

**ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГАНГРЕНОЗНОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО
ХОЛЕЦИСТИТА НА ФОНЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ И
СОПУТСТВУЮЩЕМ СИНДРОМЕ ДАУНА. ОПИСАНИЕ
КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ**

Стяжкина С.Н.¹, Фаттахова Г.Ф.²

*¹Стяжкина Светлана Николаевна - доктор медицинских наук, профессор,
Ижевской Государственной Медицинской Академии*

*²Фаттахова Гульнара Фанзавиевна - студентка 4 курса лечебного
факультета, Ижевской Государственной Медицинской Академии
г. Ижевск, Российская Федерация*

Аннотация: *острый калькулезный холецистит возникает в результате действия комплекса факторов, основным из которых является блокада пузырного протока камнем и развитием инфекции. Подход к лечению больных с острым холециститом должен быть индивидуализированным с учетом выраженности воспалительных изменений в желчном пузыре, осложнении и отягощающих факторов.*

Ключевые слова: *острый калькулезный гангренозный холецистит, холецистэктомия, диагностика.*

**DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF GANGRENOUS CALCULAR
CHOLECYSTITIS ON THE BACKGROUND OF MECHANICAL JAUNDICE
AND ACCOMPANYING DOWN'S SYNDROME. CLINICAL CASE**

Styazhkina S.N.¹, Fattakhova G.F.²

*¹Styazhkina Svetlana Nikolaevna - Doctor of Medical Sciences, Professor, Izhevsk
State Medical Academy*

*²Fattakhova Gulnara Fanzavievna - 4th year student of the General Medicine
Faculty, Izhevsk State Medical Academy
Izhevsk, Russian Federation*

Abstract: *acute calculous cholecystitis occurs as a result of a complex of factors, the main of which is the blockade of the cystic duct with a stone and the development of infection. The approach to the treatment of patients with acute cholecystitis should be*



individualized, taking into account the severity of inflammatory changes in gallbladder, complications and aggravating factors.

Keywords: *acute calculous gangrenous cholecystitis, cholecisectomy, diagnosis.*

УДК 616

Гангренозный холецистит (ГХ) - это сложный запущенный подтип острого холецистита, связанный с высокой заболеваемостью. Этот наиболее тяжелый вариант холецистита считается терминальной стадией воспаления желчного пузыря, после которой перфорация и сепсис неизбежны.

Гангренозный холецистит, или гангрена желчного пузыря, характеризуется выраженными некротическими изменениями в стенке пузыря, связанными с глубокими расстройствами кровообращения. Факторы, такие как мужской пол, пожилой возраст, отсроченное хирургическое вмешательство, лейкоцитоз, сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) и сахарный диабет (СД) увеличивают вероятность развития гангренозного холецистита [1].

Клинически очень трудно дифференцировать пациентов между гангренозным и негангренозным острым холециститом (НГАК). Гангренозный холецистит лечится экстренной холецистэктомией, тогда как НГАК можно лечить консервативно.

Осложнения острого холецистита: околопузырный инфильтрат, околопузырный абсцесс, перфорация желчного пузыря, перитонит. В диагностику острого калькулезного холецистита входят: клинические и лабораторные характеристики часто неспецифичны и неотличимы от таковых у пациентов с острым холециститом без гангрены, а диагноз часто не устанавливается до операции [2].

Рентгенологические данные, указывающие на гангренозное изменение при остром холецистите, разнообразны: газ в стенке или просвете, внутриспросветные мембраны, неровная стенка, перихолекистозный абсцесс, отсутствие усиления фрески, перихолекистозная жидкость, вздутие желчного пузыря и утолщение стенок, а также ультразвуковое исследование и магнито-резонансная томография брюшной полости, холангиография.



Смертность выше по сравнению с неосложненным острым холециститом и оценивается в 15-50% [3]/

Материалы и методы. Изучены зарубежные источники научной литературы по острому холецистититу, приведен пример из практики по данной патологии на базе хирургического отделения БУЗ УР «Первая республиканская клиническая больница МЗ УР».

Результаты и их обсуждение.

Наиболее распространенными синдромами являются: болевой, диспептический синдром эндогенной интоксикации, тошнота, рвота с примесью желчи, приносящая временное облегчение. При ОАК: лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг влево, БАК: маркеры синдрома холестаза-цитоллиза: общий билирубин плазмы и его фракции, трансаминазы плазма (АлАТ, АсАТ), щелочная фосфатаза (ЩФ), лактатдегидрогеназа (ЛДГ). Проведение рентгеноскопии: возможное отставание при дыхании правого купола диафрагмы. УЗИ-диагностика: наличие гиперэхогенного образования в полости желчного пузыря с акустической тенью, не связанного со стенкой. При остром холецистите увеличение размера, утолщение и расслоение стенки органа.

