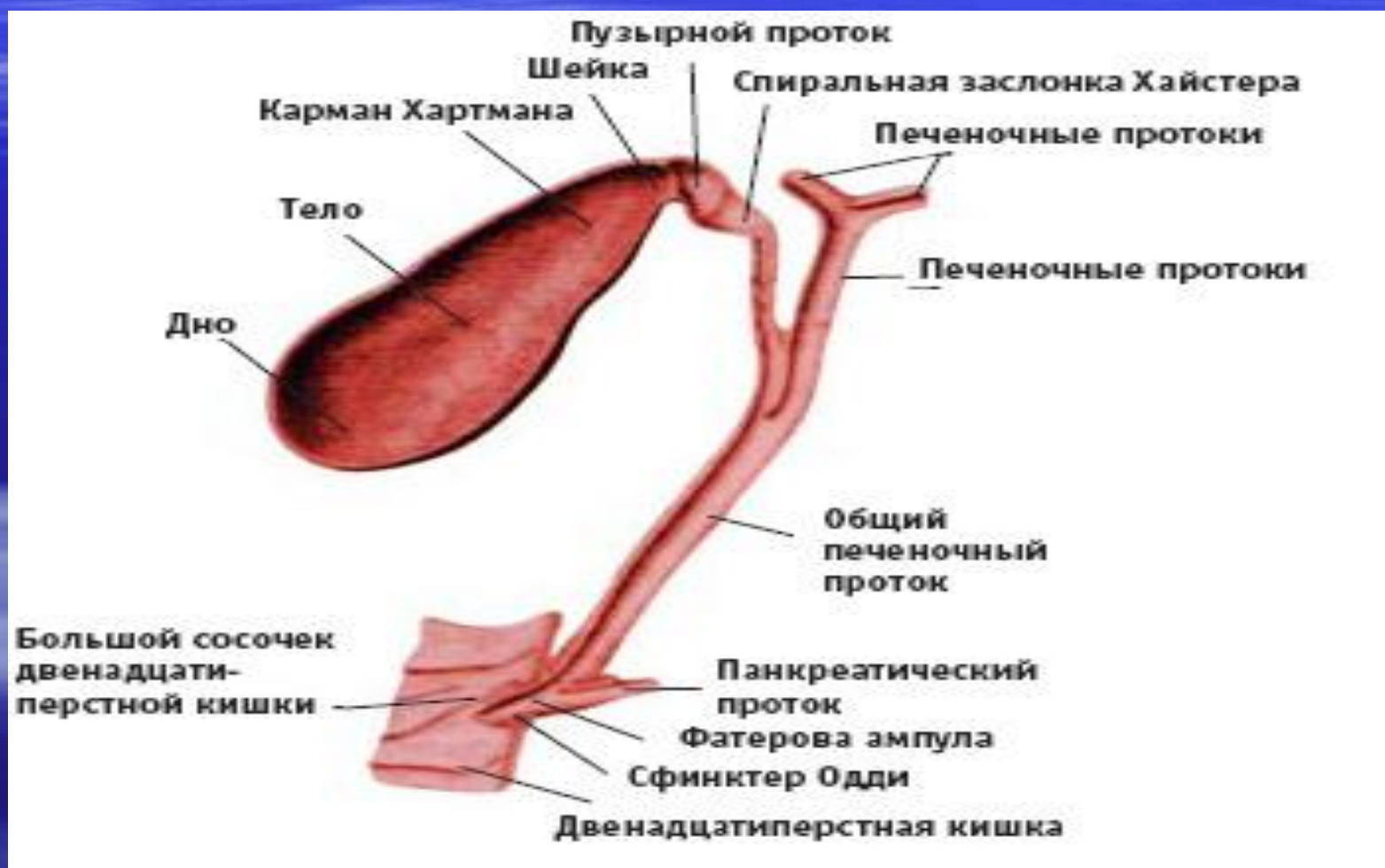


# ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА. МЕХАНИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА

Кафедра хирургических  
болезней педиатрического и  
стоматологического факультетов  
ДГМУ

# АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ СВЕДЕНИЯ О ЖЕЛЧНОМ ПУЗЫРЕ И ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКАХ



# Осложнения

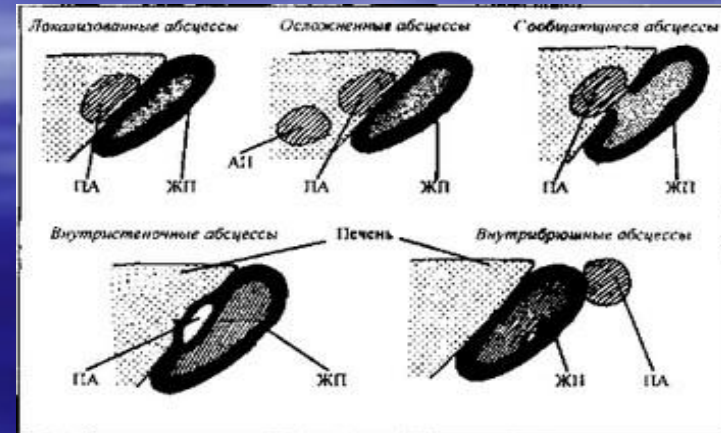
**Водянка желчного пузыря.** При облитерации пузырного протока или обтурации шейки желчного пузыря камнем, желчный пузырь оказывается «отключенным» от основных желчных путей. При маловирулентной флоре или при ее отсутствии, при сохраненной способности стенки желчного пузыря к растяжению, исходом острого приступа может стать водянка пузыря. Такой исход приступа возникает сравнительно редко (по данным литературы — менее 5% случаев). Стихание острых явлений патоморфологически сопровождается исчезновением воспалительных изменений в стенке желчного пузыря.

На протяжении длительного времени (иногда нескольких лет) такой желчный пузырь может не беспокоить больного.

- Присоединение инфекции, на фоне сохраняющейся обтурации пузырного протока, может привести к **эмпиеме желчного пузыря**. Симптомы соответствуют картине внутрибрюшного абсцесса (лихорадка, боль, напряжение мышц передней брюшной стенки). У больных старческого возраста клинические симптомы могут быть смазанными.



- **Паравезикальный инфильтрат.** В связи с благоприятным анатомическим расположением желчного пузыря, создаются условия для формирования в околопузырном пространстве воспалительного инфильтрата. В инфильтрат, как правило, вовлекаются смежные органы — большой сальник, двенадцатиперстная кишка, ободочная кишка, реже — желудок.

