

DSO | Department of Surgical
Oncology

Школа хирургии

Лекция на тему:

**ЖЕЛЧНО-КАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ:
КАЛЬКУЛЕЗНЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ,
ХОЛЕДОХОЛИТИАЗ,
СИНДРОМ МИРИЗЗИ.**

Выполнил:

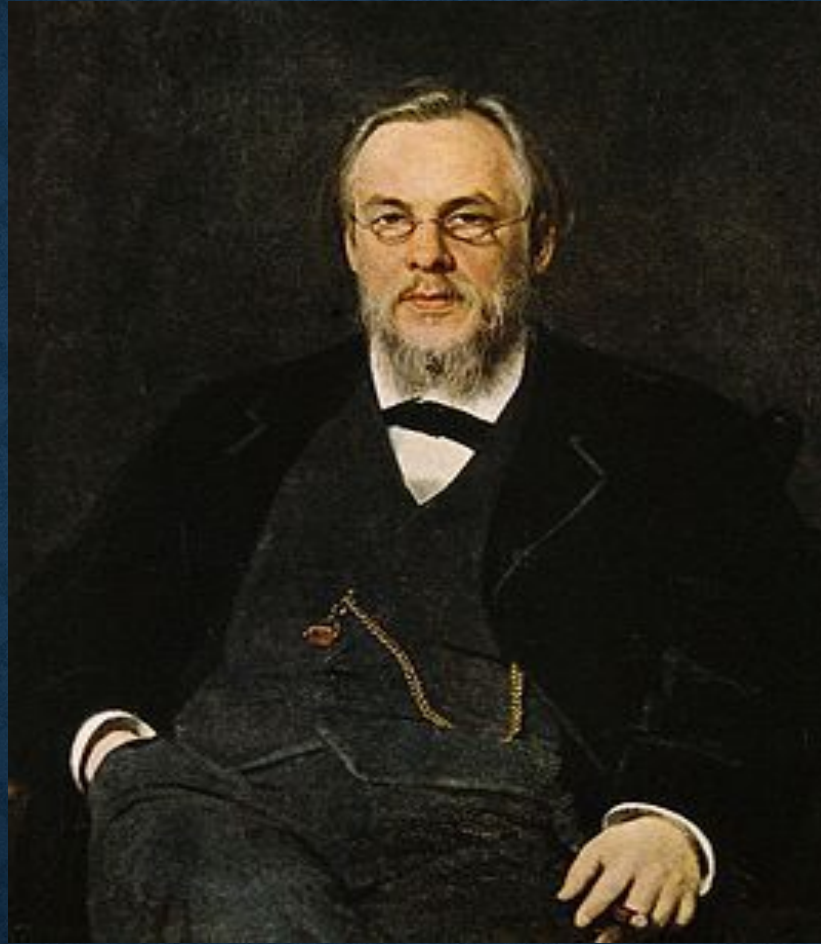
Студент 2 курса лечебного
факультета

Шереметьев Ланил Юрьевич

ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) — хроническое рецидивирующее заболевание гепатобилиарной системы в основе которого лежит нарушение метаболизма холестерина, билирубина, жёлчных кислот сопровождающееся образованием жёлчных камней в печёночных желчных протоках (внутрипечёночный холелитиаз), общем желчном протоке (холедохолитиаз) или желчном пузыре (холецистолитиаз).





БОТКИН С.П.(1832-1889)

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Желчнокаменная болезнь является распространенным заболеванием, развивающимся у людей в возрасте старше 40 лет. Особенно часто это заболевание наблюдают среди городского населения индустриально развитых стран Европы и Северной Америки. По данным большинства исследователей, около 10 % мужчин и до 25 % женщин стран Европы страдают желчнокаменной болезнью. У лиц старше 70 лет этот показатель возрастает до 30—40 %. Значительно чаще болеют женщины.

ФАКТОРЫ РИСКА, ВЛИЯЮЩИЕ НА РАЗВИТИЕ ЖКБ У ЖЕНЩИН

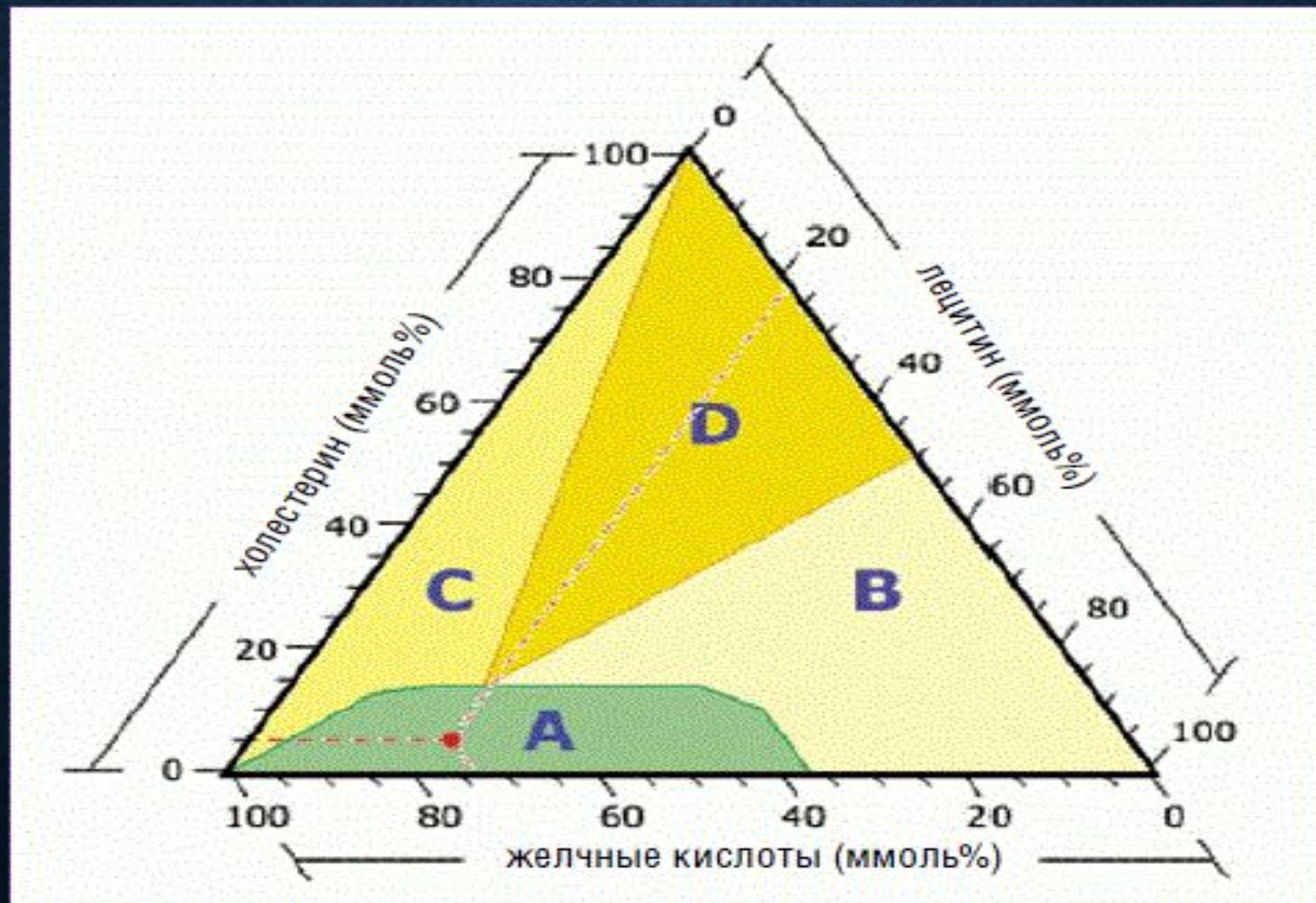
- генетическая предрасположенность к желче-камнеобразованию по материнской и отцовской линиям и их сочетание;
- нарушения менструального цикла до заболевания;
- большое число беременностей и родов;
- осложненное течение беременностей;
- мужской пол плода, его антропометрические данные и внутриутробная патология;
- продолжительность грудного вскармливания;
- прием гормональных контрацептивов;
- избыточная масса тела.

ХОЛЕЛИТОГЕНЕЗ

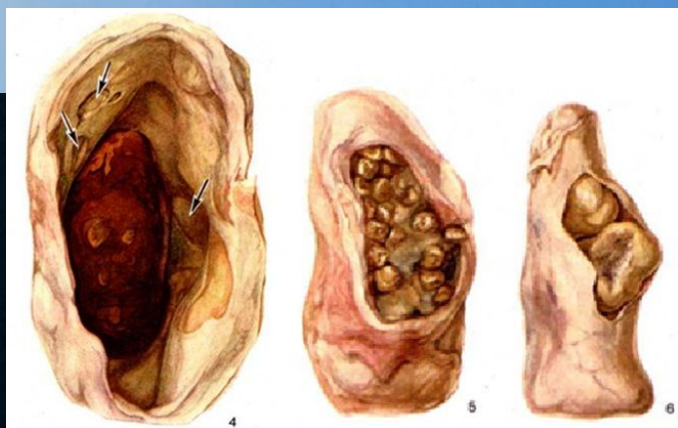
Образование холестериновых камней начинается с появления на слизистой оболочке ЖП **ксантомных клеток** содержащих холестерин. Эти изменения в слизистой оболочке обозначают как холистероз, который может быть “прелюдией желчекаменной болезни”. **Выделяют четыре группы факторов**, способствующие к образованию желчных каней:

1. перенасыщение желчи холестерином;
2. преципитация и образование ядер кристаллизации в желчи;
3. нарушение сократительной, абсорбционной, секреторной функций желчного пузыря;
4. нарушение энтерогепатической рециркуляции желчных кислот.

ТРЕУГОЛЬНАЯ СИСТЕМА КООРДИНАТ АДМИРАНДА И СМОЛЛА.



ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ



Виды желчных камней



Застой желчи в желчном
пузыре и воспалительный
процесс в нем – важнейшие
условия для
камнеобразования.

ОСНОВНЫЕ ЧЕРТЫ ПАТОЛОГИИ

I. Гомогенные

- Холестериновые камни - наиболее частый тип жёлчных камней - состоят либо только из холестерина, либо он является основной их составной частью. Диаметром **от 5 до 15 мм**, имеют слоистую радиарную структуру, чаще локализируются в желчном пузыре. Рентген-негативны.
- Пигментные - образуются в асептической среде. Камни мелкие, хрупкие, на разрезе гомогенные, буровато-черного цвета, могут находиться в желчных протоках. Ядро состоит из пигментов и холестерина (менее 30%).
- Известковые камни - (встречаются редко).

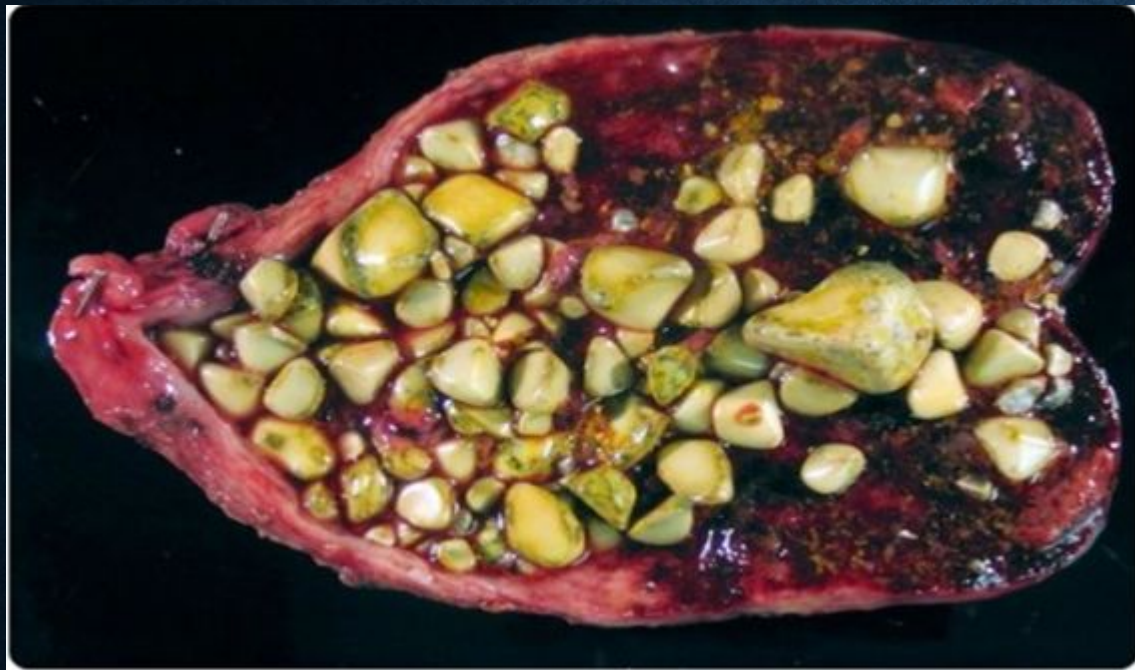
ОСНОВНЫЕ ЧЕРТЫ ПАТОЛОГИИ

II. Смешанные камни

- (80% всех желчных камней). Ядро состоит из органического вещества, вокруг которого отлагаются слои из трех основных элементов - холестерина, желчного пигмента, солей кальция. Чаще множественные, диаметр колеблется в широких пределах от 1-2 мм до 3-5 см

III. Сложные камни

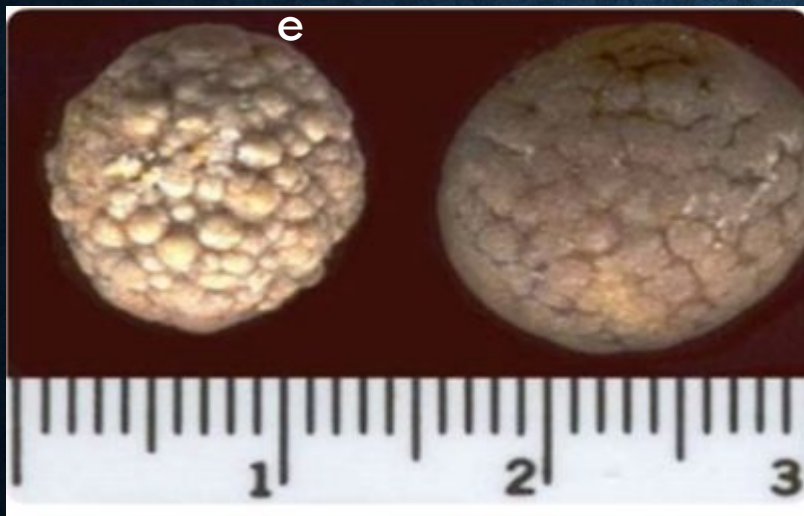
- (10% случаев) являются комбинацией обеих форм. Ядро содержит холестерин, а оболочка имеет смешанный характер (кальций, билирубин, холестерин). Возникают при воспалении пузыря и протоков.



