

ГУ ЛНР «ЛУТАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»

КАФЕДРА ОБЩЕЙ И ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ХИРУРГИИ



## ЛЕКЦИЯ

ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ,  
ЖЕЛЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ И ИХ  
ОСЛОЖНЕНИЯ. БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ.

# ИСТОРИЧЕСКАЯ СПРАВКА

1. Гален впервые обнаружил желчные камни при вскрытии трупов;
2. в 1341 году Gentile de Feligno впервые описали желчные камни. В 1524 году J. Fernel описал клиническую картину ЖКБ;
3. В 1755 году все сведения о ЖКБ, содержащиеся в трудах различных авторов были суммированы Альбрехтом Галлером;
4. в 1824 году Chevreul и Gmelin независимо друг от друга выделили из желчи холестерин (холе – желчь, стереос – плотный, твердый);
5. с середины XIX века появились теории происхождения желчных камней: Rhudichum – зачатки камней образуются вследствие сгущения патологически измененной желчи, Helmsbuch – “катарр” слизистой оболочки желчного пузыря приводит к слущиванию эпителия и образованию камочков слизи, на которых выпадают плотные составные части желчи;
6. С.П. Боткин указывал на значение воспалительных изменений ЖП в патогенезе желчекаменной болезни;
7. В начале XX века Alchoff разработал теорию нарушения обмена веществ как причины возникновения холелитиаза. Им же была выдвинута теория «застойного желчного пузыря».
8. В 1882 г. Лангебух выполнил первую холецистэктомиию.
9. Впервые лапароскопическая холецистэктомия у человека была выполнена Ph. Mouret (Лион, Франция) в 1987 г

# АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ

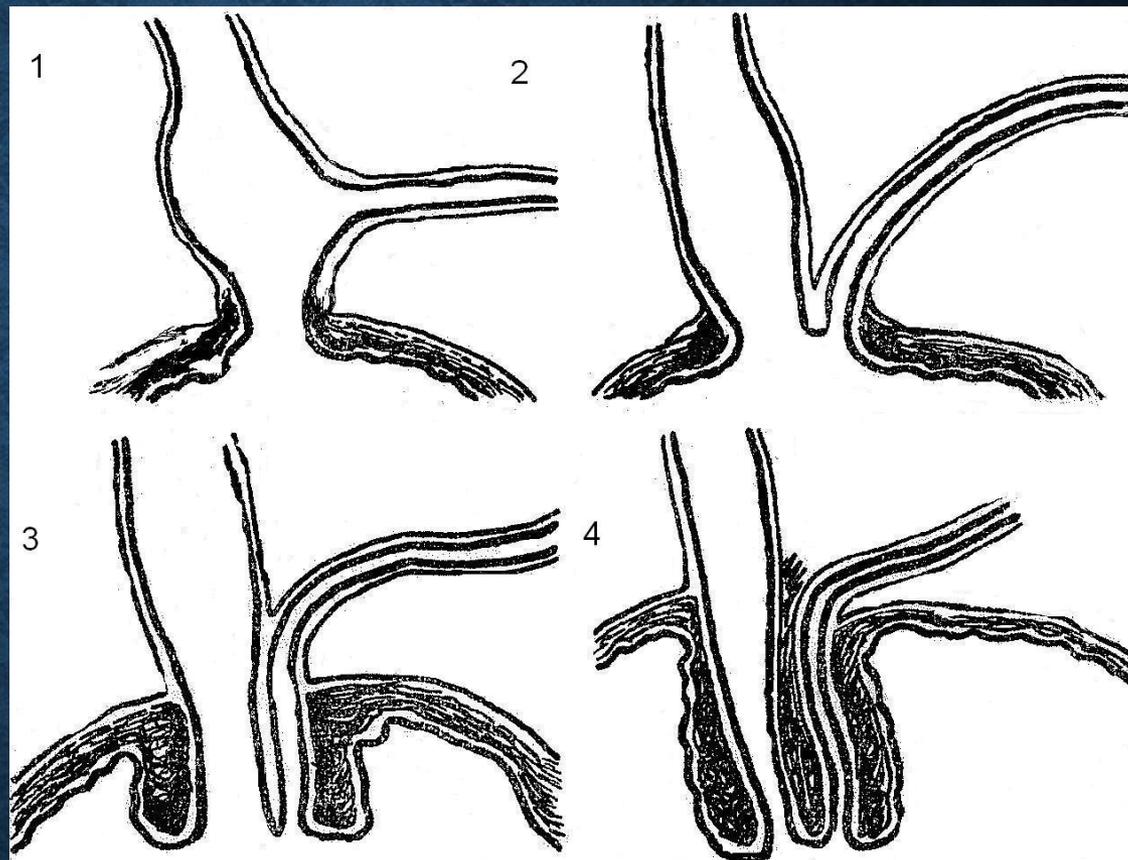
- ❖ Заболеваемость ЖКБ в последнее десятилетие значительно повысилась и продолжает возрастать.
- ❖ По данным National Institutes of Health желчекаменной болезнью страдает 10 – 15% взрослого населения, из них у 1-4% наблюдается бессимптомное течение заболевания.
- ❖ Обращаемость по поводу ЖКБ на территории России составляет 1 млн человек в год.
- ❖ В России в возрасте от 21 до 30 лет болеет каждый 26, от 41 до 50 лет – каждый 19 и в возрасте старше 71 года – каждый седьмой человек.
- ❖ Женщины болеют в 3-5 раз чаще чем мужчины.
- ❖ У женщин чаще, чем у мужчин, встречаются лишь холестериновые камни. Пигментные камни находят у обоих полов одинаково часто.

# Анатомия и физиология печени и желчевыводящих путей



- **Печень - придаточная железа пищеварительного канала. Масса печени у взрослого человека 1200-1500 г. Она покрыта брюшиной со всех сторон, за исключением задней поверхности. С учётом внутриорганный архитектоники различают 8 сегментов. Структурной единицей печени является долька. Кровоснабжение печени – собственная печёночная артерия ( 25 % притока крови ) и воротная вена ( 75 % притока крови – от ЖКТ, поджелудочной железы и селезенки ). Венозный отток из печени осуществляется в нижнюю полую вену по трём стволам печёночных вен.**
- **Общий печёночный проток формируется путём слияния правого и левого печеночного протоков и, сливаясь с пузырным протоком, образуют общий желчный проток. Часто встречаются различные варианты строения, реже аномалии развития. 4 части ОЖП: супрадуоденальная, ретродуоденальная, панкреатическая, интрамунальная. Открывается ОЖП в ДПК на фатеровом сосочке.**
- **Желчный пузырь (ЖП) расположен на висцеральной поверхности печени, емкость 50-80 мл. Кровоснабжение – через пузырную артерию от правой печеночной артерии. Есть различные варианты**

## ВАРИАНТЫ ВПАДЕНИЯ ОБЩЕГО ЖЕЛЧНОГО И ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО ПРОТОКОВ В ДВЕНАДАТИПЕРСТНУЮ КИШКУ



1 – наличие общей ампулы;

2 – слияние обоих протоков в толще слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки, общая ампула отсутствует;

3 – раздельное впадение протоков в двенадцатиперстную кишку с наличием тонкой перегородки между их устьями;

4 – раздельное впадение протоков в двенадцатиперстную кишку, каждый из протоков имеет собственный сфинктер.

## ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ

- ◆ Участвует в :
  - углеводном обмене;
  - жировом;
  - белковом;
- ◆ белковосинтетическая;
- ◆ пигментная;
- ◆ желчеобразовательная (около 1500 мл в сутки);
- ◆ дезинтоксикационная;
- ◆ защитная.

### Функции желчного пузыря :

- ◆ резервуарная;
- ◆ концентрационная (в 5-10 раз);
- ◆ эвакуаторная.

# СТРУКТУРА И СОСТАВ ЖЕЛЧНЫХ КАМНЕЙ

Для практических целей достаточно разделить все желчные камни на три группы:

- ✓ Холестериновые, в которых основным компонентом является холестерин.
- ✓ Пигментные, содержащие главным образом билирубин и его полимеры.
- ✓ Кальциевые (известковые), встречаются редко. Состоят, как правило, из вариантов карбоната кальция (ватерит, арагонит, кальций).

# СТРУКТУРА И СОСТАВ ЖЕЛЧНЫХ КАМНЕЙ

## Холестериновые конкременты:

Имеют круглую или овальную форму, обычно диаметром от 4-5 до 12-15 мм, локализуются почти всегда в желчном пузыре. На разрезе периферия камня имеет радиальную исчерченность: холестерин здесь выкристаллизован в форме грубых перекладин, направленных радиально. В центре камня перекладины расположены менее правильно, перекрещиваясь вокруг микроскопического пигментного комочка.

Наиболее часто основными примесями холестериновых камней являются пигмент и соли кальция (холестерино-пигментно-известковые камни).



# СТРУКТУРА И СОСТАВ ЖЕЛЧНЫХ КАМНЕЙ

## Пигментные конкременты:

Это камни малой величины, жесткие, хрупкие, на разрезе черного цвета, с металлическим оттенком. Строение их совершенно гомогенное. При исследовании световым микроскопом не удается определить ни розеток, ни слоистости. Пигментные камни, как правило множественные, располагаются как в желчном пузыре, так и в желчных протоках.



# 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.

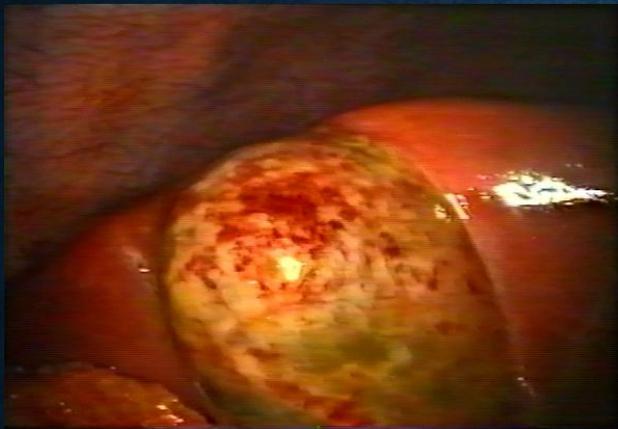
# ФОРМЫ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

1. Латентная
2. Хроническая диспепсическая
3. Хроническая болевая
4. Хроническая рецидивирующая
5. Стенокардитическая (холецисто-кардиальный симптом)

# ОСЛОЖНЕНИЯ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

1. Острый холецистит
2. Холедохолитиаз
3. Водянка и эмпиема желчного пузыря
4. Стенозирующий папиллит
5. Рубцовые стриктуры желчевыводящих путей.
6. Холангит
7. Панкреатит
8. Билиогенный (сателлитный) гепатит
9. Синдром Мирриззи
10. Наружные или внутренние желчные свищи
11. Желчнокаменная кишечная непроходимость

# ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ



В структуре острой хирургической патологии органов брюшной полости занимает 2 место после острого аппендицита.

## ЭТИОГЛОГИЯ

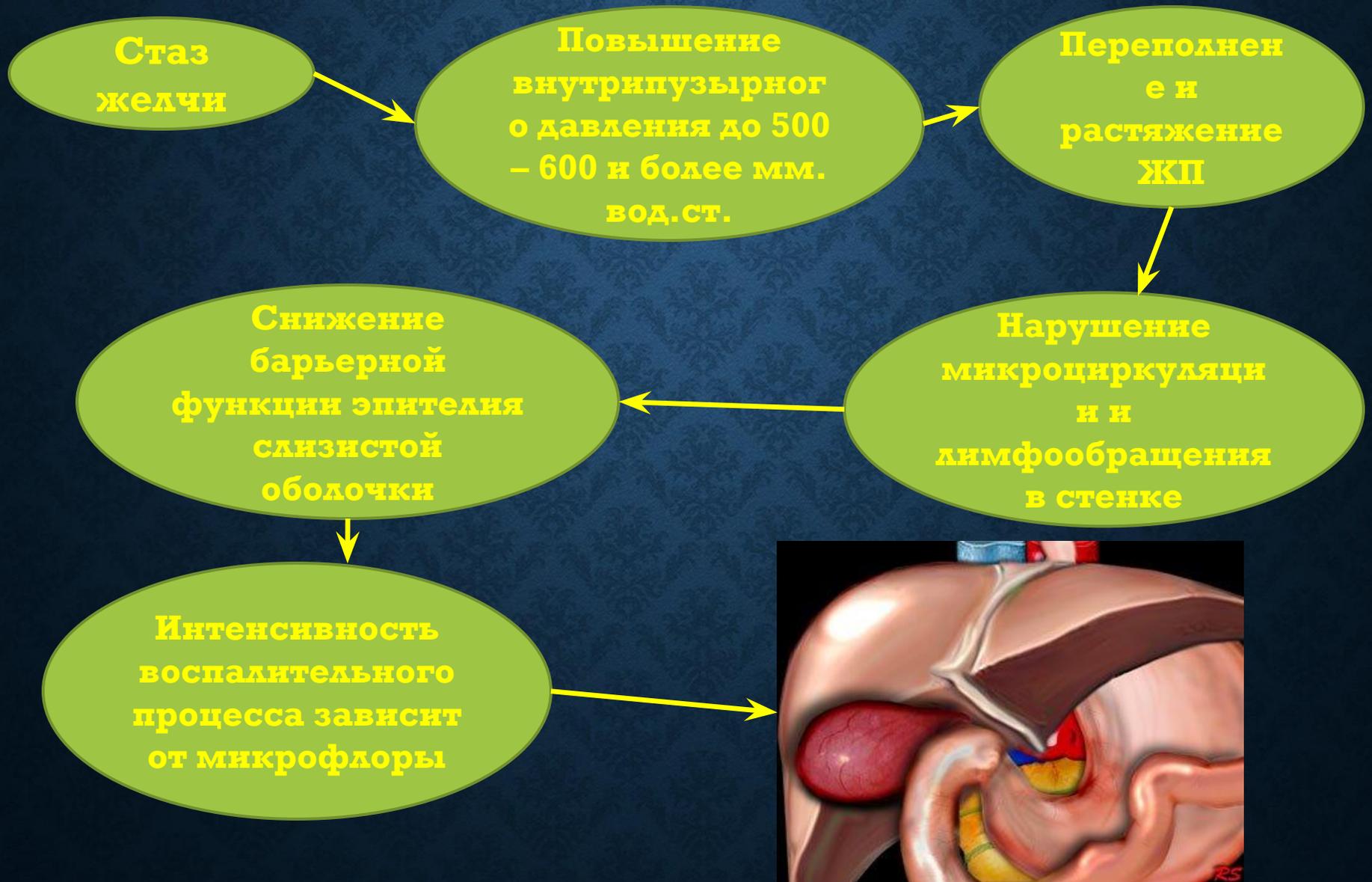
1. **Патогенная и условнопатогенная флора** (кишечная палочка, энтерококк, стафилококк, стрептококк, протей, палочка брюшного тифа и неклостридиальные анаэробы).  
**Пути инфицирования желчи:** энтерогенный, гематогенный и лимфогенный.
2. **Нарушение оттока желчи (основной этиологический фактор)!**

# ПРИЧИНЫ НАРУШЕНИЯ ОТТОКА ЖЕЛЧИ

1. Временная или постоянная блокада шейки желчного пузыря или пузырного протока конкрементами (в 90 – 95% случаев)
2. Обтурация шейки желчного пузыря или пузырного протока слизью, паразитами (аскариды, печеночная двуустка и др)
3. Отек слизистой
4. Анатомические аномалии желчного пузыря (перегиб, перетяжка, фиброз)
5. Аномальное расположение пузырной артерии, сдавливающей пузырный проток
6. Стеноз терминального отдела холедоха
7. Дуоденостаз
8. Дисфункция вегетативной нервной системы
9. Гормональные нарушения (дефицит интестинальных гормонов – секретина, холецистокинина - панкреозимина)

В норме давление в ЖП составляет 120 – 180 мм.вод.ст, при изгнании желчи оно повышается до 250-300 мм.вод.ст.

# ПАТОГЕНЕЗ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТИТА



# ДРУГИЕ ПРИЧИНЫ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

1. Атеросклероз
2. Нарушение реологических свойств крови
3. Тромбоз, эмболия пузырной артерии
4. Сдавление пузырной артерии воспалительным инфильтратом
5. Повреждающее действие панкреатического сока на слизистую оболочку ЖП при нарушении оттока последнего

# КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА ПО А.А. ШАЛИМОВУ

Острый холецистит (калькулезный, бескаменный).

- Простой (катаральный, инфильтративный, язвенный).
- Флегмонозный
- Гангренозный
- Перфоративный
- Осложненный:
  - желчным перитонитом (без видимой перфорации);
  - околопузырным инфильтратом;
  - околопузырным абсцессом;
  - механической желтухой;
  - абсцессом печени;
  - септическим холангитом;
  - острым панкреатитом.

# КЛИНИКА ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

- Клиническая картина ОХ зависит от патологоанатомической формы воспаления желчного пузыря, наличия осложнений и сопутствующих заболеваний. Вследствие многообразия клинической картины ОХ нередко возникают определенные диагностические трудности и ошибки в диагнозе, особенно, у пациентов пожилого и старческого возраста.
- Жалобы: на приступообразные боли в правом подреберье с иррадиацией вверх: в надплечье, в лопатку, в область сердца (холецистокоронарный симптом Боткина).

При дальнейшем развитии заболевания боли обычно носят постоянный характер, сопровождаются сухостью во рту, тошнотой, повторной рвотой без облегчения. Развитие воспалительного процесса в брюшной полости сопровождается подъемом температуры иногда до 38—39° и выше, ознобами.

- Анамнез: связь приступа с приемом жирной или обильной пищи перед заболеванием. Типичным является указание на возникновение подобных приступов в прошлом при сходных обстоятельствах.

Признаки нарушения обмена веществ (ожирение, сахарный диабет, мочекаменная болезнь, остеохондроз и т. д.), а также возможные указания на наследственную предрасположенность к заболеванию.

# СИМПТОМЫ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

- **Симптом Кера** — болезненность при пальпации в правом подреберье в точке Кера, резко усиливающаяся на вдохе;
- **Симптом Грекова-Ортнера** - при легком поколачивании ребром ладони по правой реберной дуге появляется боль в области желчного пузыря.
- **Симптом Мерфи** - усиление болей, возникающих в момент пальпации в точке желчного пузыря при глубоком вдохе больного.
- **Симптом Мюсси-Георгиевского** (френикус-симптом) - болезненность при пальпации в надключичной области в точке, расположенной между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы справа. Отражает раздражение диафрагмального нерва вследствие скопления выпота под правым куполом диафрагмы.
- **Симптом Боаса** - болезненность при пальпации околопозвоночной зоны на уровне IX—XI грудных позвонков и на 3 см правее их остистых отростков. Наличие болезненности в этом месте связано с зонами гиперестезии Захарьина-Геда.

# СИМПТОМЫ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

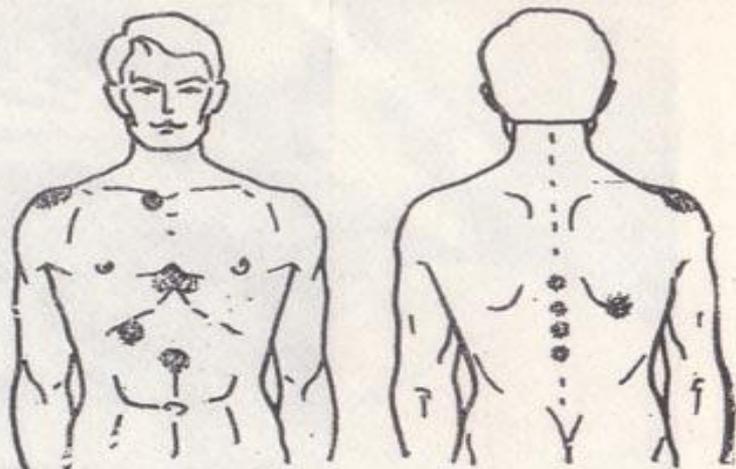


Рис. 61. Болевые точки при заболеваниях желчных путей.

Рис. 58. Пальпация в точке желчного пузыря

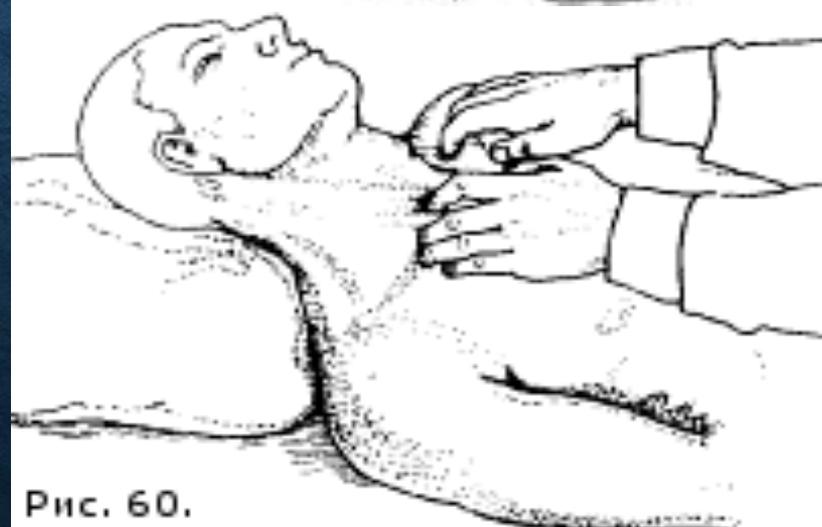


Рис. 60. Определение симптома Мюсси (френикус-симптом)

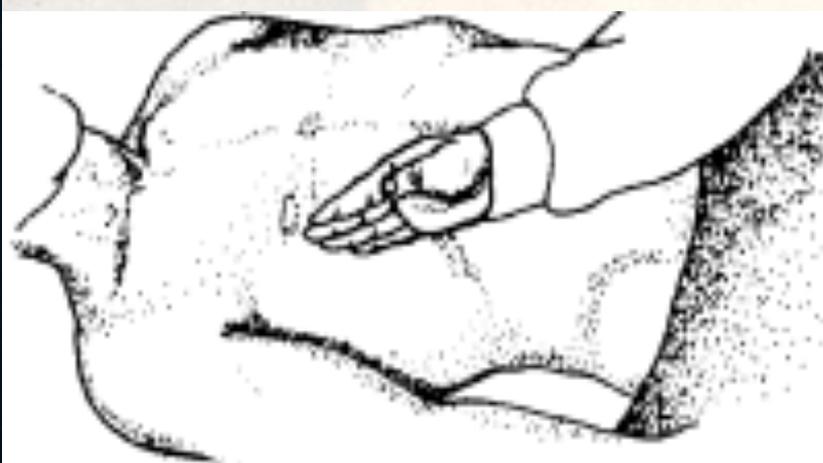


Рис. 59. Определение симптома Грекова-Ортнера

# ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ПРОГРАММА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ И ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

**ФИЗИКАЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНЫХ**

**ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ**

**ЛАБОРАТОРНЫЕ**

- ◆ Общий анализ крови и мочи.
- ◆ Анализ мочи на диастазу.
- ◆ Биохимический анализ крови (билирубин, амилаза, АСТ, АЛТ, ГГТ, щелочная фосфатаза).
- ◆ Коагулограмма.

**ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ**

- ◆ Обзорная рентгенография органов брюшной полости.
- ◆ Сонография.
- ◆ Спиральная компьютерная томография.
- ◆ Фиброгастродуоденоскопия
- ◆ Эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРПХГ)



**ОСТРЫЙ КАЛЬКУЛЕЗНЫЙ  
ХОЛЕЦИСТИТ**

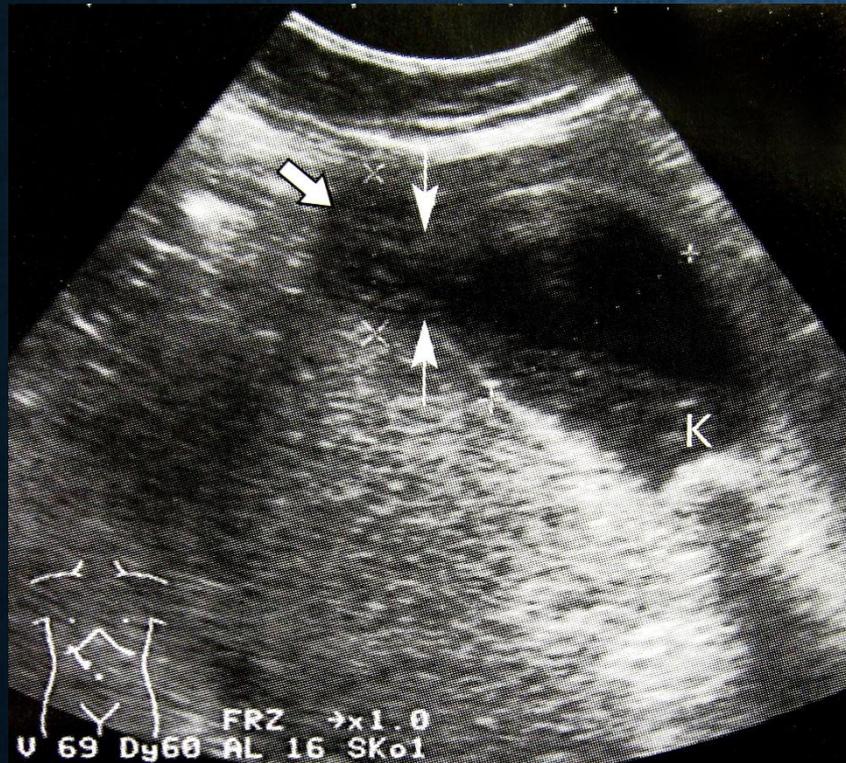


**ОСТРЫЙ  
ОБТУРАЦИОННЫЙ  
ХОЛЕЦИСТИТ**

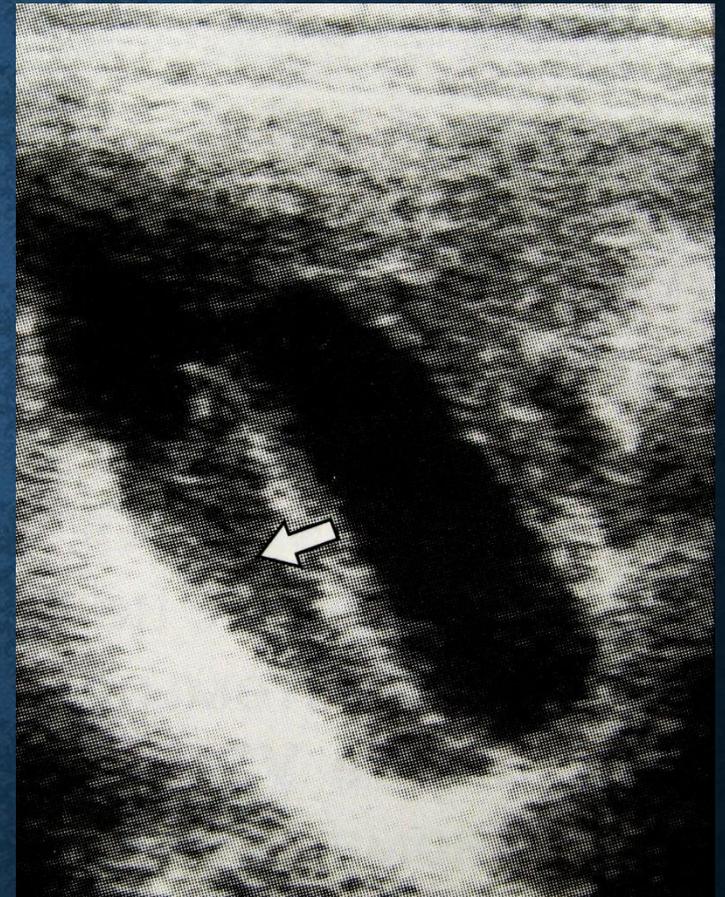
**ОСТРЫЙ ОБТУРАЦИОННЫЙ  
КАЛЬКУЛЕЗНЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ С  
ЯВЛЕНИЯМИ ДЕСТРУКЦИИ**



# УЗИ-ДИАГНОСТИКА ЖКБ

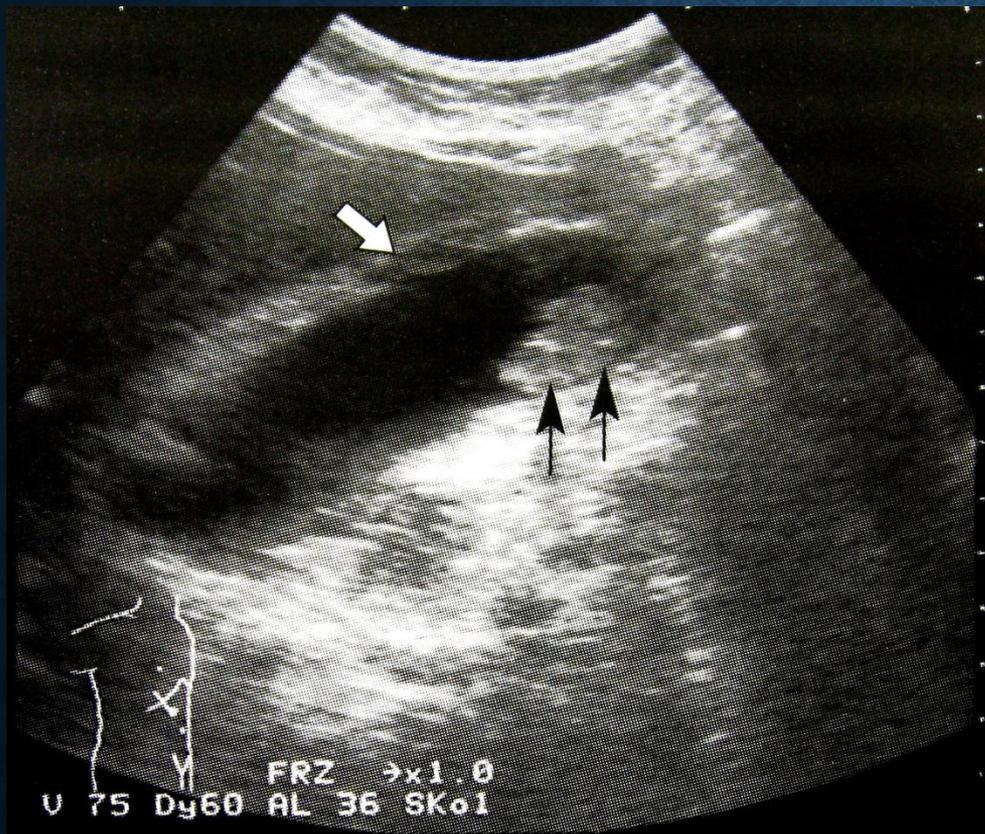


**Острый  
обтурационный  
калькулезный  
холецистит.**



**Острый деструктивный  
бескаменный холецистит.  
Перивезикальный абсцесс**

# УЗИ-ДИАГНОСТИКА ЖКБ



**Острый калькулезный холецистит. «Двойной контур».**

**Отек и деструкция стенки выражается в увеличении толщины последней, причем по толщине достоверно точно сказать о какой морфологической форме воспаления идет речь невозможно. Средняя толщина стенки достигает 4-9 мм.**

# УЗИ-ДИАГНОСТИКА ЖКБ



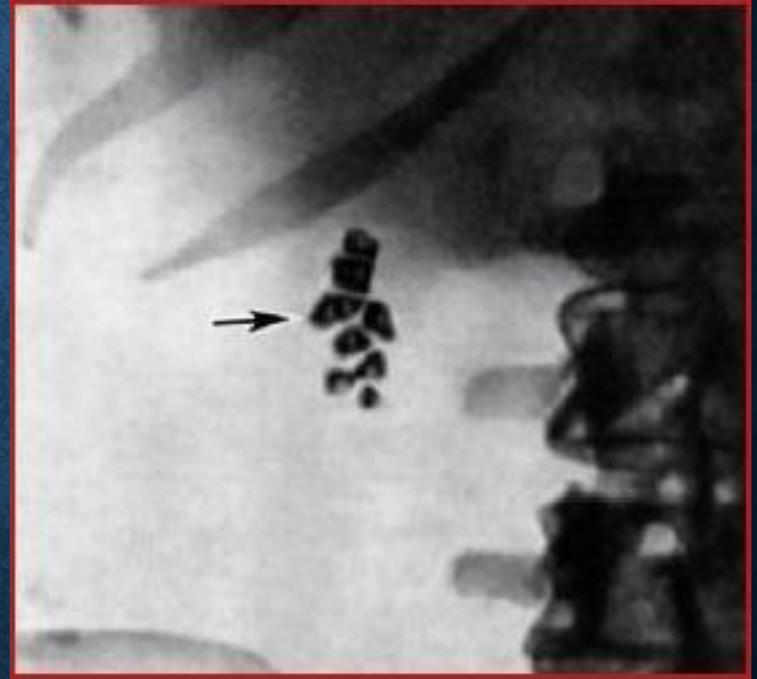
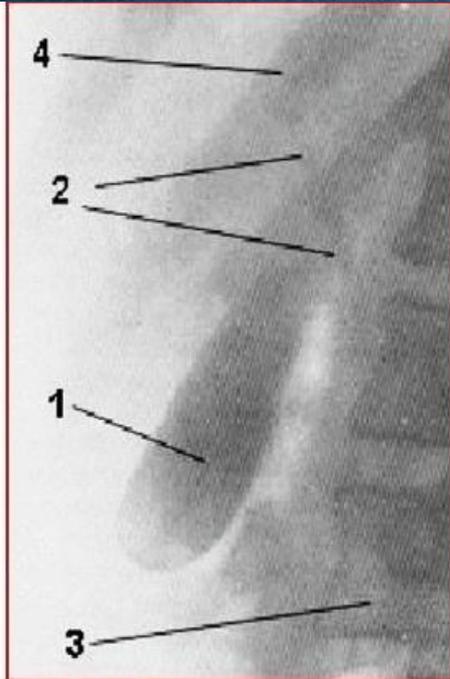
**ЖКБ, желчная  
гипертензия**



**Желчный пузырь,  
содержащий крупный  
конкремент**

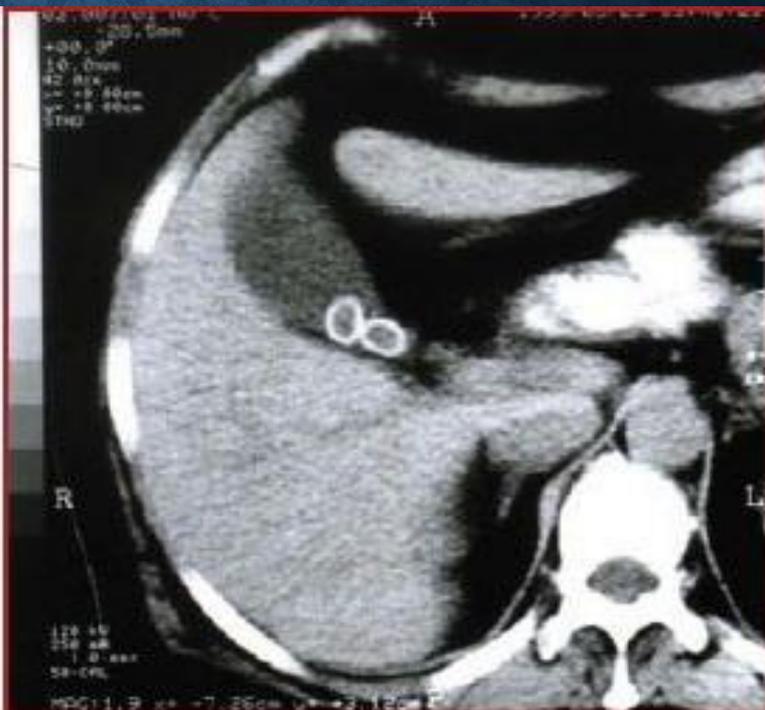
# РЕНТГЕНОГРАФИЯ

СЕГОДНЯ ПРАКТИЧЕСКИ НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ



КТ холестериновый  
конкремент

МРТ кальциево-билирубиновые  
конкременты



# ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

- ❖ Больные с ОХ должны лечиться в хирургическом отделении.
- ❖ Принята активно – выжидательная тактика лечения.
- ❖ Медикаментозная терапия: спазмолитики; ненаркотические анальгетики; антибиотики широкого спектра действия; сульфаниламиды; ингибиторы протеаз; десенсибилизирующие препараты; дезинтоксикационная терапия; витаминотерапия.
- ❖ Оперативное лечени.

# ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

## Выбор метода лечения определяется:

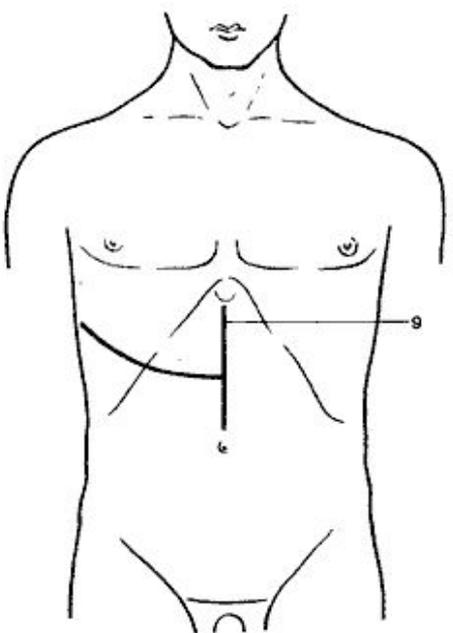
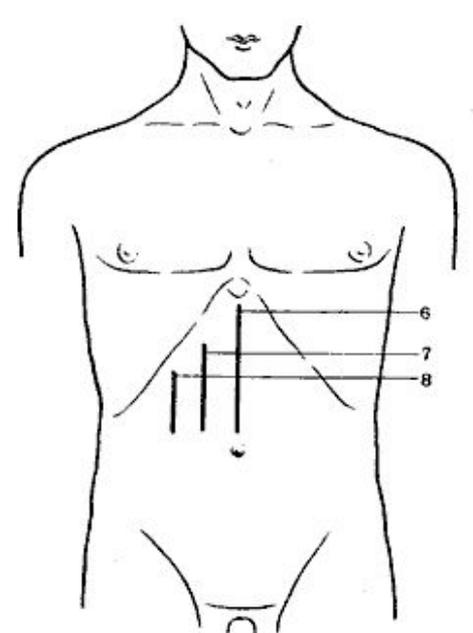
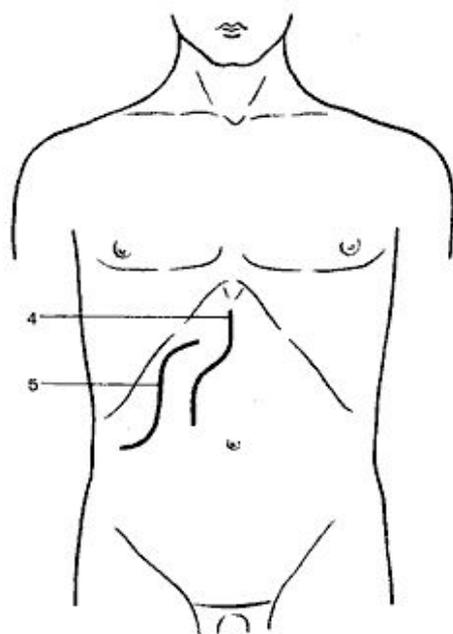
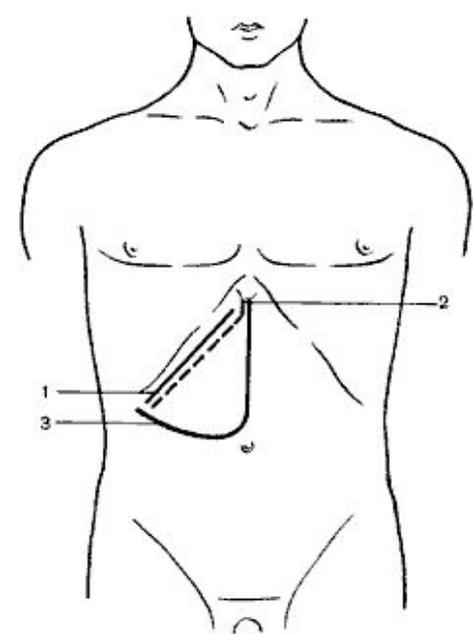
1. Выраженностью клинической картины.
  2. Степенью морфологических изменений в желчном пузыре, желчных протоках и соседних органах.
  3. Наличием или отсутствием осложнений.
  4. Наличием сопутствующих заболеваний и их тяжестью.
- При деструктивных формах воспаления (флегмонозный, гангренозный, перфоративный), а также при развитии перитонита показано экстренное оперативное вмешательство (вынужденная операция по жизненным показаниям).

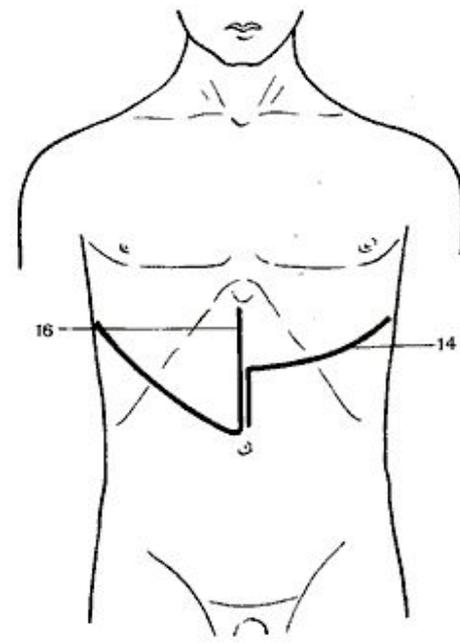
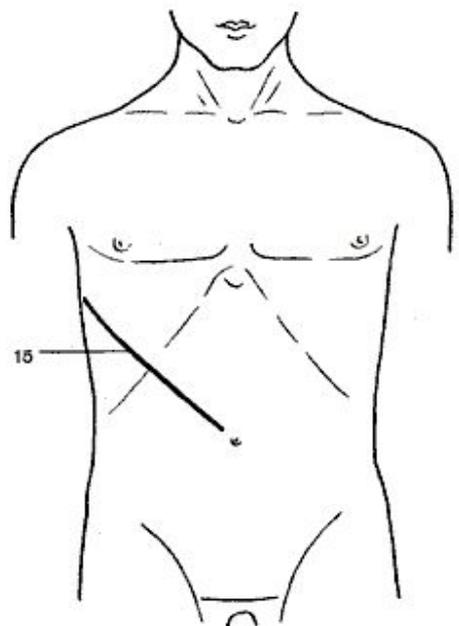
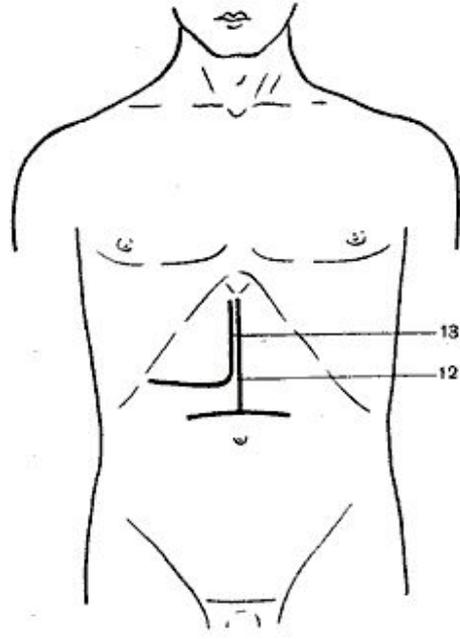
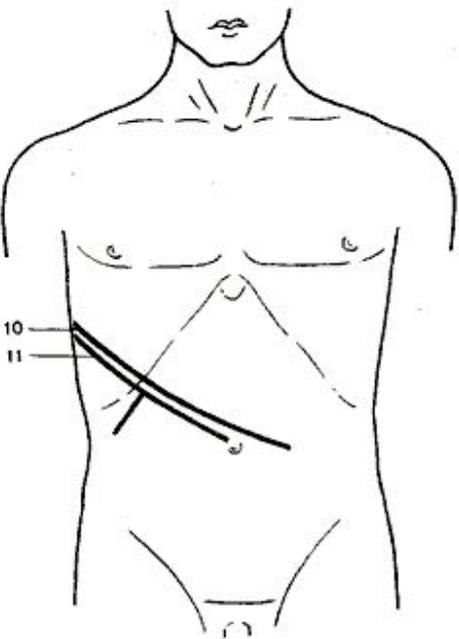
# ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

- В случае неэффективности консервативного лечения и отсутствия улучшения в состоянии больного через 24 – 72 часа после поступления в стационар производят срочную операцию (традиционную (открытую) или лапароскопическую холецистэктомию; холецистотомию у тяжелых пожилых больных).
- Отсроченная операция показана после затихания воспалительного процесса через 7-10 суток от начала приступа у больных, страдающих острым калькулезным холециститом, обострением хронического холецистита с тяжелыми и часто повторяющимися приступами заболевания.
- В случае быстрого стихания острого процесса на фоне консервативной терапии всем больным с ОХ следует произвести обследование по указанной диагностической программе. При выявлении калькулезного холецистита пациентов следует оперировать через 2-3 недели, не выписывая из стационара (ранняя плановая операция), либо в состоянии полной ремиссии, спустя 4-6 мес. после приступа (в «холодном» периоде).

