

# К вопросу о дифференциальной диагностике острого холецистита



Выполнила Горшунова Е., МЛ-408

# *Актуальность проблемы*

- В России симптомные формы ЖКБ — хронический калькулезный холецистит и холедохолитиаз — являются наиболее распространенной причиной острой хирургической патологии.
- В Москве обострение калькулезного холецистита служит причиной около 30% всех вызовов скорой медицинской помощи в связи с острой болью в животе, при этом до 60% всех пациентов отделений общей хирургии стационаров СМП составляют пожилые больные.

# *Актуальность проблемы*

- По данным MICOL (Multicenter Italian Study of Cholelithiasis), среди больных с холелитиазом в возрасте 30–69 лет у 80% его течение бессимптомное или специфическая симптоматика ЖКБ отсутствует
- Около 60% больных с камнями в желчном пузыре и 10% в общем желчном протоке в течение нескольких лет не предъявляют существенных жалоб. У 30–50% из них в короткий период времени 1–5 лет появляются клинические проявления калькулезного холецистита и развиваются серьезные осложнения.

# Жалобы

- ОХЦ манифестирует сильной постоянной болью в животе,
- интенсивность боли нарастает по мере прогрессирования заболевания
- характерна локализация боли в правом подреберье и эпигастральной области
- нередко отмечается иррадиация в правое плечо, надключичную область, межлопаточное пространство или в область сердца

# Жалобы

- тошнота и повторная рвота, не приносящая облегчения больному
- повышение температуры тела с первых дней заболевания
- для деструктивных форм ОХЦ характерен озноб
- возможно появление иктеричности склер и кожи - признак механического характера внепечёночного холестаза (холедохолитиаз, стеноз большого дуоденального сосочка).

# Осмотр

- **симптом Ортнера–Грекова** — боль при поколачивании ребром ладони по правой реберной дуге;
- **симптом Кера** — усиление болезненности при пальпации в правом подреберье;
- **симптом Мерфи** — резкая болезненность на вдохе при предварительном введении левой кисти глубоко в правое подреберье;
- **симптом Шоффара** — болезненность в зоне над биссектрисой угла между белой линией и проведенной через пупок горизонтали

# Осмотр

- **симптом Мюсси–Георгиевского** — болезненность при надавливании в правой надключичной области между ножками кивательной мышцы;
- **симптом Захарьина** — боль при перкуссии кончиками пальцев в проекции желчного пузыря.
- **симптом Пекарского** — боль усиливается при надавливании на мечевидный отросток (раздражение солнечного сплетения)

# ***Задачи исследования при ОХЦ***

1. Подтверждение воспалительной природы заболевания;
2. Установление топической локализации поражения;
3. Определение степени тяжести имеющихся поражений,
4. Выявление признаков возможных сопутствующих заболеваний;
5. Определение характера и тяжести функциональных нарушений жизненно важных органов и систем.



# Острый холецистит

Без желтухи

Клинический анализ крови

Билирубин крови

Амилаза мочи

ЭКГ

Р-скопия грудной клетки

УЗИ брюшной полости

Лапароскопия-(резервный метод)

В сочетании с желтухой

Билирубин крови и его фракции

Ферменты крови:  
АЛТ, АСТ, ЩФ, ЛДГ, ГГТ

ЭРХПГ

# Сонографические признаки ОХЦ

Камни в желчном пузыре, гартмановом кармане или пузырном протоке. Камень в пузырном протоке может быть сложен для визуализации.

Толщина передней стенки желчного пузыря больше 3 мм.

Положительный ультразвуковой симптом Мерфи.

В тяжелых случаях имеется скопление жидкости около желчного пузыря — признак произошедшей или наступающей перфорации.

Эхонегативный ободок в толще или вокруг стенки желчного пузыря.

Отсутствие визуализации желчного пузыря у пациентов натошак убедительно свидетельствует о патологии желчного пузыря

Некалькулезный холецистит. 5% случаев не связаны с конкрементами.

Растяжение желчного пузыря. 93% пациентов с объемом желчного пузыря более 70 мл имеют острый холецистит.

Увеличенная эхогенность перипортальной зоны. Это, вероятно, следствие очаговой воспалительной инфильтрации.