Смешанны



Пигментны



Холестериновы

e





1. Конкременты в кармане Гартмана



2. Конкремент в полости желчного пузыря

ПАТОГЕНЕЗ

В патогенезе ЖП можно выделить следующие механизмы:

1. нарушение липидного обмена (гиперхолестеринемия) ;
2. изменение концентрации и соотношения апо-липопротеинов сыворотки крови;
3. увеличение концентрации свободного холестерина в желчи;
4. увеличение абсорбции свободного холестерина слизистой желчного пузыря;
5. нарушение моторно-эвакуационной функции желчного пузыря.

В патогенезе камнеобразования имеют значение 3 основных фактора — **перенасыщение жёлчи холестерином, усиленная нуклеация и снижение сократительной способности жёлчного пузыря.**

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Различают несколько форм ЖКБ.

- **Латентная форма** (камненосительство). Значительное число носителей жёлчных камней не предъявляют никаких жалоб.
- **Диспептическая форма ЖКБ**. Жалобы связаны с функциональными расстройствами деятельности пищеварительного тракта. В чистом виде диспептическая форма встречается **редко**.
- **Болевая форма ЖКБ**. Протекает в виде внезапно возникающих и обычно периодически повторяющихся болевых приступов печёночной (жёлчной) колики.

ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ

Заболевание сопровождается характерной клинической картиной. При печёночной (жёлчной) колике выявляют типичные симптомы.

- **Симптом Ортнера-Грекова** — появление или усиление болей при поколачивании краем ладони по правой рёберной дуге, связанное с сотрясением напряжённого жёлчного пузыря.
- **Симптом Мерфи** — при надавливании на точку проекции жёлчного пузыря просят больного резко сделать глубокий вдох, на высоте вдоха он рефлекторно обрывается из-за сильной боли.
- **Симптом Георгиевского-Мюсси** — болезненность при надавливании между ножками правой грудино-ключично-сосцевидной мышцы из-за иррадиации болей по правому диафрагмальному нерву.

ДИАГНОСТИКА



ДИАГНОСТИКА

Ультразвуковое исследование.

Динамическая гепатобилисцинтиграфия

Эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография
(ЭРПХГ)

Гастродуоденоскопия

Компьютерная томография

Эндоскопическая ультрасонография

Лабораторные методы исследования

Main

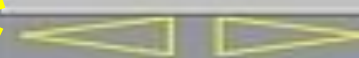
Disea...

Findi...



УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

- initial
- case1 (USG)
- case2 (USG)
- case3 (USG)
- case4 (USG)
- case5 (USG)
- case6 (USG)
- case7 (USG)**
- case8 (USG)
- case9 (USG)
- case10 (USG)





Конкременты в кармане Гартмана



Конкремент в полости желчного пузыря



Сланд
Ж



Эмфизематозный
холецистит

ГЕПАТОБИЛИСЦИНТИГРАФИЯ

Нормальными показателями ГБСГ считаются:

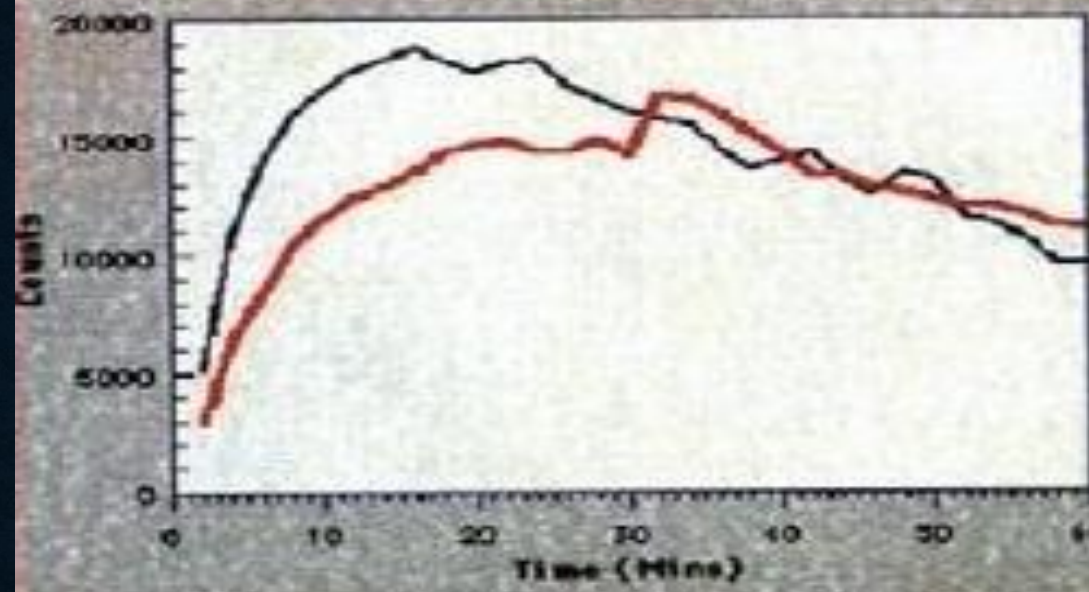
- 1) время полувыведения ($T_{1/2}$) радиофармпрепарата (РФП) из печени менее 35 минут;
- 2) время полувыведения ($T_{1/2}$) РФП из холедоха менее 50 минут;
- 3) время поступления РФП в двенадцатиперстную кишку менее 40 минут;
- 4) адекватным поступлением РФП в кишечник является преобладание активности РФП в двенадцатиперстной кишке по сравнению с таковой в холедохе к концу исследования.

ГБСГ С АМИНОКИСЛОТНЫМ ХОЛЕКИНЕТИЧЕСКИМ ТЕСТОМ

Исследование проводится натощак. Через 30 минут после введения РФП и начала исследования в периферическую вену вводится **раствор аминокислот Вамин-14 или Фреамин**, не содержащие глюкозы и электролитов. Последнее условие считаю весьма важным, так как возникающая при инфузии глюкозы гипергликемия полностью или частично ингибирует секрецию холецистокинина.

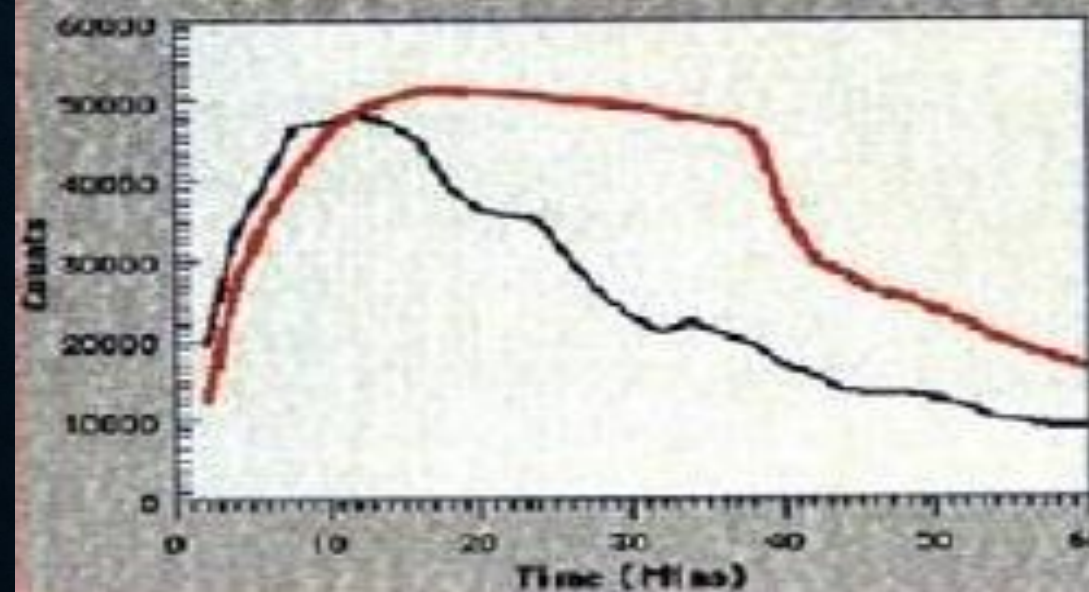
KOKURIN B Y , 265 TA Curves

STANDARD METOD

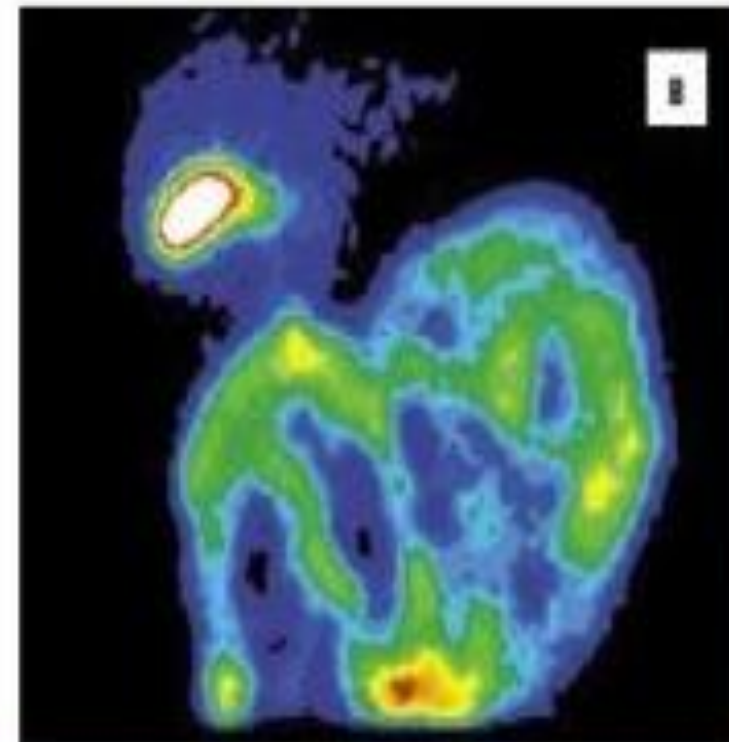
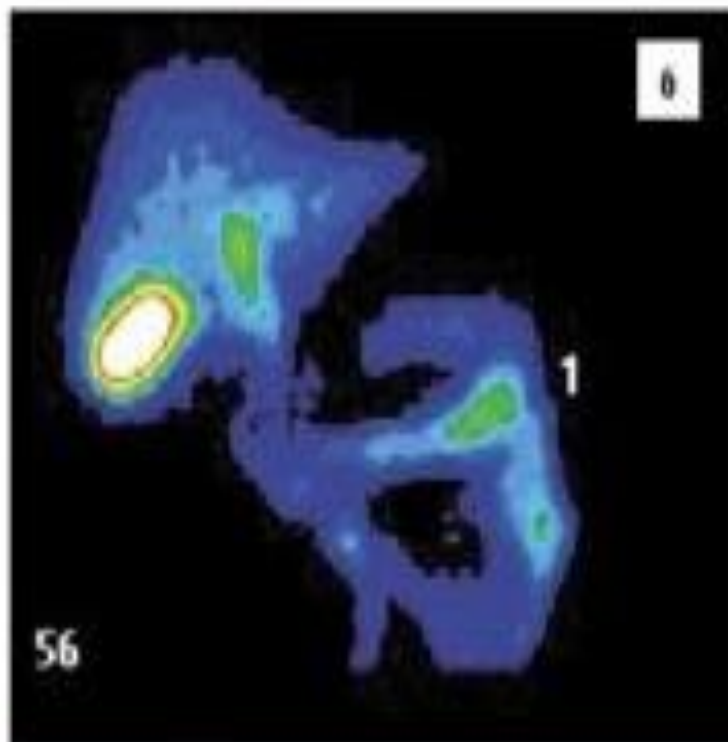
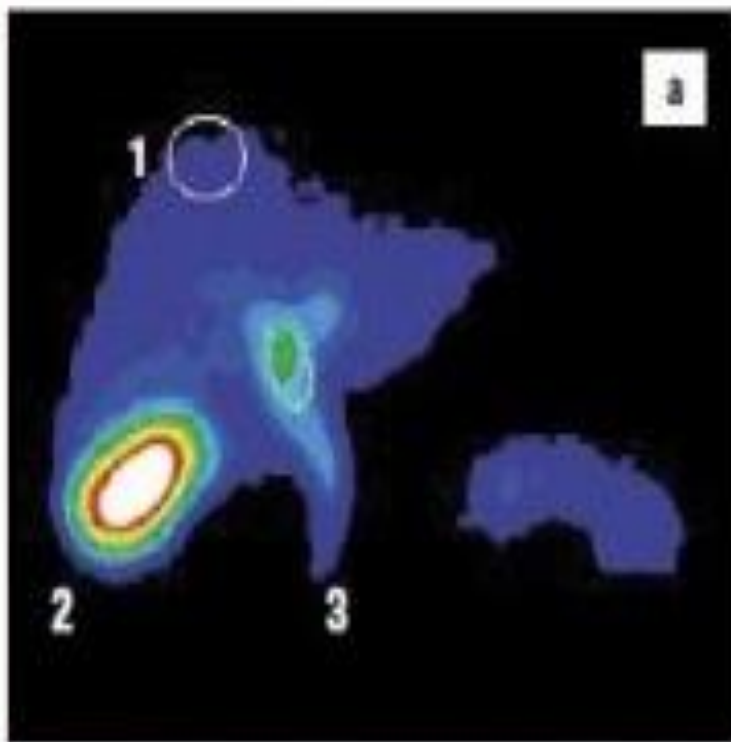