# Схема разрезов, применяемых при операциях на печени, желчном пузыре и желчных путях.

- 1 — косой разрез (Кохер);
- 2 — косой разрез (С. П. Федоров);
- 3 — углообразный разрез (Рио Бранко);
- 4 — волнообразный разрез (Кер);
- 5 — волнообразный разрез (Бивен);
- 6 — верхний срединный разрез;
- 7 — трансректальный разрез;
- 8 — параректальный разрез;
- 9 — торакоабдоминальный разрез (Райфершайд);





## Схема разрезов, применяемых при операциях на печени, желчном пузыре и желчных путях.

10 — торакоабдоминальный разрез (Ф. Г. УГЛОВ);

11 — торакоабдоминальный разрез (Кунео);

12 — лоскутный разрез (Бруншви́г);

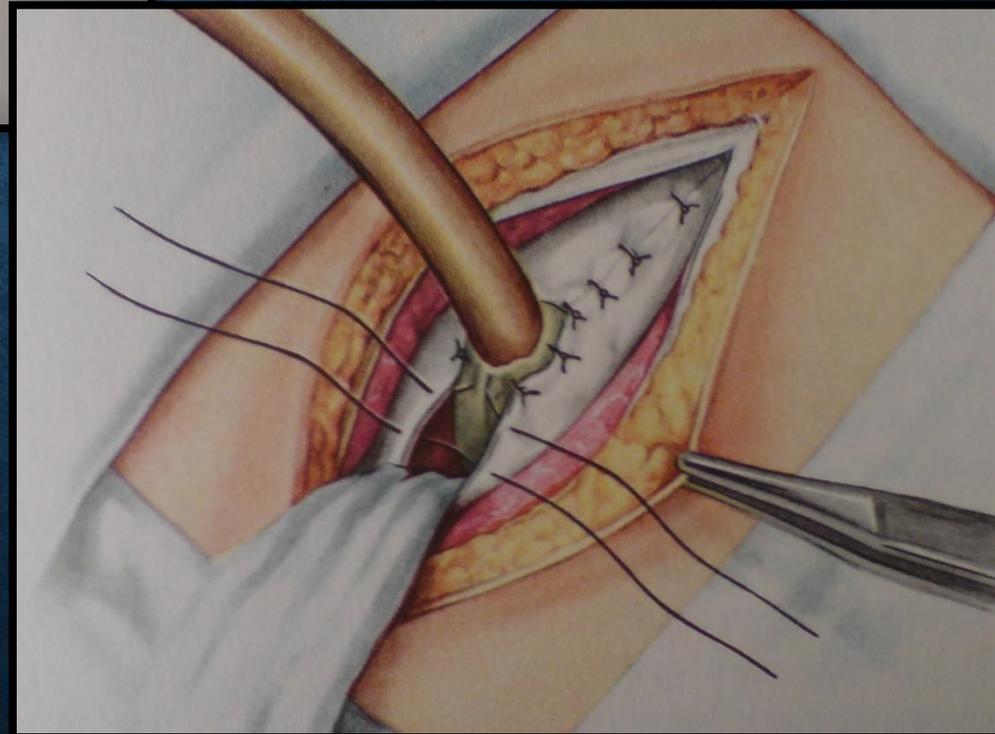
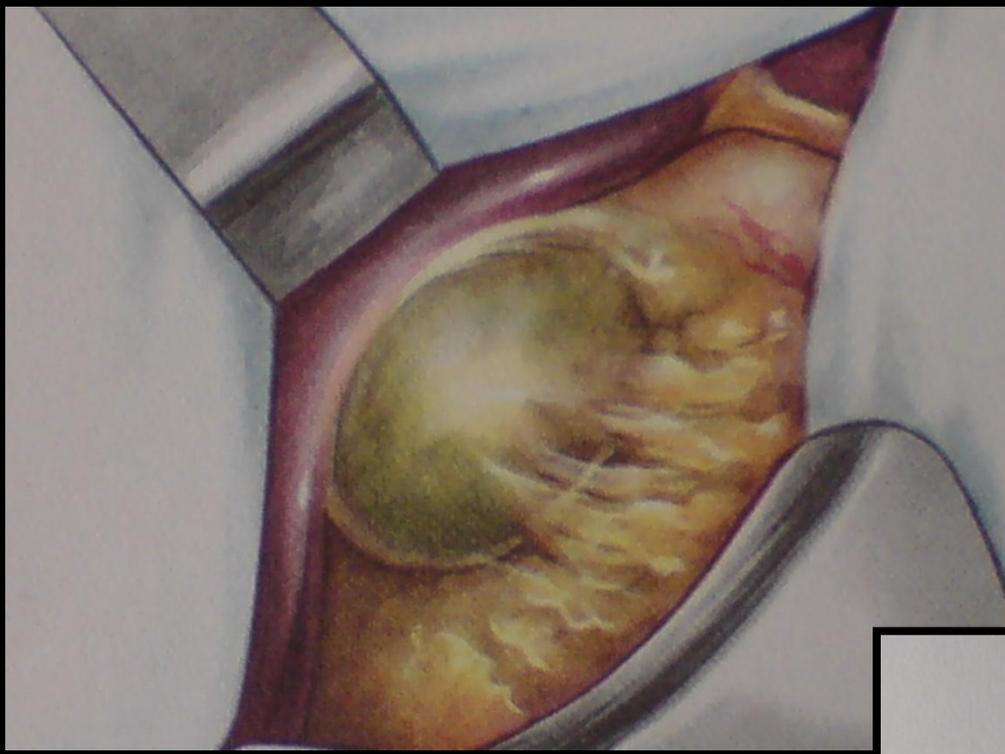
13 — углообразный р-з (Черни);

14 — торакоабдоминальный разрез (Райфершайд);

15 — торакоабдоминальный разрез (Киршнер);

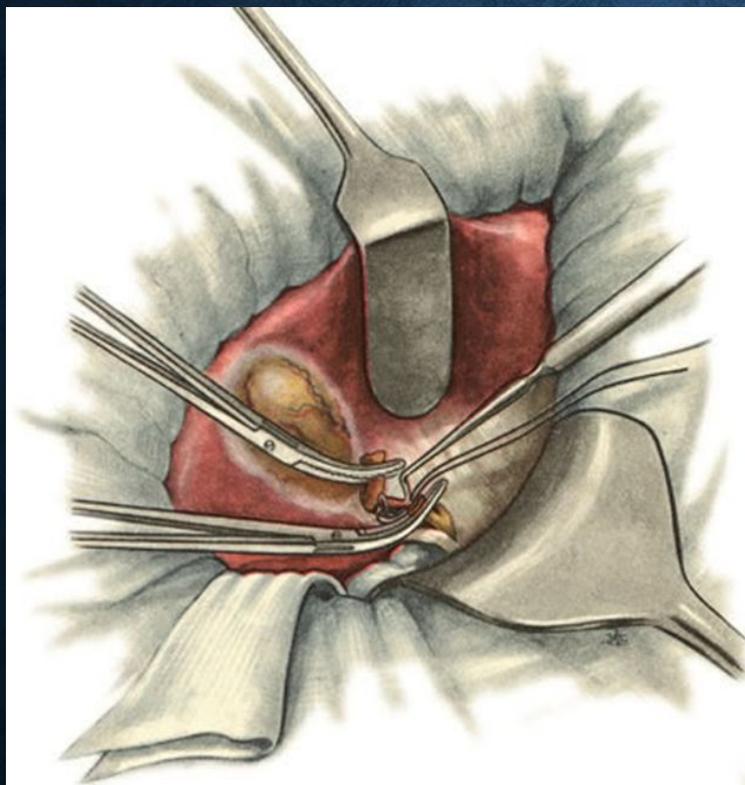
16,17 — торакоабдоминальный разрез (Райфершайд).

**ЛАПАРОТОМИЯ**

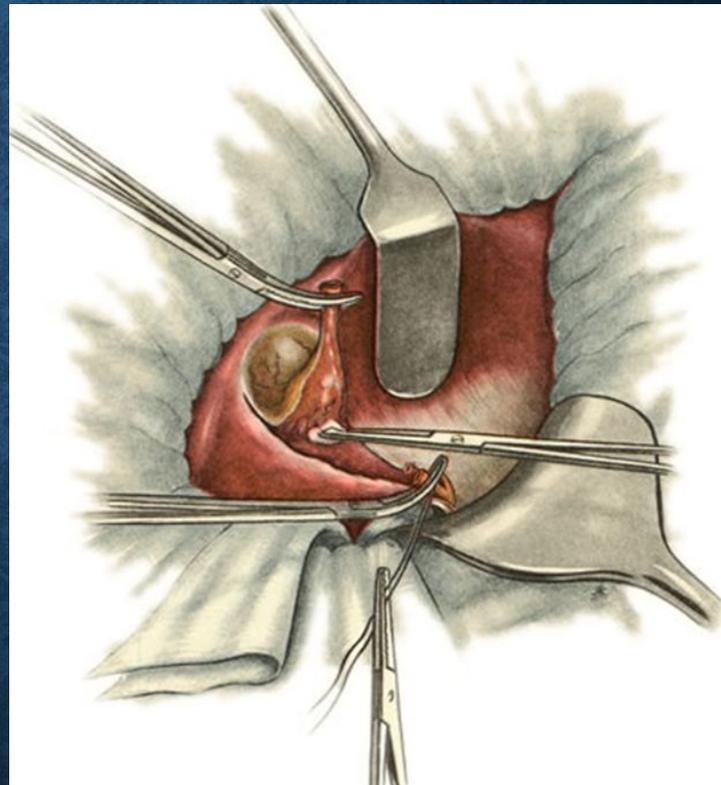


**ХОЛЕЦИСТОСТОМИЯ**

# ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ОТ ШЕЙКИ

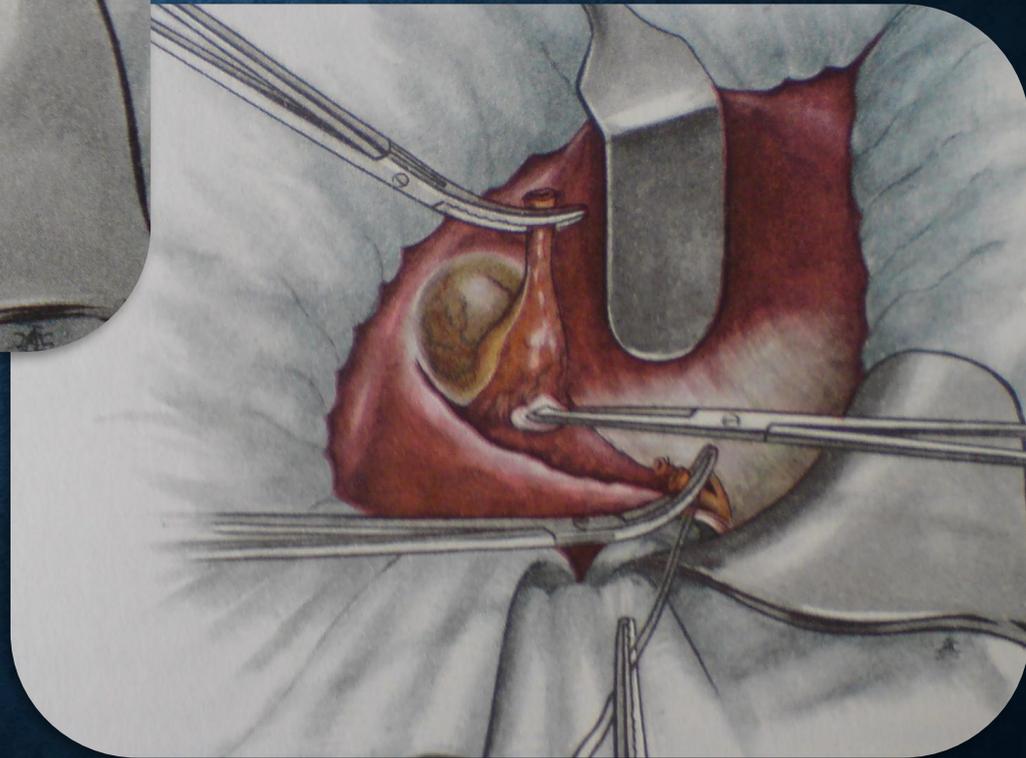
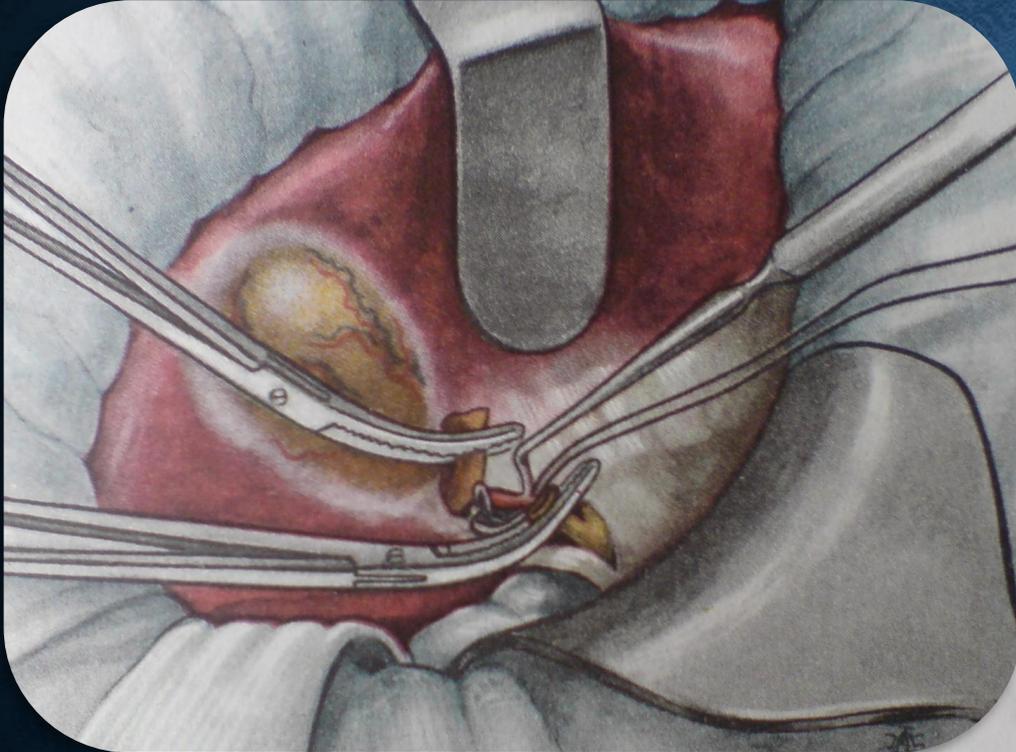


1

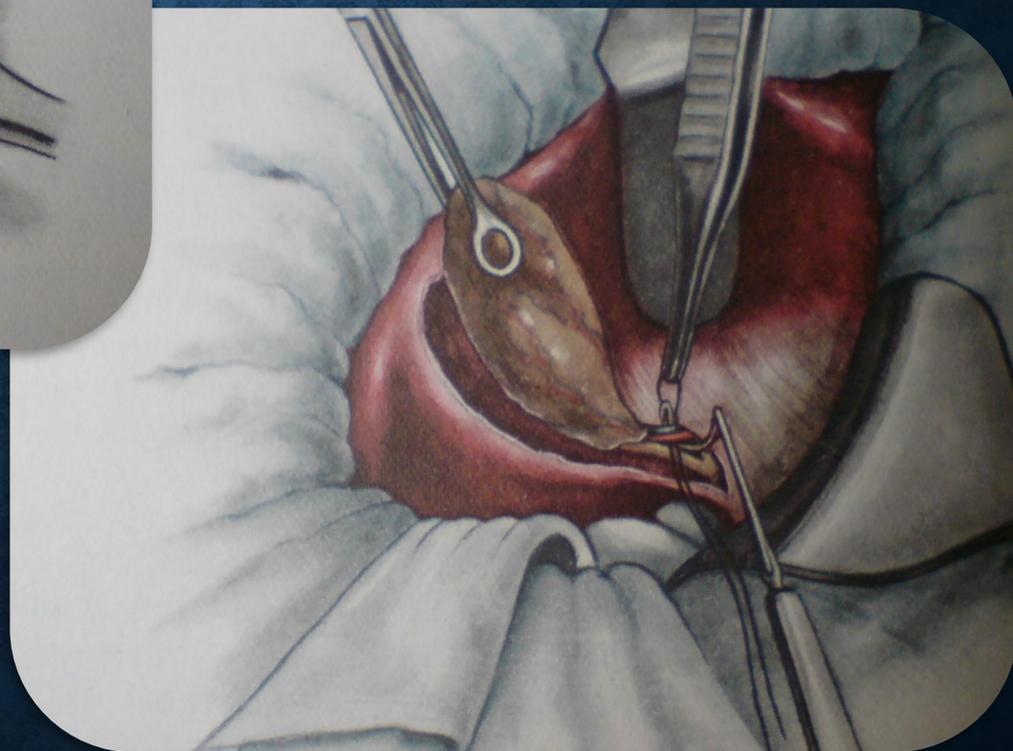
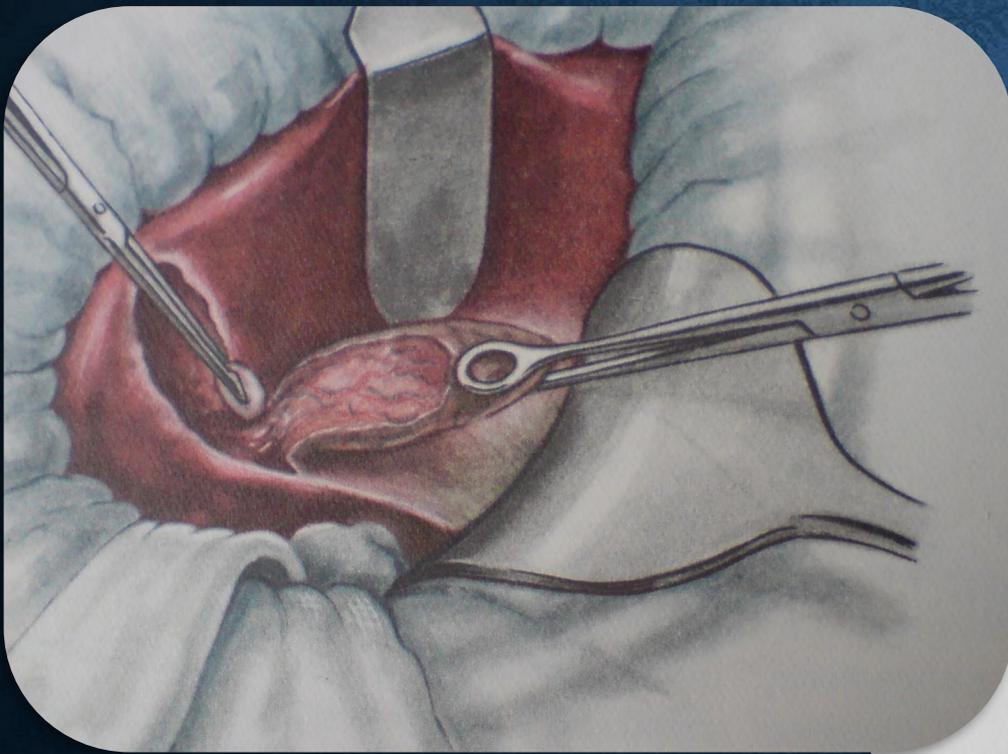


2

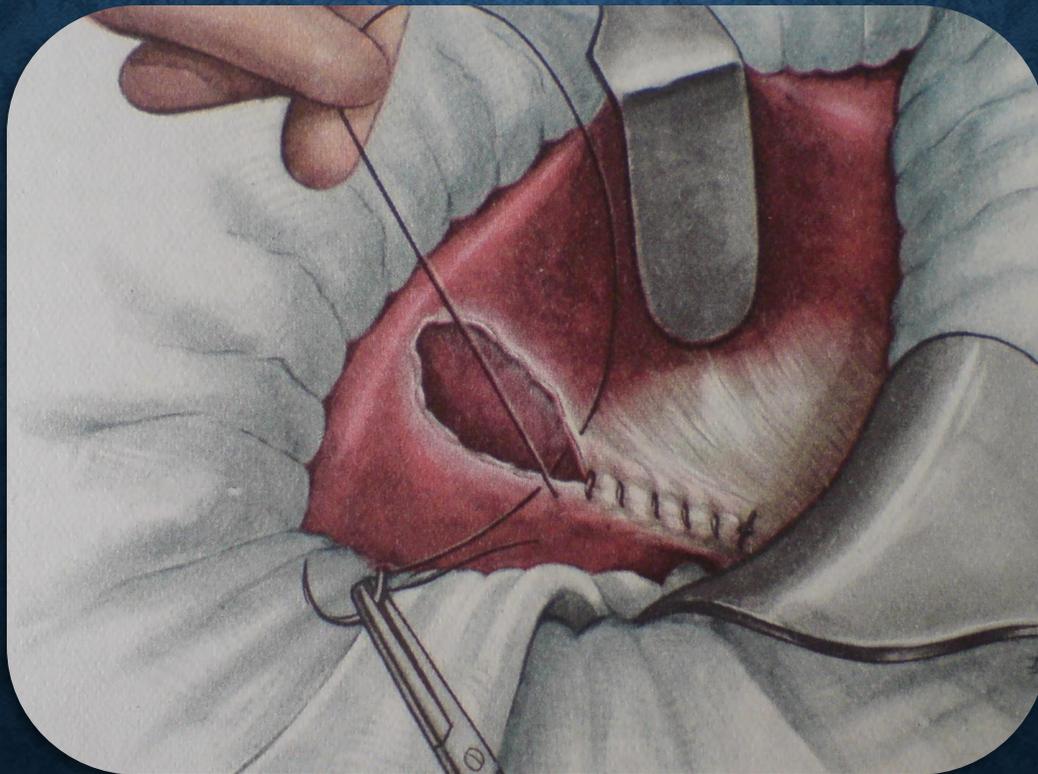
# ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ОТ ШЕЙКИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ



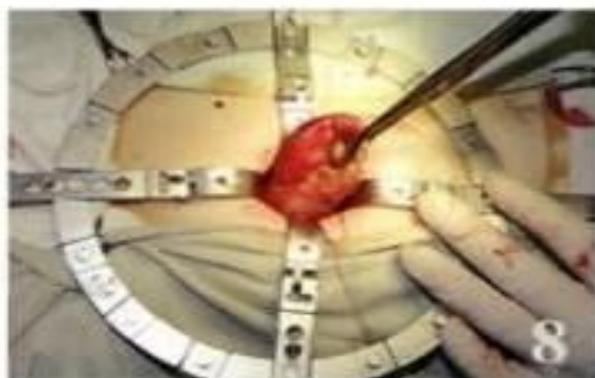
# ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ОТ ДНА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ



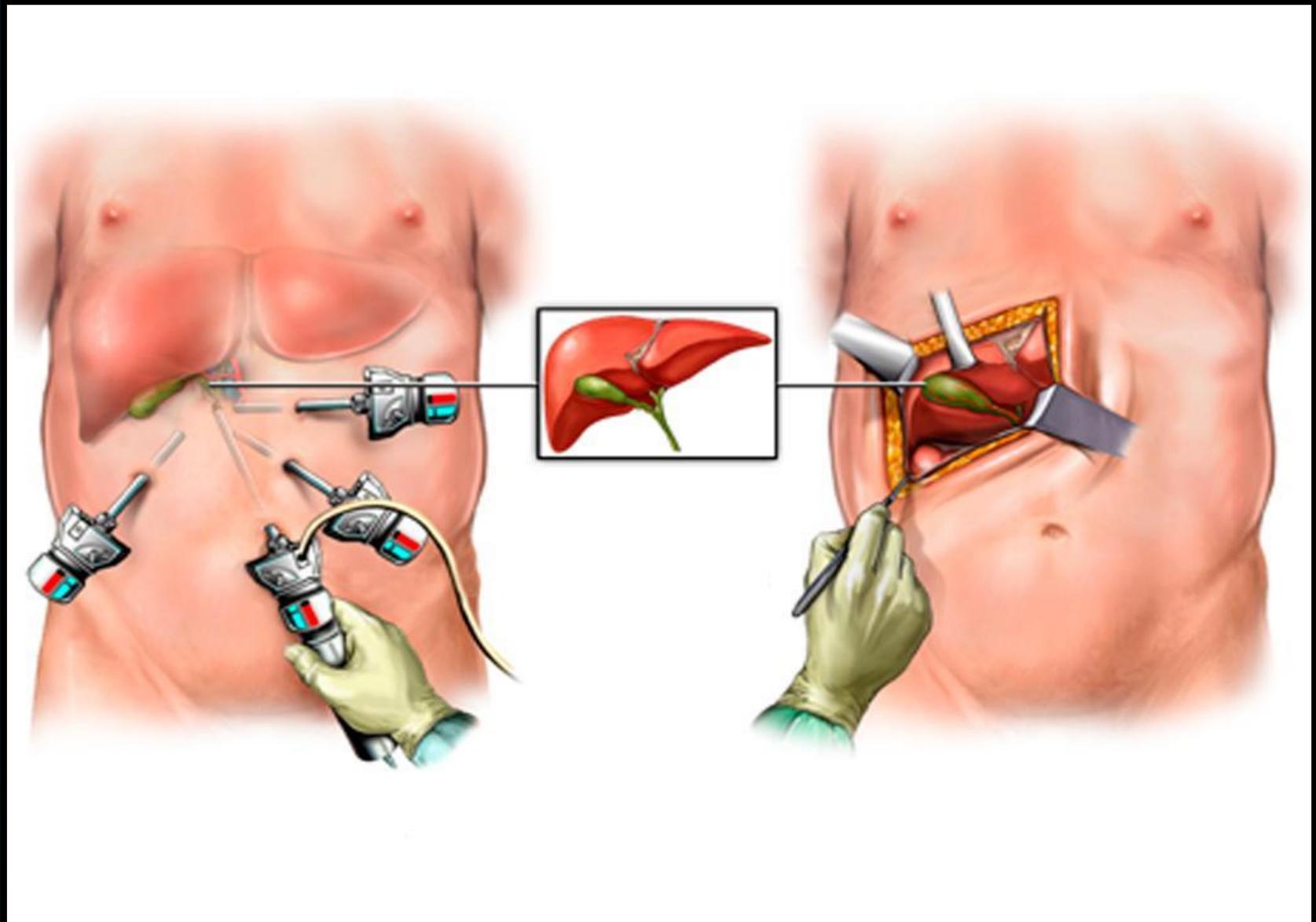
# УШИВАНИЕ ЛОЖА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ



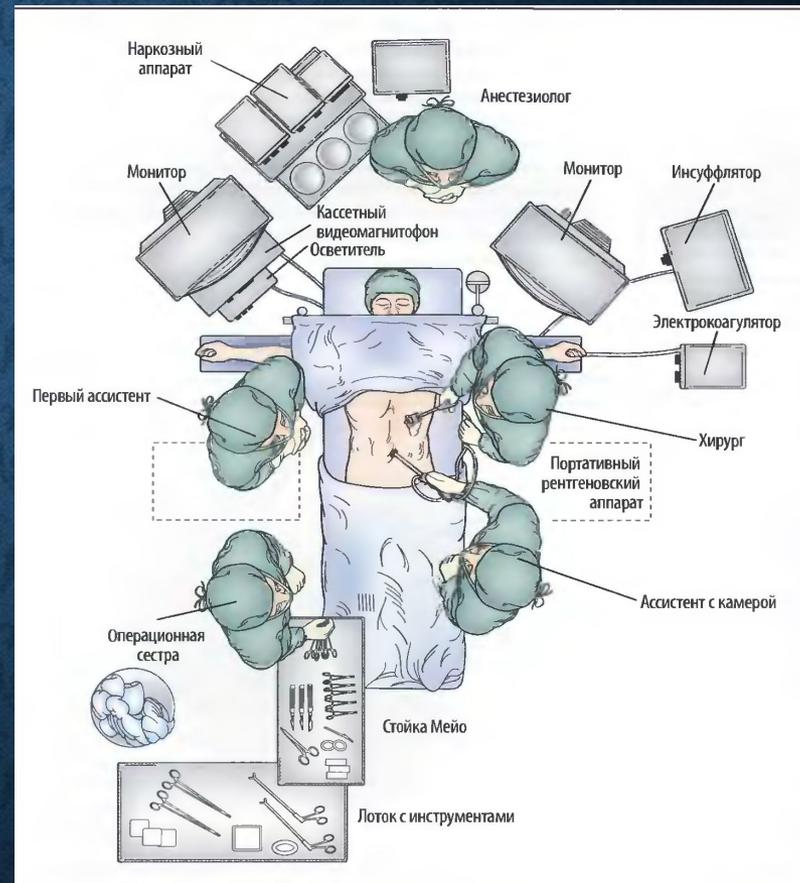
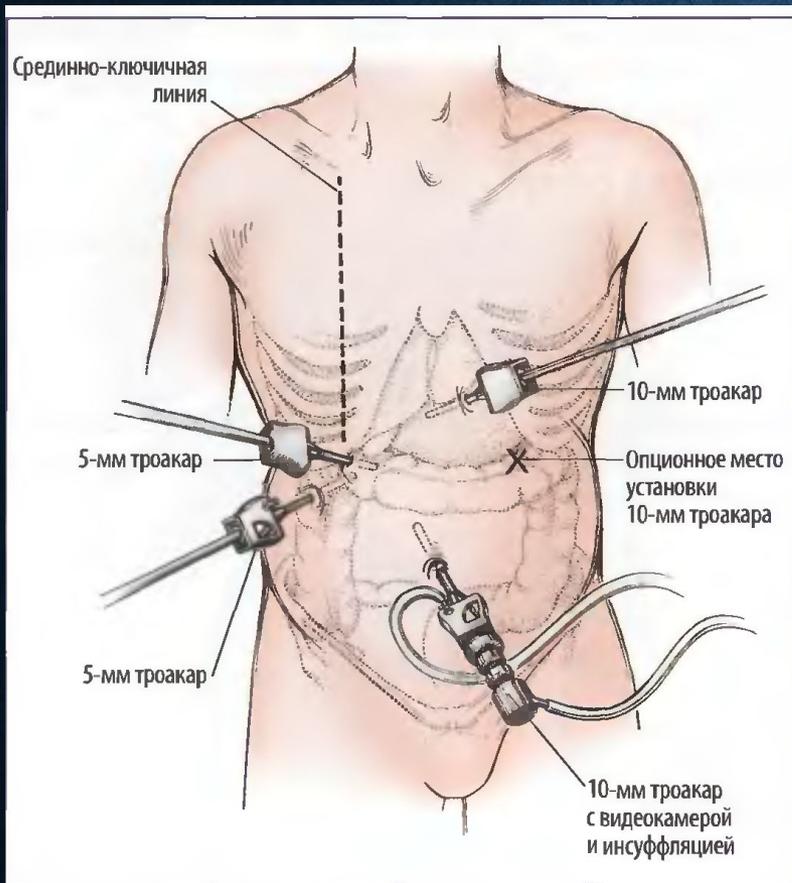
## Холецистэктомия из минидоступа



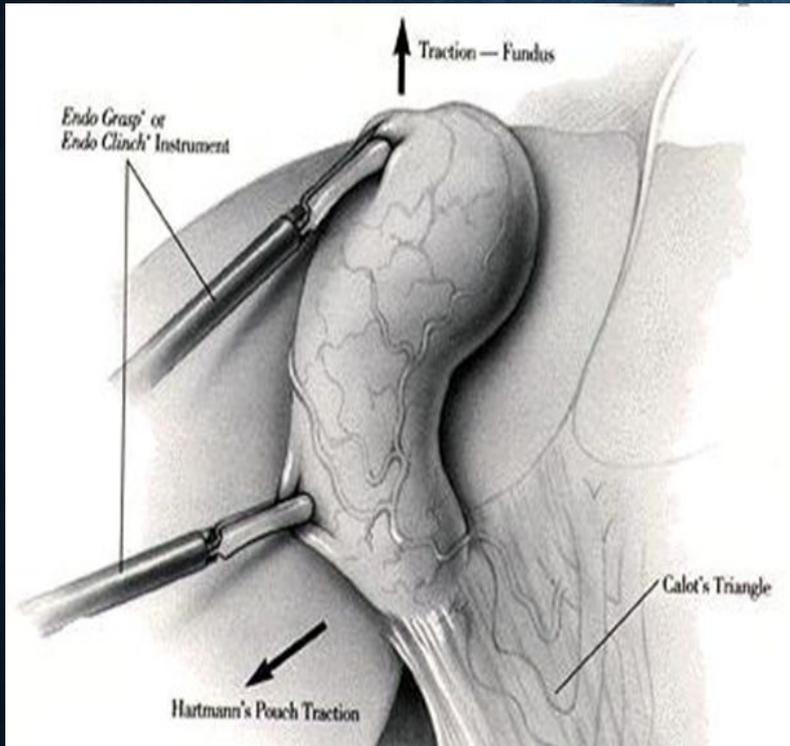
# ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ В СРАВНЕНИИ С ТРАДИЦИОННОЙ (ОТКРЫТОЙ)



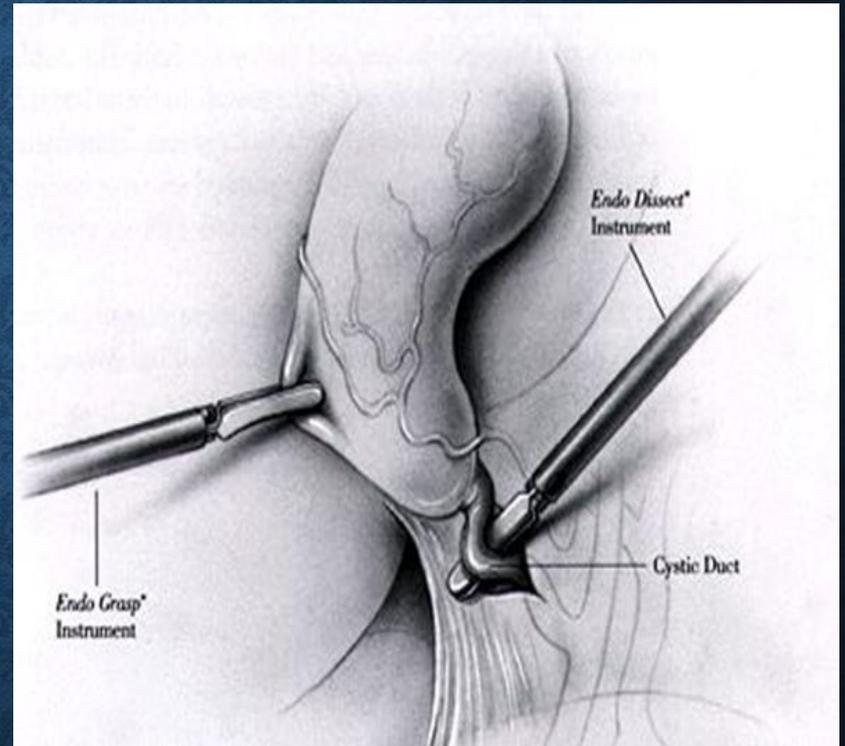
# ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ



# ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ

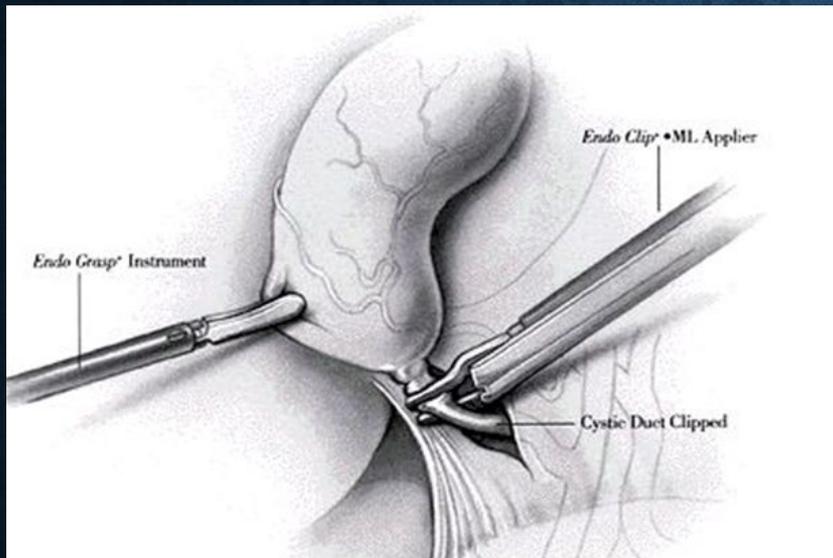


1

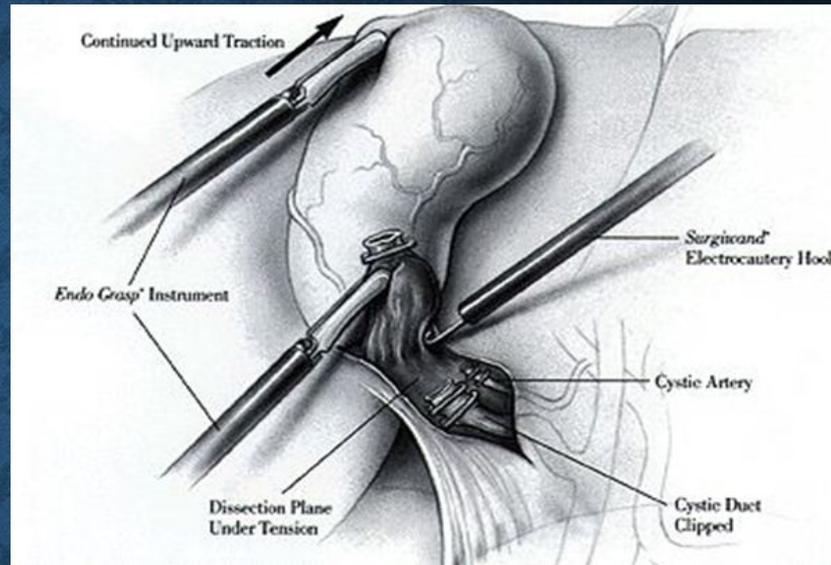


2

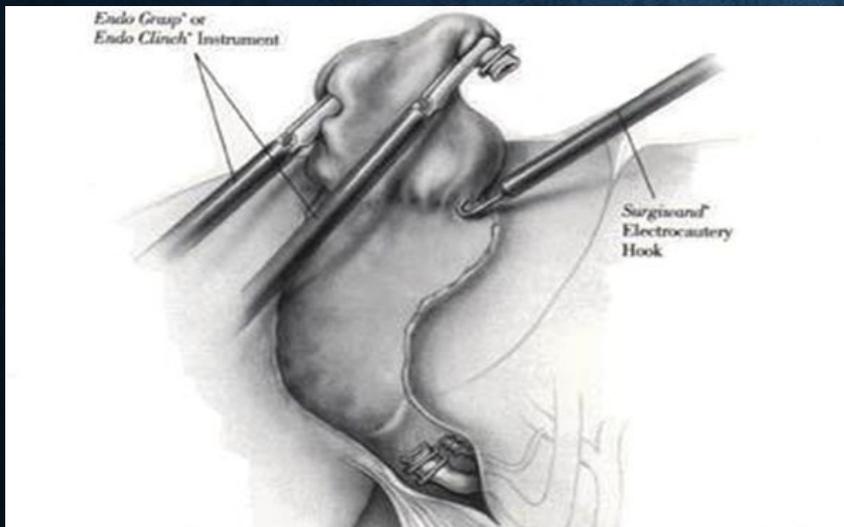
# ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ



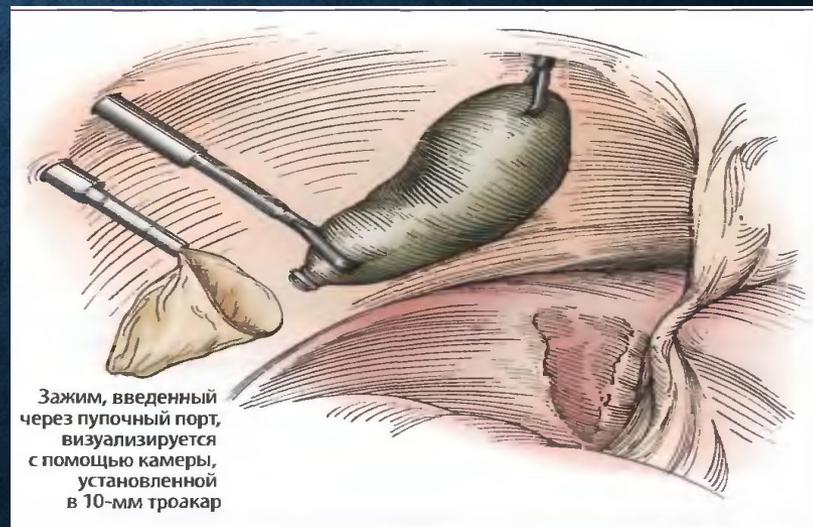
3



4



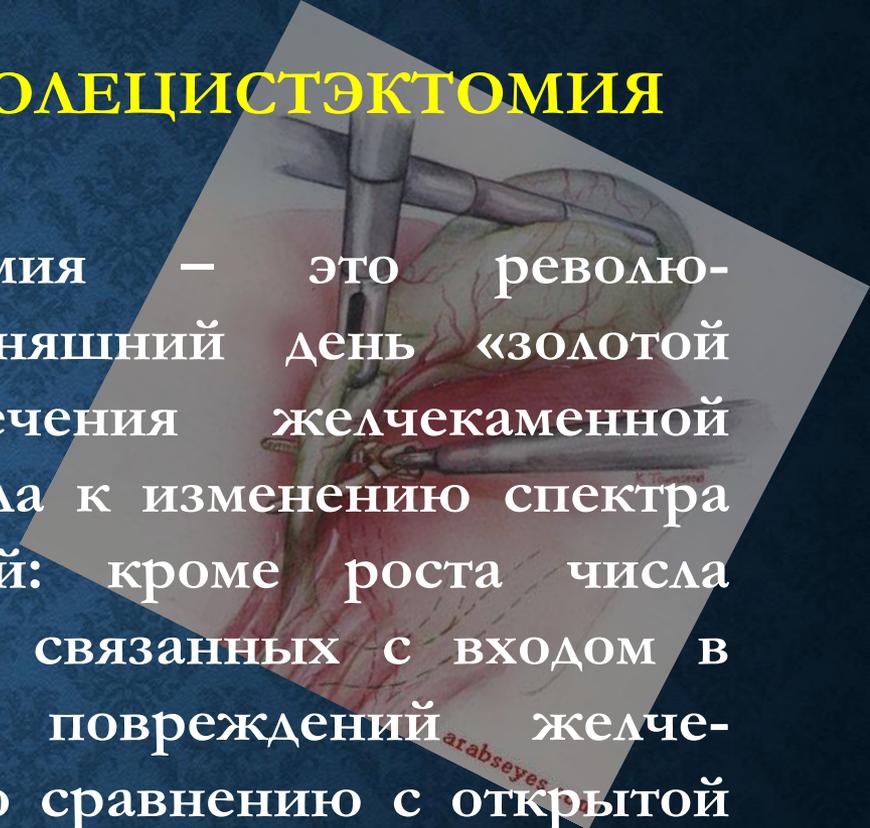
5



6

# ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ

Лапароскопическая холецистэктомия – это революционный подход, а на сегодняшний день «золотой стандарт» хирургического лечения желчекаменной болезни – в то же время привела к изменению спектра послеоперационных осложнений: кроме роста числа ранений кишечника и сосудов, связанных с входом в брюшную полость, частота повреждений желчевыводящих путей повысилась по сравнению с открытой методикой выполнения операции – с 0,1-0,2 до 0,4-0,7%, а такие осложнения, как миграция клипс или просыпание желчных камней в брюшную полость вообще не были известны в открытой хирургии.



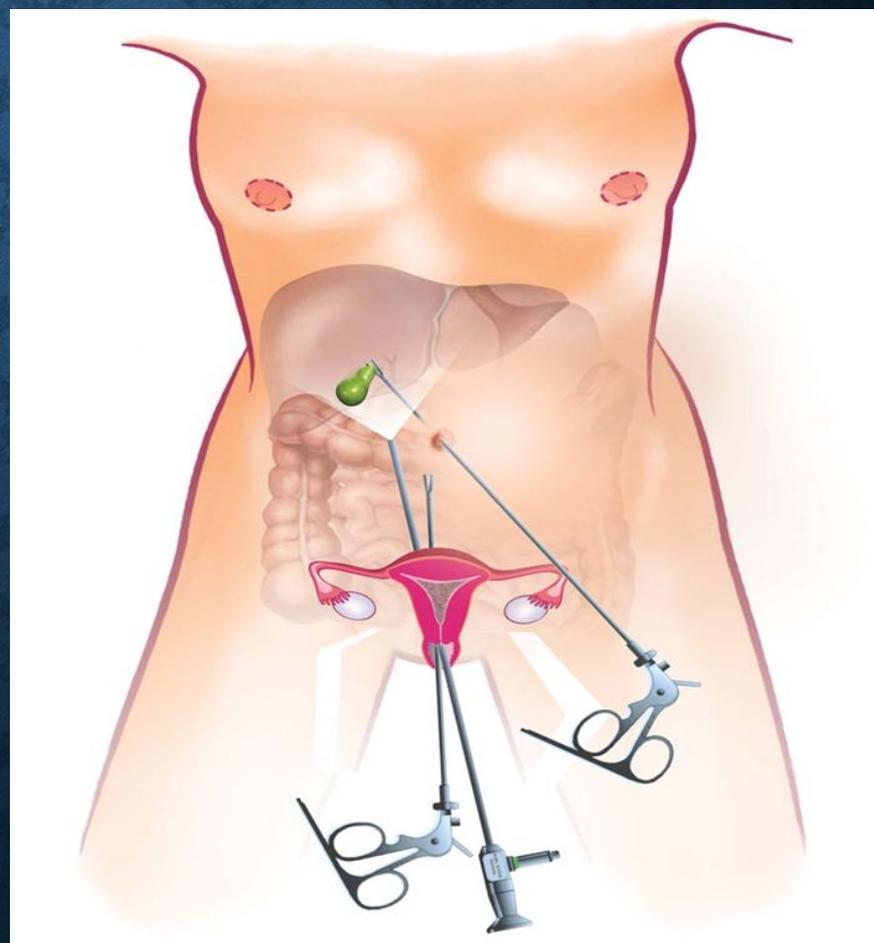
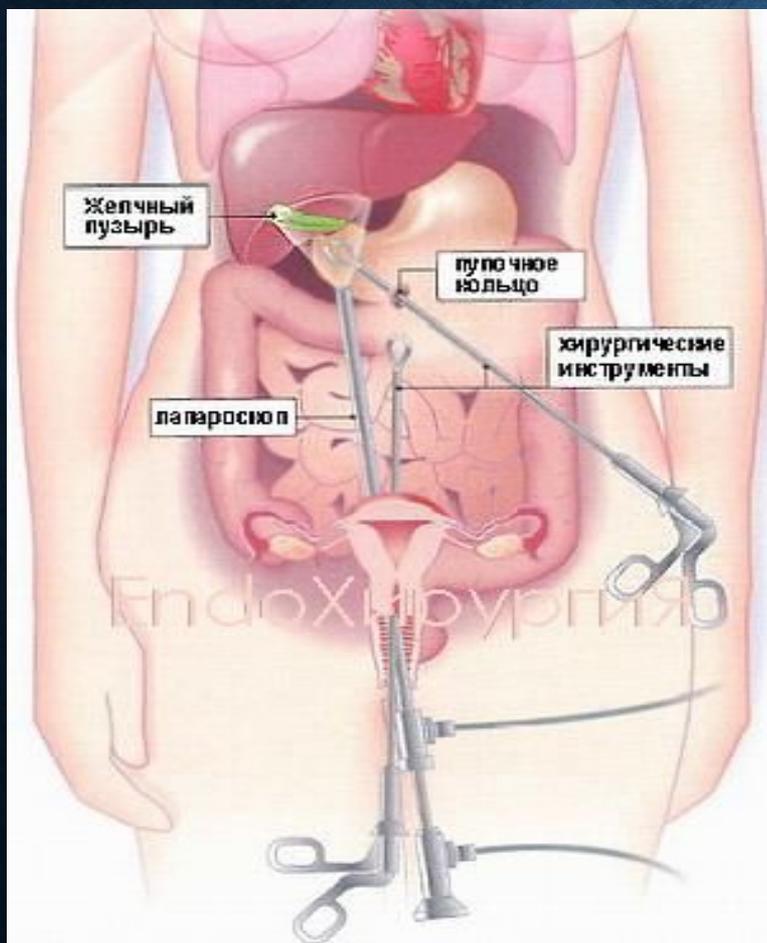
# ЛАПОРОСКОПИЯ ЧЕРЕЗ ОДИН ПОРТ SILS

- 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 ЛАПОРОСКОПИЯ



# ОСЛОЖНЕНИЯ



# ОСЛОЖНЕННЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ (МЕХАНИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА, ХОЛАНГИТ)

- ✓ Желтуха (icterus) - симптом окрашивания в желтый цвет слизистых оболочек, склер и кожи.
- ✓ Желтуха - вначале симптом, а затем становится главным фактором заболевания.
- ✓ Желтуха является симптомом целого ряда заболеваний и, как правило, связана с гипербилирубинемией, с нарушением обмена билирубина.
- ✓ Механическая (подпеченочная обтурационная) желтуха (ОЖ) - наблюдается у 11,8-67,9 % больных холециститом.
- ✓ Появление ОЖ при холецистите является прямым доказательством нарушения желчеистечения.
- ✓ Частота осложнений и неблагоприятных исходов у лиц пожилого и старческого возраста, страдающих ОЖ, в 4-10 раз выше по сравнению с больными более молодого возраста.
- ✓ Послеоперационная летальность от печеночной недостаточности у таких больных достигает 13,1-100 %.
- ✓ Больных с ОЖ следует относить к больным с острыми хирургическими заболеваниями, что обуславливает ургентную хирургическую тактику.

# МЕХАНИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА

- При подпеченочной (обтурационной) желтухе патологический процесс локализуется во внепеченочных желчных протоках (вследствие механического препятствия), нарушается выделение связанного (конъюгированного) билирубина через внепеченочные желчные протоки и его регургитация (обратное поступление в кровь), а также имеется снижение экскреции пигмента из гепатоцитов.
- Нормальное содержание билирубина в крови: общий - 0,5-20,5 мкмоль/л; конъюгированный (прямой) - 0-4,3 мкмоль/л; неконъюгированный (непрямой) - 0-16,2 мкмоль/л. Видимая желтуха появляется при билирубинемии 34 мкмоль/л.

# ПРИЧИНЫ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

- ❖ обтурация печеночного и общего желчного протоков (камни - 20,1-53 %; опухоли - 31,7-66,7 %; паразиты; воспаление слизистой протока (холангит) с последующим склерозированием);
- ❖ сдавление печеночного и общего желчного протоков извне (опухоль головки поджелудочной железы (ПЖ), желчного пузыря, увеличенные лимфатические узлы, кисты ПЖ, склерозирующий хронический панкреатит);
- ❖ рубцовые структуры желчных протоков, большого дуоденального сосочка (БДС) - 20,7 %;
- ❖ сдавление общего желчного протока послеоперационными рубцами, спайками;
- ❖ атрезия (гипоплазия) желчевыводящих путей;
- ❖ обтурация крупных внутрипеченочных желчных протоков при эхинококкозе печени, первичном и метастатическом раке печени, врожденных кистах;
- ❖ инородные тела желчных протоков;
- ❖ у 15,7 % больных причина желтухи остается недостаточно ясной даже после ревизии желчных протоков во время операции (Петров Б.А. и др.).

# МЕХАНИЗМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОБТУРАЦИОННОЙ ЖЕЛТУХИ

- состоит в нарушении выделения связанного билирубина в двенадцатиперстную кишку (ДПК).
- Препятствие току желчи ведет к повышению давления в лежащих выше желчных протоках.
- Желчный пигмент при этом диффундирует через стенки расширенных желчных капилляров, они нередко разрываются.
- Гепатоциты наполняются желчью, последняя поступает в лимфатические щели и кровь.
- В паренхиме печени происходит накопление желчных пигментов в центре дольки, а затем и в синусоидах, появляются мелкие очаги некрозов, внутрипеченочные желчные протоки расширяются, образуются целые лакуны.
- Желчные протоки вначале расширяются и истончаются, затем становятся плотными вследствие разрастания соединительной ткани.
- Поражение печени ведет к накоплению в организме токсических продуктов - нарушается функция почек, дегенеративно изменяются почечные канальцы.
- Поражаются нервная и сердечно-сосудистая системы.

# ПАТОМОРФОЛОГИЯ

Морфологические изменения, обусловленные холестазом, включают билирубиностаз в гепатоцитах, купферовских клетках, канальцах, а также разнообразные неспецифические изменения: расширение и фиброз портальных трактов, расширение и пролиферацию желчных протоков, баллонную («перистую») дегенерацию гепатоцитов, лимфогистиоцитарную инфильтрацию, некрозы гепатоцитов. При разрывах междольковых желчных протоков выявляются скопления желчи. При внепеченочном холестазе изменения протоков и гепатоцитов развиваются уже через 36 часов после обструкции желчных протоков. После разрешения холестаза морфологические изменения могут подвергаться обратному развитию. При длительном холестазе формируется вторичный билиарный цирроз печени (мелкоузловой).

# КЛАССИФИКАЦИЯ ОБТУРАЦИОННОЙ ЖЕЛТУХИ ПО А.А. ШАЛИМОВУ

- ❖ По течению (длительности):
  - Острая (до 10 дней).
  - Подострая (от 10 до 30 дней).
  - Хроническая (более 1 месяца).
  - Перемежающаяся.
- ❖ По этиологическому фактору:
  - Внутривнутрипеченочный холестаз (при эхинококкозе печени, первичном и метастатическом раке печени, внутривнутрипеченочном литиазе, врожденных кистах, гемобилии).
  - Внепеченочный холестаз (при камнях, опухолях, паразитах, инородных телах гепатикохоledoха, холангите, рубцовых стриктурах желчных протоков, БДС, опухолях головки ПЖ, кистах ПЖ, панкреатите, атрезии (типоплазии) желчных путей, спаечной болезни).
- ❖ По уровню повышения билирубина в крови:
  - Латентная или начальная форма желтухи (желтухи нет, но билирубин - до 30 мкмоль/л).
  - Явная (билирубин крови - до 40 мкмоль/л, но он еще не обнаруживается в моче).
  - Резко выраженная желтуха.
- ❖ По уровню препятствия:
  - Непроходимость дистального отдела общего желчного протока (ОЖП).
  - Непроходимость супрадуоденального отдела ОЖП.

# СИМПТОМАТИКА И КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ

- ❖ Клинические проявления ОЖ зависят от причины, длительности, реактивности организма и осложнений.
- ❖ При ЖКБ желтуха появляется вслед за приступом болей в правом подреберье, затем может исчезнуть и снова появиться (перемежающаяся желтуха).
- ❖ Интенсивность опухоловой желтухи увеличивается постепенно, без приступов боли, желтуха постоянная.
- ❖ Печень увеличена. Выражен зуд кожи. На коже следы расчесов, синяки на почве кровоизлияний. Кал светлый с большим количеством жирных кислот и мыл, в нем нет стеркобилина. Моча темного цвета.
- ❖ При полном закрытии общего желчного протока уробилин в моче не обнаруживается.
- ❖ При раке головки поджелудочной железы, БДС - положительный симптом Курвуазье.

# ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ПРОГРАММА

- Биохимические анализы крови (билирубин, АЛТ, АСТ, ЩФ, ЛДГ, холестерин, коагулограмма, белок крови с фракциями, мочевины).
- Реакция на сывороточный и австралийский антигены.
- Определение опухолюассоциированного антигена СА 19-9 в составе циркулирующих иммунных комплексов.
- Определение уробилина в моче.
- Определение стеркобилина в кале.
- УЗИ.
- Обзорная рентгенография правого подреберья.
- КТ.
- Сцинтиграфия печени.
- Лапароскопия с биопсией печени.
- Лапароскопическая холецистохолангиография.
- Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ).
- Чрескожная чреспеченочная холангиография (ЧЧХГ).
- Интраоперационная холангиография.
- Интраоперационная фиброхолангиоскопия.
- Дебитохолангиоманометрия.
- Фиброгастродуоденоскопия (ФГДС).



**УЗИ. ХОЛЕДОХОЛИТИАЗ**



**УЗИ. ОПУХОЛЬ ГОЛОВКИ  
ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

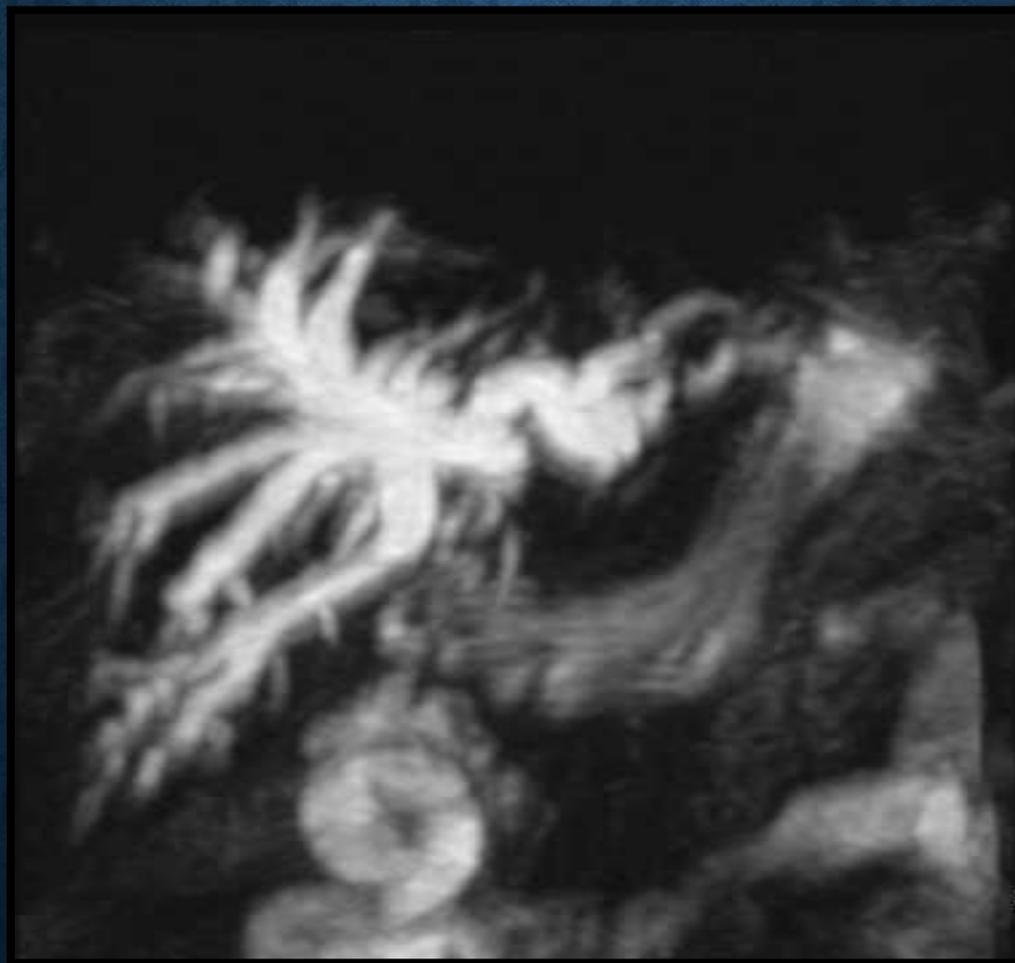


**МР-холангиопанкреатография  
(бесконтрастная). Билиарная  
гипертензия.**

**ЭРХПГ**



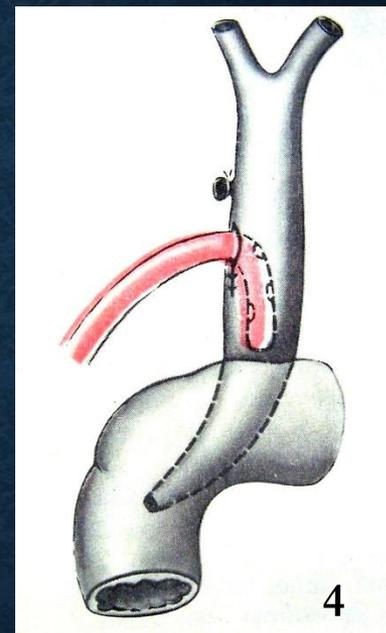
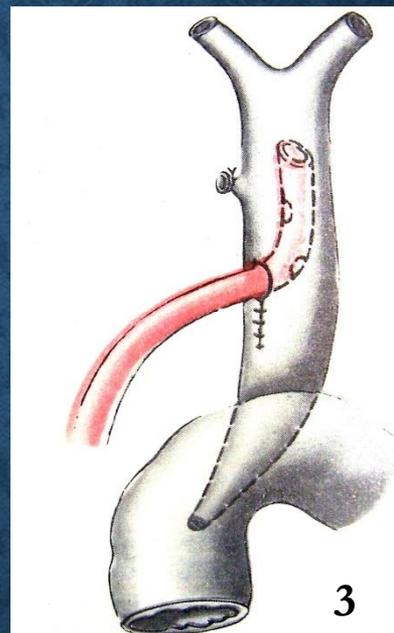
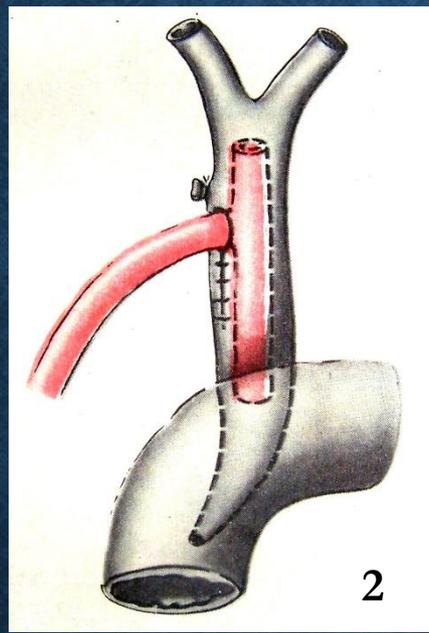
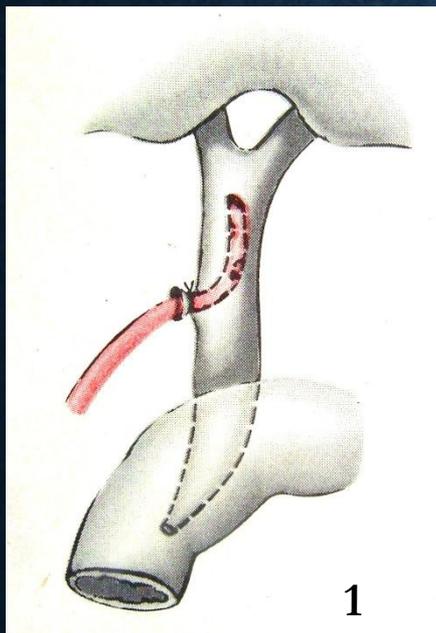
# MR-ХОЛАНГИОГРАФИЯ



# ЧРЕСКОЖНАЯ, ЧРЕСПЕЧЕНОЧНАЯ ХОЛАНГИОСТОМИЯ И ХОЛАНГИОГРАФИЯ



# ДРЕНИРОВАНИЕ ХОЛЕДОХА



1 – по Холстеду – Пиковскому,  
2 – по Керу;  
3 – по А.В. Вишневскому;  
4 – по Керте.

# СПОСОБ ФОРМИРОВАНИЯ АНАСТОМОЗОВ МЕЖДУ ПОЛЫМИ ОРГАНАМИ

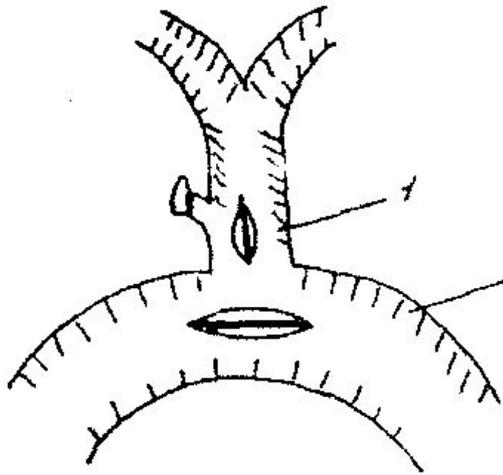


Fig. 1

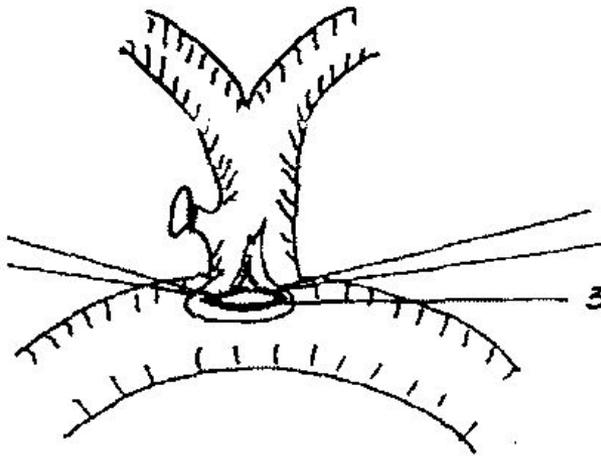


Fig. 2

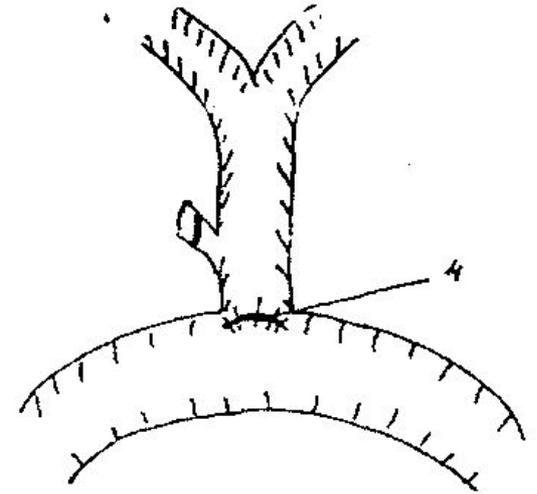
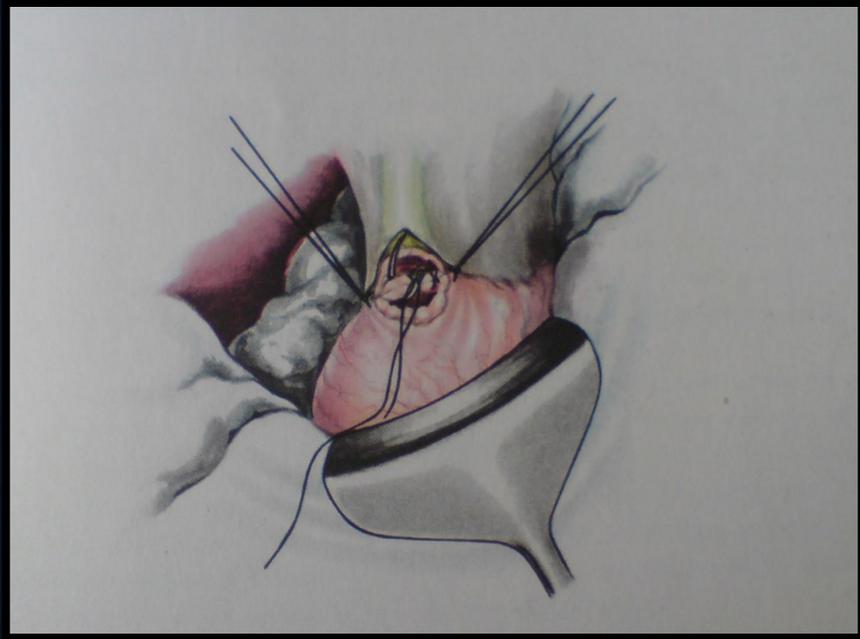
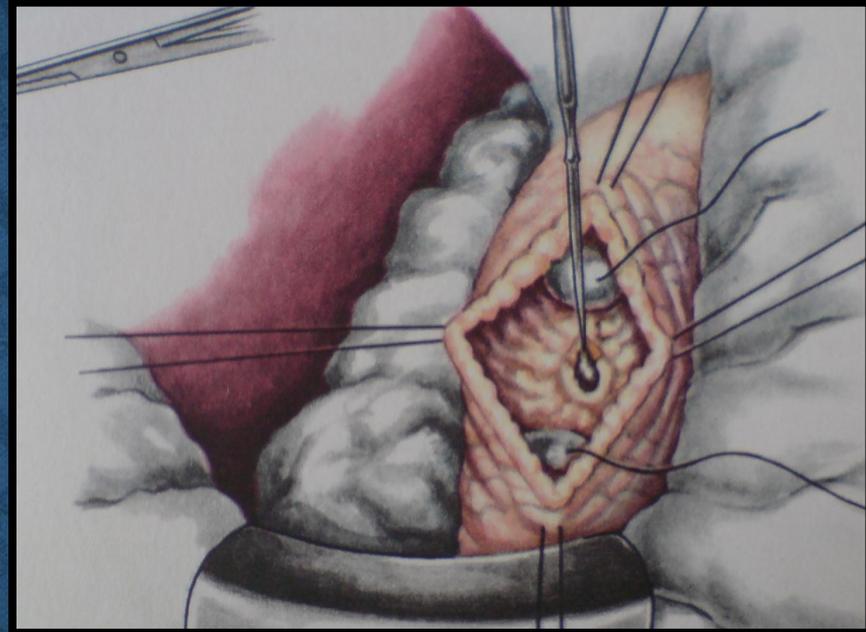


Fig. 3

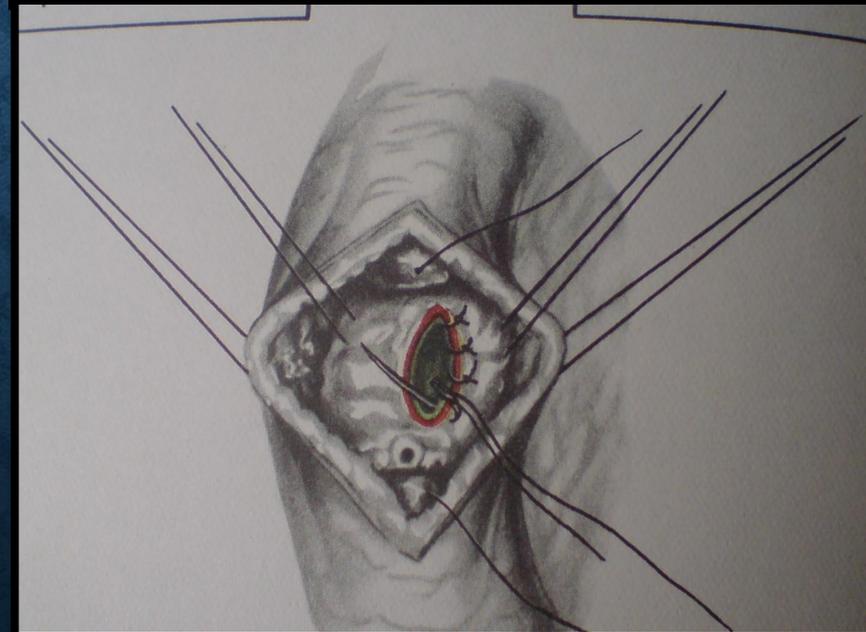
**ЭТАП ФОРМИРОВАНИЯ  
ХОЛЕДОХОДУОДЕНОАНАСТОМОЗА**



**ТРАНСДУОДЕНАЛЬНАЯ  
ПАПИЛОТОМИЯ**

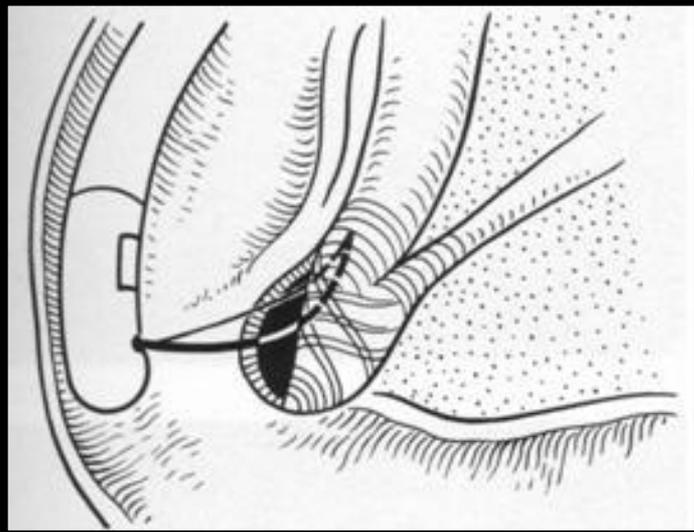


**ТРАНСДУОДЕНАЛЬНАЯ  
ПАПИЛОСФИНКТЕРОПЛАСТИКА**



# ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИЯ

КАНУЛЯЦИЯ БДС



СХЕМАТИЧЕСКОЕ  
ИЗОБРАЖЕНИЕ  
ЭПСТ



ЛИТОЭКСТРАКЦИЯ С  
ПОМОЩЬЮ КОРЗИНКИ  
DORMIA

# 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.



# ХОЛАНГИТ

- ❖ Холангит – воспаление желчных протоков (вне- и внутрипеченочных).
- ❖ Изолированный холангит встречается редко, чаще он сочетается с холециститом (холецистохолангит) и гепатитом (гепатохолангит).
- ❖ При холедохолитиазе, стенозе БДС, остром холецистите и рубцовых стриктурах гепатикохоледоха частота холангита колеблется от 23,6 до 96,8 %.
- ❖ Холангит, являясь осложнением различных заболеваний желчевыводящих путей и проявлением эндогенной инфекции, на определенном этапе ее развития приобретает значение самостоятельного заболевания.
- ❖ Лечение больных с механической желтухой, осложненной острым холангитом (их сочетание - в 20-30 % случаев), остается одной из актуальных проблем желчной хирургии. Летальность при этом виде поражения достигает до 80-100 % (от печеночной недостаточности и холангиогенных гнойных осложнений).