Для визуализации данной болезни приведем в пример следующий клинический случай. Пациент К., в середине января 2021г в экстренном порядке был переведен из Шарканской РБ с диагнозом: К80 Камни желчного пузыря с другим холециститом. Хронический калькулезный холецистит. Острый гепатит спленомегалия тромбоцитопения. Сахарный диабет впервые выявленный. Сопутствующие заболевания: Q90.9 Синдром Дауна в первую республиканскую клиническую больницу г. Ижевск с диагнозом: гангренозный калькулезный холецистит. При поступлении в Шарканскую РБ у пациента были жалобы на общую слабость, сухость во рту, диффузные боли в животе. Общий анамнез: хроническое заболевание - синдром Дауна, другие болезни отрицает. Перенесенных операций нет. Аллергологический анамнез без особенностей. В поликлинике был направлен в стационар с DS: ЖКБ, калькулезный холецистит. Из лабораторно-инструментальных исследований в анализе крови отмечены:



нейтрофильный лейкоцитоз, повышенная СОЭ. Заключение рентгеноскопии грудной клетки: венозный застой 2ст. Кардиомегалия. Атеросклероз аорты. Базальный плеврофиброз с обеих сторон. Малый гидроторакс справа. Заключение УЗИ-диагностики: гепатоптоз. Увеличение печени в объеме. Множественные мелкие камни в желчном пузыре. Признаки острого калькулезного холецистита. Расширение холедоха, внутрипеченочных желчных протоков. Диффузные изменения поджелудочной железы с признаками липоматоза. Спленомегалия. Диффузные изменения паренхимы селезенки. Небольшое количество свободной жидкости в области нижнего края правой доли печени [4, 5].

Во время нахождения в стационаре была проведена следующая медикаментозная терапия: антибактериальные, НПВП, противоязвенные, м-холиноблокаторные, спазмолитические препараты. Пациент был переведен в хирургическое отделение 1 РКБ ввиду отсутствия эффекта.

Во время пребывания в стационаре 1 РКБ было проведено лабораторно-инструментальное исследование и отмечено повышение в биохимическом анализе крови глюкозы (11,78 мколь/л), билирубина (62,6 мколь/л) мочевины (18,2 ммоль/л), СРБ 48,0 мг/л, в общем анализе крови отмечается, сниженное количество PLT (13×10^9 л).

Заключение ультразвукового исследования: диффузно-очаговые изменения паренхимы печени (не исключаются микроабсцессы), внутри - и внепеченочного холестаза с блоком на уровне дистального отдела холедоха, ЖКБ, острого калькулезного холецистита с формированием подпеченочного инфильтрата, " следов" жидкости в брюшной полости и в плевральной полости справа, диффузных изменений в поджелудочной железе.

На основании анамнеза: наблюдается периодическое повышение температуры тела, боль в правом подреберье.

На основании лабораторно-инструментальных методов: увеличенное количество билирубина, мочевины в крови, УЗИ: диффузно-очаговые изменения паренхимы печени, формирование подпеченочного инфильтрата, " следов"



жидкости в брюшной полости и в плевральной полости справа, диффузных изменений в поджелудочной железе.

-выставлен основной диагноз: острый гангренозный калькулезный холецистит. Назначены ОАК, ОМК, БХК, УЗИ, КТ, холецистография, оперативное вмешательство. Пациент находился на стационарном лечении в хирургическом отделении. Проведено следующее лечение: режим стационарный, диета-9 стол, 3 дня голод после операции, оперативное и медикаментозное лечение. Было проведено консервативное лечение: омепразол, кеторол, эноксипарин, гептрал, эксхол, преднизолон. Проведено хирургическое лечение: лапаротомия, холецистэктомия. Дренирование холедоха по Пиковскому.

Заключение:

Лечение острого холецистита требует дифференциального подхода. Точная диагностика сразу на этапе госпитализации больного с использованием, прежде всего, УЗИ даст возможность определить наиболее приемлемый вариант хирургического лечения, необходимость и объем как первичных, так и окончательных мероприятий.

Подход к лечению больных с острым холециститом должен быть индивидуализированным с учетом выраженности воспалительных изменений в желчном пузыре, осложнении и отягощающих факторов.

Список литературы

1. Гиргин С., Гедик Э., Тачиылдиз И.Х., Акгюн Й., Бач Б., Уйсал Э. Факторы, влияющие на заболеваемость и смертность при гангренозном холецистите. Acta Chir Belg. 2006; 106: 545–9. [PubMed] [Google Scholar]
2. Никфарджам М., Ниумсаватт В., Сетху А., Финк М.А., Муралидхаран В., Старки Г. и др. Результаты современного лечения гангренозного и негангренозного острого холецистита. Е.П.Б. (Оксфорд) 2011; 13: 551–8. [Бесплатная статья PMC] [PubMed] [Google Scholar]
3. Чанг В.С., Сунь Й., Ву Э.Х., Ким С.И., Ван З.Дж., Хуанг Г.С. и др. Результаты КТ для выявления наличия гангренозной ишемии при холецистите. AJR Am J Roentgenol. 2016; 207: 302–9. [PubMed] [Google Scholar]



4. Беннетт Г.Л., Русинек Х., Лиси В., Израиль Г.М., Крински Г.А., Сливотцкий С.М. и др. Результаты КТ при остром гангренозном холецистите. *AJR Am J Roentgenol.* 2002; 178: 275–81. [PubMed] [Google Scholar]
5. Ревель Л., Лубрано Дж., Бадет Н., Мандзони П., Дегано С.В., Делабрус Э. Предоперационная диагностика гангренозного острого холецистита: полезность CEUS. Визуализация брюшной полости. 2014; 39: 1175–81. [PubMed] [Google Scholar]

