

7. ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ

Острый холецистит (ОХ) – острое воспаление желчного пузыря, сопровождающееся местной и системной воспалительной реакцией или угрозой ее возникновения.

Коды по МКБ-10: K80.0, K81.0, K82.2.

Классификация

Классификация острого холецистита.

I. По этиологии: калькулезный, бескаменный, паразитарный.

II. По патогенезу: обтурационный, ферментативный, сосудистый.

III. Клинико-морфологические формы:

- катаральная форма;
- деструктивные формы: флегмонозный; гангренозный; перфоративный.

IV. По степени тяжести:

Согласно классификации Tokyo Guidelines (TG18): легкое течение (Grade I); средней тяжести (Grade II); тяжелое течение (Grade III) (QR-код 1).



Классификация ТОКИО TG18

Догоспитальный этап

В зависимости от тяжести заболевания, степени риска возникновения осложнений, коморбидного фона, а также в целях предоставления дифференцированного объема диагностической и лечебной помощи, показана госпитализация в хирургический стационар с учетом структуры, коечной мощности, оснащения и обеспеченности квалифицированными кадрами медицинского учреждения в соответствии с уровнем системы оказания экстренной медицинской помощи и каналами маршрутизации пациентов, сформированными в субъекте Российской Федерации.

Госпитальный этап

Всем пациентам при поступлении в хирургический стационар проводится медицинская сортировка в зависимости от степени тяжести заболевания и коморбидного фона. Исходя из необходимости в первоочередных лечебных мероприятиях пациенты распределяются на три категории. По результатам сортировки пациенты маршрутизируются в палату интенсивной терапии, в операционную, в диагностическое или хирургическое отделение.

Диагностика

Обязательные исследования: общий (клинический) анализ крови, биохимический анализ крови (общий билирубин и фракции, щелочная фосфатаза, АЛТ, АСТ, амилаза, глюкоза, С-реактивный белок), коагулограмма; ЭКГ, УЗИ гепатобилиарной зоны, брюшной полости на свободную жидкость, ЭГДС.

Дополнительные исследования: группа крови, Rh-фактор; HCV, HBsAg, RW, ВИЧ; МРТ/МРХПГ, МСКТ брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием, эндосонография, рентгенография/КТ органов грудной клетки.

Лечебная тактика

Лечебная тактика у пациентов с ОХ определяется сроком от начала заболевания, тяжестью коморбидных заболеваний и наличием изменений внепеченочных желчных протоков. В зависимости от этих критериев пациенты распределены соответственно тяжести течения острого холецистита, которые отражены в Tokyo Guidelines (TG18).

Антибиотикопрофилактика начинается в предоперационном периоде с эмпирического назначения антибактериальных препаратов в соответствии с предполагаемым патогеном по результатам микробиологического мониторинга стационара. Коррекция последующей антибиотикотерапии в случае необходимости проводится на основании микробиологического исследования с определением чувствительности микроорганизмов к антибиотикам.

Анестезиологическое пособие определяется исходя из тяжести состояния пациента, объема хирургического вмешательства,

коморбидных заболеваний. Методом выбора анестезиологического пособия является общая анестезия.

Методология выполнения лапароскопической и открытой холецистэктомии отработана и не требует пояснений.

Пациенты с признаками ОХ легкого течения (группа Grade I) со сроком заболевания до 72 часов подлежат хирургическому лечению – холецистэктомии после проведения консервативной терапии в течение 12–24 часов. Оптимальным способом для выполнения холецистэктомии является лапароскопический.

При поступлении пациента после 72 часов от начала заболевания (группа Grade II) возможность и целесообразность выполнения лапароскопической холецистэктомии определяется на хирургическом консилиуме.

При тяжелом течении (группа Grade III) ОХ, с целью купирования воспалительного процесса в желчном пузыре, возможно выполнение холецистостомии (под контролем лапароскопии или УЗИ), которая показана у соматически тяжелых пациентов, а также в случаях, когда пациент поступает в стационар в поздние сроки (более 72 часов от начала заболевания).

При возникновении технических сложностей в ходе ЛХЭ за счет выраженного инфильтративного процесса в области шейки желчного пузыря целесообразно продолжить холецистэктомию «от дна» желчного пузыря. При риске возникновения интраоперационных повреждений элементов печечно-двенадцатиперстной связки показана конверсия лапароскопической холецистэктомии на лапаротомный способ. При плотных инфильтративных изменениях в области гепатодуоденальной связки допустима субтотальная резекция желчного пузыря с коагуляцией слизистой кармана Гартмана и адекватным дренированием подпеченочного пространства.

У пациентов с клиникой ОХ и патологическими изменениями желчных протоков (билиарная гипертензия, холедохолитиаз, острый гнойный холангит, механическая желтуха, острый билиарный панкреатит) рекомендуется при технических и кадровых возможностях хирургического стационара в срочном порядке выполнение эндоскопического вмешательства на внепеченочных желчных протоках с последующим решением вопроса

о выполнении холецистэктомии предпочтительно лапароскопическим способом в текущую госпитализацию. При отсутствии возможности выполнения срочного эндоскопического вмешательства необходимо рассмотреть возможность выполнения холецистостомии (предпочтительно под контролем УЗИ) с целью купирования острого воспаления желчного пузыря с дальнейшим дообследованием и определением лечебной тактики по разрешению патологических изменений внепеченочных желчных протоков.

При интраоперационном выявлении признаков патологических изменений желчных протоков (наружный диаметр ОЖП более 10 мм) целесообразно рассмотреть возможность установки наружного дренажа ОЖП через культю пузырного протока с выполнением фистулографии в послеоперационном периоде для оценки состояния желчных протоков, при подтверждении изменений показано эндоскопическое вмешательство.

Пациенты с ОХ, осложненным развитием перитонита, подлежат экстренной операции с соблюдением принципов, описанных в разделе настоящей Инструкции «Перитонит».

Лечение пациентов по показаниям продолжается в отделении реанимации и интенсивной терапии до стабилизации их состояния с последующим переводом в профильное хирургическое отделение.

В послеоперационном периоде проводятся респираторная и нутритивная поддержка, инфузионная, антибактериальная, антикоагулянтная и антисекреторная терапия, психоэмоциональная коррекция. По показаниям проводится лабораторный и инструментальный мониторинг для оценки состояния и выявления осложнений.