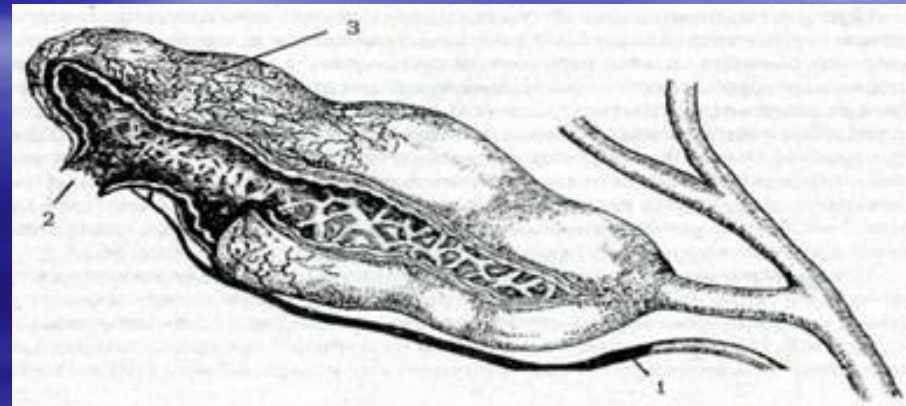


# Осложнения

- **Перфорация желчного пузыря.** При перфорации стенки пузыря желчь истекает в брюшную полость (гангренозно-перфоративный холецистит). Перфорация происходит за счет давления камня на некротизированную стенку либо разрыва дилатированных инфицированных синусов Рокитанского-Ашофа. Обычно разрыв происходит по дну —наименее васкуляризированной области желчного пузыря. Клиническая картина перитонита такая же, как и при перфорации полого органа. При этом она прямо пропорциональна степени инфицированности желчи. Единственным методом лечения желчного перитонита является оперативное вмешательство, объем которого определяется распространенностью, тяжестью состояния, возрастом больного и наличием сопутствующих заболеваний. Прорыв содержимого желчного пузыря наблюдается редко, обычно формируются спайки с прилежащими органами и абсцессы. Прорыв в прилегающий к желчному пузырю полый орган заканчивается образованием внутреннего свища.

Таким образом, выделяют три клинических варианта перфорации желчного пузыря:

- перфорация с желчным перитонитом;
- перфорация с околопузырным абсцессом;
- перфорация с образованием пузырно-кишечного свища: с двенадцатиперстной кишкой, с тонкой кишкой, с ободочной кишкой.



# Осложнения

- **Острый билиарный панкреатит.** При остром калькулезном холецистите могут возникать как умеренно протекающий отечный панкреатит, так и деструктивные его формы. Попадая в фатерову ампулу, камни общего желчного протока могут послужить причиной развития острого билиарного панкреатита.



# Осложнения

- **Острый холангит.** Холангит, или острое воспаление желчных протоков, впервые был выделен J. M. Charkot в 1877 г.

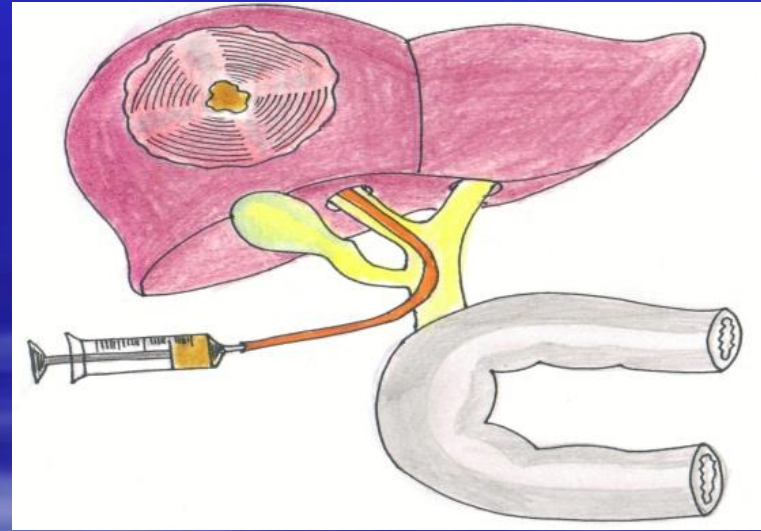
Развитие воспалительного процесса в желчных протоках обусловлено несколькими причинами. Во-первых, это инфицирование по продолжению, когда воспалительный процесс переходит со стенок желчного пузыря не гепатодуоденальную связку, приводя к инфицированию желчи в билиарной системе или поступления инфицированного содержимого из полости желчного пузыря в гепатикохоledoх. Во-вторых, при наличии во внутри- и/или внепеченочных желчных путях билиарной гипертензии, обусловленной различной патологией: холедохолитиаз, стриктуры гепатикохоledoха, стеноз большого сосочка двенадцатиперстной кишки и пр., с последующим развитием гнойной инфекции.

Недомогание и лихорадка сменяются ознобом с обильным потоотделением (*перемежающаяся билиарная лихорадка Шарко*). Некоторые составляющие **триады Шарко** (лихорадка, боль и желтуха) могут отсутствовать. Лабораторные исследования включают определение количества лейкоцитов, показателей функции печени, почек и посева крови. может наблюдаться **пентада Рейнольдса** – фоне триады Шарко появляются артериальная гипотензия и спутанность сознания.



