

**Ахмадбекова Ирода Анварбековна**  
**студентка 5 курса факультета Педиатрии Андижанского государственного**  
**медицинского института**  
**E-mail: [irodahmadbekova@gmail.com](mailto:irodahmadbekova@gmail.com)**  
**Тел: +99890 380 86 20**

---

## **ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ: ПОКАЗАНИЯ, МЕТОДЫ И РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ**

**Аннотация:** В данной статье рассматриваются показания, методы и результаты хирургического лечения острого холецистита, а также ряд сведений по хирургической тактике. Острый холецистит является распространенным заболеванием, которое требует своевременной хирургической помощи. В статье представлены данные о лапароскопической холецистэктомии. Также обсуждаются симптомы и последствия холецистита.

**Ключевые слова:** Острый холецистит, хирургическое лечение, холецистэктомия, лапароскопия, желчная колика, пузырнотонкокишечный свищ.

---

Холецистит-это воспаление желчного пузыря. Симптомы включают боль в правой верхней части живота, боль в правом плече, тошноту, рвоту и иногда жар. Чаще всего приступам желчного пузыря предшествует острый холецистит. Боль длится дольше при холецистите, чем при обычном приступе желчного пузыря. Осложнения острого холецистита включают желчнокаменный панкреатит, камни в общих желчных протоках или воспаление общих желчных протоков. [1] Более 90% случаев острого холецистита вызвано закупоркой протока кисты камнями в желчном пузыре. Факторы риска образования камней в желчном пузыре включают прием таблеток во время беременности, беременность, наличие наследственных камней в желчном пузыре, ожирение, диабет, заболевание печени или быструю потерю веса. Острый холецистит возникает в результате васкулита или химиотерапии, или во время восстановления после серьезной травмы или ожога. На основании симптомов и лабораторных исследований можно заподозрить холецистит. Для подтверждения диагноза используется УЗИ брюшной полости. От 10 до 15 процентов взрослых в развитых странах имеют камни в желчном пузыре. У женщин камни встречаются чаще, чем у мужчин, и они начинают появляться после 40 лет. Некоторые этнические группы страдают больше; например, у 48 процентов американских индейцев есть камни в желчном пузыре. От 1 до 4 процентов всех людей с камнями ежегодно испытывают боль в желчном пузыре. Если не лечить, примерно у 20% людей с заболеваниями печени разовьется острый холецистит. Результаты обычно хорошие после удаления желчного пузыря. [2]

Большинство пациентов имеют в анамнезе желчную колику или острый холецистит. Боль при холецистите похожа по своему характеру и локализации на желчную колику, но длится дольше (т.е., > 6 часов), и очень сильна. Часто наблюдаются рвота и болезненность в правом подреберье. В течение нескольких часов появляется симптом Мерфи (во время глубокого вдоха при пальпации правого подреберья боль усиливается и приводит к произвольной задержке дыхания) вместе с симптомом мышечной защиты в правом верхнем квадранте живота. Часто отмечается небольшой подъем температуры тела.

У лиц пожилого возраста первыми или единственными признаками болезни могут быть системные и неспецифические симптомы (например, анорексия, рвота, недомогание, слабость, лихорадка). Иногда лихорадка не развивается.

Симптомы острого холецистита уменьшаются через 2–3 дня и разрешаются в течение 1 недели у 85% пациентов даже без применения лечения.

Без лечения у пациентов могут развиваться локализованная или свободная перфорация и перитонит. Нарастающая боль в животе, высокая температура, ригидность мышц с перитонеальными симптомами или илеус дают основания подозревать эмпиему (нагноение) в желчном пузыре, гангрену или перфорацию. При остром холецистите с желтухой или холестазом нужно думать о частичной обструкции общего желчного протока, как правило, конкрементами или вследствие воспаления. [3]

Другие осложнения включают в себя следующее:

- Синдром Мирицци: встречается редко, желчные камни локализируются в пузырном протоке, что ведет к компрессии или обструкции общего желчного протока, следствием чего является холестаз;
- Билиарный панкреатит: желчные камни двигаются из желчного пузыря в желчные пути и блокируют панкреатический проток;
- Пузырнотонкокишечный свищ: встречается редко, большой камень разрушает стенки желчного пузыря, формируя свищ в тонкую кишку (или в другом месте в брюшной полости), через который камень может свободно выйти или вызвать тонкокишечную непроходимость (илеус).

Симптомы заболевания подобны таковым при остром калькулезном холецистите, дифференциальный диагноз вызывает затруднения из-за тяжести состояния пациентов (как правило, это пациенты отделений интенсивной терапии), сбор анамнеза у них затруднен. Напряжение брюшной стенки или непонятная лихорадка могут лежать в основе правильного диагноза. Без лечения заболевание быстро прогрессирует в гангрену желчного пузыря и перфорацию, что приводит к сепсису, шоку и перитониту; смертность достигает 65%.

