Министерство здравоохранения Калужской области

ГАОУ КО СПО "Калужский базовый медицинский колледж"

Курсовая работа

Диагностика и лечение острого холецистита

Студент:

Специальность: "Лечебное дело"

группа

Руководитель:

Калуга

Содержание

Введение

1. Анатомия и физиология желчного пузыря

2. Этиология острого холецистита

3. Патогенез острого холецистита

4. Классификация острого холецистита

5. Клиника острого холецистита

6. Диагностика острого холецистита

7. Дифференциальная диагностика острого холецистита

8. Лечение острого холецистита

9. Осложнения острого холецистита

10. Профилактика острого холецистита

Заключение

Список использованной литературы

Приложение

Введение

Острый холецистит - это острое воспаление желчного пузыря, обусловленное нарушением оттока желчи, связанное чаще всего с ущемлением или развитием воспалительного процесса в шейке желчного пузыря.

Начало развития хирургии желчных путей относится к концу XIX в.

До этого времени были единичные случаи хирургического вмешательства на желчном пузыре:

1618 г. английский хирург Фабрициус вскрыл 70-летнему больному желчный пузырь и удалил из него два камня.

В 1735 г. французский хирург Петит сообщил Королевской академии в Париже о трёх первых своих операциях на желчном пузыре

Затем долгое время оставался нерешенным вопрос о возможности удаления желчного пузыря.

Современные виды операций на желчном пузыре начинают разрабатываться только во второй половине XIX (например, в 1878 г. холецистостомию произвели Блодгетт, Розенбаух и Симс).

Важным событием в развитии хирургии желчных путей явился выход в свет в 1918 г. капитального труда С.П. Федорова "Желчные камни и хирургия желчных путей". Эта работа долгие годы являлась для хирургов настольной книгой и не утратила своего значения в настоящее время [9].

Актуальность темы

Проблема острого холецистита в современной неотложной хирургии на протяжении последних трех десятилетий является актуальной в связи с широким распространением заболевания. Холецистит занимает второе по частоте место среди всех хирургических болезней органов брюшной полости, после острого аппендицита. В мире на сегодняшний день этим заболеванием страдает от 10% до 20% взрослых людей. С каждым годом частота его неуклонно растет, что связано с "сидячей" работой, малоподвижным образом жизни, неправильным питанием (чрезмерное потребление жиров), а также сопутствующим ростом числа эндокринных заболеваний. У женщин холецистит встречается чаще, чем у мужчин.

Также острый холецистит остается актуальной проблемой, особенно в гериатрической практике, поскольку болеют и оперируются преимущественно люди пожилого и старческого возраста[13].

Цель исследования: изучить особенности, методы диагностики и лечения острого холецистита.

Задачи исследования:

1. Рассмотреть анатомо-физиологические особенности желчного пузыря и желчевыводящих путей.

2. Изучить этиологию, патогенез и клинические проявления острого холецистита.

3. Разобрать основные методы диагностики и лечения острого холецистита.

1. Анатомия и физиология желчного пузыря

Желчный пузырь (vesica fellea) - представляет собой достаточно тонкостенный полый мышечный орган пищеварительной системы, в котором происходит накопление желчи и её выделение (Рис. 1).

Желчный пузырь лежит на висцеральной поверхности печени в ямке желчного пузыря, отделяющей передний отдел правой доли от квадратной доли печени.

Обычно он имеет грушевидную форму. Длина желчного пузыря в среднем составляет 6-10 см, его ширина достигает 2,5-4 см, а емкость 30-70 мл.

В желчном пузыре выделяют следующие анатомические части: дно – наиболее широкую часть, тело - среднюю часть и шейку – суженную часть.

Стенка желчного пузыря состоит из слизистой, мышечной и соединительнотканной оболочек. У шейки слизистая и мышечная оболочки формируют сфинктер, который предотвращает выход желчи вне приема пищи.

Шейка пузыря продолжается в пузырный проток, который потом сливается с общим печеночным протоком и образует общий желчный проток [10, 11].

После приема пищи желчный пузырь в области дна и тела начинает сокращаться, а его шейка в это время расширяется. Затем наступает сокращение всего желчного пузыря, в нем повышается давление, и порция желчи выбрасывается в общий желчный проток, который в большинстве случаев сливается с панкреатическим протоком и открывается в просвет двенадцатиперстной кишки.

Желчь вырабатывается клетками печени (гепатоцитами) непрерывно. Вне пищеварения печеночная желчь поступает в желчный пузырь и там концентрируется.