Потеря четкости стенок желчного пузыря.

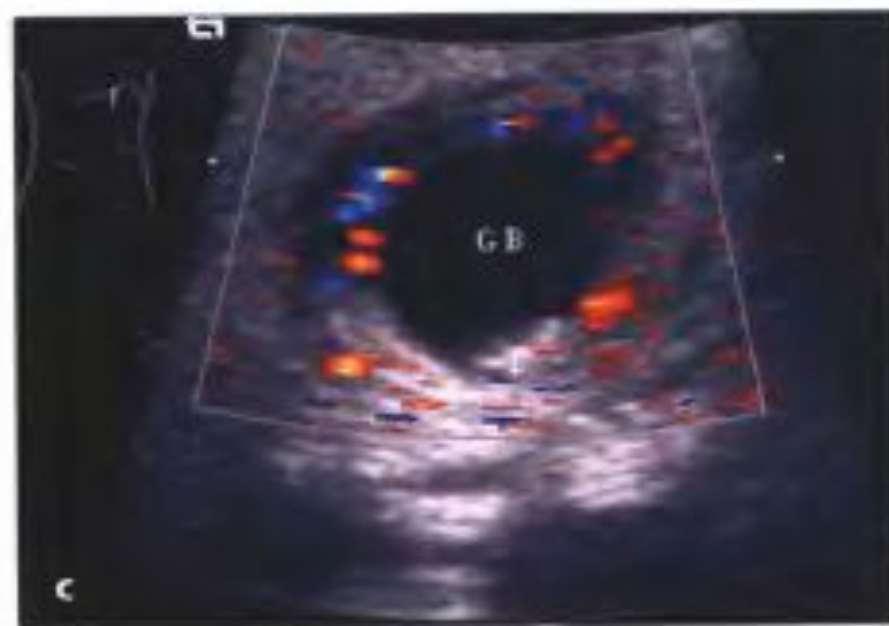


Рис. 492а–с Острый холецистит. **а** Гипоэхогенная стенка слоистой структуры обнаруживается после ЭРХПГ. Отсутствуют признаки камней. Желчный пузырь отечен, в полости определяется небольшое количество осадка («стрессовый желчный пузырь»). **б** Крайне гипоэхогенная утолщенная стенка (курсоры) и небольшое количество свободной жидкости (FL). **с** ЦДЭ: воспаленная васкуляризованная стенка четко отграничивается от бессосудистой области перивоспалительного отека.

## Критерии диагностики

- тупые приступообразные боли в правом верхнем квадранте (особенно после жирной и жареной пищи) в сочетании с диспептическими явлениями
- положительные "пузырные" симптомы, интоксикация, лихорадка
- на УЗИ:
  - уплотнение и утолщение стенок желчного пузыря свыше 2 мм
  - увеличение его размеров более чем на 5 мм<sup>2</sup> от верхней границы нормы
  - наличие паравезикальной эхонегативности
  - сладж-синдром

# *Типичный случай?*

Распознавание острого холецистита при типичном клиническом течении и своевременной госпитализации не представляет больших сложностей.

Диагностика становится затруднительной при атипичном течении, когда нет соответствия между патоморфологическими изменениями и их клиническими проявлениями, а также при осложненных формах, диагностические ошибки встречаются в 10-15 % случаев.

# Ошибочный диагноз

Под ОХЦ могут маскироваться:

- Заболевания органов грудной клетки (инфаркт миокарда, правосторонняя нижнедолевая пневмония)
- Заболевания органов забрюшинного пространства (остр. панкреатит, почечная колика, пиелонефрит)
- Другие заболевания органов брюшной полости (остр. аппендицит, остр. гепатиты, перфоративная гастродуоденальная язва)

# Ошибочный диагноз

Чаще всего за ОХЦ принимают:

- острый аппендицит,
- острый панкреатит,
- перфорацию гастродуоденальных язв,
- острую кишечную непроходимость,
- правосторонний пиелонефрит или паранефрит,
- правостороннюю нижнедолевую пневмонию

# Острый аппендицит

- Перемещение боли из эпигастральной области в правое подреберье, боль постоянная, постепенно усиливающаяся
- **Симптом Мазтэна** = боль в области правой ключицы
- Часто положение на правом боку с поджатыми ногами
- Болезненность и мышечная защита определяются **ниже** проекции ЖП