# ПРИЧИНЫ ХОЛАНГИТА

- ❖ Чаще - бактериальная инфекция: энтеро-, гемато-, лимфогенным путями.
- ❖ Возбудители: чаще - кишечная палочка, реже - энтерококк, протей, стафилококк, стрептококк, анаэробная инфекция; туберкулез, сифилис; при вирусном гепатите, при глистных инвазиях.
- ❖ Fletta и соавт. сообщили, что бактерии в концентрации до  $10^5$  микробных тел в 1 мл желчи могут существовать в желчных протоках при их обтурации, не вызывая воспалительных симптомов.
- ❖ При желчной гипертензии (300-450 мм вод. ст.) прорывается печеночный барьер и микробы поступают в кровь, вызывая септический шок и синдром полиорганной дисфункции.
- ❖ Травмирование слизистых оболочек протоков камнем.
- ❖ Повреждение этих оболочек панкреатическим соком.
- ❖ Развитию холангита. способствуют: застой желчи (при ЖКБ, стриктурах БДС, кисте ОЖП, послеоперационных рубцах, ХДС, ЧЧХГ, ЭРПХГ и др.), сахарный диабет, возраст старше 60 лет, сопутствующие заболевания и возрастные изменения жизненно важных органов и систем, длительность заболевания (более 4 месяцев), наружный дренаж в холедохе.

# КЛИНИКА ОСТРОГО ХОЛАНГИТА

Зависит от:

- состояния иммунологических сил больного;
- вида, дозы, вирулентности и других биологических свойств микробов;
- анатомо-биологических особенностей очага внедрения инфекции;
- состояния общего кровообращения и состава крови;
- степени аллергизации больного.

# КЛИНИКА ОСТРОГО ХОЛАНГИТА

Выделяют четыре стадии острого холангита:

- начальная (локальная), когда нет ещё признаков токсемии;
- септическая – проявляется с первым ознобом, приступами боли;
- стадия печёночной недостаточности;
- стадия полиорганной недостаточности - с клиническими симптомами шока, комы.

Существуют случаи молниеносного развития холецистита.

- В настоящее время выделяют несколько синдромов, формирующих клиническую картину в различных стадиях холецистита: жёлчную гипертензию (начальный и самый частый признак холецистита), холестаза или обтурационную желтуху (с холемией и ахолией), синдром функциональной недостаточности печени, почечную недостаточность (со снижением или повышением диуреза), полиорганную недостаточность (со снижением показателей центральной гемодинамики).
- При пальпации живота часто у таких пациентов - болезненное увеличение и уплотнение печени, увеличение селезёнки.

# КЛИНИКА ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛАНГИТА

- ❖ Хронический холангит проявляется в клинических синдромах и симптомах, соотносимых с локализацией, распространённостью и фазовым развитием воспаления, нарушением дренажной функции жёлчевыводящих протоков и системы пищеварения.
- ❖ Выделяют клинические синдромы хронического холецистита: астено-вегетативный, абдоминально-болевой, диспепсический, воспалительный, суставной, гипертермический, геморрагический, желтушный, гепаторенальный, цитоллиз, холестаза, гепатомегалия, спленомегалия, портальная гипертензия, нарушение белкового обмена, цитопения (анемия и др.), морфологическая характеристика (форма и стадия воспалительного процесса).
- ❖ Существуют следующие клинические формы хронического холецистита: латентная (с нерезко выраженными симптомами), рецидивирующая (с обострением и ремиссией), затяжная септическая (с тяжёлой интоксикацией, желтухой, ознобами), склерозирующая (стенозирующая) — с желтухой, увеличением печени и селезёнки.

# ОСЛОЖНЕНИЯ ХОЛАНГИТА

- ✓ перихолангит,
- ✓ холангитические абцессы в печени,
- ✓ фибринозно-гнойный перитепатит,
- ✓ перитонит,
- ✓ фиброз и вторичный билиарный цирроз печени,
- ✓ поддиафрагмальный абсцесс,
- ✓ реактивный экссудативный плеврит,
- ✓ эмпиема плевры,
- ✓ сепсис,
- ✓ абсцесс лёгкого, эндокардит.

# ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ПРОГРАММА

- ❑ Общий анализ крови, мочи, кала. Исследование мочи на жёлчные пигменты и диастазу, кала - на стеркобилин.
- ❑ Биохимический анализ крови: билирубин, трансаминазы АСТ и АЛТ, щелочная фосфатаза, альдолаза, j-глутамилтранспептидаза, общий белок и его фракции, альбумин-глобулиновый коэффициент, амилаза, сиаловые кислоты, МСМ, фибрин, серомукоид, мочевины, креатинин, коагулограмма.
- ❑ Исследование крови на стерильность.
- ❑ Определение токсичности (лейкоцитарный индекс интоксикации, парамецийный тест).
- ❑ УЗИ печени, жёлчевыводящих путей и поджелудочной железы.
- ❑ Фиброгастродуоденоскопия.
- ❑ Чрезкожная чрезпечёночная холангиография.
- ❑ Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатикография.
- ❑ Компьютерная томография.
- ❑ Лапароскопия с биопсией (при хроническом холецистите).
- ❑ Фиброхолангиоскопия.
- ❑ Бактериологический посев жёлчи (при остром X - 10<sup>5</sup> и более микробных тел в 1 мл), определение чувствительности флоры к антибиотикам.
- ❑ Дуоденальное фракционное зондирование (при хроническом холецистите) с бактериологическим исследованием порций В и С.

# ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

- ✓ Дифференциальную диагностику острого холангита проводят с острым холециститом, правосторонней плевропневмонией, поддиафрагмальным абсцессом, острым панкреатитом, абсцессом печени, аппендикулярным абсцессом, раком печени, паранефритом, лимфогранулематозом, коллагеновыми болезнями, под-острым бактериальным эндокардитом.
- ✓ Поскольку хронический холецистит сопровождается субфебрильной температурой, признаками интоксикации, дифференциальную диагностику следует проводить с заболеваниями, сопровождающимися лихорадкой: туберкулёзом, тиреотоксикозом, ревматизмом, подострым бактериальным эндокардитом и др.

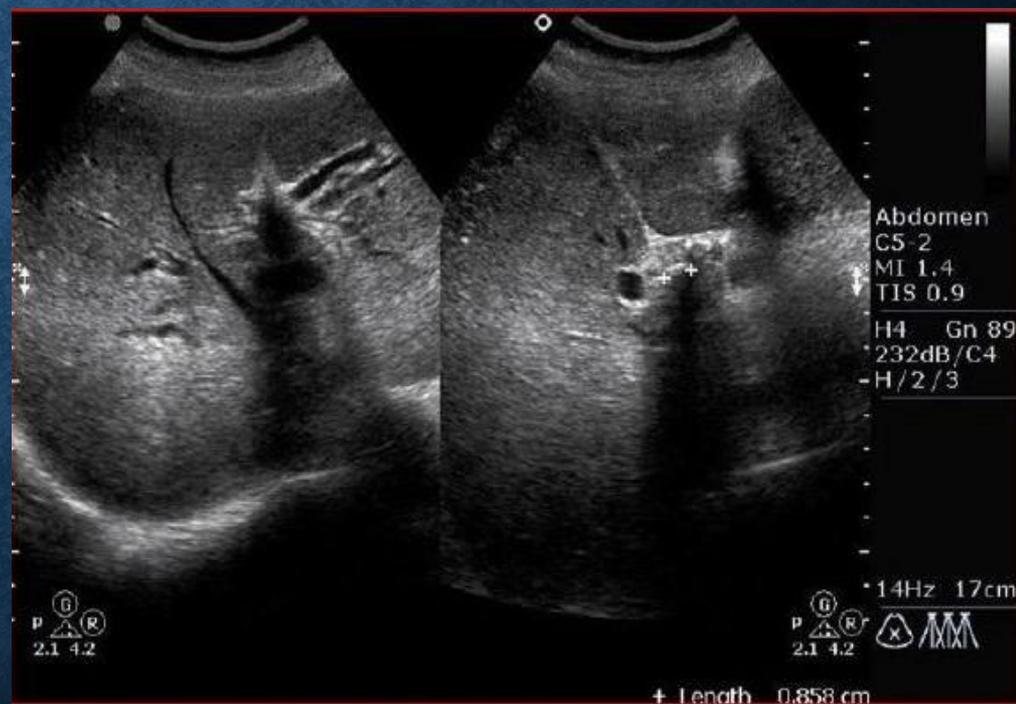
## ТАКТИКА И ВЫБОР СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ

- Двухэтапное лечение острого холангита, как и обтурационной желтухи, на первом этапе показана обязательная ликвидация желчной гипертензии (эндоскопическая ретроградная папилосфинкторотомия с экстракцией конкрементов и назобилиарным дренированием общего желчного протока (ОЖП); чрескожная чреспеченочная холангистостомия; холецисто-стомия и др.).
- После комплексного лечения вторым этапом будет устранение причины холангита.

# КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХОЛАНГИТА

- ❖ Антибактериальная терапия гнойного холангита производится с учётом характера высеянной микрофлоры, аэробного и анаэробного её состава, чувствительности к антибиотикам, степени выведения препарата жёлчью, сочетания нескольких антибиотиков и путей их введения (внутривенный, внутриартериальный, эндолимфатический, внутриорганный).
- ❖ Комбинируют антибактериальные препараты: морфоциклин 300мг в сутки в/в; метронидазол 1г в сутки в/в; линкомицин 2г в сутки в/м; гентамицин 160-320мг в сутки в/м; трихопол 1,5г в сутки внутрь; цефтриаксон, меранем, тиенам.
- ❖ При гнойном холангите с сепсисом, кроме гемо-лимфосорбции, применяют ксеноселезёнку.
- ❖ Пункционная санация абсцессов печени под контролем УЗИ и КТ.
- ❖ Высокая степень бактериобилии и желтухи является показанием для выполнения сеансов холесорбции, лимфосорбции.
- ❖ Изучение основных показателей клеточного и гуморального иммунитета больных и их коррекция.
- ❖ Эффективность лечения контролируется результатами бактериологических посевов жёлчи и крови и результатами общеклинических лабораторных показателей, число выполнения которых зависит от клинических проявлений.

# СИНДРОМ МИРИЗЗИ



Эхограмма при синдроме Мириizzi

# 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-холедохеального 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.

# СИНДРОМ МИРИЗЗИ

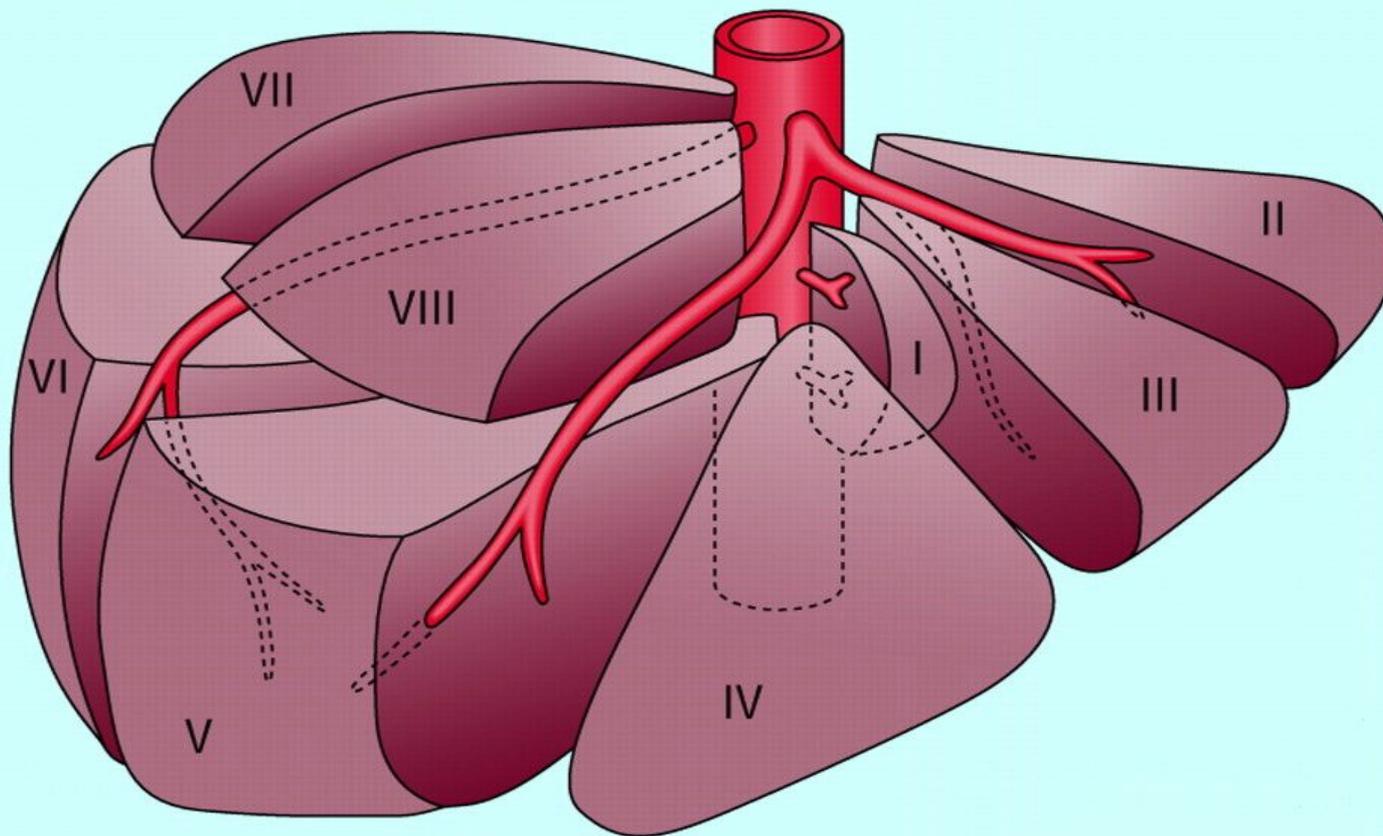


- 1 тип - стриктура общего печеночного протока камнем в шейке желчного пузыря или пузырного протока.
- 2 тип - свищ между общим печеночным протоком и шейкой желчного пузыря в результате воздействия камнем из шейки желчного пузыря.
- 3 тип - стеноз общего печеночного протока в результате внедрения камня, расположенного в шейке желчного пузыря.
- 4 тип - стеноз общего печеночного протока, осложненный холециститом без камней в шейке желчного пузыря.

# КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

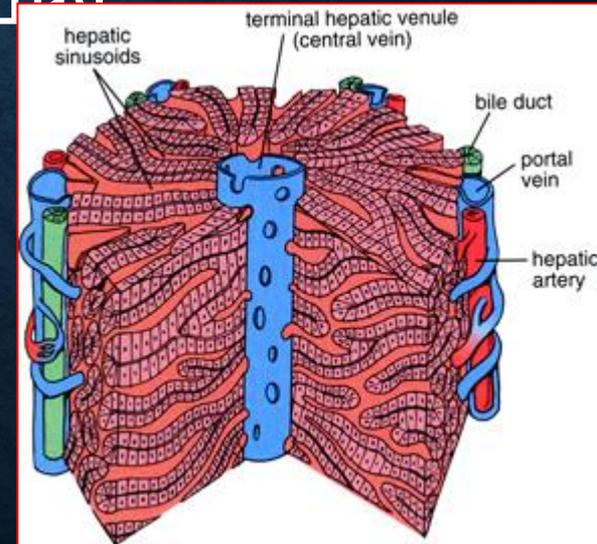
Клиническая картина заболевания складывается из симптомов, **характерных для острого и хронического холецистита** с развитием механической желтухи. Постоянные умеренные боли и желтуха наблюдаются в 60-100% наблюдений, при пузырно-холедохоальном свище желтуха более частый признак заболевания. В анализах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

# СЕГМЕНТАРНОЕ СТРОЕНИЕ ПЕЧЕНИ



# ФИЗИОЛОГИЯ ПЕЧЕНИ

- ❖ Углеводный обмен (из моносахаридов образуется гликоген)
- ❖ Белковый обмен (образование альбумина, фибрино-гена, депонирование белков, переработка продуктов распада белков)
- ❖ Обмен желчных пигментов, кислот, желчеобразования
- ❖ Мочевиносинтезирующая функция
- ❖ Жировой и липоидный обмен
- ❖ Водно-электролитный обмен
- ❖ Обмен витаминов
- ❖ Барьерная функция



# ОЧАГОВЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ПЕЧЕНИ

## СПИРИДОНОВ, 2007

1. Непаразитарные кисты печени (одиночная киста печени, множественные кисты печени, поликистоз печени)
2. Паразитарные кисты печени (эхинококкоз, альвеококкоз)
3. Доброкачественные опухоли печени (аденома, гемангиома, узелковая гиперплазия печени)
4. Злокачественные опухоли печени (рак печени, гепатома)
5. Послеоперационные и посттравматические кисты печени  
(гематомы), абсцессы

# АБСЦЕСС ПЕЧЕНИ

- Ограниченное нагноение печени с некрозом и расплавлением паренхимы органа
- Метастазирование по портальной вене (язвенный колит, аппендицит, перитонит и др.)
- Метастазирование по желчным путям (холангит, паразитарные заболевания желчных путей)
- Единичные и множественные

# ДИАГНОСТИКА АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ

- Чувство тяжести в правом подреберье
- Самопроизвольные боли в области печени
- Высокая температура с потрясающим ознобом
- Увеличение размеров печени
- Болезненность при пальпации
- Желтуха
- Рентгенологически – выпот в правом плевральном синусе, высокое стояние купола диафрагмы, ограничение ее подвижности
- УЗИ
- КТ
- Лапароскопия

# КТ АБСЦЕССА ПЕЧЕНИ



Абсцесс и киста печени

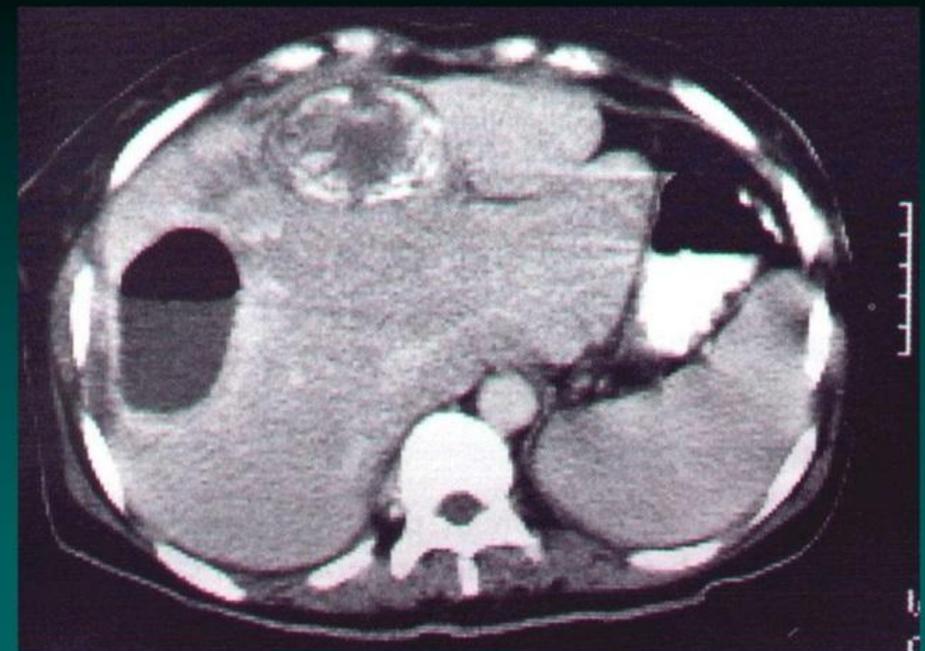




Рис. 1. Ультразвуковая картина абсцесса правой доли печени.



Рис. 2. Ультразвуковая картина множественных абсцессов правой доли печени.