Желчь представляет собой вырабатываемый печеночными клетками секрет желтовато-коричневого цвета жидкой консистенции. В нормальных условиях количество желчи, вырабатываемой печенью за сутки, может достигать 1,5 тыс. – 2 тыс. мл. Желчь имеет довольно сложный состав, она содержит желчные кислоты, фосфолипиды (липиды – жиры), билирубин, холестерин и другие компоненты [11, 12].

Функции желчного пузыря: накопление, концентрация желчи и её выделение.

Образование и выделение желчи выполняет в организме две важнейшие функции:

– пищеварительную – компоненты желчи (прежде всего желчные кислоты) жизненно необходимы для переваривания и всасывания пищевого жира;

– выведение из организма токсических веществ, которые не могут быть нейтрализованы путем переработки и не выводятся наружу почками.

В составе желчи могут удаляться из организма разные вредные соединения, в том числе лекарственные.

2. Этиология острого холецистита

В 95% случаев острый холецистит развивается вследствие обструкции камнем шейки желчного пузыря или пузырного протока, что приводит к застою желчи и присоединению инфекции.

Возбудителями заболевания в большинстве случаев являются микробы (кишечная палочка, стрептококки, энтерококки, стафилококки).

Инфекция попадает в желчную систему 3-мя путями:

1. Энтерогенным (восходящим) путем из кишечника.

2. Гематогенным путем – через пузырную вену и воротную вену.

3. Лимфогенным путем, вследствие обширной связи лимфатической системы печени и желчного пузыря с органами брюшной полости [16].

Кроме того, в развитии острого воспаления играет нарушение кровоснабжения стенки желчного пузыря при атеросклерозе висцеральных ветвей брюшной аорты.

Такое же повреждающее действие панкреатического сока на слизистую оболочку желчного пузыря при рефлюксе секрета поджелудочной железы в желчные протоки, вследствие анатомо-физиологической связи желчевыводящих путей с выводными протоками поджелудочной железы [7].

Предрасполагающие факторы развития острого холецистита:

\* наличие очагов хронической инфекции;

\* наличие паразитов;

\* заболевания органов желудочно-кишечного тракта (гастрит, дискинезия);

\* травмы желчного пузыря и печени;

\* нерегулярное питание и переедание (злоупотребление жирной пищи);

\* малоподвижный образ жизни;

\* наличие вредных привычек (злоупотребление алкоголя, курение)[8];

3. Патогенез острого холецистита

Обтурация камнем шейки желчного пузыря или пузырного протока приводит к застою желчи, патогенные микроорганизмы начинают активно размножаться в желчном пузыре.

Начинается острый воспалительный процесс, который приводит к гибели клеток внутреннего эпителиального слоя желчного пузыря и повышению давления в нем, вследствие чего может произойти сдавливание сосудов стенки пузыря. Происходит нарушение кровоснабжения органа мелкими капиллярами, и развивается некроз.

Что в свою очередь приводит к еще более худшему оттоку желчи, отток затрудняется или прекращается полностью, стенки желчного пузыря растягиваются и возникают спазмы и приступы желчной колики [7, 8].

4. Классификация острого холецистита

1. По характеру морфологических изменений в желчном пузыре:

* простой (катаральный)
* флегмонозный (флегмонозно-язвенный)
* гангренозный
* перфоративный

2. По клиническому течению:

* неосложненный
* осложненный (обтурацией пузырного протока, прободением)

3. В зависимости от наличия или отсутствия камней в желчевыводящих путях:

* некалькулезный (бескаменный)
* калькулезный [16, 8]

5. Клиника острого холецистита

Клиника острого холецистита будет зависеть от патологоанатомических изменений в желчном пузыре, длительности и течения заболевания, наличия осложнений и реактивности организма.

Острый холецистит начинается, как правило, остро, с появления болей различной интенсивности в правом подреберье и эпигастральной области. Часто приступ болей спровоцирован погрешностью в диете (употребление жирных или острых блюд, копченостей, алкоголя), реже - физическим или эмоциональным перенапряжением.

Боли носят постоянный характер. Иногда приступ начинается со схваткообразных болей (почечная колика), которые потом через некоторое время становятся постоянными. Боли иррадиируют в поясницу, правую лопатку и нередко в шею и надключичную область справа.

У больных, как правило, бывает рвота пищей, желчью, не приносящая облегчения. Часто повышается температура до субфебрильных цифр. При выраженном деструктивном процессе или при присоединении холангита бывают потрясающие ознобы с лихорадкой до 40°С [2, 6].

Нередко у больных острым холециститом возникает механическая желтуха, обусловленная полной или частичной закупоркой общего желчного протока камнями или же развитием холангита. Тогда больные могут жаловаться на желтушность кожи, кожный зуд и ахоличный стул (это обесцвеченные каловые массы, имеющие вид глины в связи с тем, что желчь, которая придает калу обычную окраску, не поступает кишечник).