# Осложнения

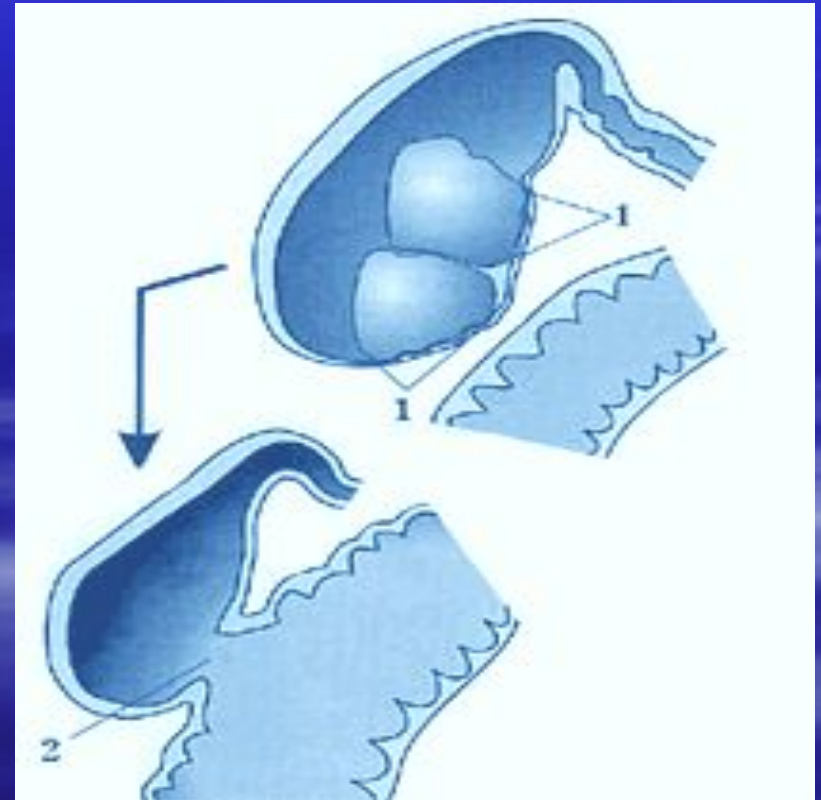
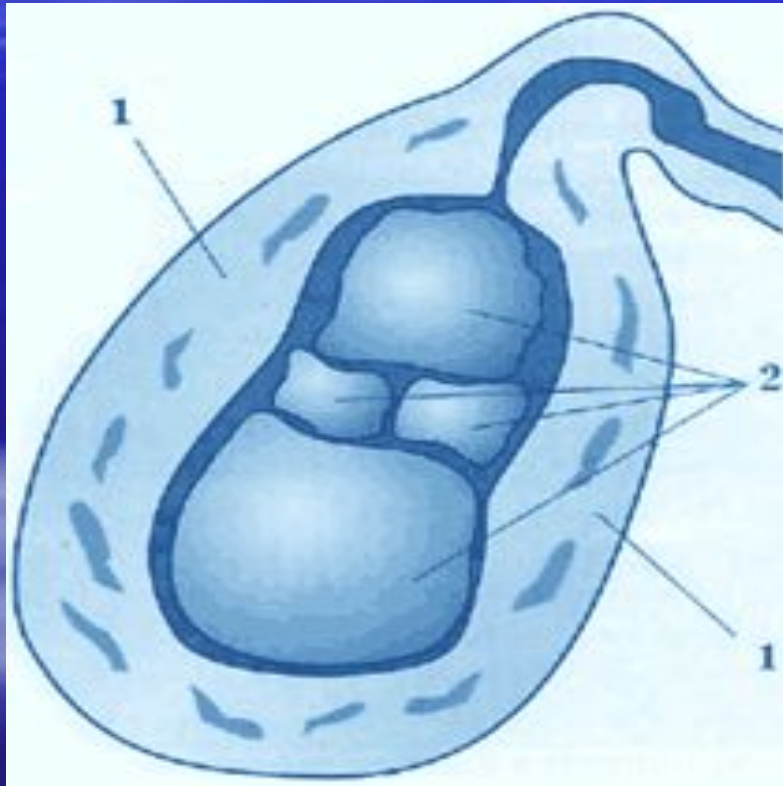
- **Абсцессы печени.** Отсутствие адекватного лечения инфекции и дренирования билиарной системы может привести к одному из тяжелейших осложнений гнойного холангита — абсцессам печени. Они могут быть одиночными и множественными, иногда приводя к деформации и сдавлению проксимальных отделов желчных путей, дополняя септическую симптоматику явлениями внутрипеченочного холестаза.