KOKURIN B Y , 274 TA Curves

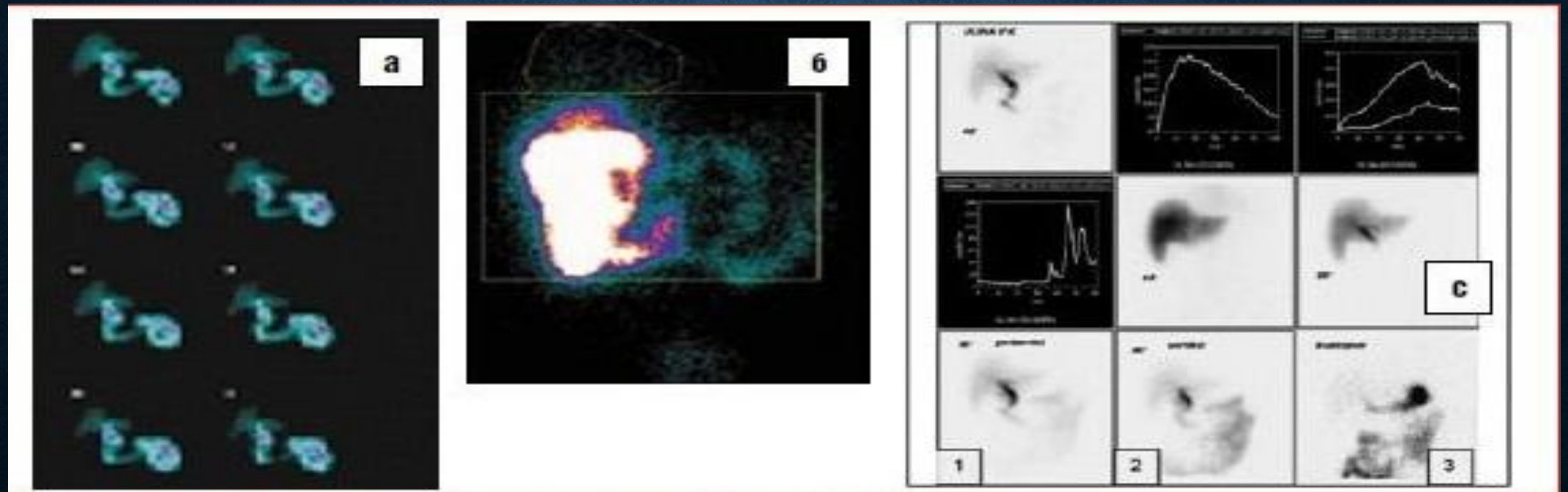
VARI METOD



ГБСГ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ГИОСЦИНА БУТИЛБРОМИДА



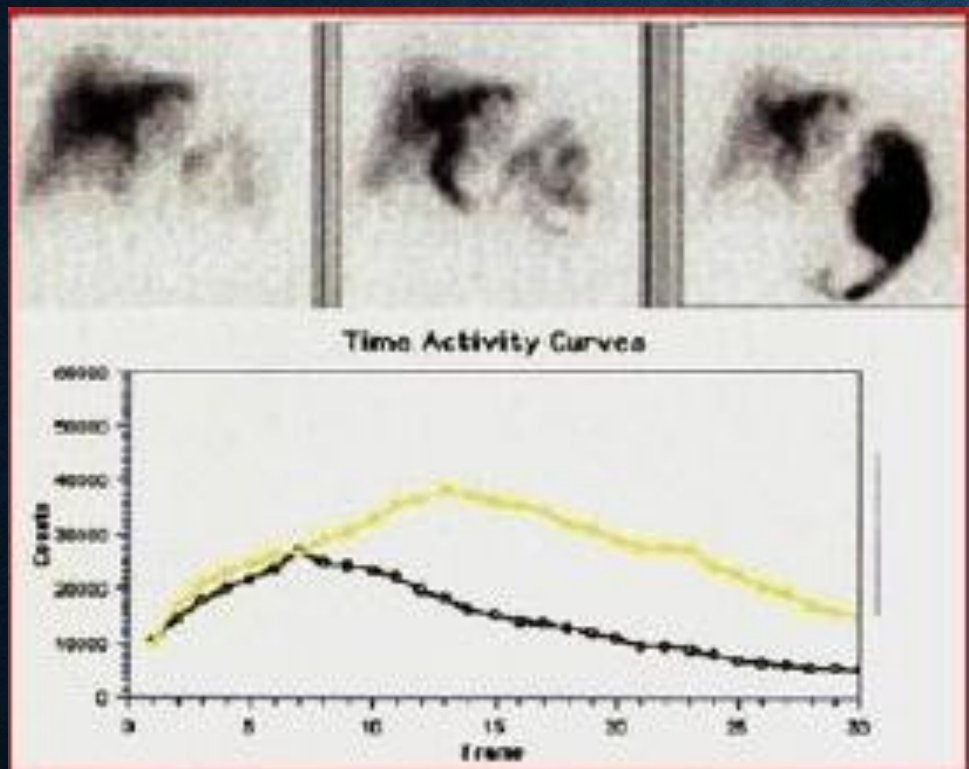
ГБСГ С БУСКОПАН®-ТЕСТОМ ЗАРЕКОМЕНДОВАЛА СЕБЯ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ **ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ**



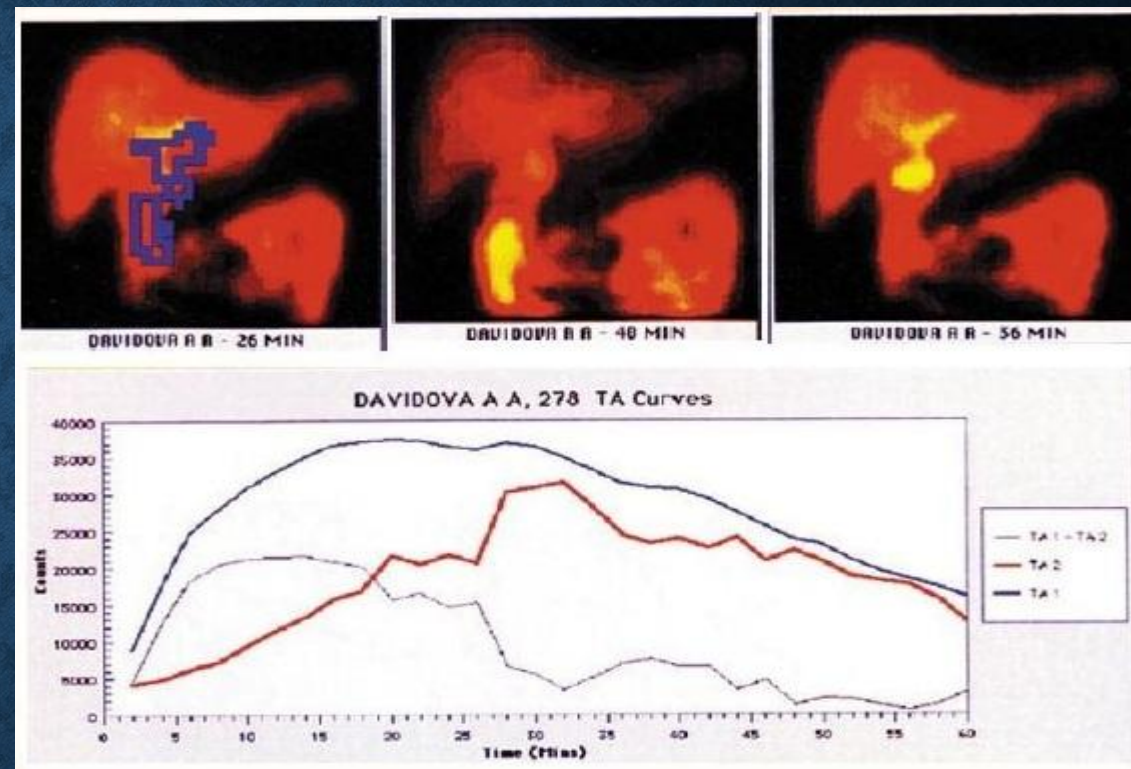
а-через 40 минут исследования визуализируется печень(1), холедох (2) и незначительная часть РФП в ДПК(3); б- через 20 мин после приема 20 мг гиоцина бутилбромида следы РФП в печени(1), большая часть РФП в кишечнике(2).

ДИАГНОСТИКА ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Ведущими факторами нарушения функции печени после холецистэктомии являются наличие и продолжительность дискинезии сфинктерного аппарата желчных путей. У пациентов значительно преобладает парадоксальный спазм сфинктера Одди как причина задержки РФП в холедохе. Функциональные нарушения оттока желчи обусловлены холестерозом желчных путей, в частности сфинктера Одди.



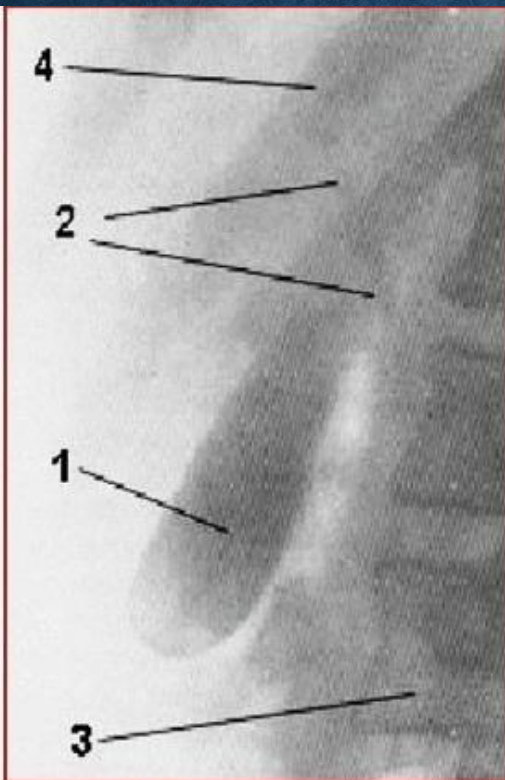
Задержка РФП во внутрипеченочных протоках - желтая кривая(54 мин), при своевременном опорожнении холедоха (34 мин) – черная кривая.



Дискинезия сфинктеров Одди и Мириззи (красный-кривая холедоха, черный-кривая внутрипеченочных протоков)

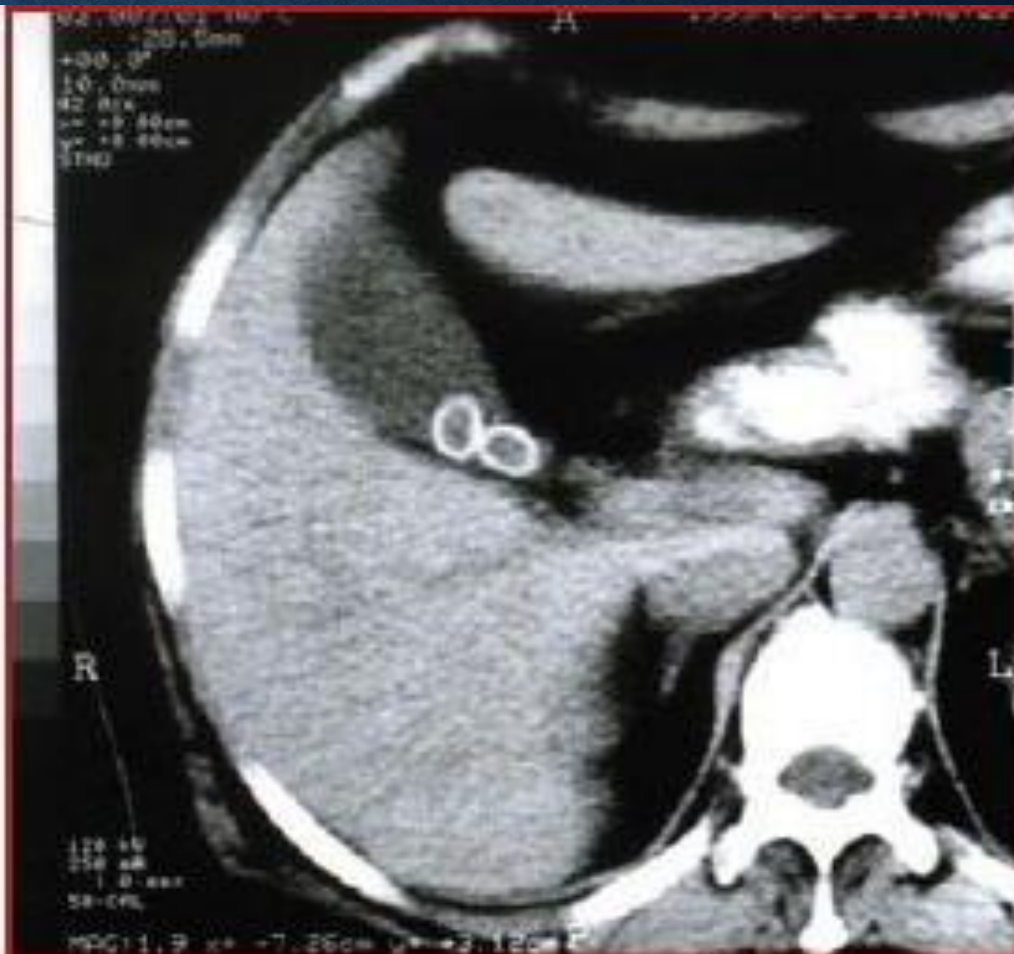
РЕНТГЕНОГРАФИЯ

СЕГОДНЯ ПРАКТИЧЕСКИ НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ





КТ холестериновый
конкремент



МРТ кальциево-билирубиновые
конкременты

ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. **В анализе крови** – лейкоцитоз со сдвигом формулы влево и увеличение скорости оседания эритроцитов.
2. **В моче** – токсические изменения (белок и цилиндры), реакция на билирубин (не у всех больных).
3. **В зависимости от глубины сопутствующих поражений печени** обнаруживают изменения показателей сывороточных печеночных синдромов.
4. **Повышение активности амилазы в крови и моче**, извращение сахарной кривой (инкреторная недостаточность), которые указывает на вовлечение в патологический процесс поджелудочной железы



**СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К
ЛЕЧЕНИЮ
МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ**

ЛЕЧЕНИЕ

1. Диета;
2. Литолитическая терапия;
3. Экстракорпоральная ударно-волновая литотрипсия
4. Купирование приступа желчной колики, постоянного или периодического болевого синдрома;
5. Купирование диспептических расстройств;
6. Экстренная холецистэктомия, плановая холецистэктомия (традиционная, лапароскопическая, мини-лапаротомная);
7. Холецистостомия.

ДИЕТА

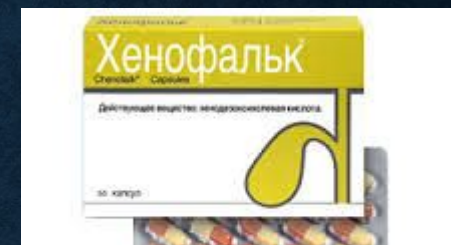
Консервативное лечение неосложненной желчекаменной болезни **включает диету и прием спазмолитиков.**

Исключается высококалорийная, богатая холестерином пища, копчености, тугоплавкие жиры, раздражающие приправы. Регулярное употребление растительной клетчатки и отрубей нормализует перистальтику кишечника, уменьшает литогенность желчи. Рекомендуется двигательная активность. Желчегонные препараты больным с ЖКБ **категорически противопоказаны.**



ЛЕКАРСТВЕННОЕ РАСТВОРЕНИЕ ЖЕЛЧНЫХ КАМНЕЙ

Для непрямого растворения желчных камней и удаления холестерина, входящего в их состав, используют препараты **урсодезоксихолевой** и **хенодезоксихолевой** кислот (хенофальк, хеносан, хенолол, урсофальк, урсосан, урсодиол и др.), чаще - в режиме монотерапии.



