

## ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Ярославцев М.И., Беляк М.А., Морозов А.М.

Тверской государственной медицинской университет,  
кафедра общей хирургии, г. Тверь

**Ключевые слова:** острый холецистит, симптоматика заболевания, патологические состояния.

**Резюме:** в данной статье представлено исследование симптоматики пациентов с острым холециститом. Выявлены основные симптомы патологии исследуемого заболевания, нечастые и редкие случаи. Описаны особенности течения заболевания, а также представлена краткая информация об основных методах лечения и способах профилактики.

**Resume:** this article presents studies of the symptoms of patients with acute cholecystitis. The main symptoms of the pathology of the studied disease, infrequent and rare cases were identified. The features of the course of the disease are described, as well as brief information about the main methods of treatment and methods of prevention.

**Актуальность.** Несмотря на чрезвычайные успехи в современных способах диагностики и лечения такого осложнения желчнокаменной болезни, как острый холецистит, показатели летальности имеют отрицательную динамику: у пациентов пожилого возраста они увеличиваются в 10-12 раз и драматически растут после 80 лет. Практически 65% из них умирают.

Актуальность проблемы, помимо всего прочего, отягощается отсутствием универсальной тактики лечения [4].

Клинические симптомы острого холецистита имеют высокую чувствительность и высокую специфичность и должны быть определены до инструментально-лабораторного обследования больного.

Клинические проявления заболевания можно сгруппировать следующим образом: местные признаки воспаления желчного пузыря – боль, болезненность и напряжение мышц в правом подреберье и/или эпигастрии, системные признаки воспаления при остром холецистите — лихорадка, лейкоцитоз.

У больных старшей возрастной группы возможна стертая картина болезни, отсутствие признаков системной воспалительной реакции и незначительная болезненность при глубокой пальпации при наличии деструктивных изменений в стенке желчного пузыря [3].

В развитии заболевания у мужчин выделена «скрытая форма деструктивного холецистита» (СФДХ), под которой понимается такой вариант течения болезни, при котором достигнутое в результате консервативной терапии или самостоятельного купирования, по клинико-лабораторным признакам острого приступа оказывается минимальным, в то время как на фоне стойкой обтурации желчного пузыря сохраняются или прогрессируют гнойно-деструктивные изменения в нем [1].

По данным различных исследований выявлено, что на исход лечения острого хирургического заболевания влияют сроки госпитализации больных. Отмечено, что при поступлении больных острым холециститом в первые 24 ч от начала заболевания

летальность не обнаружена. Через 25—71 ч от начала заболевания при госпитализации также летальность составляет не более 10%. При обращении пациентов за помощью более чем через 3 суток от начала заболевания летальность повышается до 25%.

Это позволяет сделать вывод, что поздние сроки госпитализации при экстренном хирургическом заболевании также являются реальным фактором операционно-анестезиологического риска [2].

Основным методом лечения остается хирургический, хотя и делаются попытки применения медикаментозных средств, но пока они малоэффективны. К настоящему времени детально разработана техника операции, ведение послеоперационного периода, и все же отмечается высокий процент осложнений (18–52%) и летальности (4–6%). В оперативном лечении используется лапаротомный, традиционный и минидоступ, а в последние годы широко внедряется лапароскопический, но при любом из них наблюдается осложнения, особенно у пожилых как в момент операции, так и после нее.

Ведутся разработки мер профилактики, чтобы улучшить результаты хирургического лечения у больных пожилого и старческого возраста [5].

**Цель:** выявить наиболее часто встречающиеся симптомы острого холецистита у различных пациентов, выделить наиболее частые и редкие жалобы.

**Задачи:** 1. Выявить частоту возникновения редких симптомов острого холецистита; 2. Дать обоснование развитию данного заболевания; 3. Проанализировать протекание острого холецистита у опрошенных пациентов.

**Материал и методы.** В процессе исследования был проведен опрос среди 40 пациентов и составлен анализ симптомов, которые наблюдались у больных с острым холециститом.

**Результаты и их обсуждение.** Во время исследования, у опрошенных пациентов были выявлены: боль в правом подреберье 38 из 40 пациентов, нарушение сна у 39 из 40 человек, боль в брюшной полости у 37 из 40 человек, а также затруднения движения (наклонов туловища, хождения, сгибания нижних конечностей в тазобедренных суставах). Данные симптомы являются основными и часто встречающимися при диагностики желудочно-кишечных патологий.

Среди опрошенных больных у 28 из 40 пациентов имеет место наследственная патология, преимущественно, по материнской линии. По данным исследования, большая часть мужчин-отцов опрошенных пациентов не имели патологий в виде острого холецистита и других желудочно-кишечных заболеваний. Другая часть мужчин участвовало в Великой Отечественной Войне, менее 10% пропали без вести.

К симптомам, которые возникали у 30 из 40 опрошенных зафиксировано: снижение аппетита, сердцебиение, боль в области лопатки, тошнота, не сопровождающаяся рвотой у 10 пациентов. Подобные симптомы имеют место быть и при следующих заболеваниях: ишемия миокарда, пиелонефрит, гастроэзофагальная рефлюксная болезнь.