- **Билиодигестивные фистулы.** В 80% случаев причиной внутренних желчных свищей является длительное существование калькулезного холецистита. После спаивания воспаленного желчного пузыря с участком кишки (обычно двенадцатиперстной, реже — тонкой и ободочной) и образования фистулы камни попадают в просвет кишечника и могут полностью его перекрыть (*желчнокаменная кишечная непроходимость*).

# Осложнения

- Билиодигестивные фистулы.



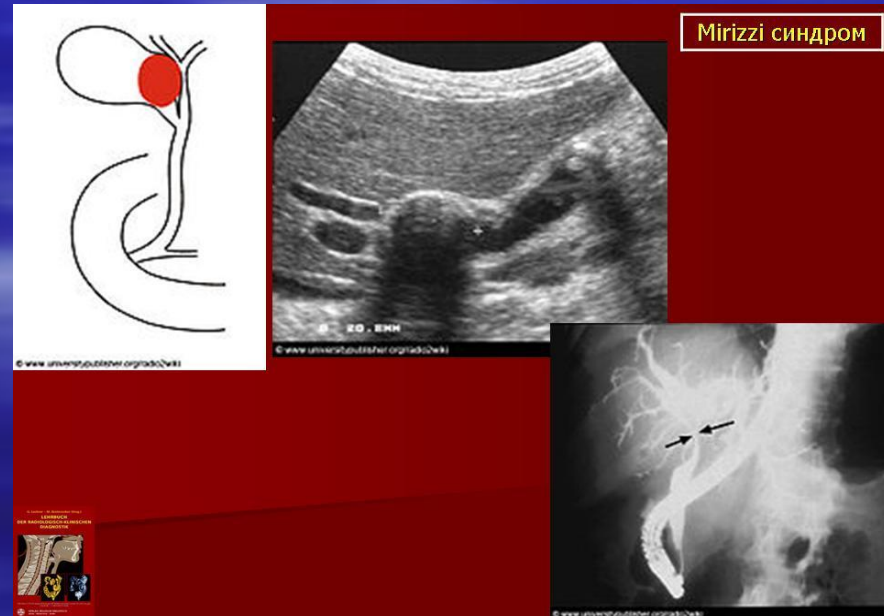


# Осложнения

- Аргентинский хирург П. Мириззи описал синдром, который был назван его именем. Опираясь на результаты интраоперационной холеграфии, автор впервые описал сужение общего печеночного протока, а также свищ между желчным пузырем и внепеченочным желчным протоком. Именно он высказал предположение, что это этапы одного процесса. В исследованиях последних лет принято различать две формы **синдрома Мириззи**: **1. Острую**, морфологической основой которого является сужение просвета проксимального отдела гепатикохоледоха и **2. Хроническую** — свищ между желчным пузырем и внепеченочным желчным протоком.

Основными этапами патогенеза патогенеза синдрома являются:

- 1. Сдавление просвета протока из вне, появляющееся чаще всего на фоне острого калькулезного холецистита.
- 2. Стриктура внепеченочного желчного протока.
- 3. Перфорация гепатикохоледоха при наличии стриктуры.
- 4. Формирование пузырно-гепатикохоледохеального свища с одновременной ликвидацией стриктуры.



