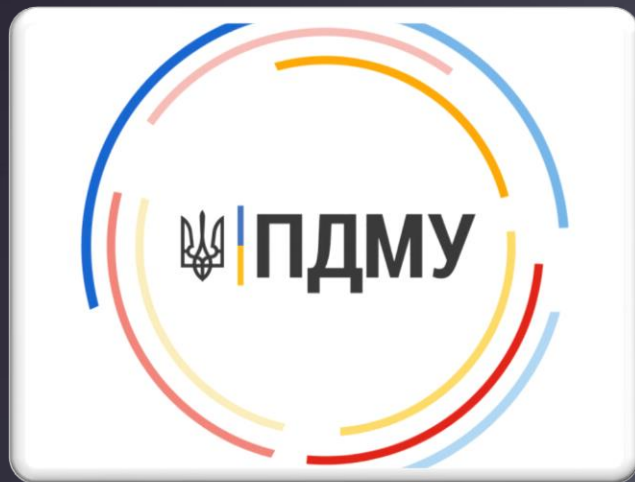




Полтавський державний медичний університет
Кафедра хірургії № 1

Лекція для лікарів-інтернів з фаху «Хірургія»

**Тема: Жовчокам'яна хвороба: гострий холецистит. Етіопатогенез.
Клініка. Діагностика. Лікування.**

Полтава 2023

Жовчокам'яна хвороба

Жовчнокам'яна хвороба(cholelithiasis) – полівалентне захворювання, при якому в результаті вродженого або набутого порушення метаболізму холестерину і жовчних кислот в асоціації з порушеннями пасажу жовчі по жовчним шляхам і впливом інфекційних агентів утворюються жовчні конкременти (жовчні камені). Клінічні прояви і прогнозування в конкретних випадках залежать від стадії конкрементоутворення, первинної локалізації, шляхів міграції, діяльності існування конкрементів, характеру мікрофлори, індивідуальних особливостей організму пацієнта.

Етіологія:

До чинників, що спричиняють утворення каменів у жовчному міхурі, відносять:

- спадкову схильність;
- нерегулярне та неправильне харчування;
- малорухливий спосіб життя;
- приймання гормональних препаратів, у тому числі контрацептивів;
- хвороби підшлункової залози та печінки;
- порушення імунітету;
- вагітність;
- ожиріння.

Патогенез:

- В результаті утворення каменів у жовчному міхурі в людини порушується нормальна життєдіяльність організму через порушення травлення. Жовчний міхур з каменями вже не може нормально накопичувати жовч і виділяти її порціями під час їжі для гарного травлення. В результаті рано чи пізно камінь може перекрити вихід із жовчного міхура, і тим самим порушити відтік жовчі. Далі, через постійне утворення жовчі, жовчний міхур перерозтягується, що викликає виражене запалення та сильний, нестерпний біль. Запалення жовчного міхура може передаватися на сусідні органи, такі як підшлункова залоза, дванадцятипала кишка, шлунок.

Основні клінічні варіанти жовчнокам'яної хвороби:

1. Камененосійство.
2. Гострий калькульозний холецистит.
3. Хронічний калькульозний холецистит.
4. Внутріпечінковий літіаз.
5. Холедохолітіаз.
6. Білідигестивні нориці.

1. Камененосійство:
 - Наявність конкрементів без суб'єктивних або об'єктивних ознак захворювання
2. Гострий калькульозний холецистит.
 - Неспецифічне гостре запалення жовчного міхура, яке виникає в результаті дії комплексу факторів, головними з яких є блокада міхурової протоки і розвитку інфекції.

Клінічна класифікація гострого холециститу:

1. Гострий простий холецистит.
2. Гострий деструктивний неускладнений місцевим необмеженим перитонітом.
3. Гострий деструктивний ускладнений холецистит:
 - а) жовчним перитонітом (без видимої перфорації);
 - б) перфоративним жовчним перитонітом;
 - в) паравезикальним інфільтратом;
 - г) паравезикальним абсцесом;
 - д) механічною жовтяницею;
 - е) септичним холангітом;
 - є) гострим панкреатитом.

Патанатомічна класифікація гострого холециститу:

1. Катаральний
2. Флегмонозний (гостра емпієма жовчного міхура)
3. Гангренозний:
 - А) без перфорації;
 - Б) перфоративний з розлитим жовчним перитонітом;
 - В) перфоративний з навколomіхуровим абсцесом.

Клінічна картина гострого холециститу:

1. Біль в правому підребер'ї.
2. Диспептичний синдром.
3. Загальна слабкість, дискомфорт, підвищення температури.
4. Больові приступи в анамнезі.

Об'єктивні ознаки:

1. Субіктеричність склер, шкіри.
2. Температура – 38 °С.
3. Тахікардія.
4. Напруження м'язів передньої черевної стінки в правому підребер'ї.
5. Болючість в точці Кера при пальпації.
6. Пальпаторно – збільшений, болючий, напружений жовчний міхур.



Лабораторно-інструментальні методи діагностики:

1. Загальний аналіз крові – нейтрофільний лейкоцитоз із зсувом лейкоцитарної формули вліво.

2. Загальний аналіз сечі – протеїнурія, гематурія, піурія, циліндрурія, гіпостенурія.

3. Біохімічний аналіз крові – гіпербілірубінемія за рахунок прямого білірубіну, збільшення сечовини, креатиніну, АЛТ, АСТ.



Диференціальна діагностика:

1. Гострі хірургічні захворювання органів черевної порожнини.
2. Правобічна базальна плевропневмонія.
3. Інфаркт міокарда (холецисто-кардіальний синдром).
4. Ускладнена сечокам'яна хвороба.

Лікування гострого холециститу:

Консервативне лікування гострого безкамінного холециститу.

1. Ліжковий режим.
2. Голод.
3. Шлункова декомпресія.
4. Холод.
5. Паранефральна блокада.
6. Спазмолітики.
7. Дезінтоксикаційна терапія.

Хірургічне лікування:

1. Холецистектомія (ретроградна, антеградна).
2. Холецистостомія - у хворих похилого вку при наявності супутніх захворювань, життєво важливих органів в стадії декомпенсації.

- лапаротомна холецистектомія – у зв'язку з травматичністю втручання застосовується дедалі рідше. Для зменшення травматичності операції запропоновано мінілапаротомні доступи (4-5см) в правому підребер'ї, проте виконання навіть планової холецистектомії стає технічно досить складною операцією. Поділяють на холецистектомію: о від шийки – ретроградна – після виділення міхурових протоки і артерії та їх перетискання припиняється можливість міграції конкремента і гнійної жовчі з міхура в холедох, зменшується кровотеча, проте виконання операції стає вкрай складним при наявності запального інфільтрату гепатодуоденальної зв'язки; о від дна – антеградна – виділяти міхур починають від дна і виділяють доти, поки не перетиснуть міхурову протоку і артерію; до цього зберігається кровотеча і ризик міграції каменів і інфекції у холедох; антеградна холецистектомія рекомендована при неможливості диференціювати структури гепатодуоденальної зв'язки; о комбінована.
- лапароскопічна холецистектомія – „золотий стандарт” при операційному лікуванні холециститу від 1987 р. Вперше виконана французьким лікарем Мюре і Дюбуа (Ph. Mouret і F. Dubois). Метод є найменш травматичний, дає можливість активного ведення післяопераційного періоду. Відноситься до операційних втручань „хірургії одного дня”. Має мінімум протипоказів: рак жовчного міхура, гострі серцево-легеневі розлади, гострі порушення мозкового кровообігу, виражена коагулопатія, тощо.