Приступы рвоты характеризуются, в основном, с пищевым отделением и желчью, что было характерно у 20 опрошенных; в частности, у 3 пациентов возникала водянистая рвота, у 2 исследуемых кровавая рвота, смешанная с пищей, а также

обильная рвота с продолжительностью более 40 минут. Данные симптомы также отмечаются при острых кишечных инфекциях и имеют неприятные последствия, особенно, для пациентов детского возраста.

Общая слабость, озноб, жар, затруднение дыхания на вдохе и выдохе зафиксированы у 32 из 40 опрошенных пациентов. Приступ затруднения дыхания описан пациентами, как один из самых неприятных ощущений на протяжении заболевания. Подобные патологии встречаются и при других обстоятельствах.

При исследовании динамики температуры пациентов, у 32 человек наблюдалась субфебрильная температура; 5 пациентов было зафиксировано с умеренной лихорадкой и 3 с пиретической лихорадкой. Опрошенные пациенты в 70% случаев «не ощущали» действия повышенной температуры наряду с возникшей болью и высоким артериальным давлением.

По результатам опроса, у 19 исследуемых обнаружилась желтушность кожных покровов, преимущественно в области лица, глаз и шеи. Более чем у 15 опрошенных выявлено повышение артериального давления, сухость губ и полости рта, боль в области грудины. Среди редких патологий выявлена желтушная обложенность языка у 1 пациента. Подобные симптомы имеют место быть при желтухе, которая может быть следствием заболевания острой холецистит.

В результате возникшей патологии 12 пациентов испытывали страх, стресс и волнение. Такие состояния опрошенные люди связывали с желанием скорейшего выздоровления.

Среди не самых частых жалоб зафиксированы: иррадиирующие боли в области сердца и между лопаток у 5 человек. Среди опрошенных женщин у 3 из 25 выявлена боль внизу живота, четверо испытывали сильную боль при мочеиспускании. У 2 пациентов отмечено недержание мочи в результате частых приступов, бледность лица и отеки под глазами. Факторами, приводящими к данным патологиям, являлась тяжелая беременность опрашиваемых пациенток с осложненными родами и тяжелые условия труда.

Среди исследуемых пациентов у 1 из опрошенных при возникновении приступов наступал сон. Данный приступ был выявлен у пациента с болезнью Альц-Геймера, что по определенным обстоятельствам могло являться причиной извращенного сна.

Во время исследования у 35 пациентов было выявлено нарушение стула: изменение цвета на желто-белый, запор, метеоризм, а в результате изменения стула у 2 опрошенных возникал приступ, связанный с исследуемым заболеванием. Данные приступы у опрошенных пациентов на 85% связаны с неправильным питанием, включающем в себя острую пищу и переедание.

**Выводы:** в процессе опроса пациентов выявлены возможные факторы развития патологии: 60% испытуемых в качестве основного питания употребляют острую несбалансированную пищу, а также пищу, заказанную в ресторанах быстрого питания, у 35% отмечено употребление алкоголя и курение. К одному из неблагоприятных факторов также относятся условия работы пациентов: 25% опрошенных работали в прохладных неблагоприятных условиях. Отмечен сидячий характер работы.

Частота возникновения приступов и патологических состояний у всех пациентов различна.

В результате опроса отмечено, что 65 % пациентов, находясь в стационаре, имеют благоприятное течение лечения заболевания и состояние их здоровья зафиксировано в лучшую сторону. Остальные 35 % не имели в момент опроса положительной динамики выздоровления, а состояние их здоровья не изменилось после поступления в стационар.

#### Литература

1. Бебуришвили А.Г., Панин С.И., Зюбина Е.Н., Быков А.В. Миниинвазивные вмешательства при остром холецистите: состояние проблемы по данным доказательной медицины // *Анналы хирургической гепатологии*. - 2011. - № 2. - С. 83-88.
2. Быков А.В., Орешкин А.Ю. Острый холецистит у мужчин: актуальность проблемы // *Современные проблемы науки и образования*. - 2013. - № 2. - С. 42.
3. Ермолов А.С., Иванов П.А., Благовестнов Д.А., Демченко С.С., Новосел С.Н., Алмакаев Ф.Р. Тактика лечения острого холецистита, осложненного холедохолитиазом // *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*. - 2014. - № 1. - С. 10-14.
4. Мальцев А.Б., Гумеров Р.Р., Чижова Е.А., Тюрюмина Е.Э., Панасюк А.И., Шантуров В.А. Лечение острого холецистита: опыт и перспективы // *Acta Biomedica Scientifica*. - 2011. - № 4-2 (80). - С. 116-122.
5. Токтосунов А.С. Оперативное лечение острого калькулезного холецистита у больных пожилого и старческого возраста // *Молодой ученый*. - 2016. - № 2 (106). - С. 393-394.