# ***Острый панкреатит***

- Частое содружественное развитие (!!!)
- Боль постоянная (10-15% - схваткообразная)
- Многократная рвота, не приносящая облегчения
- Амилаза, диастаза, липаза
- Rt симптом Гобье = вздутие и парез кишки при отсутствии чаш Клойбера
- ***Панкреато-васкулярный синдром:***
  - Симптом Грея-Турнера (цианоз кожи живота)
  - Симптом Мондора (ц. на лице, туловище)

# Перфорация язвы

- Боль внезапная, острая, «кинжальная» (симптом Дьелафуа)
- Ригидность или контрактура мышц ПБС
- Симптомы раздражения брюшины
- **Симптом Спигарного** = исчезновение печеночной тупости, высокий тимпанит
- Пневмоперитонеум на Rt
- При прикрытой перфорации:
  - Симптом Менделя
  - Симптом Раздольского

# *Почечная колика*

- Болевой синдром возникает без каких-либо продромальных признаков, сопровождается дизурией
- Боль иррадирует в бедро, гениталии, промежность
- Живот мягкий, между приступами болезненность меньше
- Лейкоциты, эритроциты в моче
- Урография, УЗИ почек

# Почечная колика

- **Симптом Торнтона** = острая боль в боку в проекции почки
- **Симптом Абрахамса** = возникновение/усиление боли при пальпации на середине линии между пупком и концом IX ребра
- **Симптом Ллойда** = обнаружение иррадиации болей в бедро при поколачивании в проекции почки
- **Симптом-проба Борисова** = при орошении хлорэтилом поясничной области боль исчезает/уменьшается

# Пневмония

- Появление и усиление болей связано с кашлем, смехом, глубоким вдохом
- Иррадиация болей в надключичную область, шею, затылок
- Несоответствие между перитонеальными симптомами и активностью больного
- Зона гиперестезии в верхних отделах живота и межреберьях
- **Симптом Шмидта** = подергивание верхних сегментов прямой мышца живота после нескольких глубоких и частых вдохов

## *Клинический случай:*

- Пациент Н., мужчина, 52 года, б/вр.привычек
- Два дня назад — боли в правом верхнем квадранте живота, приступообразные, с нарастающей интенсивностью; отмечалась однократная рвота
- Объективно — правое подреберье при пальпации болезненно, с-мы Ортнера, Кера, Шоффара, Пекарского положительные
- Лейкоцитоз 16, СОЭ 43
- Т 37,9 \*С

