пальпации желчного пузыря;

г) перерастянутый безболезненный желчный пузырь на фоне механической желтухи;

д) резкая болезненность при поколачивании правого подреберья.

**4. Наиболее частая причина желчного перитонита:**

а) повреждения желчного пузыря;

б) повреждение печени;

в) пропотевание желчи через ходы Рокитанского—Ашоффа;

г) перфорация желчного пузыря;

д) несостоятельность культи 12-перстной кишки.

**5. Средняя величина выделений желчи у взрослого человека в сутки составляет:**

а) 2000–2500 мл;

б) 700–1100 мл;

в) 200–300 мл;

г) 500–600 мл;

д) 300–400 мл.

**6. Треугольник Кало образован:**

а) основанием печени;

б) пузырной артерией, печеночным протоком, пузырным протоком желчного пузыря;

в) пузырным протоком, холедохом и 12-перстной кишкой;

г) пузырной артерией, пузырным протоком и холедохом.

**7. Патогномоничный признак острой блокады общего желчного протока:**

а) резкие боли в правом подреберье;

б) резкое нарастание общего билирубина крови;

в) резкое нарастание прямого билирубина;

г) симптом Георгиевского;

д) все вышеперечисленное.

**8. В случае эффективного медикаментозного лечения при острым калькулезном холецистите, холедохолитиазе, острым панкреатите следует:**

а) срочно оперировать;

б) оперировать в холодном периоде (2–3 недели);

в) продолжать консервативное лечение;

- г) детально обследовать;
- д) выявить осложнения.

**9. При деструктивном холецистите и панкреатите показано:**

- а) холецистэктомия;
- б) дренирование по Пиковскому;
- в) дренаж сальниковой сумки;
- г) холедоходуоденостомия;
- д) холецистогастростомия.

**Ответы:** 1 — а; 2 — б; 3 — г; 4 — в; 5 — б; 6 — б; 7 — в; 8 — б;  
9 — б.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. *Хирургические болезни* : учеб. / под ред. М. И. Кузина. М. : Медицина. 2002.
2. *Шорох, Г. П.* Острый холецистит (эндохирургические аспекты) / Г. П. Шорох, Н. В. Завада. Минск : Технопринт, 1997.
3. *Шалимов, А. А.* Хирургия печени и желчевыводящих путей / А. А. Шалимов. Киев : Здоровье, 2003.
4. *Неотложная абдоминальная хирургия* : справ. пособие для врачей / под ред. А. А. Гринберга. М. : Триада X, 2000. 496 с.
5. *Клиническая хирургия* : рук-во : в 3 т. / Рос. об-во хирургов ; под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. 858 с.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Мотивационная характеристика темы.....	3
Учебный материал.....	5
Эпидемиология заболевания.....	5
Этиология и патогенез.....	7
Классификация.....	8
Клиническая картина.....	9
Диагностика.....	11
Дифференциальная диагностика.....	12
Лечение.....	13
Задания для самостоятельной работы.....	16
Контрольные вопросы.....	16
Литература.....	18

Учебное издание

**Попков Олег Викторович**  
**Алексеев Сергей Алексеевич**

# **ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ**

Учебно-методическое пособие

Ответственный за выпуск С. А. Алексеев  
Редактор А. В. Михалёнок  
Компьютерная верстка А. В. Янушкевич

Подписано в печать 23.12.10. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Кюм Люкс».

Печать офсетная. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 1,16. Уч.-изд. л. 0,87. Тираж 50 экз. Заказ 192.

Издатель и полиграфическое исполнение:  
учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет».

ЛИ № 02330/0494330 от 16.03.2009.

ЛП № 02330/0150484 от 25.02.2009.

Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.