ПОКАЗАНИЯ И УСЛОВИЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЛИТОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

- неосложненное течение заболевания;
- контрастируемый желчный пузырь при пероральной холецистографии;
- рентгенопрозрачные холестериновые камни при нормальной сократительной активности желчного пузыря;
- одиночные холестериновые камни не более 10 мм в диаметре;
- множественные мелкие холестериновые камни, оптимально 5 мм и менее;
- профилактика камнеобразования при высокой литогенности желчи (группа повышенного риска);
- резидуальный холелитиаз у больных с высоким операционным риском;

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРОВЕДЕНИЮ ЛИТОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

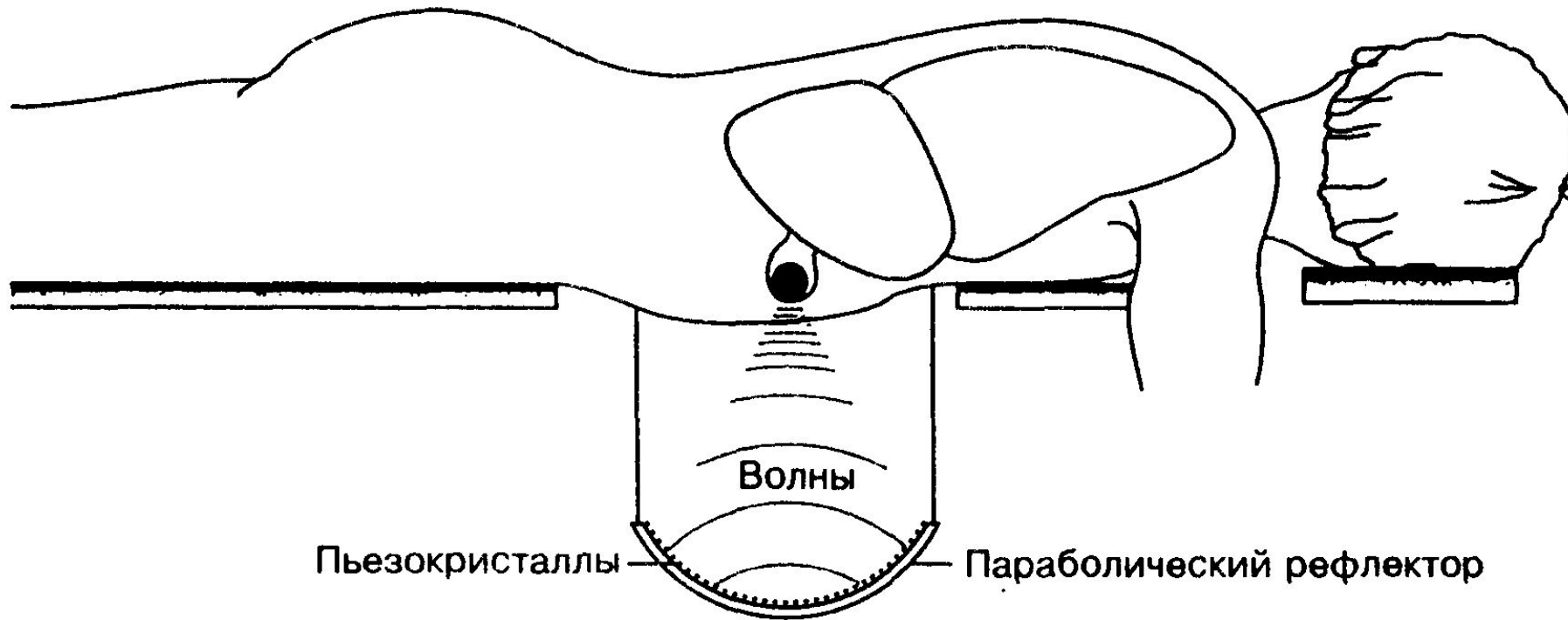
- рентгеноконтрастные и пигментные камни;
- диаметр камней более 1 см;
- острый холецистит, холангит;
- механическая желтуха;
- заболевания печени с нарушением ее функции;
- внутрипеченочный холестаз;
- «отключенный» желчный пузырь;
- нарушение функции почек;
- энтероколит, язвенные поражения желудочно-кишечного тракта;
- беременность.



ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНАЯ УДАРНО-ВОЛНОВАЯ ЛИТОТРИПСИЯ

Применяется у больных при **сохраненной сократительной способности желчного пузыря**, у больных с **холестериновыми камнями размером не более 2 см** в количестве **не более трех**. Образование ударной волны производится различными физическими методами: с помощью электрогидравлического, пьезоэлектрического или магнитнорестриктивного генератора (литотриптора).

ЛИТОТРИПСИЯ



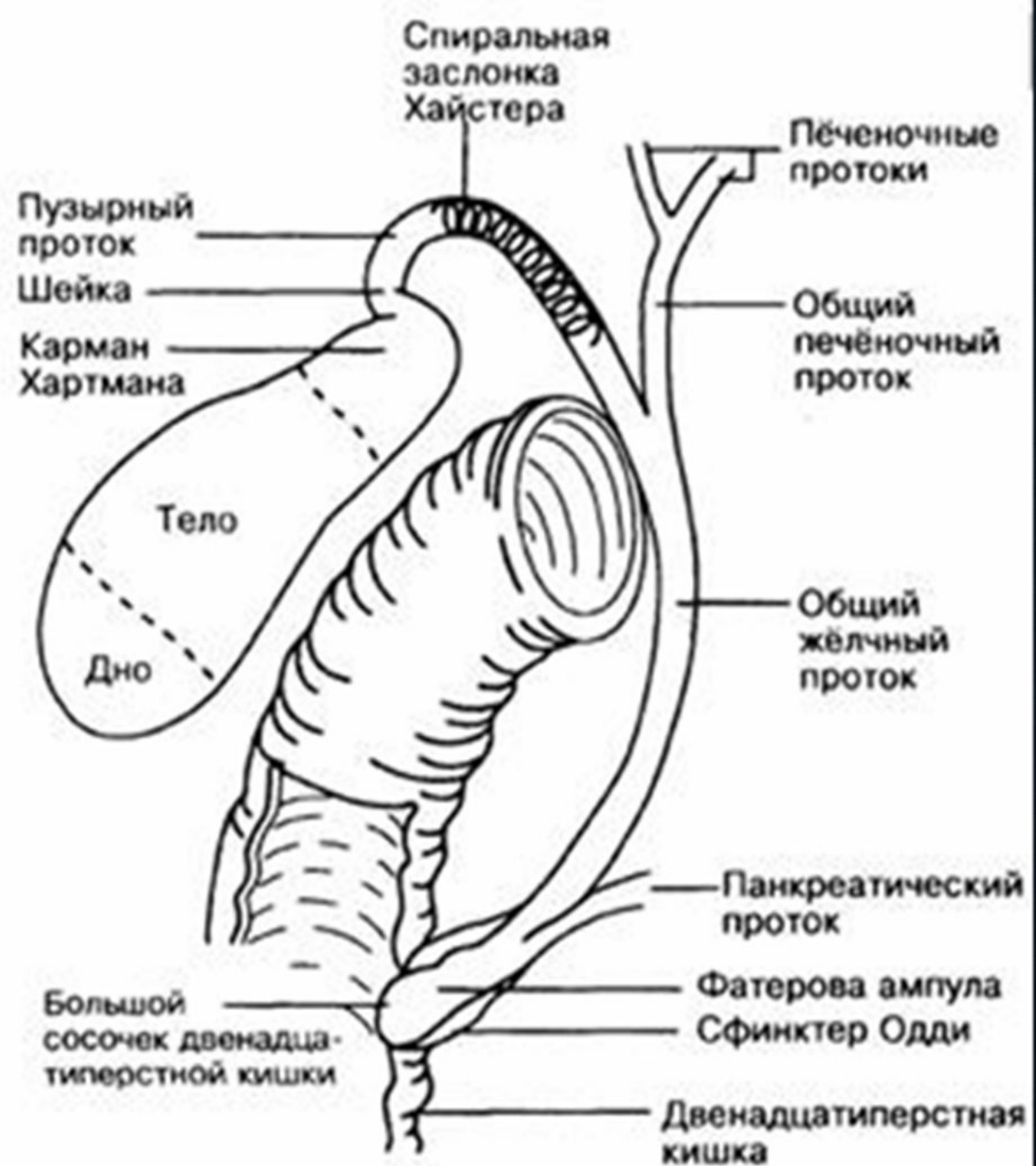
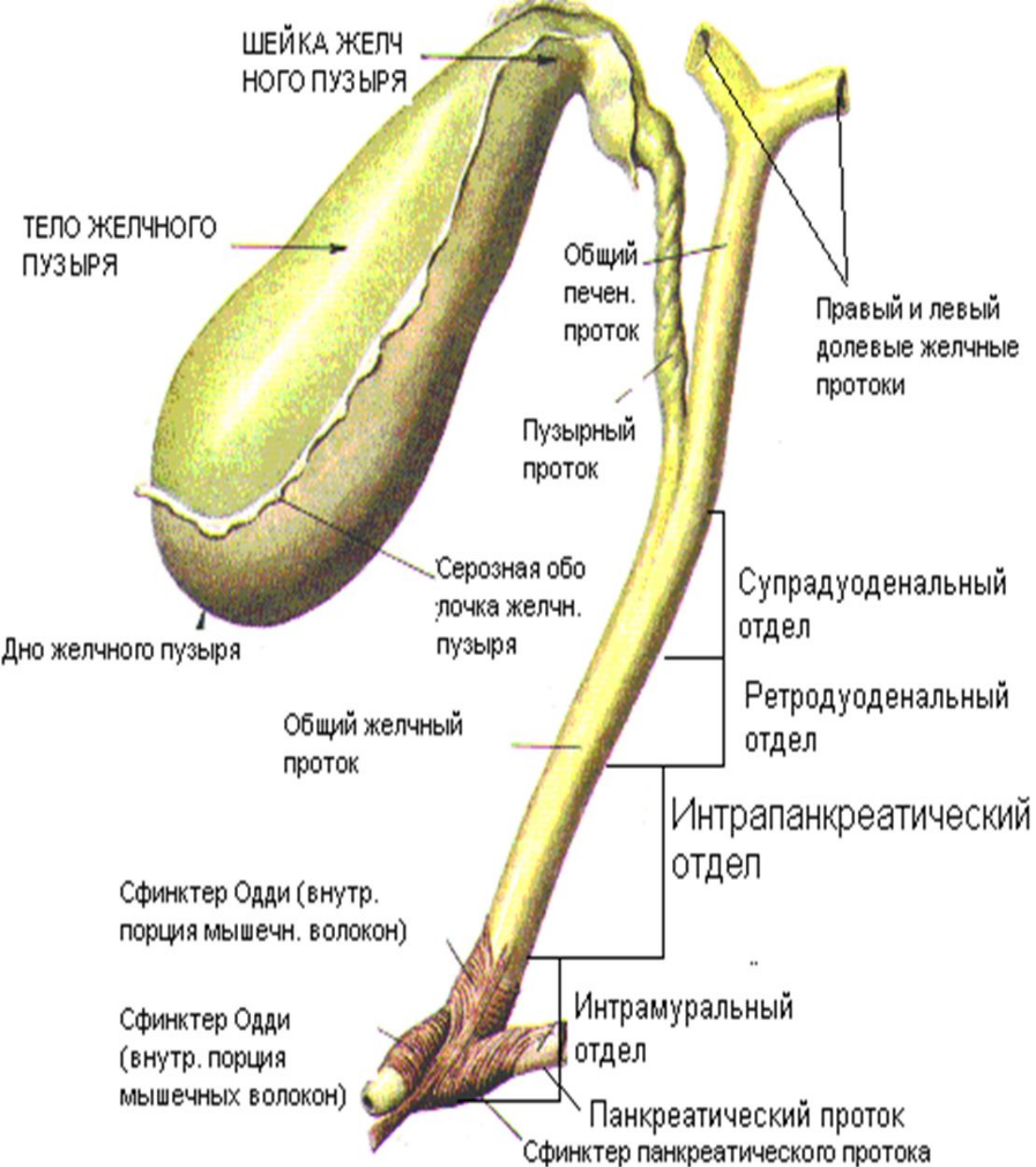
Метод направлен на устранение следствия заболевания, а не на его причину, необходима поддерживающая терапия урсодезоксихолевой кислотой, к тому же **успешное дробление не исключает повторного камнеобразования** (рецидив 50%).

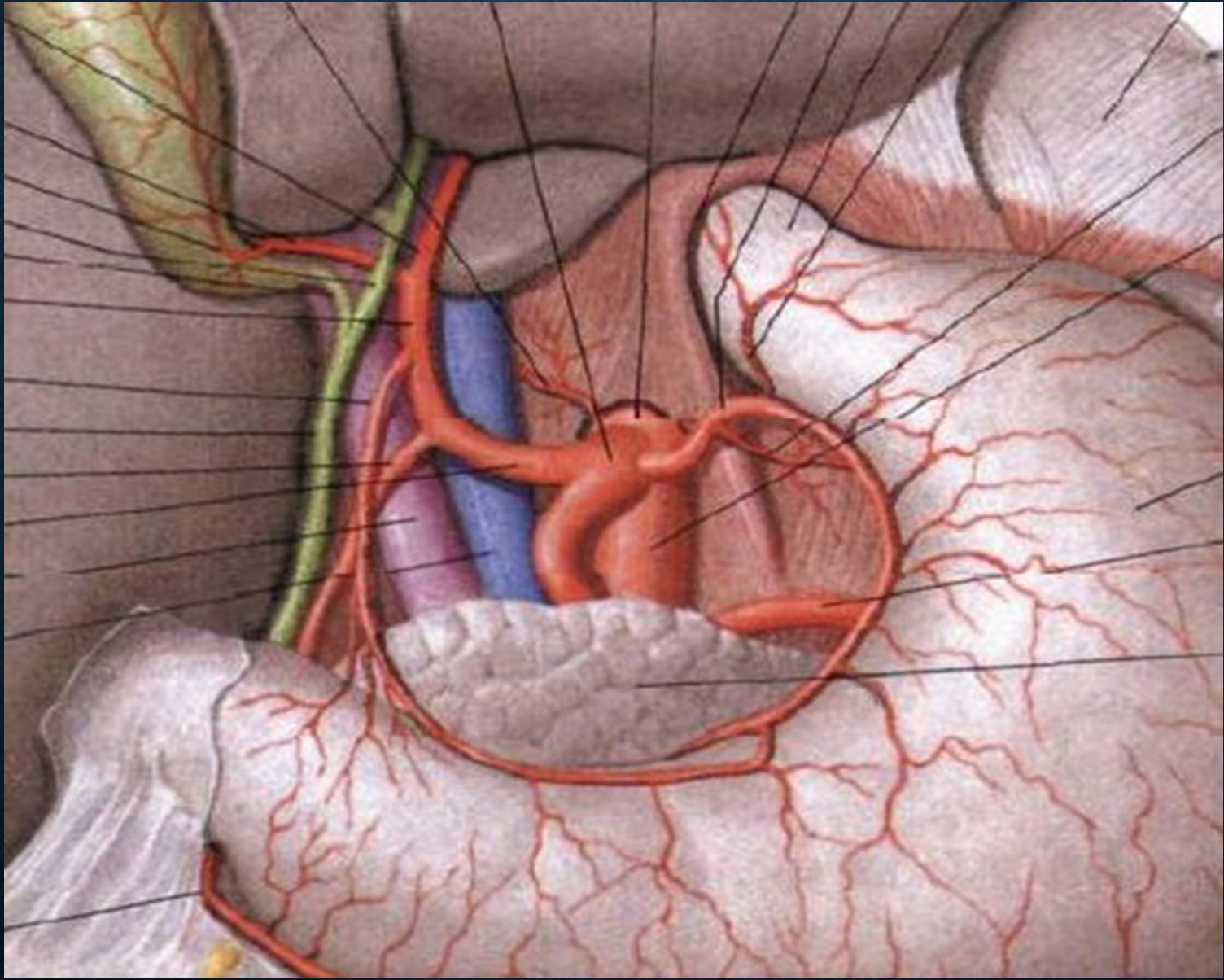
КУПИРОВАНИЕ ПРИСТУПА ЖЕЛЧНОЙ КОЛИКИ, БОЛЕВОГО СИНДРОМА

- 1) голод в течение 1–3 суток, затем диетотерапия — стол № 5, 5 А;
- 2) спазмолитическая терапия.
- 3) купирование болевого синдрома.