При осмотре отмечаются субиктеричность склер, умеренная тахикардия до 90-100 ударов в минуту, при деструктивных формах острого холецистита наблюдается выраженная тахикардия 120-140 ударов в минуту. Артериальное давление не изменяется, но у ряда больных может отмечаться значительный подъем артериального давления.

Язык сухой, обложен белым или слегка серым налетом. Больные испытывают чувство жажды [10, 15].

Пальпация живота

Определяется разлитая болезненность в верхней половине, больше в правом подреберье, где обычно выявляется напряжение мышц передней брюшной стенки. Нередко можно определить воспалительный инфильтрат или увеличенный желчный пузырь.

При остром холецистите определяют ряд симптомов, которые являются характерными для данной патологии:

1. Симптом Грекова-Ортнера: боль, появляющаяся в области желчного пузыря при легком поколачивании ребром ладони по правой реберной дуге.

2. Симптом Мюсси-Георгиевского: болезненность при пальпации в надключичной области в точке, расположенной между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы справа, боль иррадиирует вниз, в правое подреберье.

3. Симптом Мерфи: непроизвольная задержка дыхания на вдохе при пальпации правого подреберья.

4. Симптом Кера: болезненность при пальпации на вдохе в точке проекции желчного пузыря [8].

При развитии местного перитонита, может определяться положительный симптом Щеткина-Блюмберга.

6. Диагностика острого холецистита

Диагноз острого холецистита следует подозревать при наличии типичных болей (жёлчная колика) в сочетании с результатами физикального, лабораторного и инструментального методов обследования.

Лабораторные и инструментальные методы исследования должны быть проведены в течение первых 24 часов с момента госпитализации [8].

Лабораторная диагностика острого холецистита

Клинический анализ крови: лейкоцитоз в пределах 12,0-15,0 х 109/л и выше, умеренный сдвиг лейкоцитарной формулы влево (за счет палочкоядерных нейтрофилов), повышение СОЭ.

Изменения со стороны белой крови указывают на деструктивный процесс в стенке желчного пузыря. Чем тяжелее воспалительный процесс в жёлчном пузыре и брюшной полости, тем более выражены эти изменения

Биохимический анализ крови:

* Общий белок (норма 64-83г/л.) и белковые фракции.
* Общий холестерин (норма 3,0-6,0 ммоль/л.).
* Билирубин (норма 3,4-17,1 мкмоль/л.), прямой билирубин (норма 0 - 3,4 мкмоль/л.): при остром холецистите возможно небольшое повышение.
* Аспартатаминотрансфераза (норма для женщин - до 31 Ед/л., для мужчин АСТ - до 41 Ед/л.)

Аланинаминотрансфераза (норма АЛТ для женщин - до 31 Ед/л., для мужчин норма АЛТ - до 41 Ед/л.): активность данных ферментов может быть увеличена.

* Гамма-Глутамилтранспептидаза (для женщин норма ГГТ - до 32 Ед/л., для мужчин - до 49 Ед/л.): активность её может быть повышена в рамках синдрома холестаза в сочетании с повышением активности щелочной фосфатазы (норма для женщины - до 240 Ед/л., для мужчин - до 270 Ед/л.).

Общий анализ мочи: при наличии обтурационной желтухи возможна билирубинурия – появление билирубина в моче [10, 14].

Инструментальная диагностика острого холецистита

Из инструментальных методов диагностики острого холецистита в первую очередь следует отметить УЗИ органов брюшной полости, диагностическая точность которого составляет 89%. Применение этого метода диагностики позволяет не только установить наличие острого холецистита, осложненного механической желтухой, но и уточнить воспаления желчного пузыря и характер желтухи.

Использование метода становится особенно ценным, когда острый холецистит протекает под маской "острого живота" или острого панкреатита. При наличии информации о форме острого холецистита и распространенности воспалительной процесса, представляется возможным определять лечебную тактику и решать вопросы о сроках операции [10].

УЗИ органов брюшной полости

Для острого холецистита характерными и значимыми являются следующие ультразвуковые признаки:

* увеличение размеров желчного пузыря;
* утолщение стенки желчного пузыря до 4-5мм;
* неровность контура желчного пузыря;
* нечеткость или раздвоенность контура;
* положительный ультразвуковой признак Мерфи - усиление боли в зоне желчного пузыря на вдохе под УЗ-датчиком;
* инфильтрация стенки желчного пузыря;
* изменение содержимого в просвете желчного пузыря;
* наличие эхо-изменений в паравезикальной зоне.

Повторное УЗИ проводят для оценки эффективности консервативного лечения острого холецистита и выявления признаков прогрессирования воспалительного процесса в стенке жёлчного пузыря и брюшной полости. Эти признаки могут появиться спустя 24-48 ч с момента госпитализации, поэтому в это время УЗИ целесообразно проводить ежедневно [7].

Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ)

Применяется при остром холецистите в случаях механической желтухи и обтурационного холангита. В таких ситуациях очень важно до операции иметь точные сведения о характере и уровне непроходимости желчных протоков. При успешном выполнении рентгеноконтрастного исследования врач имеет возможность выявить камни желчных протоков, определить их локализацию и уровень закупорки протока, а также установить наличие стеноза и его протяженность. Определение характера патологии в желчных протоках с помощью рентгеноэндоскопического метода позволяет правильно решать вопросы лечебной тактики.

ЭРХПГ должна производиться в каждом случае острого холецистита, протекающего с выраженными явлениями внепеченочного холестаза, если по тяжести воспалительного процесса в брюшной полости не требуется срочного оперативного вмешательства. От проведения ЭРХПГ приходится воздерживаться в отношении больных, которым по тяжести воспалительного процесса в брюшной полости операция должна быть проведена в ближайшие 12-24 часа [10, 14].

Компьютерная томография желчного пузыря

Проведение КТ желчного пузыря и желчевыводящих путей показано при нетипичной клинической картине, а также с целью дифференциальной диагностики заболевания и его осложнений.

Семиотические признаки поражения желчного пузыря, по данным КТ, аналогичны УЗИ.

Диагностическая лапароскопия

Позволяет диагностировать острый холецистит. Во время лапароскопии по визуальным признакам судят о характере воспаления жёлчного пузыря (гиперемия, увеличение в размерах, отек, воспалительная инфильтрация, фибринозный налет, очаги деструкции темно-серого цвета) и распространённости перитонита.

В настоящее время лапароскопию проводят при неясном диагнозе и невозможности установить причину острого живота неинвазивными методами исследования [8].

Эзофагогастродуоденоскопия (ФГДС)

ФГДС проводят с целью исключения язвенной болезни как возможной причины болевого синдрома. Необходим осмотр большого дуоденального сосочка.

Рентгенологическое исследование органов грудной клетки и ЭКГ

Проводят для исключения патологии лёгких, острого инфаркта миокарда, которые могут имитировать симптоматику острого живота [9].

7. Дифференциальная диагностика острого холецистита

Острый холецистит чаще всего приходится дифференцировать:

* с почечной коликой,
* с острым панкреатитом,
* с перфоративной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки,
* с острым аппендицитом.

Почечная колика

В отличие от приступа острого холецистита, характеризуется возникновением острой боли в поясничной области, с иррадиацией в область половых органов и бедра, а также развитием дизурических явлений. Температура тела остается нормальной, лейкоцитоз отсутствует. В моче обнаруживают форменные элементы крови, соли. Симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Симптом Пастернацкого положительный.

Острый аппендицит

В отличие от острого аппендицита, острый холецистит протекает с повторной рвотой желчью, характерной иррадиацией боли в правую лопатку и плечо. Симптом Мюсси при остром аппендиците отсутствует.

Постановку диагноза облегчает наличие в анамнезе данных о том, что пациент болен желчнокаменной болезнью. Острый аппендицит обычно протекает более тяжело, для него характерно быстрое развитие перитонита [2, 3].

Перфоративные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки

Для острого холецистита, в отличие от перфоративной язвы, характерно отсутствие в анамнезе указаний на язвенный дефект и наличие указаний на желчнокаменную болезнь.

Прикрытые перфорации язв имеют острое начало. В первые часы от начала заболевания появляется выраженное напряжение мышц передней брюшной стенки. Нередко отмечается локальная боль в правой подвздошной области вследствие того, что содержимое желудка вытекает в брюшную полость. Для острого холецистита это не характерно.

При остром холецистите печеночная тупость сохранена.

Острый панкреатит

В отличие от острого холецистита, протекает с быстро нарастающими явлениями интоксикации, тахикардией, парезом кишечника. Боль локализуется преимущественно в левом подреберье или в эпигастральной области, носит опоясывающий характер. Она сопровождается частой, а иногда неукротимой рвотой.

Диагноз острого панкреатита часто подтверждается увеличением активности ферментов в крови и моче. Изменения в поджелудочной железе отчетливо обнаруживаются при ее ультразвуковом исследовании [2, 6].

8. Лечение острого холецистита

Больные острым холециститом подлежат экстренной госпитализации в хирургическое отделение.

Цель лечения:

* устранение болевого синдрома,
* уменьшение воспалительных явлений и общей интоксикации.

На догоспитальном этапе оказывается неотложная помощь.

Неотложная помощь при остром холецистите

1. Оценить состояние пациента: выяснить жалобы, измерить артериальное давление, пульс, частоту дыхательных движений, оценить окраску кожных покровов.