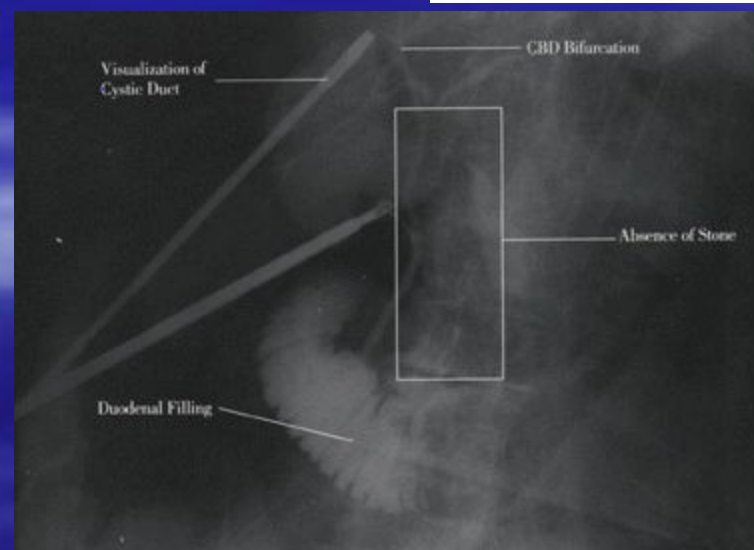
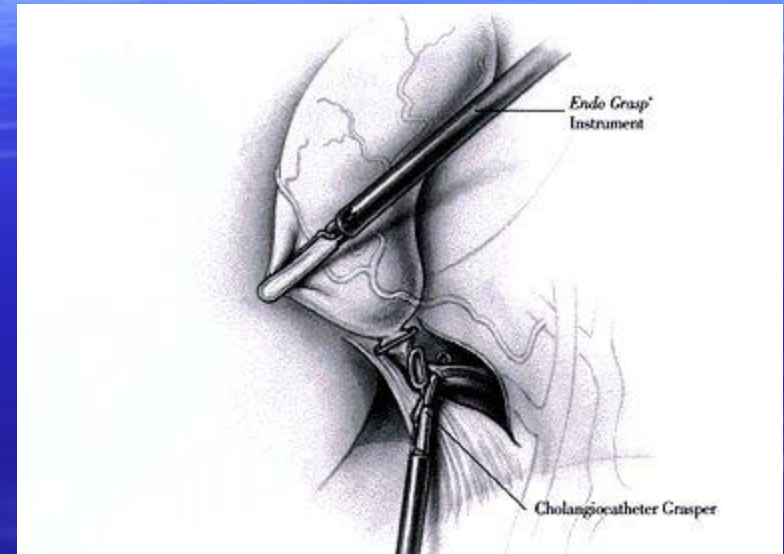
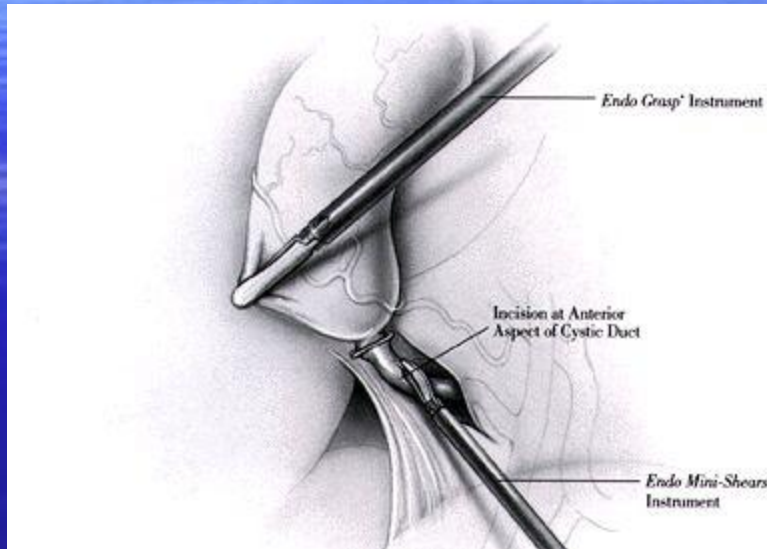
# Наружное дренирование холедоха

- Наружное дренирование холедоха осуществляется с целью отведения желчи наружу через дренаж, введенный в общий желчный проток. Показаниями к наружному дренированию холедоха являются: механическая желтуха, гнойный холангит, холедохолитиаз, интраоперационные вмешательства на гепатикохоледохе (холедохолитотомия, литотрипсия, холедохоскопия).