A blue-tinted photograph of a surgical tray. The tray is covered with a light blue sterile drape and contains several pieces of folded white gauze or cloths. In the foreground, several pairs of surgical forceps and scissors are laid out. In the background, more surgical instruments and a small bottle are visible, though they are out of focus. The overall scene is clean and clinical.

**СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К
ЛЕЧЕНИЮ
ХИРУРГИЧЕСКОЕ**





ХИРУРГИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ

Целесообразность профилактического удаления желчного пузыря при камненосительстве представляется сомнительной. Для остальных форм желчекаменной болезни оперативный метод является научно обоснованным. Радикальным вмешательством, ведущим к полному выздоровлению больного, является оперативное удаление желчного пузыря – **ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ.**

ВИДЫ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЙ

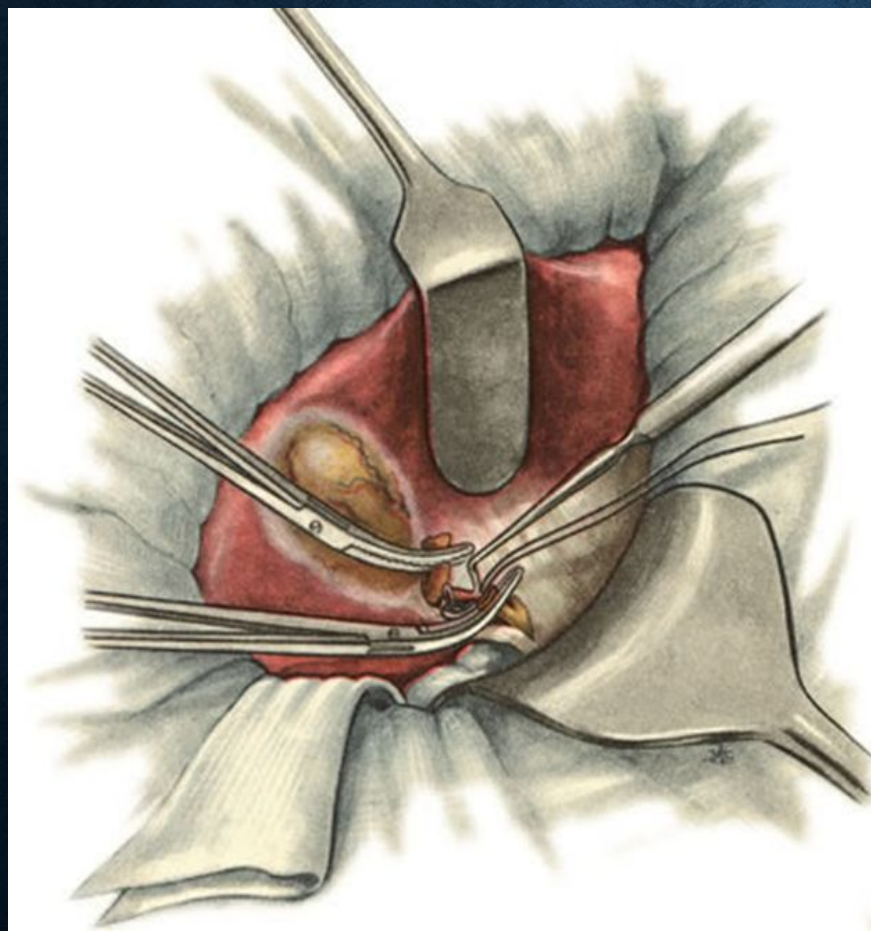
- **холецистэктомия** из лапаротомного доступа (срединного или косого). При необходимости дополняемая вмешательством на желчных протоках;
- **холецистэктомия** из мини-доступа (ХМД)
- **лапароскопическая холецистэктомия** (видеомониторная). При наличии необходимого оборудования и достаточной квалификации хирурга, также может быть дополнена вмешательством на протоках.

ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ

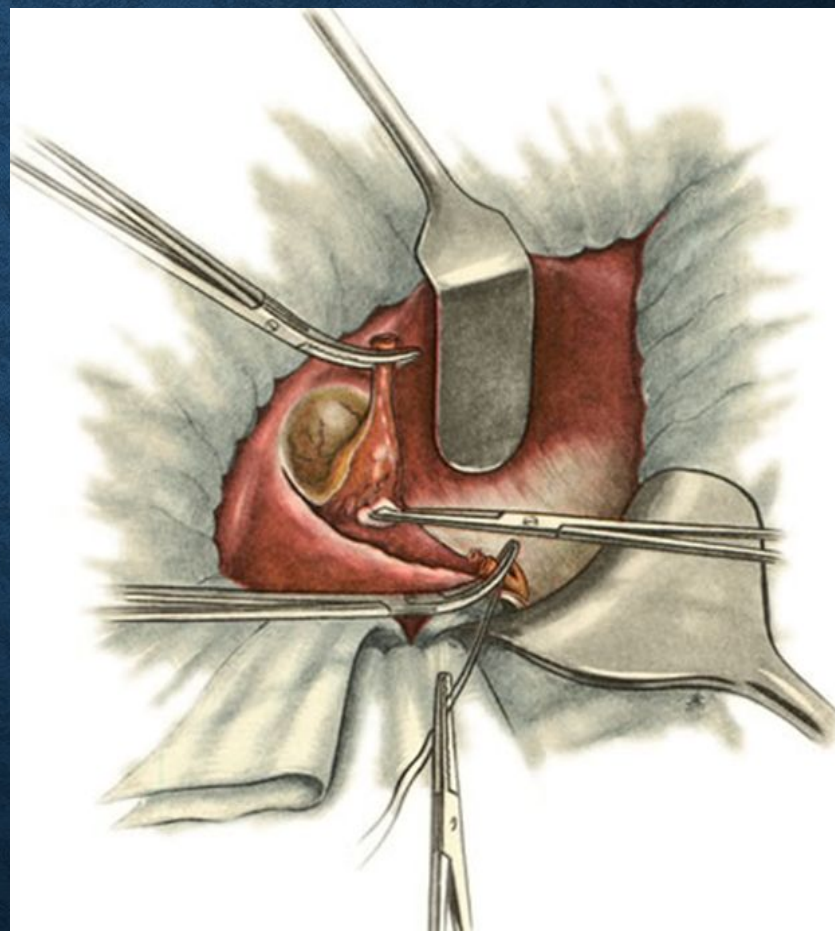
Абсолютные показания

- острый холецистит на фоне желчно-каменной болезни, не купируемый консервативно
- хронический холецистит с обычным анамнезом (рецидивирующие желчные колики) и нефункционирующий желчный пузырь (по данным УЗИ или холецистографии);
- камни общего желчного протока:
- гангрена желчного пузыря - срочная холецистостомия (более безопасна, чем холецистэктомия), в дальнейшем возможно проведение холецистэктомии, но нередко можно ограничиться спонтанным закрытием раны;
- кишечная непроходимость, обусловленная желчным камнем, - операция с устранением кишечной обструкции с последующим проведением холецистэктомии.

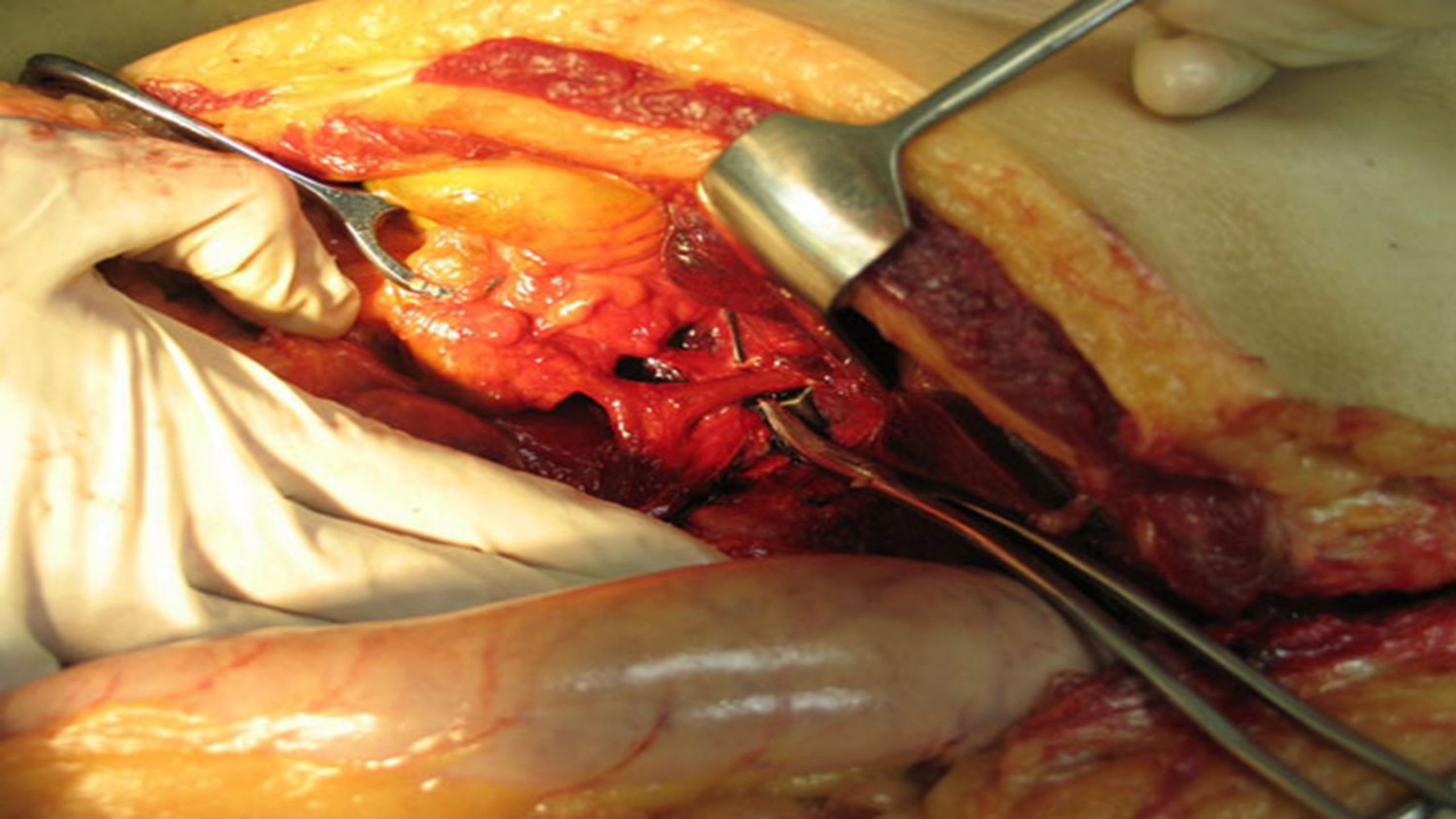
ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ОТ ШЕЙКИ



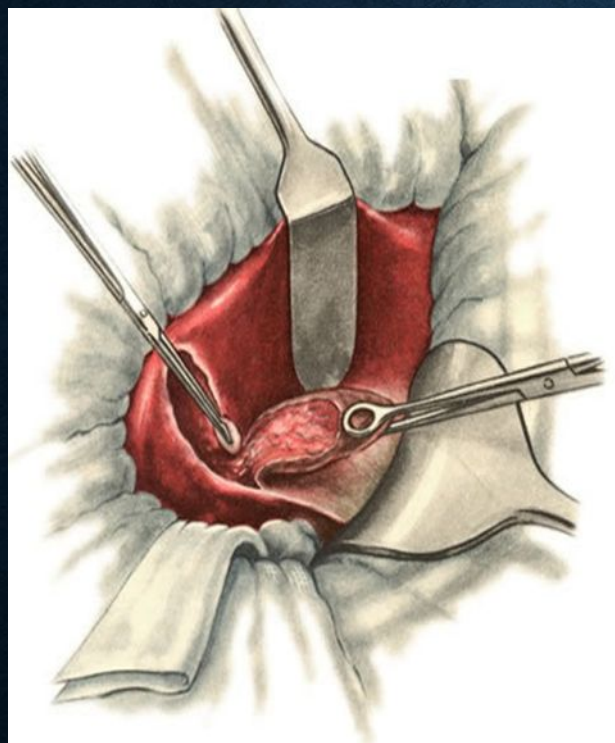
1



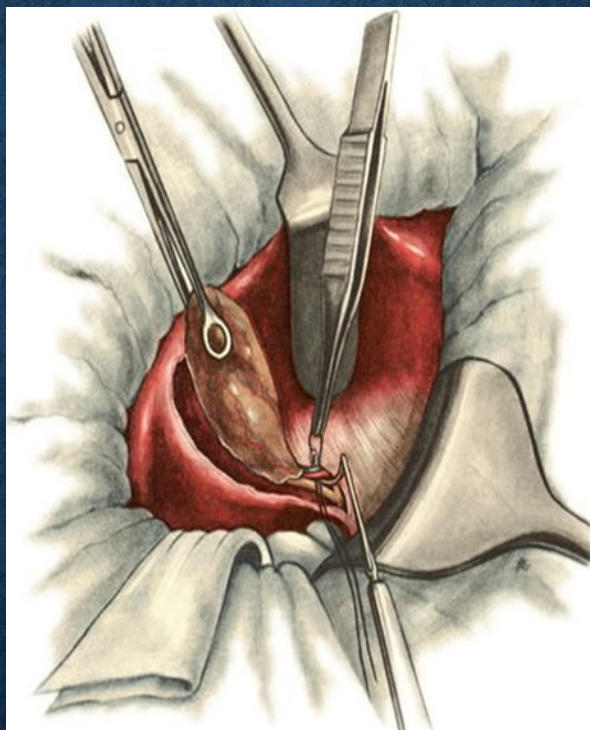
2



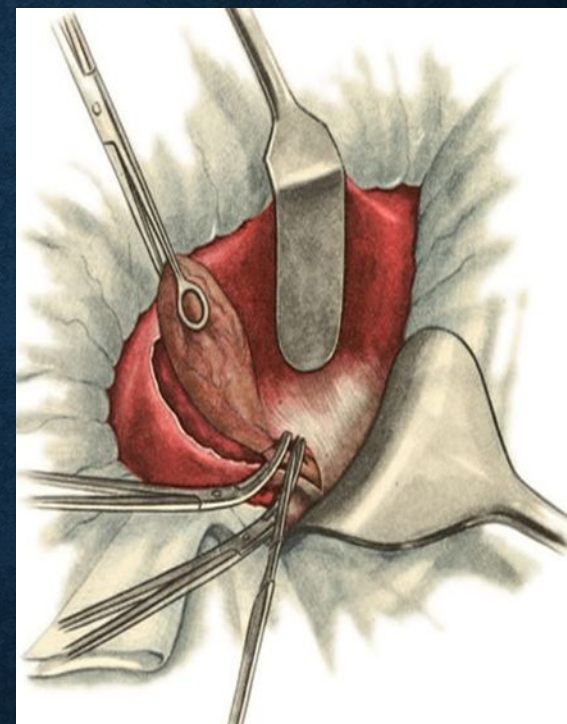
ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ОТ ДНА