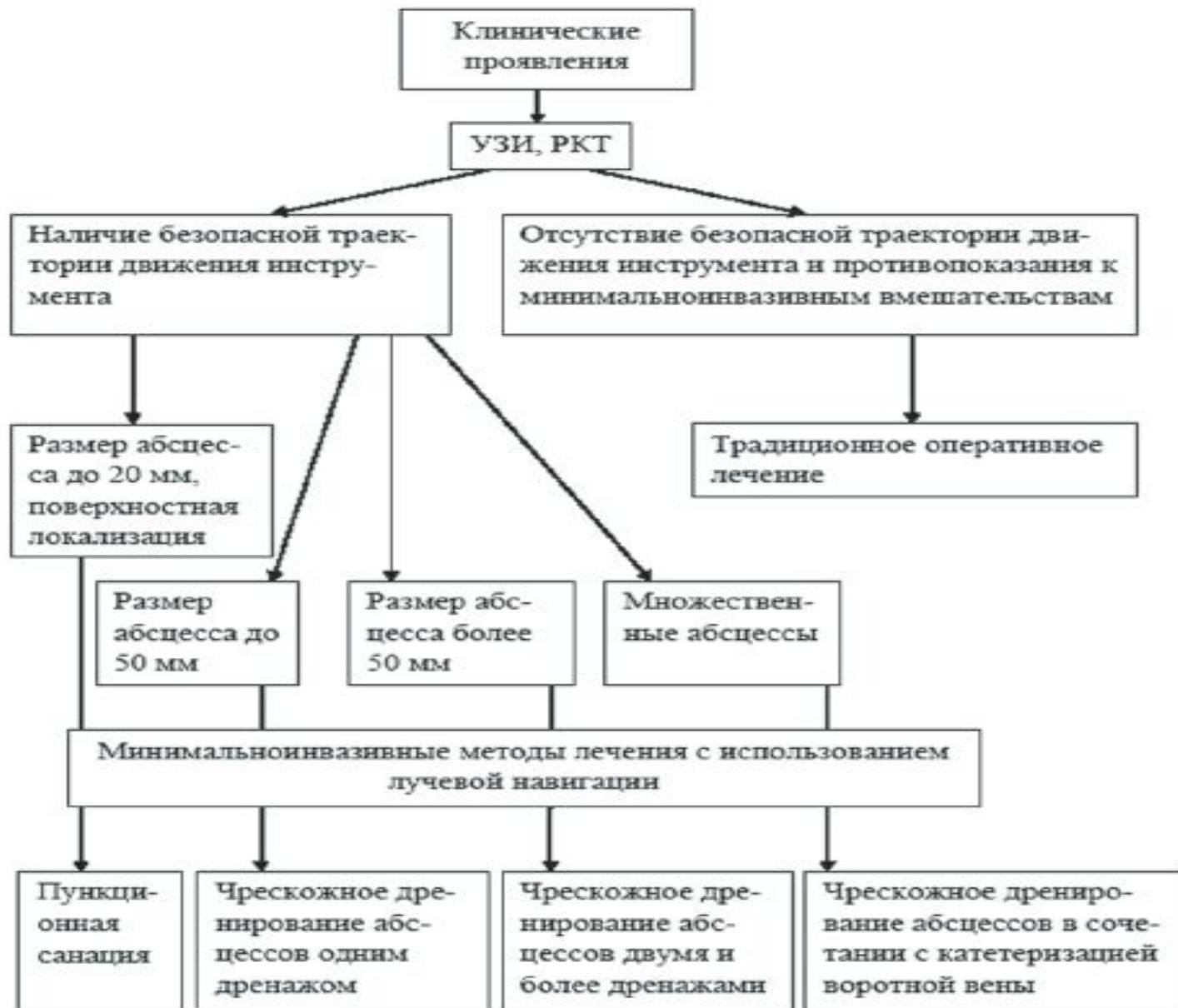


Рис. 5. Ультразвуковая картина пункции абсцесса печени (в полости абсцесса визуализируется кончик поисковой иглы).

# ЛЕЧЕНИЕ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ

- Дренирование, тампонирование через широкий доступ
- Пункционный способ лечения под контролем УЗИ, КТ, рентгенотелевидения, двойное дренирование, диализ полости абсцесса

# ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ПРИ АБСЦЕССЕ ПЕЧЕНИ



# ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ПЕЧЕНИ

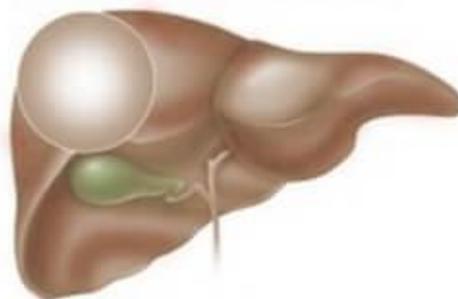
- Аденома (гепатома) – единичные или множественные. Гепатоцеллюлярная и холангиоцеллюлярная. Встречается редко.
- Гемангиома – сосудистая опухоль. Вследствие порока развития. В преобладающем большинстве из венозных сосудов печени. Артериовенозные свищи
- Лимфангиома печени
- Фиброма
- Миксома
- Липома

# НЕПАРАЗИТАРНЫЕ КИСТЫ ПЕЧЕНИ

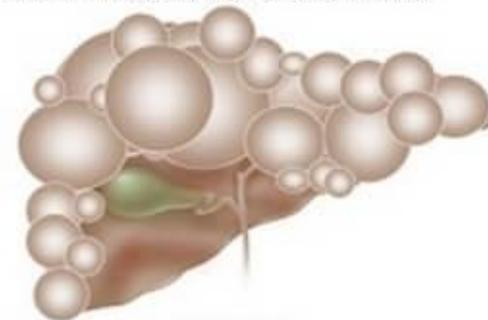
- Поликистоз печени
  - с поражением только печени
  - с поражением почек и других органов
- Солитарные, истинные кисты печени
  - простые
  - многокамерная цистаденома
  - дермоидные кисты
  - ретенционные кисты
- Ложные кисты печени
  - травматические
  - воспалительные

- **Одиночная киста печени**

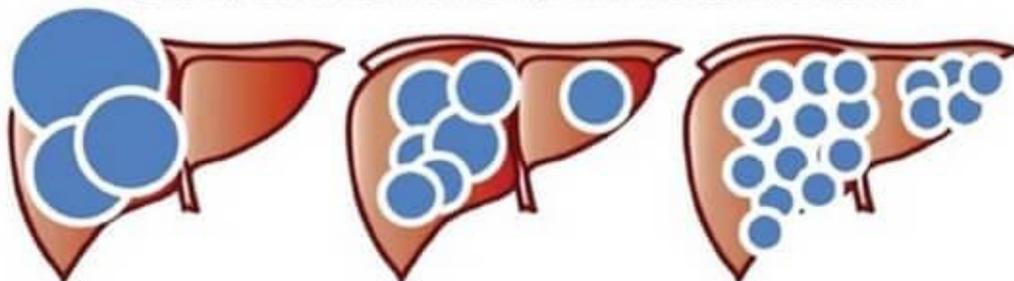
Одиночная киста печени



Поликистозная болезнь печени



Форма и расположение кист при поликистозной болезни



- **Множественные кисты** характеризуются поражением не более 30% ткани печени, с преимущественным расположением в одной, реже в обеих долях, с сохранением ткани печени между ними.
- Для **поликистоза печени** характерно кистозное замещение не менее 60% ткани печени с обязательным расположением кист в обеих долях печени и отсутствием ткани печени между стенками кист.

**Ложные кисты печени** развиваются после травматического центрального или подкапсульного разрыва печени.

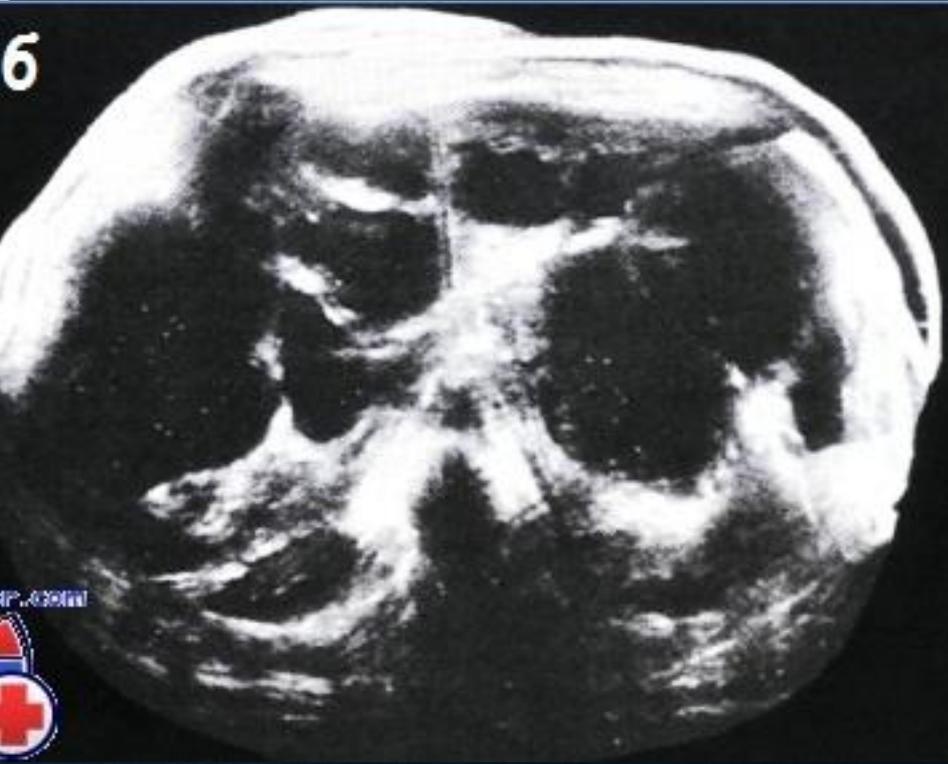
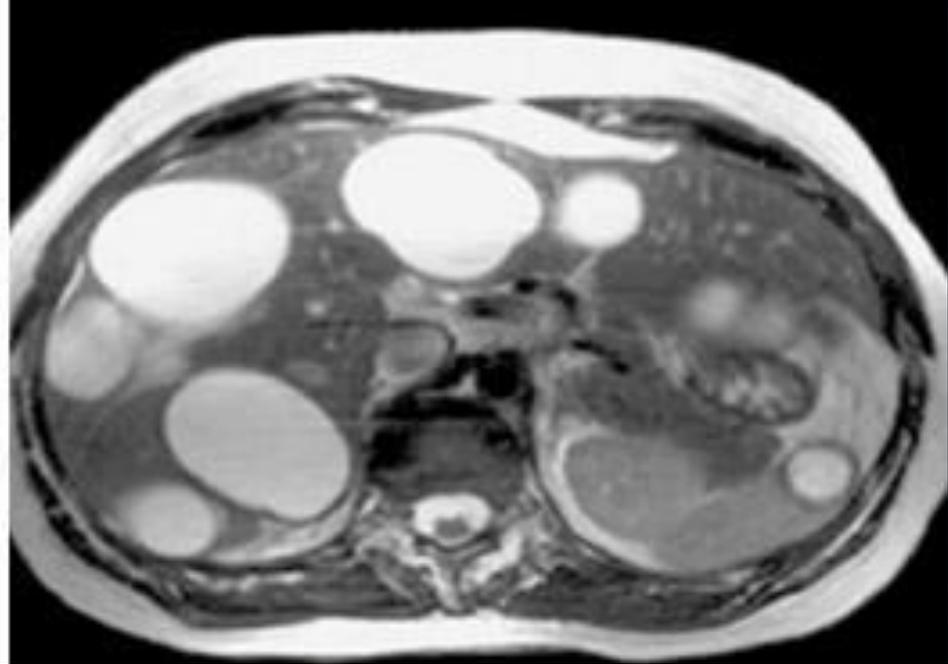
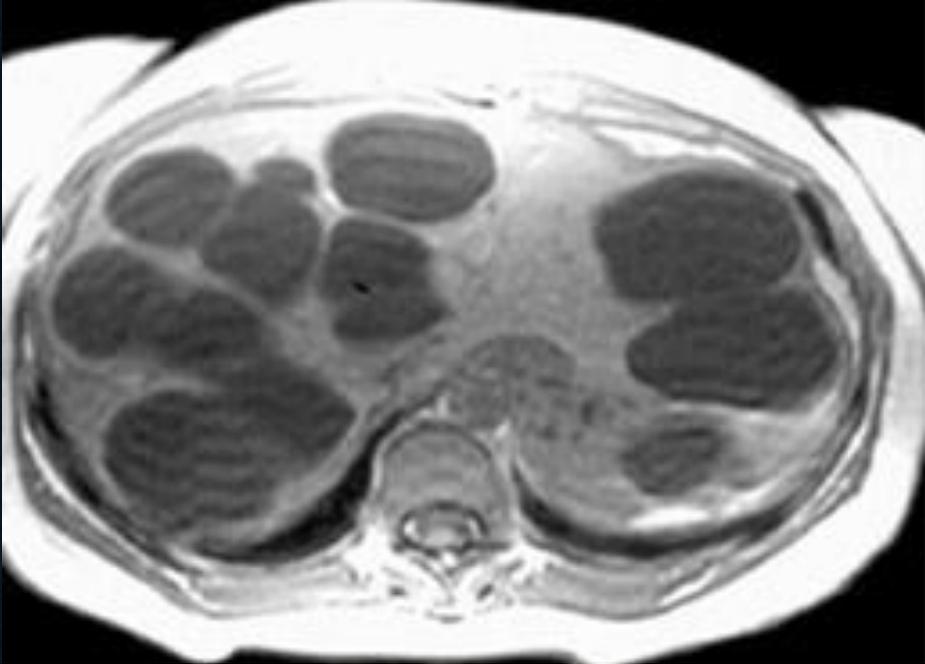
Их стенка состоит из фиброзно-изменённой ткани печени.

Ложные кисты печени могут также образовываться после лечения абсцесса печени, эхинококкэктомии.

# ДИАГНОСТИКА КИСТ ПЕЧЕНИ

- УЗИ
  - МРТ
  - КТ
- часть с контрастом
- Обзорная рентгеноскопия
  - Рентгенография желудка и ДПК
  - Холангиография
  - Ангиографическое исследование
  - Реогепатография
  - Электросканирование
  - Радионуклидное сканирование
  - Серологические исследования крови (ИФА, РГА)

- 1. Часто протекают бессимптомно**
- 2. Имеют тенденцию к постоянному росту, что обуславливает развитие осложнений**
- 3. 50% - сочетание с кистами селезёнки и поджелудочной железы**



a b

mscounivser.com



# УЗИ ДИАГНОСТИКА КИСТ ПЕЧЕНИ

FRIENDSHIP UNIVERSITY ULTRASOUND LABORATORY.



CLINICAL HOSPITAL №64

P88 NP

9Hz  
16cm  
DR54  
G 58



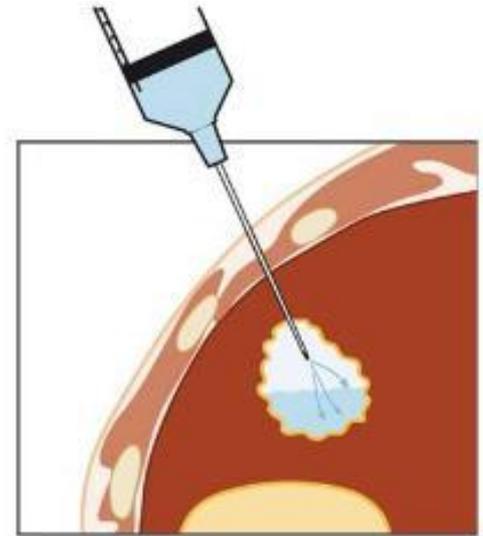
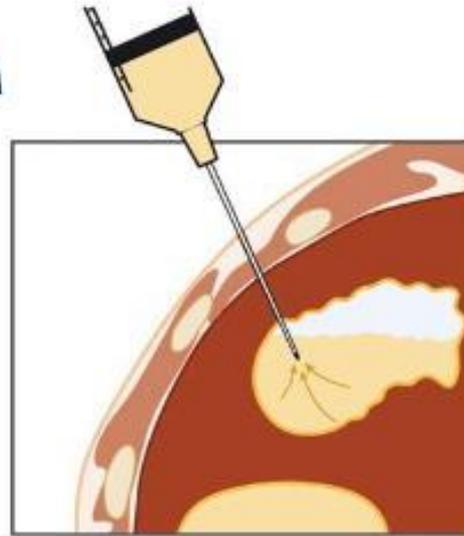
# ЛЕЧЕНИЕ НЕПАРАЗИТАРНЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ

Применяют:

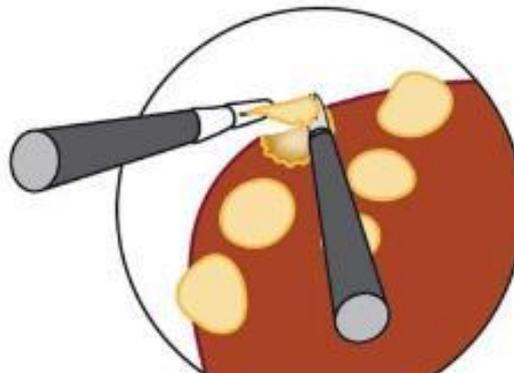
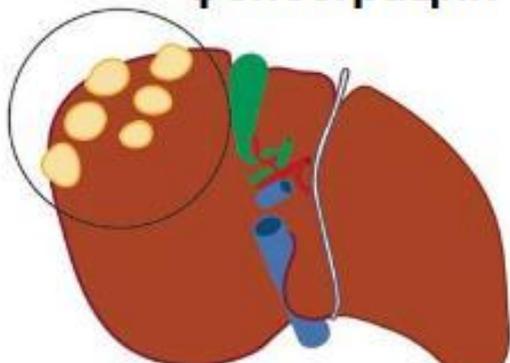
- резекцию печени,
- трансплантацию,
- частичное иссечение и энуклеацию кисты,
- наружное или внутреннее дренирование,
- чрескожную пункцию и склерозирование кисты под УЗ контролем,
- марсупиализацию и фенестрацию кист,
- создание цистоэнтеро- или цистогастроанастомоза.

# ЛЕЧЕНИЕ НЕПАРАЗИТАРНЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ

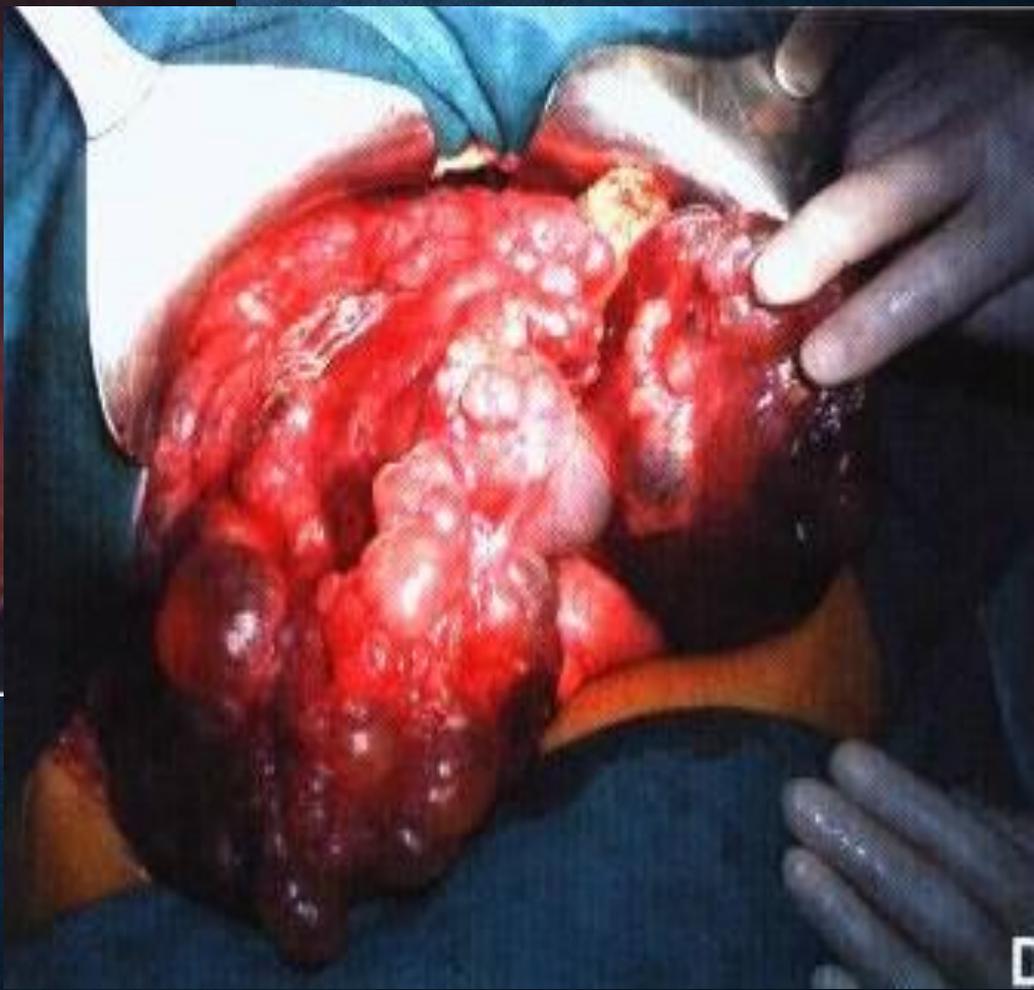
Дренирование кисты  
и деэпителизация этанолом



Операция лапароскопической  
фенестрации



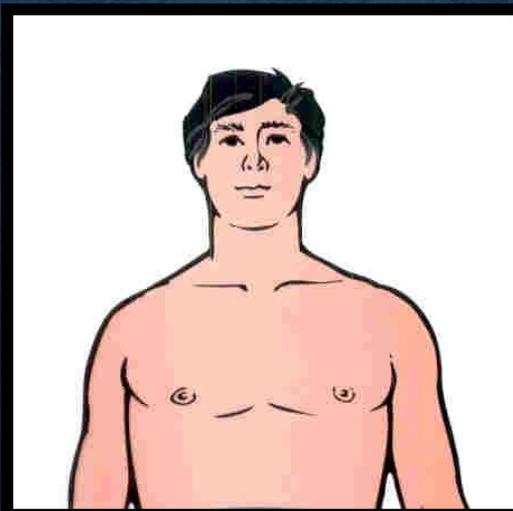
# Эхинококкоз печени



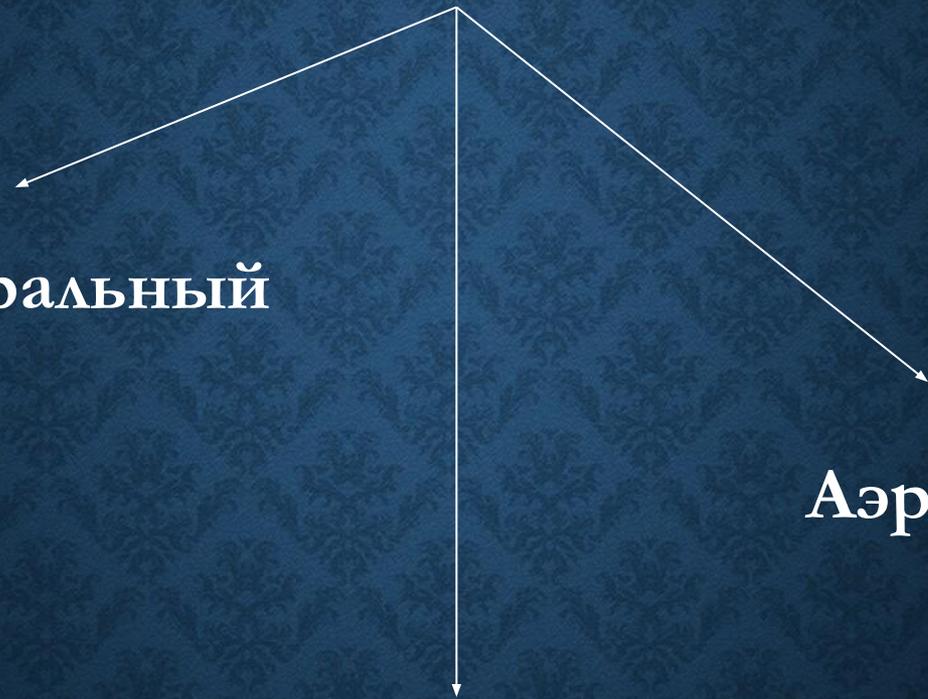
# Промежуточный хозяин



фото Николаева А.