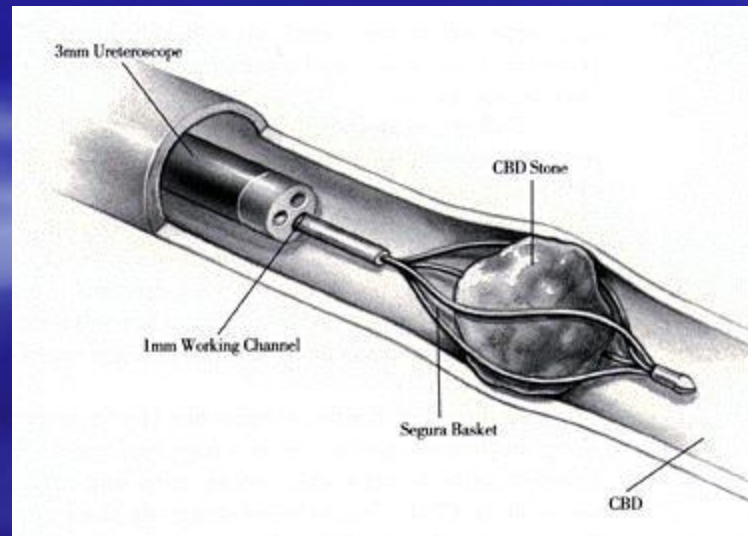
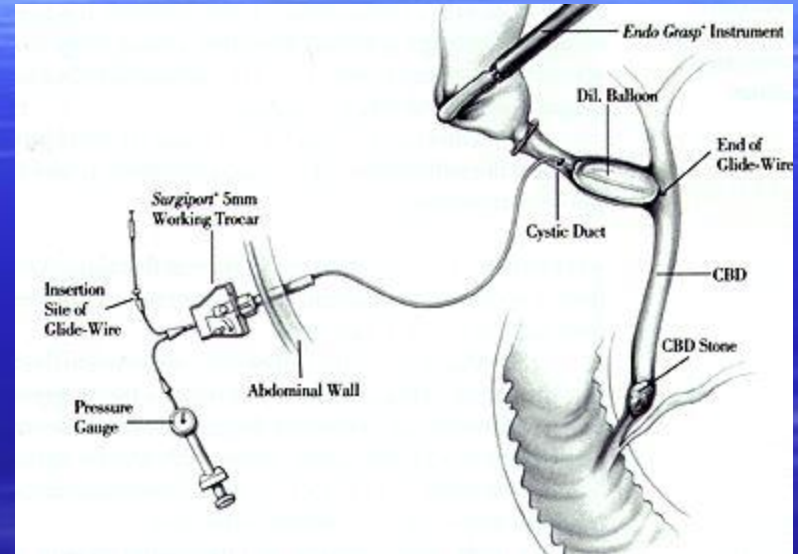
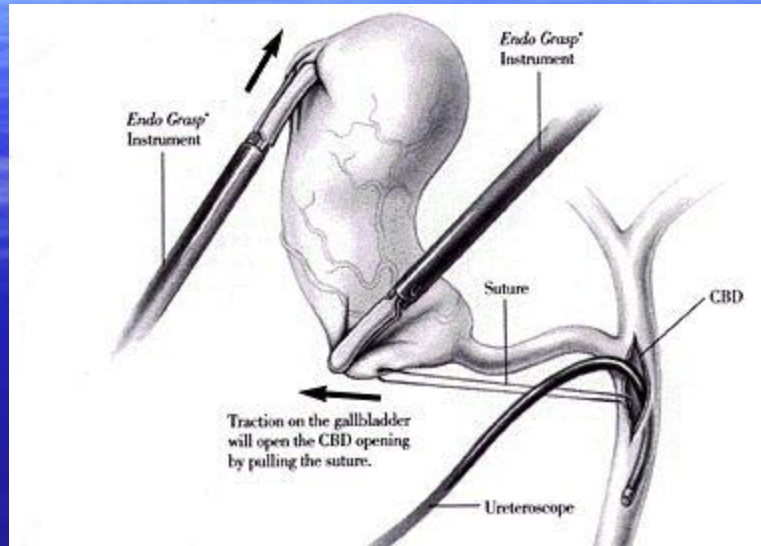
## Основные методики:

- *Холстеда-Пиковского* (дренаж вводится через культю пузырного протока в сторону большого сосочка двенадцатиперстной кишки),
- *Вишневского* (дренаж вводится путем холедохотомии в сторону ворот печени),
- *Кера* (вводится Т-образный дренаж путем проведения холедохотомии),
- *Долиотти* (путем холедохотомии или через культю пузырного протока вводится дренажная трубка, которая проводится транспапиллярно в двенадцатиперстную кишку) и др.

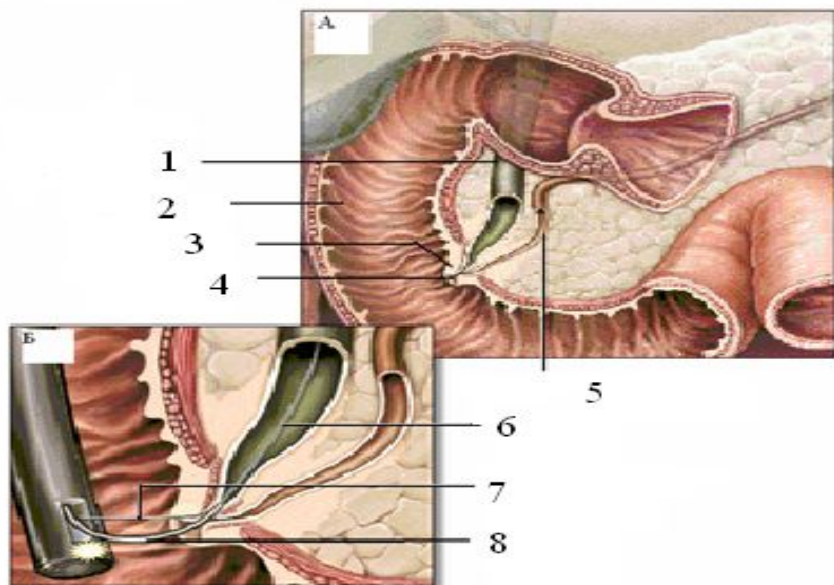
# Лапароскопические вмешательства на холедохе



# Лапароскопические вмешательства на холедохе



# Эндоскопическое лечение больных с осложненной ЖКБ



## Основные показания:

- Острый билиарный панкреатит
- Холедохолитиаз, механическая желтуха, холангит

# Механическая желтуха: современные методы диагностики и лечения

Определения понятий. Классификация желтух.

**«Желтуха»** - это синдром, характеризующийся желтушным окрашиванием кожных покровов, слизистых оболочек и склер, обусловленный повышенным накоплением БР в сыворотке крови, а также других жидкостях и тканях организма.

**Механическая или обтурационная желтуха** - осложнение патологических процессов, нарушающих отток желчи на различных уровнях желчевыводящих протоков.

# Диагностика

- Диагноз МЖ включает 2 основополагающих момента: подтверждение обтурационного характера желтухи и определение конкретной причины нарушения проходимости желчевыводящих путей.
- Диагноз механической желтухи основан на данных анамнеза, клинической картины и инструментальных методов обследования
- Ультразвуковыми критериями обтурационного характера желтухи являются:
  - • Увеличение диаметра холедоха более 8 мм, а внутрипеченочных протоков более 4 мм
  - • Утолщение стенки холедоха и взвесь в его просвете (холангит)
  - • Увеличение и деформация желчного пузыря, неоднородное содержимое, мелкие конкременты, визуализация камня в протоке;
  - • Визуализации патологии головки поджелудочной железы;
  - • Визуализация БДС – сложно, но возможно.