1

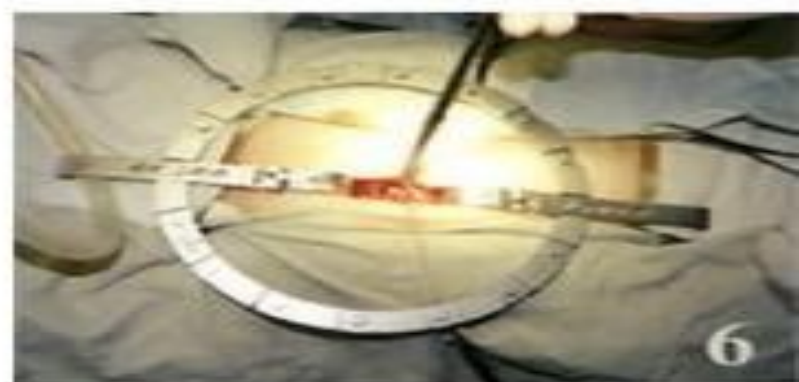
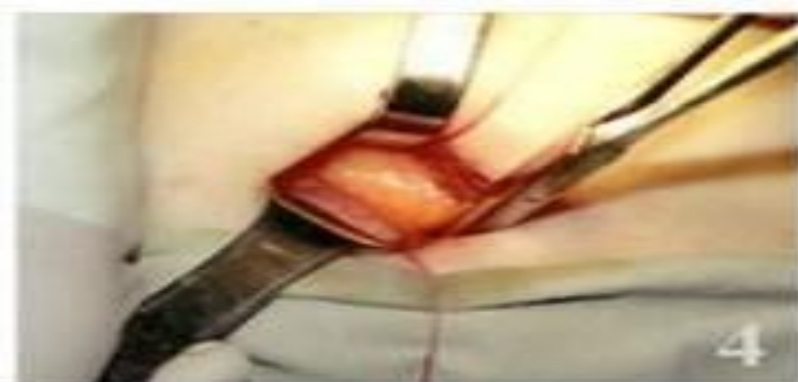


2



3

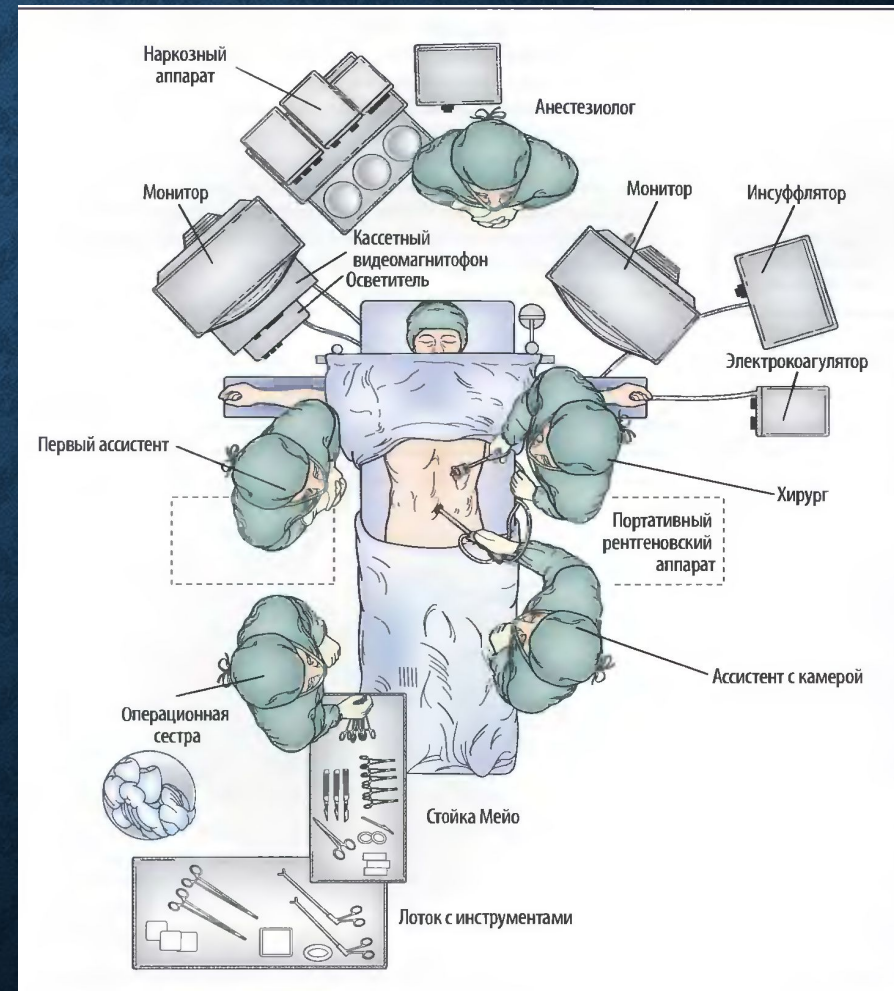
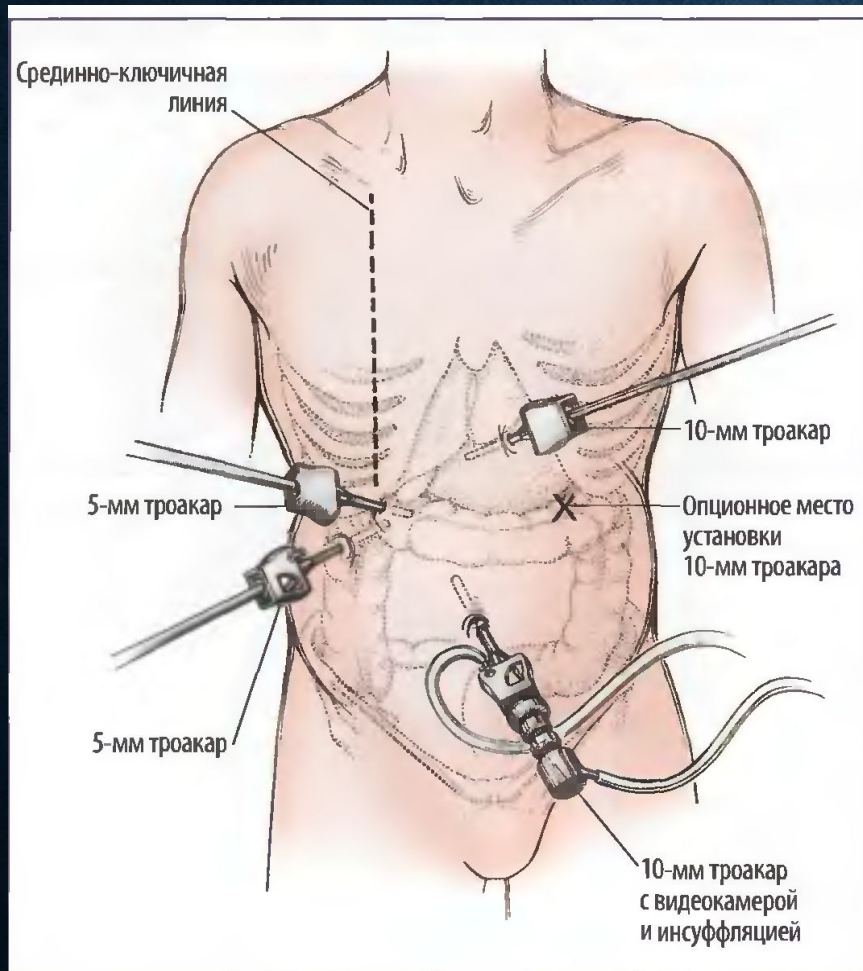
Холецистэктомия из минидоступа



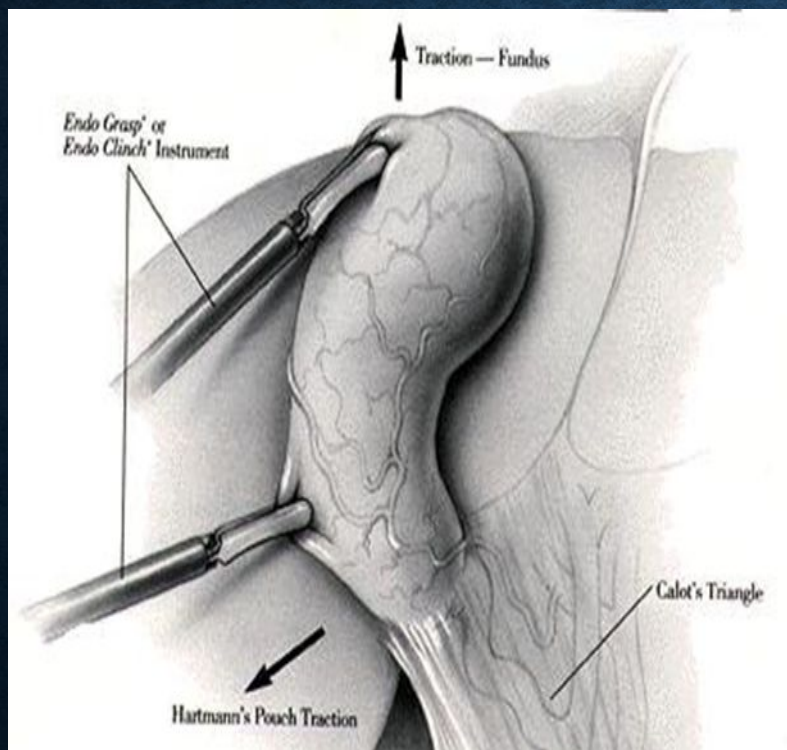
ОСОБЕННОСТИ И ПРЕИМУЩЕСТВА ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ИЗ МИНИДОСТУПА:

- Отсутствие пневмоперитонеума (газа в брюшной полости)
- Возможность использования перидуральной анестезии
- Оперирование в созданном хирургом адекватном “операционном пространстве” в зоне локализации патологии
- Сочетание при данном методе технических приемов, навыков и инструментария “традиционной” и лапароскопической холецистэктомии
- Преимуществом по сравнению с лапароскопической техникой является бинокулярный контроль, что повышает надежность идентификации анатомических структур и снижает риск повреждения органов

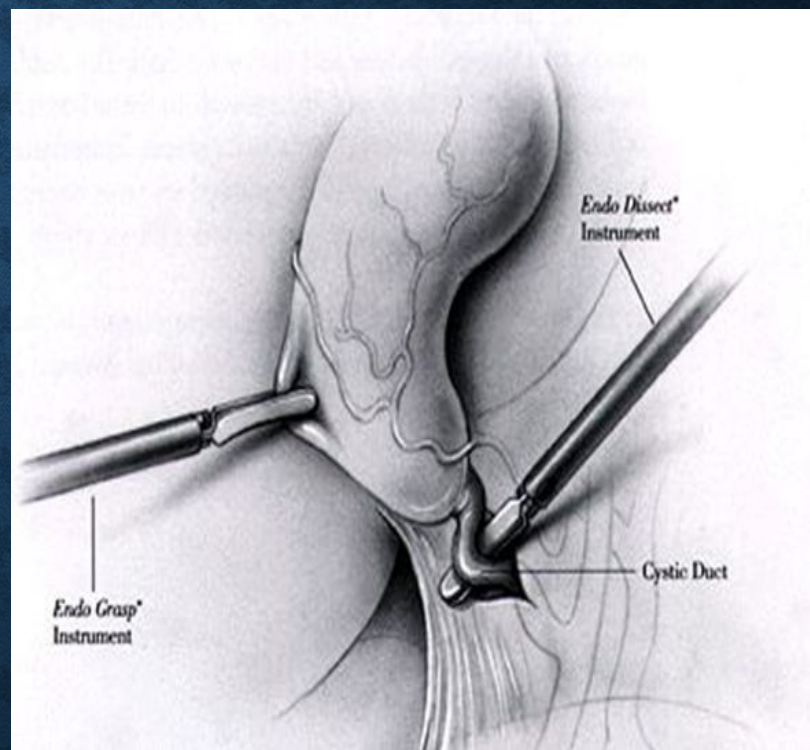
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ



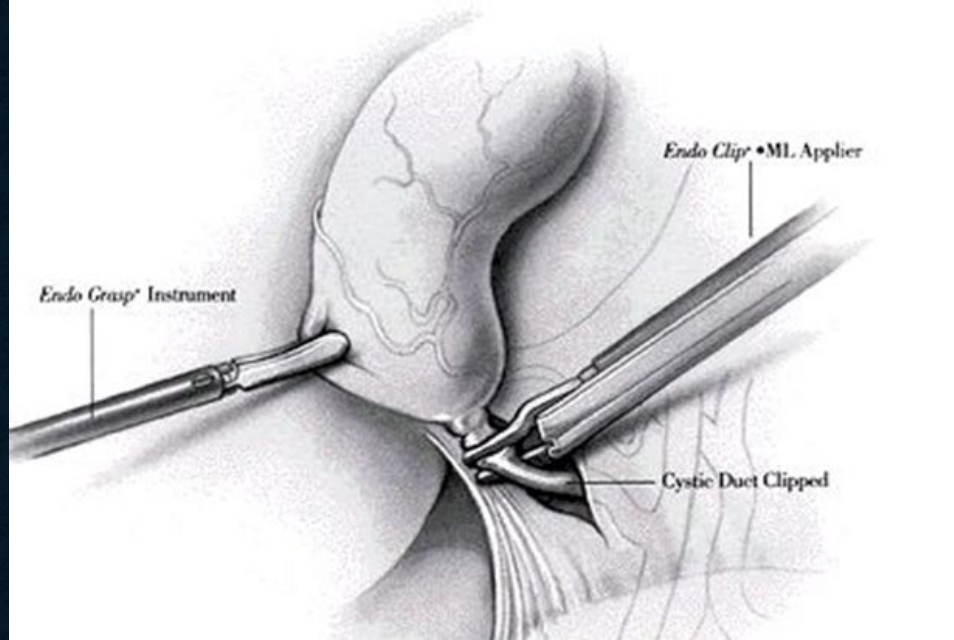
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ



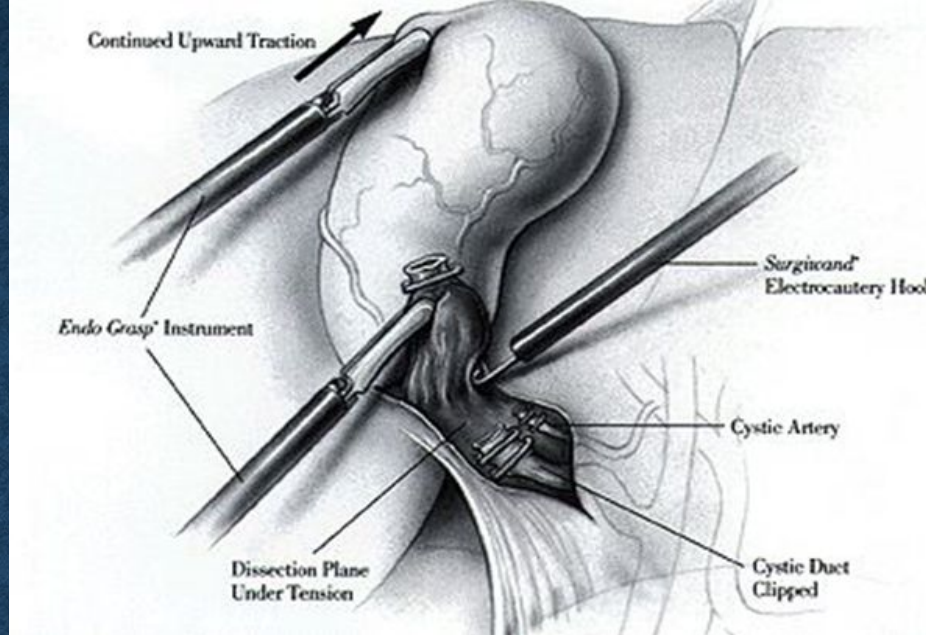
1



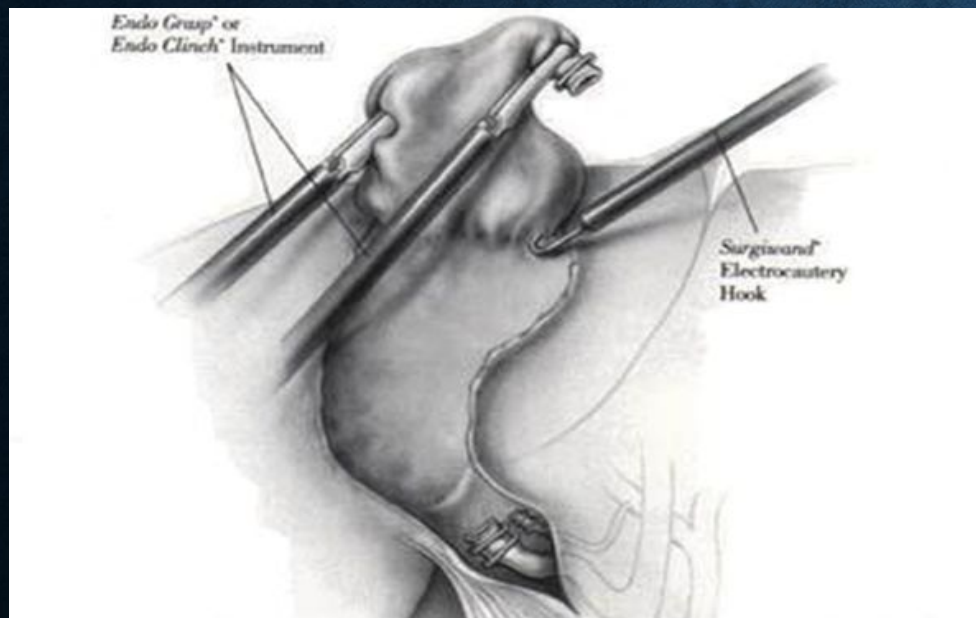
2



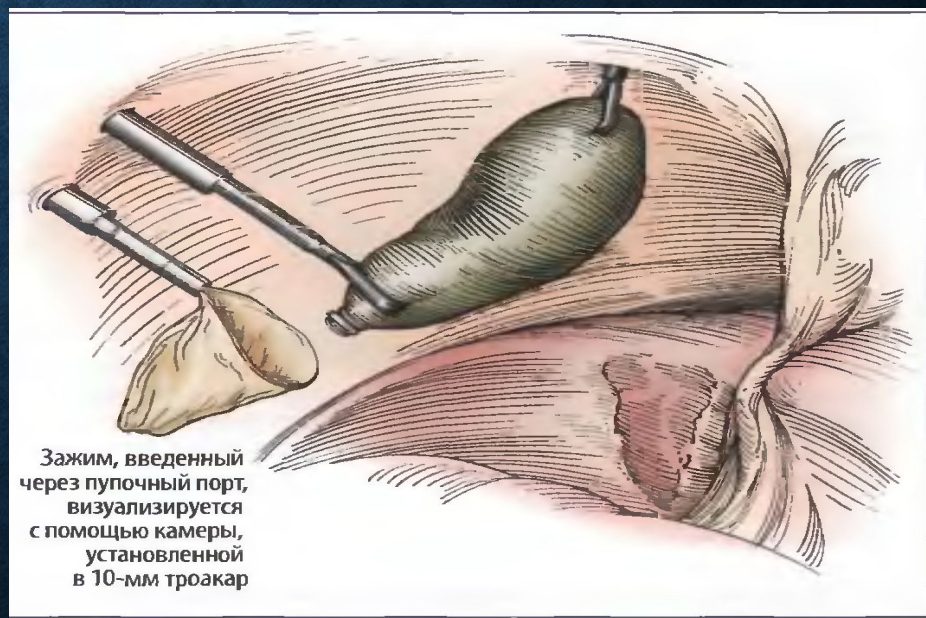
3



4



5



6

ЛАПОРОСКОПИЯ ЧЕРЕЗ ОДИН ПОРТ SILS

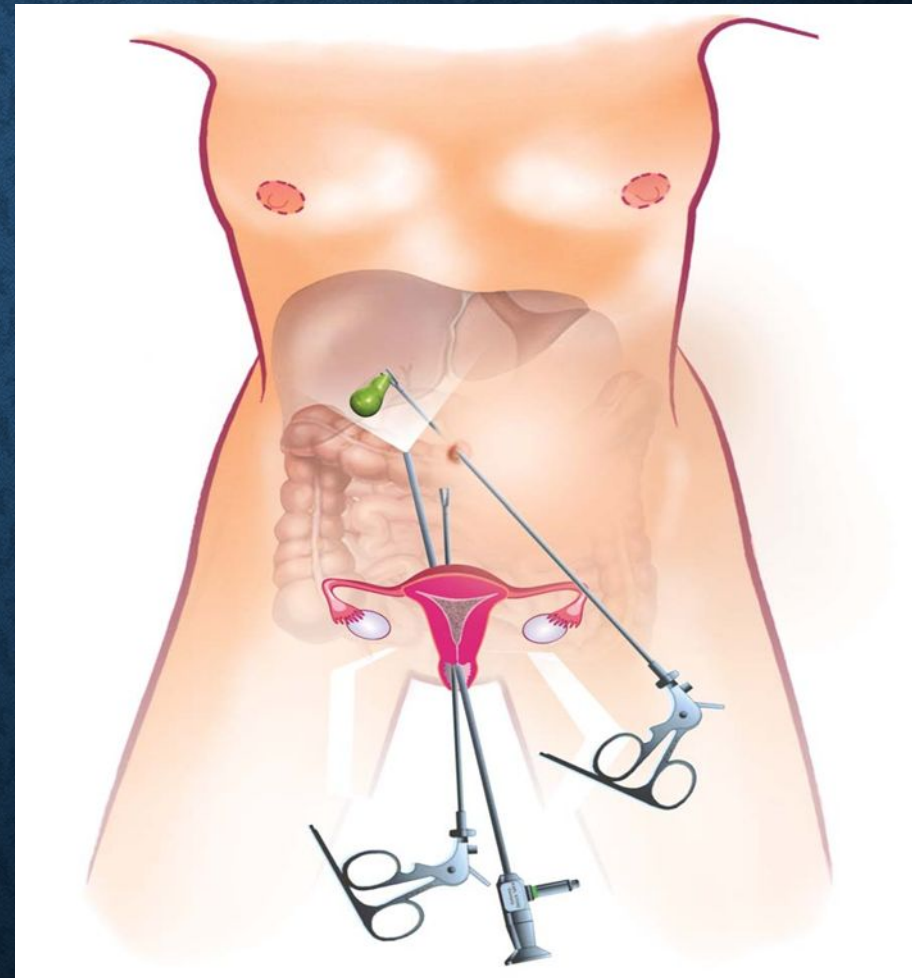
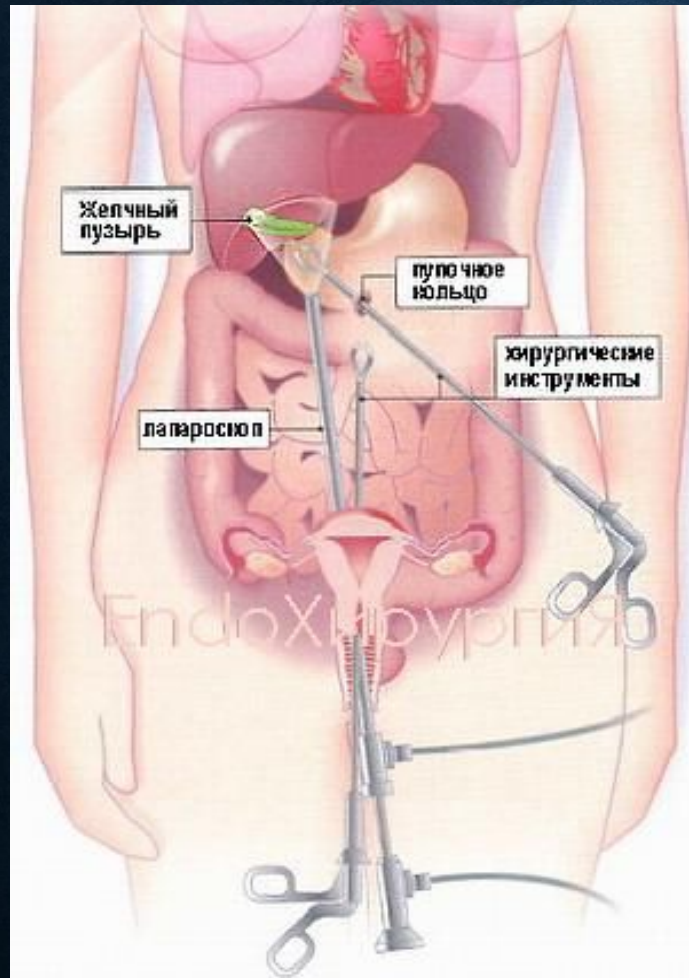
- Холецистэктомия SILS осуществляется через один небольшой надрез в пупке, в отличие от четырех разрезов требуется стандартный лапароскопических операций. Эта процедура менее болезненна, так же чем меньше проколов, тем меньше входных ворот для инфекции после операции.



ТРАНСЛЮМИНАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ (N.O.T.E.S.).

- **трансвагинальная холецистэктомия**
- **трансгастральная холецистэктомия**

ТРАНСВАГИНАЛЬНАЯ ЛАПОРОСКОПИЯ



ОСЛОЖНЕНИЯ



ОСЛОЖНЕНИЯ

- Калькулезный холецистит,
- водянка и эмпиема желчного пузыря,
- панкреатит,
- механическая желтуха,
- холангит,
- вторичный билиарный цирроз,
- желчные свищи (наружные, внутренние),
- желчнокаменная кишечная непроходимость,
- синдром Мириззи,
- рубцовые стриктуры желчевыводящих путей.

КАЛЬКУЛЕЗНЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ

Это полиэтиологическое неспецифическое воспаление **желчного пузыря**, причем у подавляющего большинства больных воспалительный процесс предшествует, сопровождается или является следствием образования камней. Существующие многочисленные классификации холециститов едины в одном – подразделении их на **острые и хронические**, которые, в свою очередь, делят на **калькулезные и бескаменные** (последние составляют всего лишь 5%).

Холецистит

калькулезный

бескаменный

Острый

Хронический

простой

деструктивный

флегмонозный

гангренозный

прободной

первично-хронический

хр. рецидивирующий

резидуальный

Осложнения:

- ППЧН

- панкреатит

- холедохолитиаз

- мех. желтуха

- холангит

- гепатит

- инфильтрат

- п/п абсцедирование

Экстраабдоминальные:

- н/д пневмония

- плеврит

- сепсис

Клиническое течение

Регрессирующее

(эффективное консервативное лечение)

Прогрессирующее

(с неэффективным консервативным лечением)

Перфорация

(с разлитым перитонитом)

Еще в середине XIX в. Гемсбах, связав процесс камнеобразования с воспалением желчного пузыря, выдвинул инфекционную теорию, которая нашла свое подтверждение при дальнейших исследованиях.

Микроорганизмы в желчный пузырь попадают 3 путями:

1. Энтерогенный (восходящий).
2. Гематогенный.
3. Лимфогенный.

ПАТОГЕНЕЗ

Холецистит – типичное неспецифическое воспаление. Однако наличие бактериальной флоры и паразитов в пузыре еще не является причиной острого холецистита. Необходимые условия для развития инфекции создаются только при нарушении оттока желчи, чему способствуют конкременты, хронические изменения в виде склероза, атрофии стенки пузыря и др.

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА

При всех формах **острого калькулезного холецистита** имеются признаки увеличения и напряжения желчного пузыря. Исключение составляют лишь перфоративные и гангренозные холециститы, сопровождающиеся пропотеванием желчи и экссудата в брюшную полость.