## ***Клинический случай:***

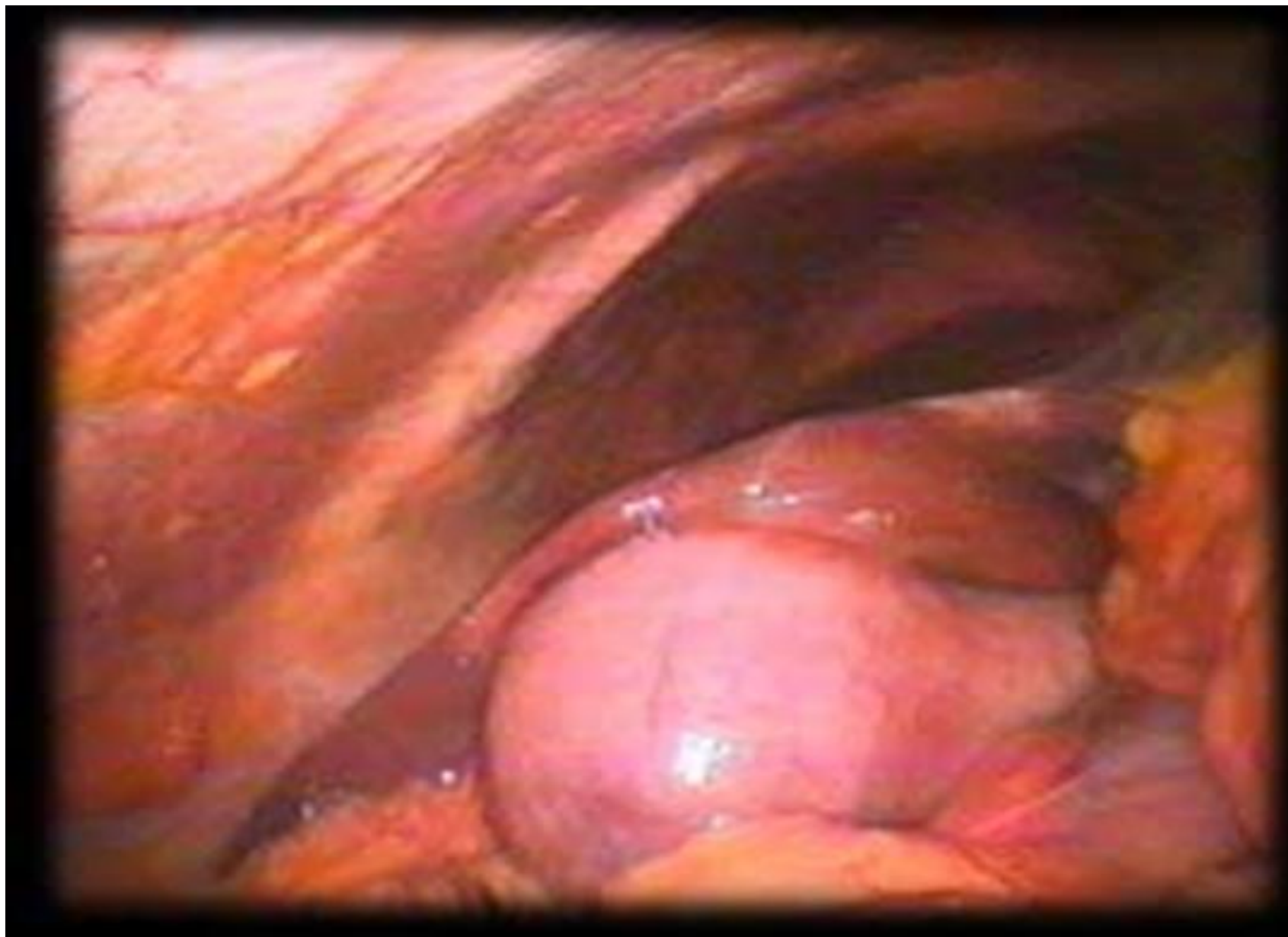
- УЗИ — стенки ЖП утолщены (4 мм), выявлены свободно лежащие камни.
- ***Ультразвуковой симптом Murphy*** - местное мышечное напряжение при давлении на переднюю брюшную стенку датчиком, расположенным непосредственно над дном желчного пузыря. Проверяется, если во время УЗИ выявлены желчные камни и утолщение стенки желчного пузыря.

