

ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМ. М. ГОРЬКОГО

КАФЕДРА ХИРУРГИИ ИМ. К.Т. ОВНАТАНЯНА

ЛЕКЦИЯ

ОСТРЫЙ И ХРОНИЧЕСКИЙ ХОЛЕЦИСТИТИТ, ЖЕЛЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ И ИХ ОСЛОЖНЕНИЯ



Д.мед.н., профессор,
засл. врач Украины

Шаталов Александр
Дмитриевич

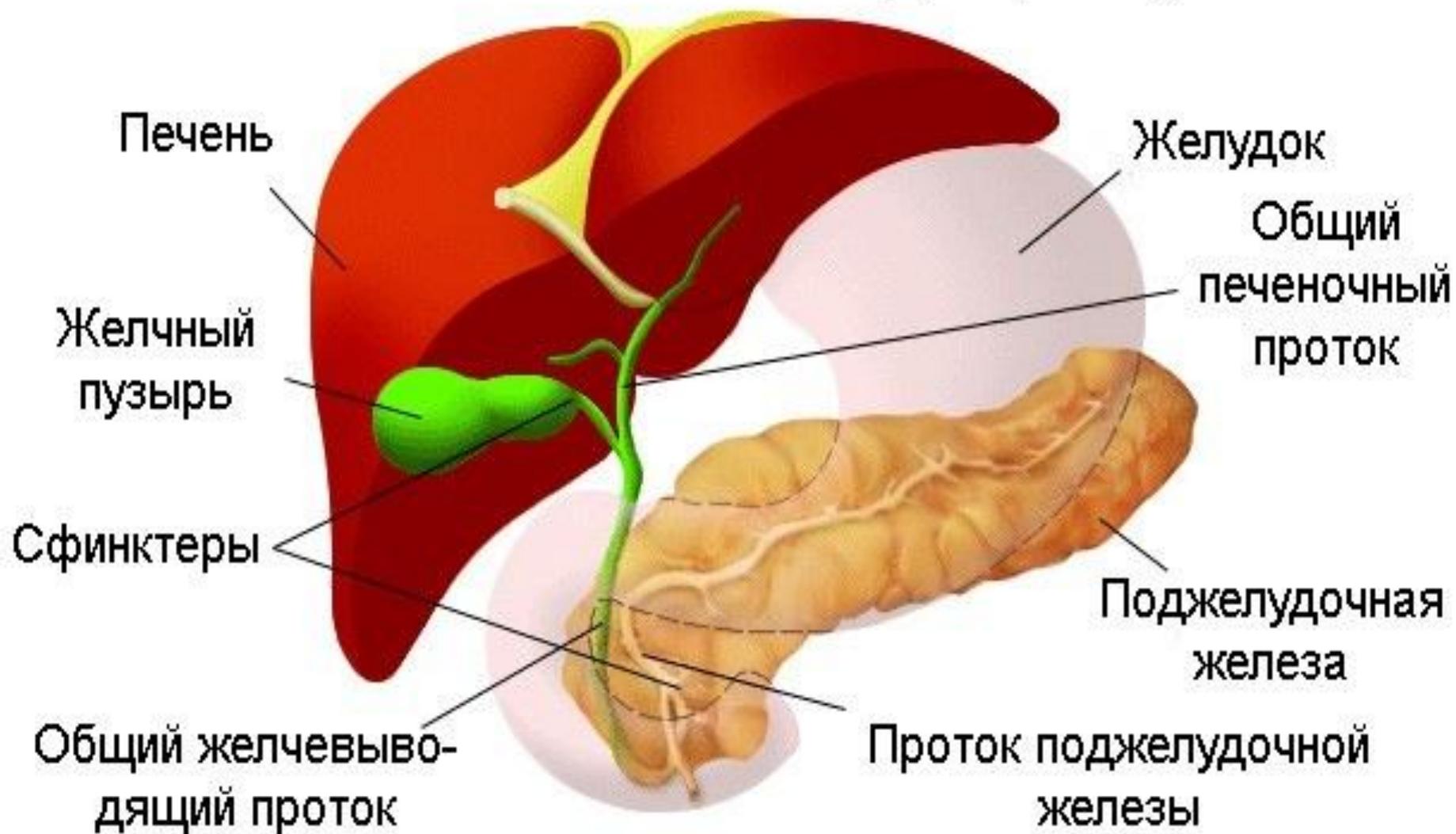
ИСТОРИЧЕСКАЯ СПРАВКА

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 холецистэктомию.
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 Украины составляет 1 млн человек в год.
- ❖ В Украине 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 желчевыводящих путей



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 отхождения пузырной артерии и протоков.