2. Успокоить пациента.

3. Положить пузырь со льдом на область правого подреберья.

4. Необходимо приготовить и ввести антиспастические и анальгезирующие средства, которые снимают спазм сфинктера Одди, что ведёт к снижению внутрипротокового давления вследствие улучшения оттока желчи в двенадцатиперстную кишку:

2 мл 2% раствора но-шпы; 2 мл 2% раствора папаверина; 2 мл 0,2% раствора платифиллина; 2 мл 50% анальгина или любой другой анальгетик: баралгин, кеторол, кетонал, и 1 мл 0,1% раствора атропина. Данная смесь вводится внутривенно струйно.

Хороший и быстрый эффект дает внутривенное капельное введение новокаина 150-200 мл 0,25% раствора.

При неэффективности вводят наркотические анальгетики: 1% раствор промедола или 1% раствор омнопона 1-2 мл внутривенно, можно подкожно и внутримышечно [9, 10].

И госпитализация в хирургическое отделение на носилках.

При наличии осложнений (холангита, желтухи, перфорации желчного пузыря), когда состояние больного крайне тяжелое, его следует немедленно госпитализировать лежа в хирургический стационар.

Можно ввести вышеуказанные спазмолитики до транспортировки, кроме обезболивающих средств, особенно противопоказаны морфин и омнопон, которые вызывают резкий и длительный спазм сфинктера Одди, что приводит к повышению внутрипеченочного давления и дополнительному повреждению печеночных ходов, и усиление боли вплоть до шока.

При длительной транспортировке больного следует начать инфузионную терапию растворами глюкозы 5%-ой - 400 мл, с раствором новокаина 0,25% - 100 мл и спазмолитиками [14].

Если после оказания неотложной помощи боль купируется и общее состояние начинает стабилизироваться, а при обследовании в стационаре не были выявлены деструктивные формы холецистита и отсутствуют осложнения, то назначается консервативное лечение.

Консервативное лечение острого холецистита

Консервативные мероприятия направлены:

1. На ликвидацию воспалительного процесса.
2. На борьбу с застоем желчи.
3. На борьбу с дискинезией желчных путей.
4. На нормализацию нарушенных процессов метаболизма.
5. На восстановление нормальной деятельности друг систем организма.

В условия хирургического стационара больному назначается постельный или полупостельный режим.

Также большое значение заключается в соблюдении диеты, с целью создания условий для функционального покоя пораженного органа. Пациенту назначается голод в течение первых 2 дней от начала заболевания [10].

Затем переходят на диету №5.

В рационе прибавляются продукты богатые:

* клетчаткой (овощи, фрукты, злаки);
* липотропными веществами (нежирное мясо и рыба, яичный белок, нежирный творог, соя);
* пектинами (например, яблоки);
* жидкость - минеральные воды (боржоми или нарзан - теплые, без газа, по 1 стакану 4 раза в день, после еды) или клюквенный кисель, морс.

Все блюда либо варят, либо запекают и редко тушат. Также нужно протирать богатые клетчаткой овощи и жилистое мясо. Все блюда должны быть только теплые или слегка горячие.

Исключается употребление жирных, жареных, перченых блюд и сладкие продукты.

Медикаментозное лечение заключается в назначении:

* антибактериальных средств,
* спазмолитических средств,
* желчегонных средств.

Для антибактериальной терапии следует использовать препараты, к которым чувствительна вызвавшая острый холецистит микробная флора и которые хорошо проникают в желчь. Антибиотики лучше назначать парентерально [3, 9].

Препаратами выбора в лечении острого холецистита являются:

1. цефтриаксон 1-2 г/сут. + метронидазол 1,5-2 г/сут.;
2. цефоперазон 2-4 г/сут. + метронидазол 1,5-2 г/сут.;
3. ампициллин/сульбактам 6 г/сут.;
4. амоксициллин/клавуланат 3,6-4,8 г/сут.

В качестве альтернативного режима использования антибактериальных препаратов могут использоваться:

1. гентамицин или тобрамицин 3 мг/кг в сутки + ампициллин 4 г /сут. + метронидазол 1,5-2 г/сут.;
2. нетилмицин 4-6 мг/кг в сутки + метронидазол 1,5-2 г/сут.;
3. цефепим 4 г/ сут. + метронидазол 1,5-2 г/сут.;
4. фторхинолоны (ципрофлоксацин 400-800 мг внутривенно) + метронидазол 1,5-2 г/сут. [1, 4].

В целях устранения спазма сфинктеров желчевыводящей системы назначаются спазмолитики. Они снимают не только спазм сфинктера Одди, но и ликвидируют боль.

Спазмолитики назначаются в инъекциях 3 раза в день.