# Пути заражения

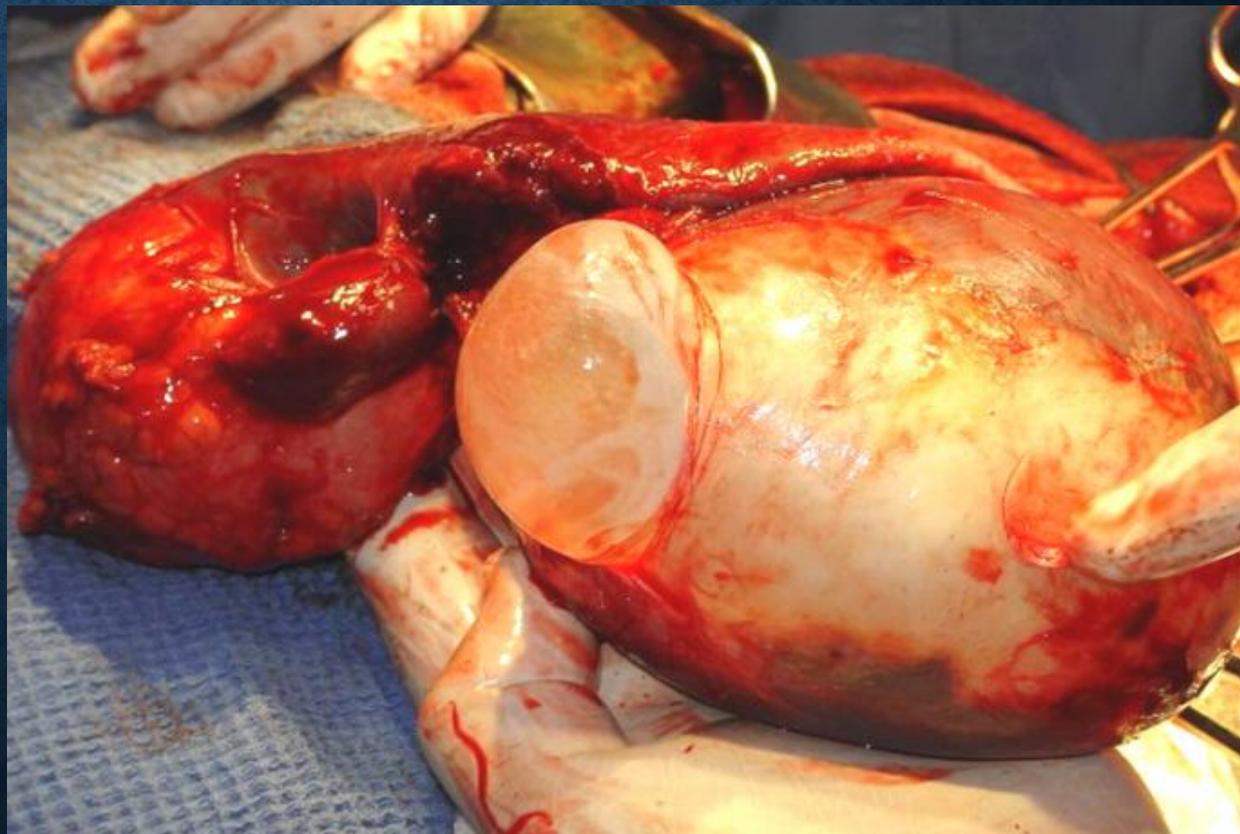


Фекально – оральнЫй

Аэрогенный

Через раневую поверхность

Среди поражений эхинококком различных органов и тканей частота поражения печени составляет 44–84 %



# Клиника эхинококкоза печени

1. Скрытый бессимптомный
2. Выраженных симптомов
3. Осложнений

# Вторая стадия

## Жалобы



# Третья стадия

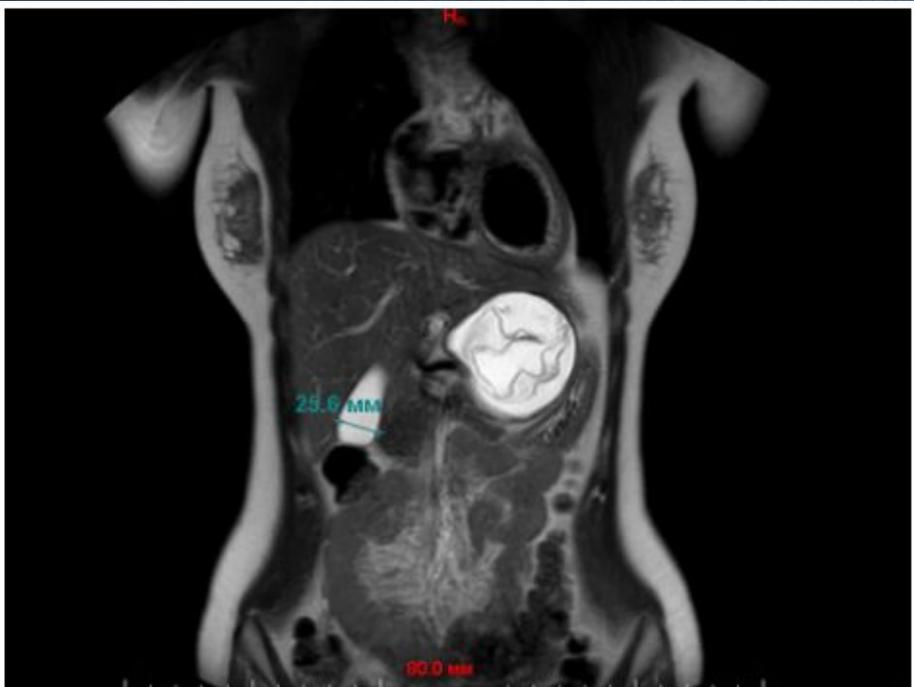
## Нагноение Перфорация Обызвествление



# ДИАГНОСТИКА ЭХИНОКОККОЗА

- КТ
- МРТ
- УЗИ
- Целиакография
- Серологические тесты

## ДИАГНОСТИКА ЭХИНОКОККОЗА

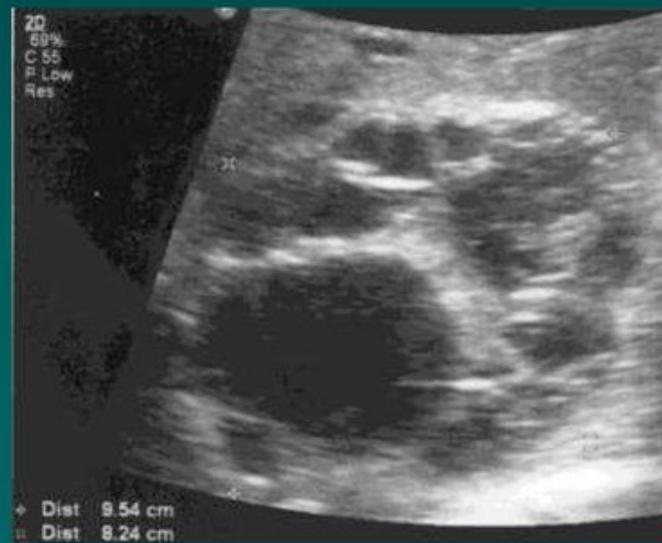


*Рисунок 3. – Компьютерная томограмма.  
Эхинококковая киста 2-3 сегмента у пациентки К.,  
25 лет*



*Рисунок 4. – Компьютерная томограмма.  
Эхинококковая киста правой доли печени  
у пациентки Ж., 55 лет*

# ДИАГНОСТИКА ЭХИНОКОККОЗА



# ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

## ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕЧЕНИ

- Первичный и метастатический рак
- Гепатома
- Гемангиома
- Альвеококкоз
- Дермоидные и эпителиальные кисты
- Амебный и бактериальный абсцесс

# ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

## ЗАБОЛЕВАНИЯ ДРУГИХ ОРГАНОВ

Диафрагмы

- релаксация
- поддиафрагмальный абсцесс

Нижней доли правого легкого

- опухоли
- непаразитарные кисты
- эхинококкоз

Правой почки и правого надпочечника

- гипернефрома
- феохромоцитома

Желчного пузыря

- рак,
- водянка
- холецистит

Забрюшинного пространства

- лимфосаркома

# Показания к применению антипаразитарной медикаментозной терапии :

1. Как альтернативу хирургическому лечению по лечебной программе:
  - а) больным с небольшими ( до 3 см) кистами;
  - б) больным с кистами до 10 см при технической сложности оперативного вмешательства;
  - в) больным с высоким анестезиологическим и оперативным риском, либо при отказе от операции.
2. В сочетании с хирургическим лечением по профилактической программе перед и после операции, особенно при больших кистах, множественном и сочетанном эхинококкозе.

# КЛАССИФИКАЦИЯ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ

## 1. РЕЗЕКЦИЯ ПЕЧЕНИ

## 2. ЗАКРЫТАЯ ЭХИНОКОККЭКТОМИЯ

Идеальное удаление кисты без ее вскрытия вместе с фиброзной капсулой.

Тотальная перицистэктомия – полное удаление фиброзной капсулы после вскрытия и удаления кисты.

Частичная перицистэктомия с ликвидацией остаточной полости (капитонаж и инвагинация остаточной полости; тампонада сальником; абдоминализация)

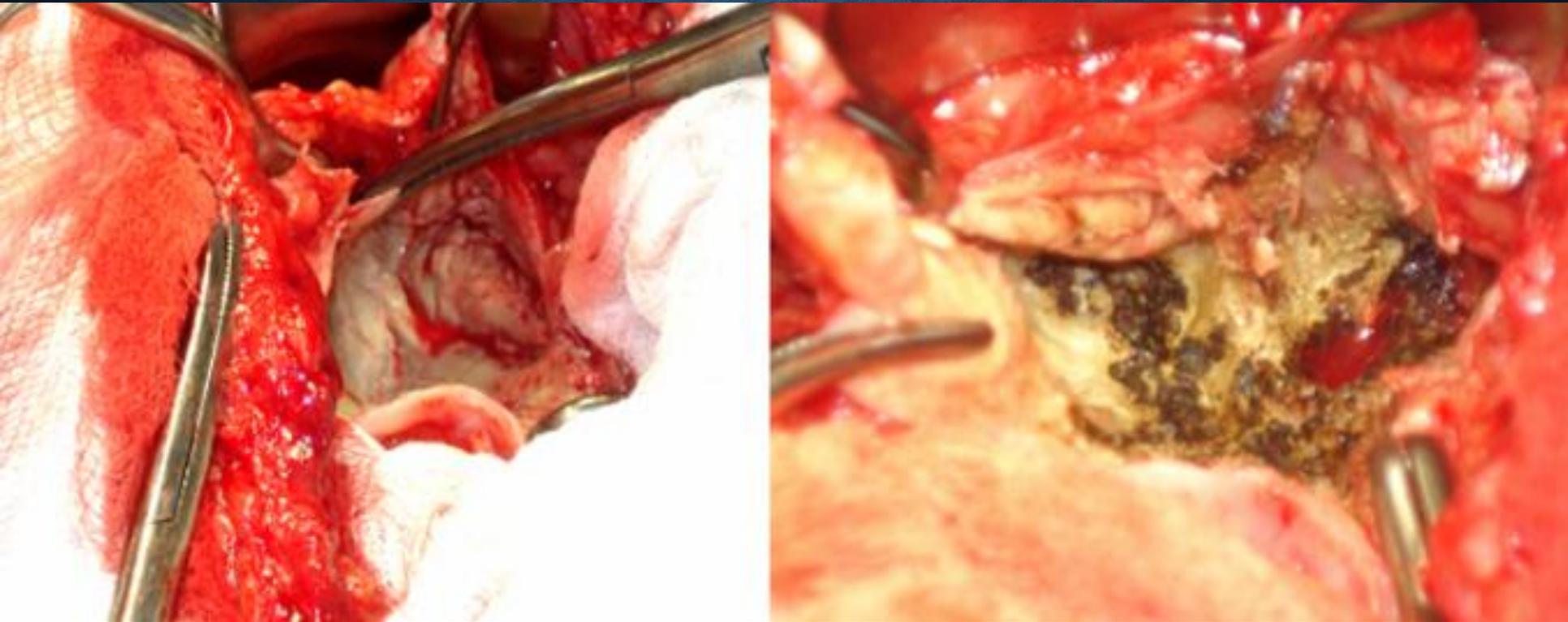
## 3. ОТКРЫТАЯ ЭХИНОКОККЭКТОМИЯ (марсупиализация остаточной полости, частичная перицистэктомия с наружным дренированием остаточной полости)

## 4. МАЛОИНВАЗИВНАЯ ЭХИНОКОККЭКТОМИЯ

- При небольших размерах и краевом расположении возможно **удаление кисты с оболочками без вскрытия просвета.**
- При крупных, кистах в толще ткани — **удаление кисты с внутренними оболочками после пункции с отсасыванием содержимого.**
- При нагноении кисты — **дренируют.**
- При больших размерах или обызвествлении — **марсупиализация**



# ОБРАБОТКА ОСТАТОЧНОЙ ПОЛОСТИ ЛАЗЕРОМ ИЛИ ГЕРМИЦИДНЫМИ СРЕДСТВАМИ



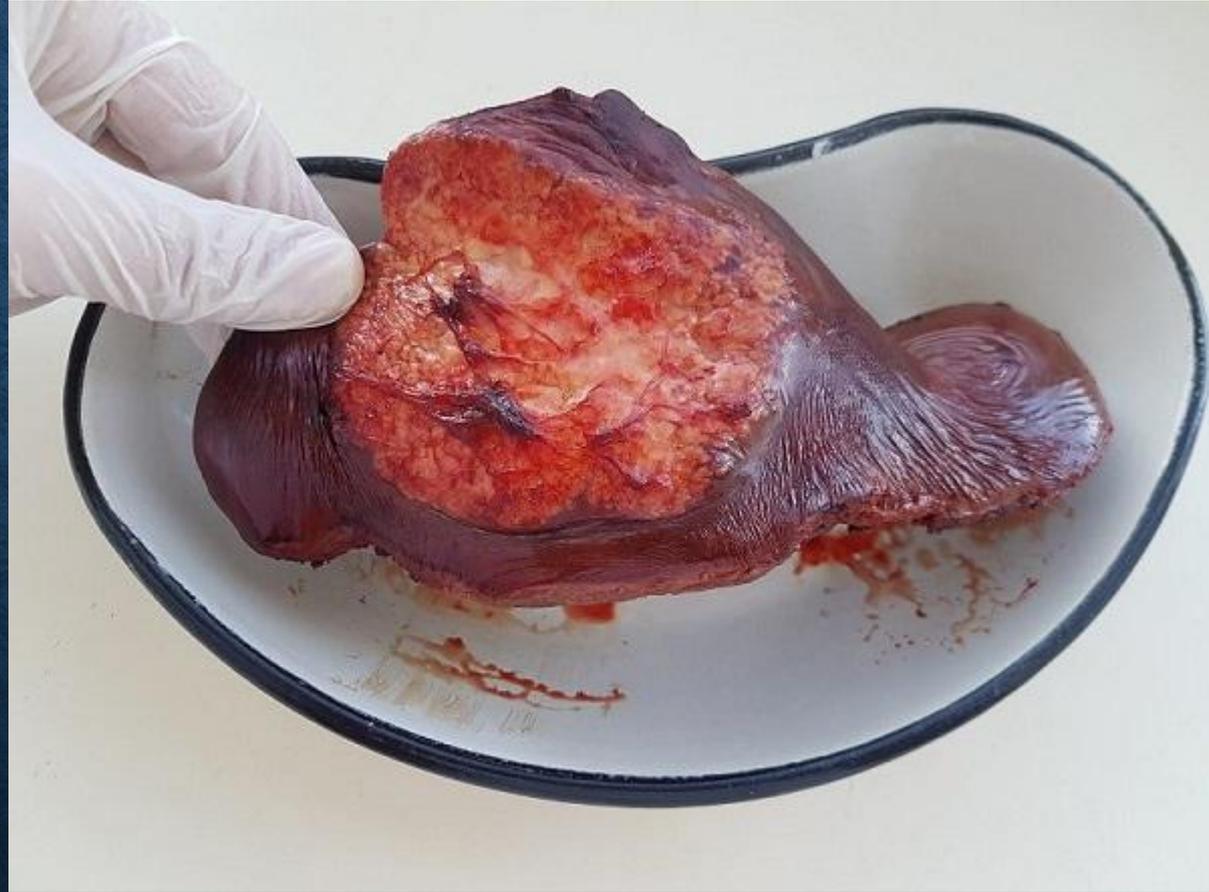
# ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ЭХИНОКОККЭКТОМИЯ



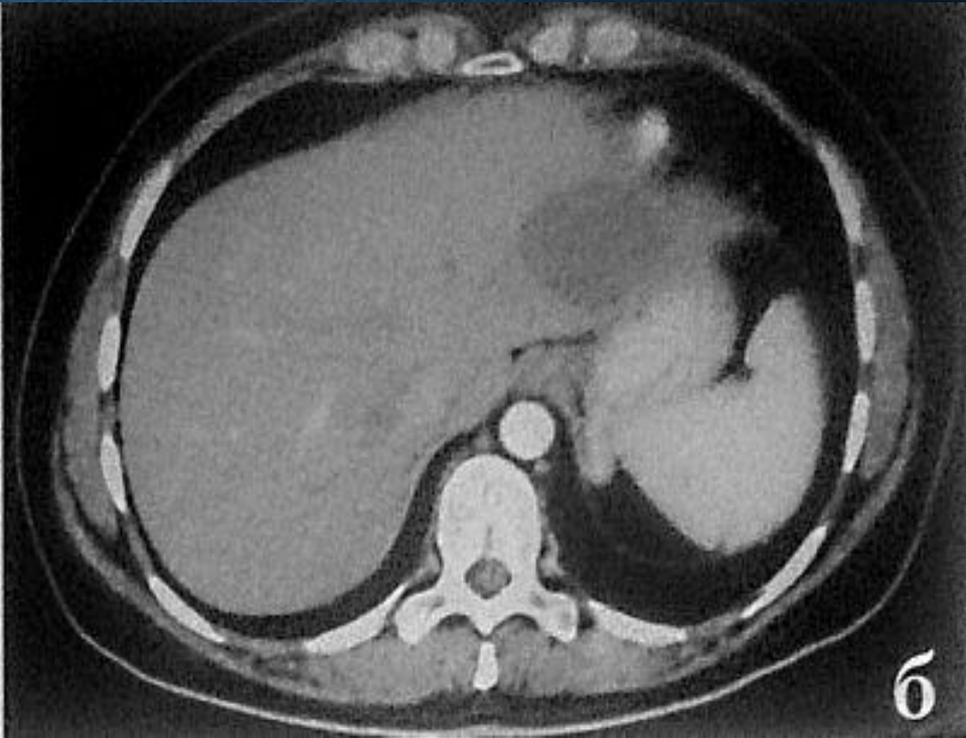
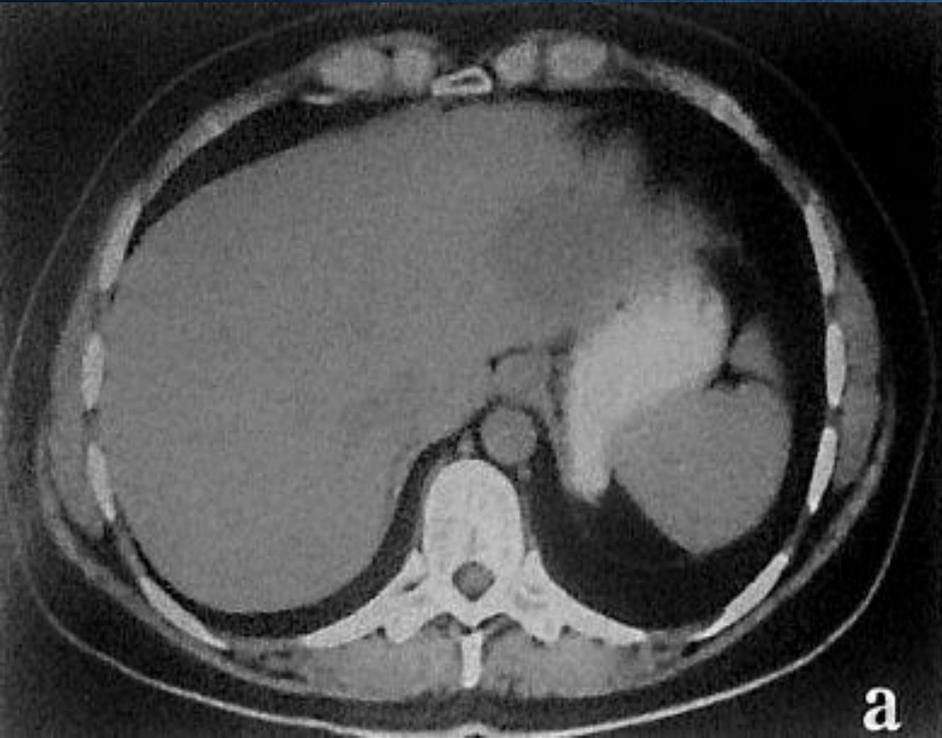
# АЛЬВЕОЛОКОККОЗ

(ВОЗБУДИТЕЛЬ - ALVEOCOCCUS MULTILOCULARIS)

- Очаг поражения состоит из нескольких элементов – кистозных и солидных. Капсулы не образует, поэтому полость распадается.
- **Симптоматика очень похожа на таковую при злокачественной опухоли печени:** тупые ноющие боли в правом подреберье и эпигастральной области, слабость, гепатомегалия, желтуха.



# КТ АЛЪВЕОЛОКОККОЗА



# МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ АЛЬВЕОЛОКОККОЗА

Радикальный: резекция печени

Паллиативные:

- удаление основной массы узла с оставлением его фрагментов в области ворот печени,
- наружное или внутреннее дренирование желчных путей при обтурационной желтухе,
- дренирование полости распада,
- введение в толщу ткани узла противопаразитарных препаратов,
- криодеструкция остатков неудаленного паразита жидким азотом.

Рекомендуют химиотерапию мебендазолом, его производными (альбендазолом).

A blue-tinted photograph of a surgical tray. The tray is covered with a light blue cloth and contains several items: a pair of surgical forceps, a pair of surgical scissors, a pair of surgical clippers, a pair of surgical retractors, a pair of surgical sponges, a pair of surgical gauzes, a pair of surgical drapes, a pair of surgical towels, a pair of surgical gowns, a pair of surgical masks, a pair of surgical caps, a pair of surgical gloves, a pair of surgical shoes, a pair of surgical scrubs, a pair of surgical gowns, a pair of surgical masks, a pair of surgical caps, a pair of surgical gloves, a pair of surgical shoes, a pair of surgical scrubs. The background is blurred, showing a hospital setting.

**БЛАГОДАРЮ ЗА  
ВНИМАНИЕ**