Острый холецистит является одним из наиболее значимых заболеваний на Западе и имеет серьезные социально-экономические последствия. Главным образом им страдают лица зрелого, старшего возраста, а также имеющие желчнокаменную болезнь. Обычно при остром холецистите рекомендуется лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ), поскольку риск последующих эпизодов атак холецистита высок. Дискуссии по данной проблеме касаются сроков выполнения хирургического вмешательства. Существует два главных подхода: раннее хирургическое вмешательство и первоначальное консервативное лечение антибиотиками до полного разрешения воспаления с последующей ЛХЭ через неделю. Выполнение операций после консервативного лечения (отсроченных операций) основывается на предположении, что у больных в остром периоде воспаленные ткани уязвимы для хирургического вмешательства и это приводит к увеличению риска хирургических осложнений. Следовательно, в ранний период острого холецистита лапароскопическая холецистэктомия противопоказана. Анализ по критерию «затраты–полезность» свидетельствует в пользу ранней холецистэктомии из-за меньшей удельной стоимости качества года жизни. Для определения оптимальной лечебной тактики при остром холецистите было проведено рандомизированное многоцентровое проспективное исследование (Acute Cholecystitis: Early Versus Delayed Cholecystectomy – ACBC), в ходе которого выполняли сравнение осложнений в течение 75 дней у пациентов с острым

холециститом путем случайного отбора для неотложной холецистэктомии или консервативной терапии антибиотиками с последующей отсроченной холецистэктомией в сроки от 7 до 45 дней после внесения в список. В обеих группах для терапии использовали фторхинолон IV поколения – моксифлоксацин широкого спектра действия. Неотложную ЛХЭ выполняли 304 пациентам, а 314 больным проводили отсроченную холецистэктомию после антибактериальной терапии. Пациентов для неотложной операции отбирали случайным образом в течение 24 ч с момента госпитализации, больным после консервативного лечения холецистэктомию выполняли в сроки от 7 до 45 дней после антибиотикотерапии, причем лечение моксифлоксацином проводили не менее 48 ч. [5] Первичной конечной точкой было наличие осложнений в течение 75 дней. Во вторую конечную точку были включены: – осложнения в течение 75 дней с использованием балльной системы; – частота конверсий; – коррекция антибактериальной терапии; – смерть; – расходы; – продолжительность пребывания в стационаре. Уровень осложнений был значительно ниже в 1-й группе – 11,8% против 34,4% во 2-й группе. Частота конверсий на открытую операцию и летальность значительно не отличались в обеих группах. Продолжительность стационарного лечения была значительно ниже в группе больных, оперированных в неотложном порядке (5,4 против 10,0 дней соответственно,  $p < 0,001$ ), так же как и общие госпитальные расходы (2919 и 4262 евро соответственно,  $p < 0,001$ ). Летальность в обеих группах составила 0,3%. Авторы пришли к выводу, что неотложная лапароскопическая холецистэктомия должна быть методом выбора лечения больных с острым холециститом. В более ранних исследованиях был обобщен небольшой опыт ранних оперативных вмешательств при остром холецистите и показаны их преимущества перед отсроченными. В более поздних проспективных исследованиях продемонстрированы безопасность и эффективность ранней (неотложной) ЛХЭ. Эти результаты были подтверждены метаанализом, главным образом на основе кокрановского метаанализа K.S. Gurusamy и K. Samraj (2006 г.). Анализ эффективности затрат показал, что ранняя лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите является менее дорогостоящей (экономия составила 820 евро на 1 пациента) и лучше с точки зрения качества жизни, чем при первоначальной консервативной терапии с отсроченной операцией. Однако существуют различные определения ранней холецистэктомии, часто разница в сроках варьируется до 7 дней. Кроме того, анализ качества рандомизированных контролируемых исследований при остром холецистите показал, что в них сообщается много критериев CONSORT, что делает оценку внутренней и внешней валидности сложной.

Для большинства людей с острым холециститом лечение заключается в хирургическом удалении желчного пузыря, называемом лапароскопической холецистэктомией. Лапароскопическая холецистэктомия выполняется с использованием нескольких небольших разрезов в разных точках брюшной полости. Несколько исследований продемонстрировали превосходство лапароскопической холецистэктомии (с использованием большого разреза в правой верхней части живота ниже ребер) по сравнению с открытой холецистэктомией. Люди, перенесшие лапароскопическую операцию, сообщают о меньшей послеоперационной боли, меньшем количестве долгосрочных осложнений и послеоперационных дефектах. Кроме того, лапароскопическая хирургия связана с более низкой частотой инфекций в области хирургического вмешательства. [6]

Результаты будут лучшими, если операция будет выполнена за день до лапароскопической операции, предпочтительно в течение первой недели после раннего удаления желчного пузыря. Ранняя лапароскопическая холецистэктомия (в течение 7 дней после появления симптомов) может сократить пребывание в больнице и снизить риск необходимости неотложной помощи по сравнению с отсроченным лечением (более 6 недель). Наиболее

распространенной причиной перехода к открытой операции при ранней холецистэктомии является воспаление, закрывающее треугольник Кало. Фиброзные спайки были идентифицированы как наиболее частая причина отсроченной операции.

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Strasberg, SM (26 June 2008). "Clinical practice. Acute calculous cholecystitis.". *The New England Journal of Medicine* **358** (26): 2804–11. doi:10.1056/nejmc0800929. PMID 18579815.
2. Levy, Angela D.; Morteale, Koenraad J.; Yeh, Benjamin M.. *Gastrointestinal Imaging* (en). Oxford University Press, 2015 — 456 bet. ISBN 9780199392148.
3. Patel, PP; Daly, SC; Velasco, JM (18 October 2015). "Training vs practice: A tale of opposition in acute cholecystitis.". *World Journal of Hepatology* **7** (23)
4. Friedman L. S. (2015). Liver, Biliary Tract, & Pancreas Disorders. In Papadakis M. A., McPhee S. J., Rabow M. W. (Eds), *Current Medical Diagnosis & Treatment* 2015
5. Greenberger N. J., Paumgartner G (2012). Chapter 311. Diseases of the Gallbladder and Bile Ducts. In Longo D. L., Fauci A. S., Kasper D. L., Hauser S. L., Jameson J, Loscalzo J (Eds), *Harrison's Principles of Internal Medicine*
6. <https://med24.uz/uz/bolezni/kholetsistit#content3>