Например:

1. атропин 1 мл 0,1% подкожно,
2. платифиллин 2 мл 0,2% подкожно,
3. но-шпа 2 мл 2% внутримышечно,
4. папаверин 2 мл 2% внутримышечно или любой другой спазмолитик.

После стихания острых явлений применяются желчегонные препараты.

Применение желчегонных средств зависит от типа сопутствующей дискинезии.

При дискинезии по гипотоническому типу показаны холецистокинетики (препараты, способствующие оттоку желчи) - сульфат магния, оливковое масло, облепиховое или подсолнечное масло.

При дискинезии по гипертоническому типу целесообразно применять холеретики (препараты, стимулирующие образование желчи) - хологон, аллохол, холензим: по 1-2 таблетке 3 раза в день.

Для коррекции метаболических нарушений назначают инфузионную терапию: раствор глюкозы, раствор хлорида калия, белковые препараты, плазму крови, альбумины [4, 10].

На фоне усугубляющейся интоксикации возникает опасность развития печеночной недостаточности. В целях дезинтосикации назначают гемодез, полидез, реополиглюкин.

Для устранения нарушения метаболизма в печени назначают препараты липоевой кислоты, метионин и глютаминовую кислоту.

Хирургическое лечение острого холецистита

Срочные оперативные вмешательства выполняются при осложнении заболевания желтухой, острым панкреатитом, в случаях, когда, несмотря на проводимое консервативное лечение, клинические проявления острого холецистита сохраняются, при подозрении на перфорацию, гангрену, флегмону желчного пузыря [2, 14].

Основные задачи проводимого лечения:

* удалить желчный пузырь (место образования камней),
* удалить камни из желчевыводящих путей,
* восстановить свободный пассаж желчи,
* создать все условия для предотвращения возможных рецидивов.

Объем оперативного вмешательства, при остром холецистите, определяется общим состоянием больного, тяжестью основного заболевания и наличием сопутствующих изменений во внепеченочных желчных протоках. желчный холецистит пузырь

В зависимости от этих обстоятельств характер операции может заключаться в холецистостомии или холецистэктомии, которая при наличии показаний дополняется холедохотомией и наружным дренированием желчных протоков.

Холецистэктомия

Удаление желчного пузыря является основной операцией при остром холецистите. В настоящее время практикуется два наиболее распространённых способа удаления желчного пузыря:

1. Открытая холецистэктомия - традиционная полостная операция, выполняемая через широкий разрез брюшной стенки. Данный метод оперативного вмешательства целесообразен при высокой степени инфицирования и сильном воспалении желчного пузыря, а также наличии крупных камней, удаление которых иными способами невозможно.

После проведения открытой полостной операции по удалению желчного пузыря процесс восстановления и реабилитации пациента усложняется и занимает 1-2 месяца. Кроме того, существует риск появления спаечных процессов и возможности заражения.

2. Лапароскопическая холецистэктомия - щадящее оперативное вмешательство через узкие проколы (5-10 мм) в брюшной полости при помощи телескопического устройства – тонкой трубки с микрокамерой (лапароскопа).

При проведении данного метода удаления желчного пузыря, контакт с оперируемыми тканями происходит исключительно при помощи инструментов, благодаря чему значительно снижается риск инфекционных и воспалительных осложнений. При условии стационарного наблюдения лечащего врача, пациента после такой операции могут отпустить уже на следующий день. Швы снимаются амбулаторно, на 5-7 сутки после операции [15].

Холедохотомия - это рассечение общего желчного протока.

Показания к холедохотомии:

1. Механическая желтуха при поступлении и в момент операции.
2. Холангит.
3. Расширение внепеченочных желчных протоков.
4. Камни желчных протоков, определяемые пальпаторно.

Вскрытие общего желчного протока производят в супрадуоденальном его отделе, ближе к двенадцатиперстной кишке. Нерасширенный желчный проток лучше вскрывать поперечным разрезом, чтобы при последующем ушивании поперечного разреза не образовалось сужения протока. При расширенном желчном протоке производят как продольный, так и поперечный разрезы.

При наличии камней в желчных протоках необходимо их удалить и промыть протоки раствором новокаина.

Каждая холедохотомия, предпринятая при остром холецистите с диагностической или лечебной целью, должна заканчиваться наружным дренированием желчных протоков при условии их свободной проходимости.

Наружное дренирование желчных протоков может быть произведено следующими способами:

1. По Аббе – полиэтиленовым катетером, вводимым через культю пузырного протока.

2. По Керу - Т-образным латексным дренажем.

3. По А.В. Вишневскому – дренажем-сифоном.

К выбору способа дренажа подходят с учетом патологии в протоках и характера хирургического вмешательства [6, 14].