***Ожидание:***





***Реальность:***



# ***Реальность:***

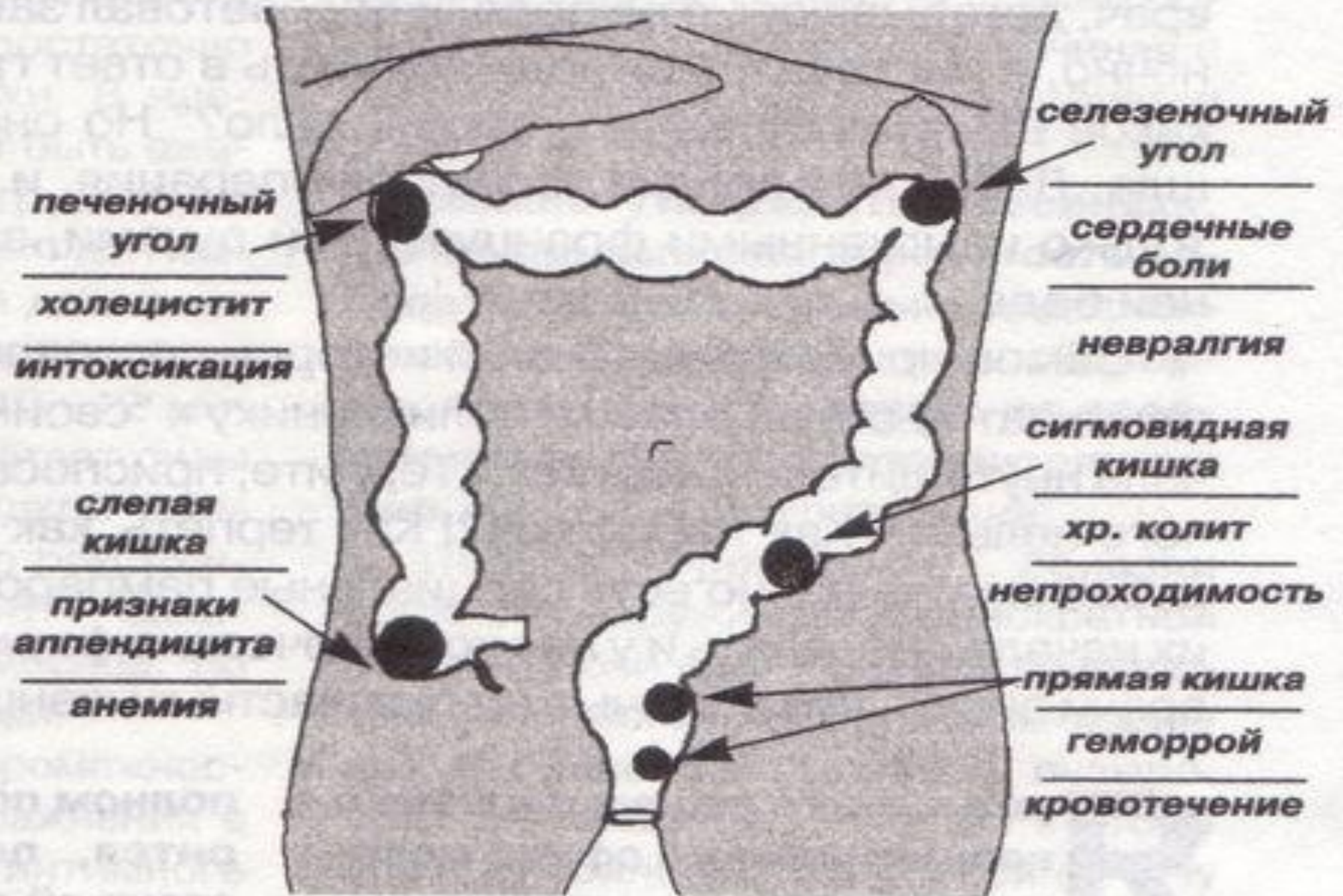


# *Реальность:*

Large right  
colonic cancer



# СХЕМА НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА И ИХ СИМПТОМОВ



## **Объяснение:**

- Токсико-анемическая форма
- Энтероколитическая форма
- Диспепсическая форма
- Обтурационная форма
- Псевдовоспалительная форма - на 1-е место выступают признаки воспалительного процесса в брюшной полости. Часто бывает проявлением течения РОК, осложненного гнойно-воспалительным процессом по типу параколита.



Рис. 1. Ультрасонограмма рака восходящей ободочной кишки. Поперечное сечение. H – печень; RK – правая почка; TUM – опухоль, инфильтрирующая все слои кишечной стенки и прорастающая в окружающую клетчатку.

## Объяснение:

- УЗИ в качестве скрининг-теста для выявления изменений в толстой кишке применять не рекомендуется: рак ободочной и прямой кишки с помощью исследования через переднюю брюшную стенку можно диагностировать только в том случае, если опухоль ***инфильтрирует кишку до мышечного слоя*** и занимает ***не менее 1/2 ее окружности***.

# Список использованных ресурсов:

- А.П. Власов, М.В. Кукош, В.В. Сараев «Диагностика острых заболеваний живота» - М., «ГЭОТАР-медиа», 2012
- А.С. Воротынцев «Современные представления о диагностике и лечении желчнокаменной болезни и хронического калькулезного холецистита» - Лечащий врач, №2, 2012
- В.И. Шаробаро, «Острый живот» - учебное пособие, 2011
- Е.И. Вовк, «Желчнокаменная болезнь в XXI веке: что нового?» - Лечащий врач, №2, 2011
- Р. А. Л. Биссет А. Г. Хан, «Дифференциальный диагноз при абдоминальном ультразвуковом исследовании» - Белмедкшга Витебск 1997