1. Катаральный холецистит.
2. Флегмонозный холецистит.
3. Гангренозный холецистит.
4. Перфоративные холециститы



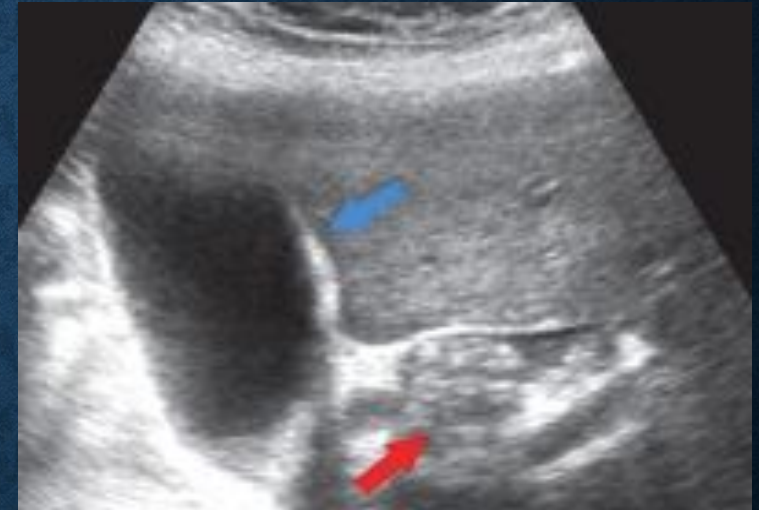
Острый калькулезный
холецистит



Эмфизематозный
холецистит

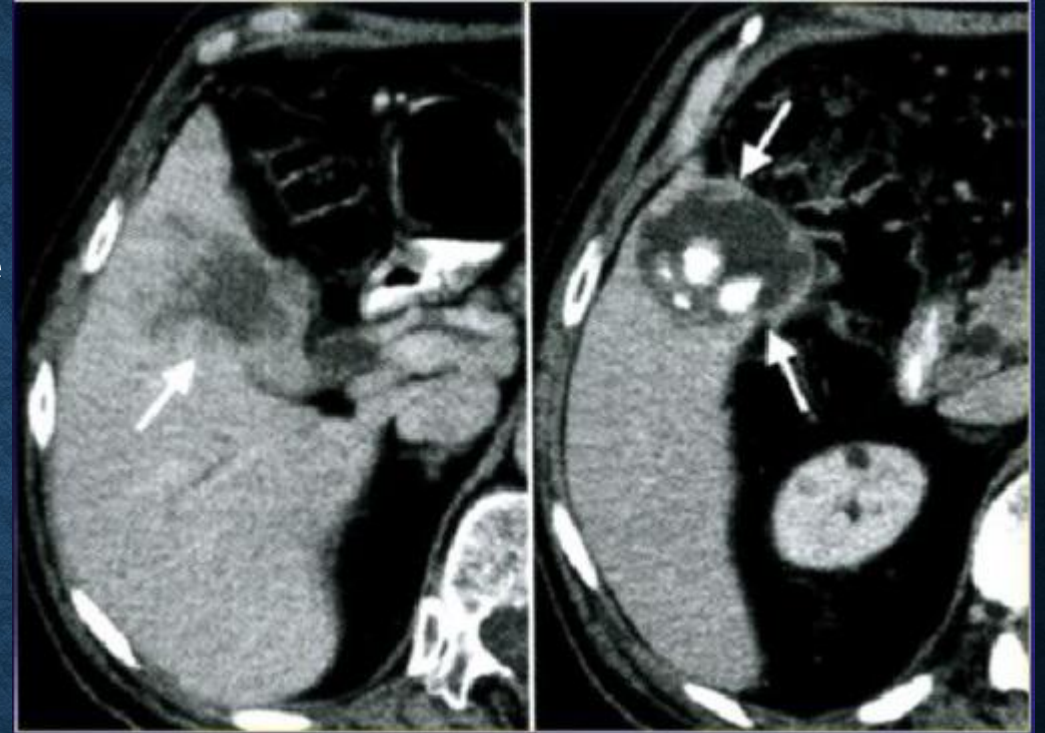
ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА

При **хронических калькулезных холециститах** изменения в желчном пузыре могут быть мало выражены или характеризоваться выраженным рубцовым сморщиванием органа и стенки холедоха. При этом всегда бывает расширение внутрипеченочных желчных путей синдром Мириззи. При длительно существующем заболевании нередко формируется водянка пузыря с увеличением его размеров.



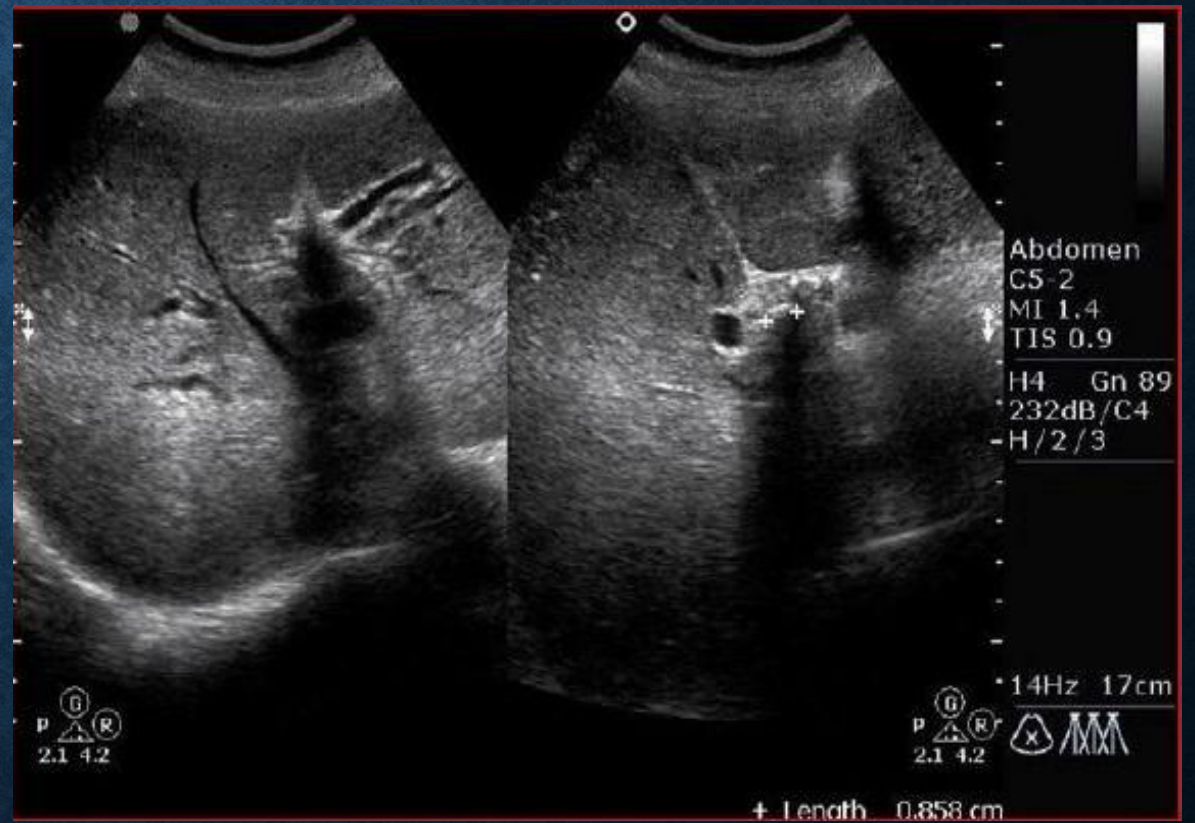
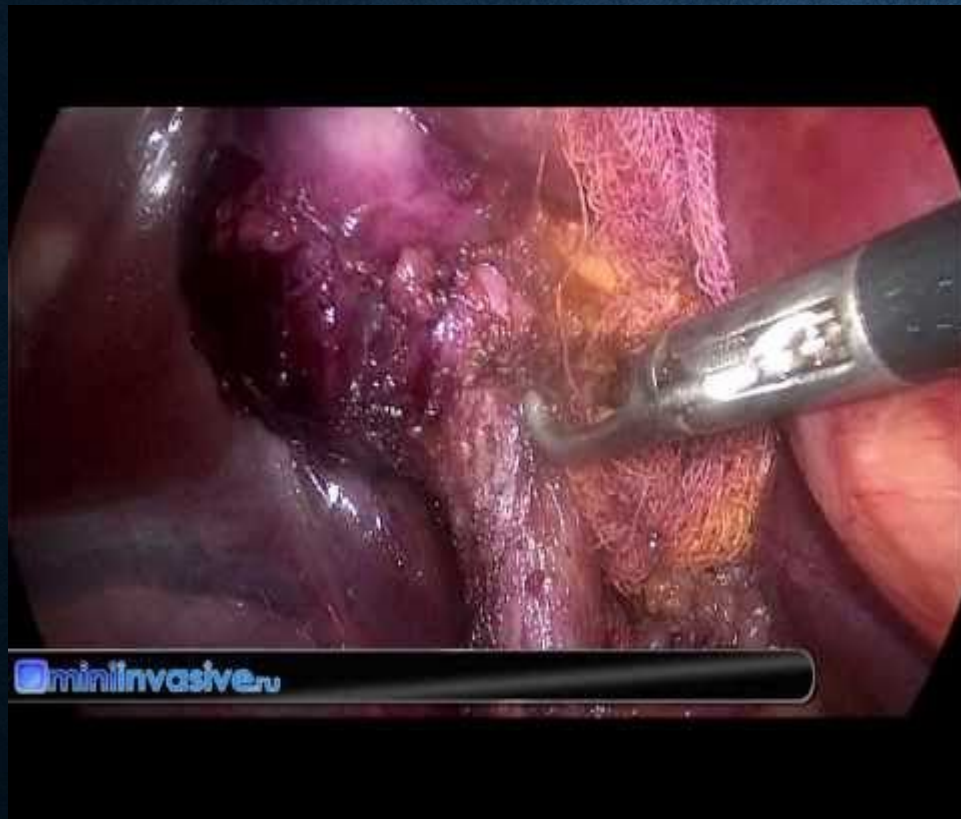
Водянка ЖП

Длительное существование хронического холецистита опасно возникновением **рака желчного пузыря**, который развивается в среднем у 4-5% больных ЖКБ. Однако наличие камней отмечают в 80-100% случаев рака. По-видимому, частая травматизация и хроническое воспаление слизистой оболочки желчного пузыря являются пусковым моментом в дисплазии его эпителия.



Рак желчного
пузыря

СИНДРОМ МИРИЗЗИ



Эхограмма при синдроме
Мириззи

СИНДРОМ МИРИЗЗИ

Это воспалительно-деструктивный процесс, необычная форма холецистолитиаза, при которой конкременты, фиксированные в пузырном протоке либо в Гартмановском кармане желчного пузыря, могут сдавливать общий печеночный проток, вызывая механическую желтуху и образование пузырно-холедожеального свища.

В исследованиях последних лет принято различать две основных формы СМ, которые по сути отражают основу синдрома:

I. острую, морфологической основой которой является сужение просвета проксимального отдела гепатикохоледоха;

II. хроническую – с наличием свища между желчным пузырем и внепеченочным желчным протоком.

КОМПОНЕНТЫ

Классическое описание СМ включает четыре компонента:

- близкое параллельное расположение пузырного и общего печеночного протоков;
- фиксированный камень в пузырном протоке или шейке желчного пузыря;
- обструкция общего печеночного протока, обусловленная фиксированным конкрементом в пузырном протоке и воспалением вокруг него;
- желтуха с холангитом или без него

ПАТОГЕНЕЗ

По данным Ревякина В.И., основными этапами патогенеза синдрома являются:

- сдавление просвета общего желчного протока извне, появляющееся чаще всего на фоне **острого калькулезного холецистита**;
- стриктура внепеченочного желчного протока;
- перфорация гепатикохоледоха при наличии стриктуры;
- формирование пузырно-холедожеального свища с одновременной ликвидацией стриктуры.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Клиническая картина заболевания складывается из симптомов, **характерных для острого и хронического холецистита** с развитием механической желтухи. Постоянные умеренные боли и желтуха наблюдаются в 60-100% наблюдений, при пузырно-холедожеальном свище желтуха более частый признак заболевания. В анализах крови – повышение прямого и общего билирубина, а также аспартат- (АсАТ) и аланинаминотрансферазы (АлАТ), щелочной фосфатазы.

ХОЛЕДОХОЛИТИАЗ

КЛИНИЧЕСКАЯ

Наличие конкрементов в общем жёлчном протоке, рассматривается обычно как осложнение ЖКБ, хотя изредка возможно первичное формирование камней в печёночных и жёлчных протоках. Обструкция конкрементом общего жёлчного протока приводит к механической желтухе, холангиту и острому панкреатиту.

КАРТИНА

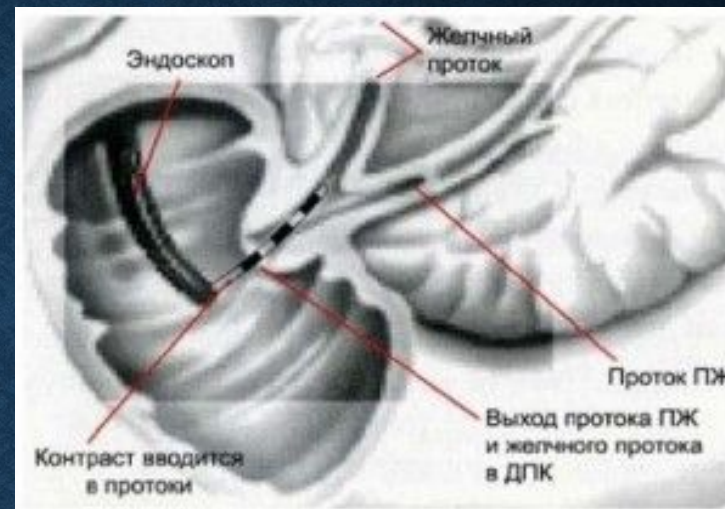


Холедохолитиаз

ДИАГНОСТИКА

Лабораторных исследований, **как правило, недостаточно** для постановки диагноза.

Инструментальная диагностика зависит от условий, в которой её проводят: до операции (**УЗИ, МРТ, ЭРХПГ**), интраоперационно (**холангиография; холедохоскопия через пузырный проток или холедохотомию**), или после операции (**фистулохолангиография (в том числе через T-образный дренаж холедоха); холедохоскопия через дренаж, ЭРХПГ**).



ЭРХП
Г



фистулохолангиограф
ия

ЛЕЧЕНИЕ

Хирургическое лечение холедохолитиаза. При холедохолитиазе оптимально устранение его при эндоскопическом пособии (ЭРХПГ и ЭПСТ) с последующей холецистэктомией. Однако не всегда холедохолитиаз поддается эндоскопической коррекции. В таких случаях прибегают к прямому оперативному вмешательству на внепечёночных жёлчных протоках.





**БЛАГОДАРИЮ ЗА
ВНИМАНИЕ**