Холецистостомия - это операция образования наружного свища желчного пузыря.

Её следует считать стандартом хирургического лечения больных острым холециститом, у которых риск выполнения холецистэктомии чрезмерно велик в связи с тяжёлыми соматическими заболеваниями.

Патогенетическим обоснованием целесообразности выполнения холецистостомии служат снятие внутрипузырной гипертензии и отведение наружу инфицированной жёлчи, что устраняет нарушение кровотока в стенке жёлчного пузыря, предотвращая тем самым возникновение и прогрессирование в нём деструктивных изменений.

Три способа проведения холецистостомии:

* 1. Чрескожное дренирование жёлчного пузыря под ультразвуковым контролем. В полость жёлчного пузыря устанавливают дренаж, позволяющий отводить наружу гнойную жёлчь и активно осуществлять его санацию.
  2. Лапароскопическая холецистостомия. Метод прямой пункции жёлчного пузыря троакар-катетером с оставлением в его полости баллонного катетера, благодаря которому обеспечивается герметичность стомы и формируется доступ в полость жёлчного пузыря для его активной санации.
  3. Открытая холецистостомия. В правом подреберье формируют холецистостому и дно желчного пузыря подшивают к брюшной стенке. В случае невозможности подшить жёлчный пузырь к брюшной стенке его отграничивают тампонами. При открытой холецистостомии образуется широкий канал для доступа в полость жёлчного пузыря и его санации. Однако этот способ используется редко, так как создание холецистостомии наиболее травматично в связи с разрезом брюшной стенки [8, 14].

9. Осложнения острого холецистита

В случаях, когда заболевание не диагностировано вовремя или необходимое лечение не начато своевременно, очень высока вероятность того, что разовьются осложнения острого холецистита [3].

К осложнениям относят: холангит, спайки в брюшной полости, перфорация, эмпиема желчного пузыря, сепсис, хронизация острого процесса.

Холангит-это воспаление слизистой желчных протоков.

Как осложнение острого процесса развивается достаточно часто. В этом случае острый воспалительный процесс из желчного пузыря переходит в желчные протоки.

Спайки в брюшной полости

Они образуются при любом воспалительном заболевании. В данном случае происходит сращение соединительной тканью желчного пузыря с близлежащими органами (кишечник, печень). Они могут вызывать дискомфорт в животе [1, 10].

Перфорация стенки желчного пузыря

Перфорация стенки желчного пузыря развивается при её некрозе, при этом может сформироваться околопузырный абсцесс или развивается перитонит. При калькульзном холецистите может образоваться свищ (перфорация пузыря в просвет кишки), при этом камень попадает в кишечник, развивается кишечная непроходимость.

Эмпиема желчного пузыря - гнойное расплавление его стенки.

Это состояние характеризуется ухудшением состояния больного, усилением боли, повышением температуры тела и может привести к перфорации стенки желчного пузыря.

Сепсис

Это серьезное осложнение. Развивается вследствие распространения бактерий из первичного очага с током крови по всему организму. Может привести к летальному исходу.

Хронизация острого процесса

Переход процесса в хроническую форму происходит, когда проводимое лечение острого холецистита было недостаточно эффективно или больной нарушал предписания врача [7, 9, 16].

10. Профилактика острого холецистита

Профилактика, в первую очередь, должна включать в себя правильный режим питания: 4-5 раз в день. Обязательно исключить обильный прием пищи на ночь, особенно жирной и в сочетании с алкогольными напитками. Прием пищи должен осуществляться каждый день в одно и то же время

Рекомендуется диета, включающая молочные и растительные продукты, В диету включают продукты, которые содержат много солей магния. Они способствуют выделению желчи, уменьшают болевые ощущения, снимают спазм желчного пузыря. Много магниевых солей в гречневой крупе, в овощах и фруктах [10].

Необходимо достаточное употребление жидкости: не менее 1,5-2 л в течение дня.

Не рекомендуются продукты: с высоким содержанием жиров животного происхождения (жареные блюда, жирная рыба, свинина и т.д.), холодные, газированные, алкогольные напитки.

Диеты необходимо придерживаться постоянно, но в период ремиссии (улучшения) ее можно немного расширить.

Необходимо проводить своевременное лечение очагов инфекции:

* лечение кариозных зубов, синуситов (гайморита), отитов;
* лечение глистных инвазий (лямблий, аскарид).

Также в профилактике важен активный образ жизни. Занятия физической культурой способствуют лучшему оттоку желчи и снижению избыточной массы тела.

Рекомендуется ежедневная ходьба не менее 5-6 км, утренняя гимнастика без прыжков и упражнений для брюшного пресса, плавание в бассейне [9, 10].

Всем больным, которые перенесли острый холецистит, необходимо наблюдение у врача-гастроэнтеролога (консультация 2 раза в год) и периодический прием желчегонных препаратов с целью профилактики [16].

Заключение

Острый холецистит – заболевание, широко распространённое в наше время.

Сейчас можно отметить заметные успехи в лечении острого холецистита:

- снизилась летальность при хирургическом лечении,

- уменьшилась частота послеоперационных осложнений,

- снизилось количество нетрудоспособных [2].

Но вместе с этим следует отметить, что важной стороной проблемы острого холецистита является возрастной аспект. У людей пожилого и старческого возраста процент летальности выше, чем у других групп людей.

Своевременная диагностика, прежде всего, оценка клинических проявлений и проведение ультразвукового исследования желчного пузыря позволяют выявить характер воспаления (катаральный или гнойный) и выбрать правильную тактику лечения острого холецистита, которая способствует снижению осложнений и уменьшению процента летального исхода [5, 13].

Большое значение имеет профилактика острого холецистита: правильный режим питания, занятия физической культурой, ежедневная ходьба и т.д. Все эти мероприятия способствуют лучшему оттоку желчи и предотвращают образование камней в желчном пузыре [10].

Велика роль фельдшера в диагностике и лечении такого заболевания, как острый холецистит. Он осуществляет проведение мероприятий по профилактике острых хирургических заболеваний. Ранняя диагностика, оказание неотложной помощи и своевременная госпитализация больных в хирургическое отделение – важнейшие моменты его работы [16].

Список использованной литературы

1. Балабекова Х.Ш., Гостищев В.К., Евсеев М.А. Антибиотикопрофилактика послеоперационных раневых осложнений в абдоминальной хирургии (к обоснованию метода). / Х.Ш. Балабекова, В.К. Гостищев, М.А. Евсеев // Русский медицинский журнал. Человек и лекарство- 200 - том 14, №4. С. 295.

2. Винокуров М.М. Острый холецистит. Пути улучшения результатов хирургического лечения. - Новосибирск: Наука, 2007, - 168 с.

3. Воротынцев А.С., Гостищев В.К. Выбор дифференцированной тактики лечения больных острым холециститом, осложненным гнойным холангитом. / А.С Воротынцев, В.К. Гостищев // Русский медицинский журнал - 2005. – том 13 - №25 - С. 92-98.

4. Гельфанд Б.Р., Гологорский В.А. Антибактериальная терапия абдоминальной хирургической инфекции. Пособие для врачей (под ред. Савельева В.С.) М.: Зеркало, 2006. С. 210.

5. Дадвани С.А., Ветшев П.С., Шулудко А.М., Прудков М.И. Желчнокаменная болезнь. М.: Видар-М, 2006.

6. Денисова И.Н., Шевченко Ю.Л. Справочник - путеводитель практикующего врача. 2000 болезней от Адо Я. - 2-е изд.- М.: ГЭОТАР - МЕД, 2005. – 1344 с. - / Серия "Доказательная медицина"

7. Кузин М.И., Шкроб О.С. Хирургические болезни. - 3-е изд., перераб. и доп. - М.: медицина, 2003. С. 390

8. Морозова А.Д., Конова Т.А. Хирургия для фельдшеров. Ростов н/Д: Феникс. Серия Медицина для вас. 2006 - 416 с.

9. Петров С.В. Общая хирургия. – СПб: Издательство Лань - 2007. С. 356.

10. Попова Ю.С. Болезни печени и желчного пузыря. Диагностика, лечение, профилактика. - СПб.: Издательство Крылов 2008. – 192 с.

11. Самусев Р.П. Атлас анатомии человека: Учеб. пособие для студентов сред. мед. учеб. заведений – 5-е изд., перераб. и доп. - М.: ООО Издательство Оникс: ООО Издательство Мир и Образование, 2008. - 704 с.

12. Сергиенко В.И., Топографическая анатомия и оперативная хирургия в 2-х т. - М., Медицина, 2010. – 592 с.

13. Стручков В.И., Лохвицкий С.В., Острый холецистит в пожилом и старческом возрасте. М., Медицина, 2006, 184 с.

14. Чадаев А.П. Диагностика и лечение острого холецистита / А.П. Чадаев // Лечащий врач 2004. - №8 - С. 54-57.

15. Яковенко Э.П. Абдоминальный болевой синдром: этиология, патогенез и вопросы терапии / Яковенко Э.П. // Клиническая фармокология и терапия - 2002 - №1. C. 1–4.

16. Полный медицинский справочник фельдшера (дополненный). - М.: Эксмо, 2013. – 832 с. - (Полный медицинский справочник).

Приложение



Рис 1.



Рис 2.

Размещено на Allbest.ru