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.



ТЕОРИИ ПАТОГЕНЕЗА ХОЛЕЛИТИАЗА

До последнего времени всеобщим признанием пользовались 3 основные теории:

1. Инфекционная.
2. Теория застоя желчи.
3. Нарушение липидного обмена веществ.

Ни одна из теорий не решает вопрос камнеобразования в полной мере.

В настоящее время на первое место выдвигается теория коллоидных растворов !!!

При изменении соотношения ионов, Рн (ниже 6,0), температуры изменяются силы поверхностного натяжения и в коллоидном растворе может произойти выпадение осадка.

ТЕОРИИ ПАТОГЕНЕЗА ХОЛЕЛИТИАЗА

Известно, что главными липидами желчи являются:

1. ХОЛЕСТЕРИН
2. ЖЕЛЧНЫЕ КИСЛОТЫ
3. ФОСФОЛИПИДЫ (ЛЕЦИТИН)

Коллоидный раствор желчи считается устойчивым, если на одну молекулу холестерина приходится 6 молекул желчных кислот и 2 молекулы лецитина.

Metzger предложил ИНДЕКС ЛИТОГЕННОСТИ (ИЛ):

Кол-во холестерина в желчи

ИЛ = $\frac{\text{Кол-во холестерина в желчи}}{\text{Кол-во холестерина, которое может быть растворено при данном соотношении желчных кислот и лецитина}}$

ИЛ < 1 – желчь ненасыщенная

ИЛ = 1 – желчь насыщенная

ИЛ > 1 – желчь перенасыщенная

ТЕОРИИ ПАТОГЕНЕЗА

ХОЛЕЛИТИАЗА



Иницирующий фактор
(микрофлора, пищевой дисбаланс,
аллергические, аутоиммунные
процессы)



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 желчного пузыря
4. Стенозирующий папиллит
5. Холецистопанкреатит
6. Билиогенный (сателлитный) гепатит
7. Синдром Мирриси

ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ



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

ЭТИОГЛОГИЯ

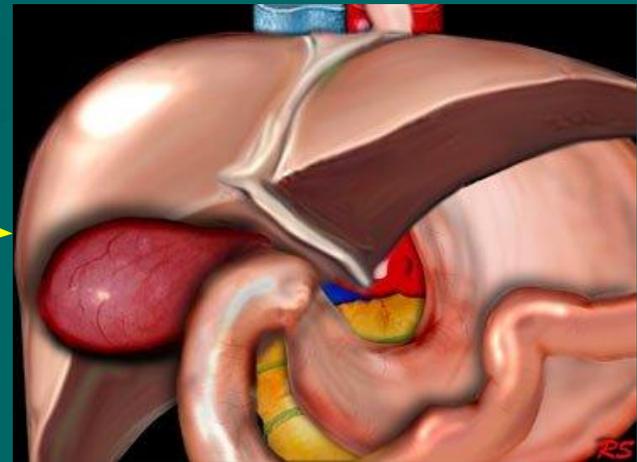
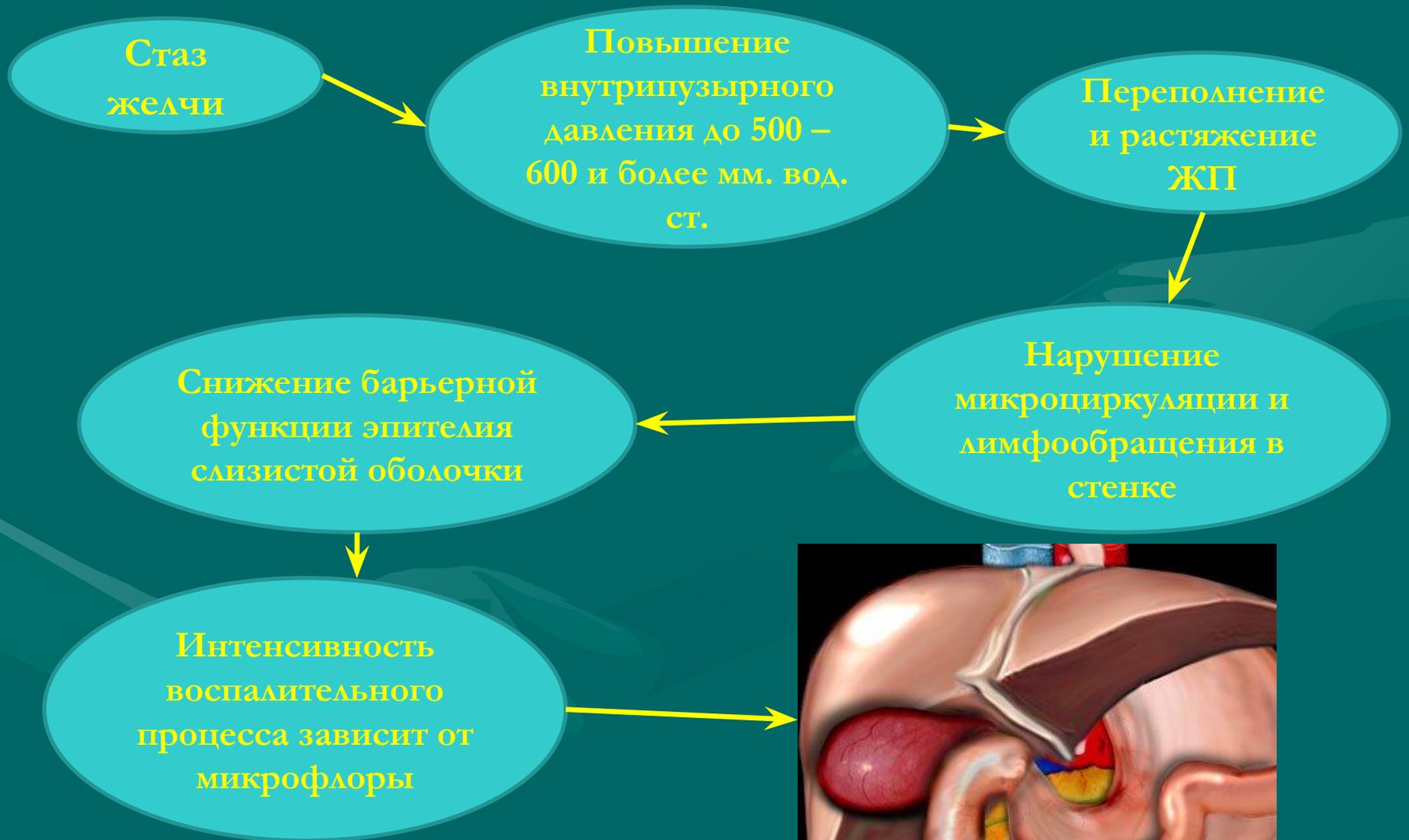
- 1. Патогенная и условнопатогенная флора** (кишечная палочка, энтерококк, стафилококк, стрептококк, протей, палочка брюшного тифа и неклостридиальные анаэробы). Пути инфицирования желчи: энтерогенный, гематогенный и лимфогенный.
- 2. Нарушение оттока желчи (основной этиологический фактор)!**

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

КЛАССИФИКАЦИЯ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

- ❖ Единой классификации острого холецистита, которая включала бы как морфологические, так и различные клинические своеобразия заболевания не существует.
- ❖ Наиболее приемлемой является клинико-морфологическая классификация А.А. Шалимова

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ХОЛЕЦИСТИТА ПО А.А. ШАЛИМОВУ

1. Хронический холецистит

- Хронический калькулезный холецистит.
- Хронический бескаменный холецистит.
- Первично-хронический холецистит.
- Хронический рецидивирующий холецистит.
- Хронический рецидивирующий холецистит, осложненный:
 - нарушением проходимости желчных протоков;
 - септическим холангитом;
 - облитерирующим холангитом;
 - панкреатитом;
 - гепатитом и билиарным циррозом печени;
 - водянкой желчного пузыря;
 - склерозированием желчного пузыря;
 - околопузырным хроническим абсцессом;
 - хронической эмпиемой желчного пузыря.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ХОЛЕЦИСТИТА ПО А.А. ШАЛИМОВУ

2. 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

Выделяют основные синдромы:

1. Болевой синдром.
2. Диспептический синдром.
3. Интоксикационный.
4. Абдоминальный.
 - Абдоминальные симптомы:
 - Ортнера-Грекова;
 - Мюсси-Георгиевского;
 - Мерфи;
 - Кера;
 - Партюрье .

Симптом Щеткина-Блюмберга.

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.
- ◆ Оральная или внутривенная холецистография.
- ◆ Дуоденальное зондирование (при бескаменном холецистите).



ОСТРЫЙ ОБТУРАЦИОННЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ

ОСТРЫЙ КАЛЬКУЛЕЗНЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ

ОСТРЫЙ ОБТУРАЦИОННЫЙ КАЛЬКУЛЕЗНЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ С ЯВЛЕНИЯМИ ДЕСТРУКЦИИ



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.

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).

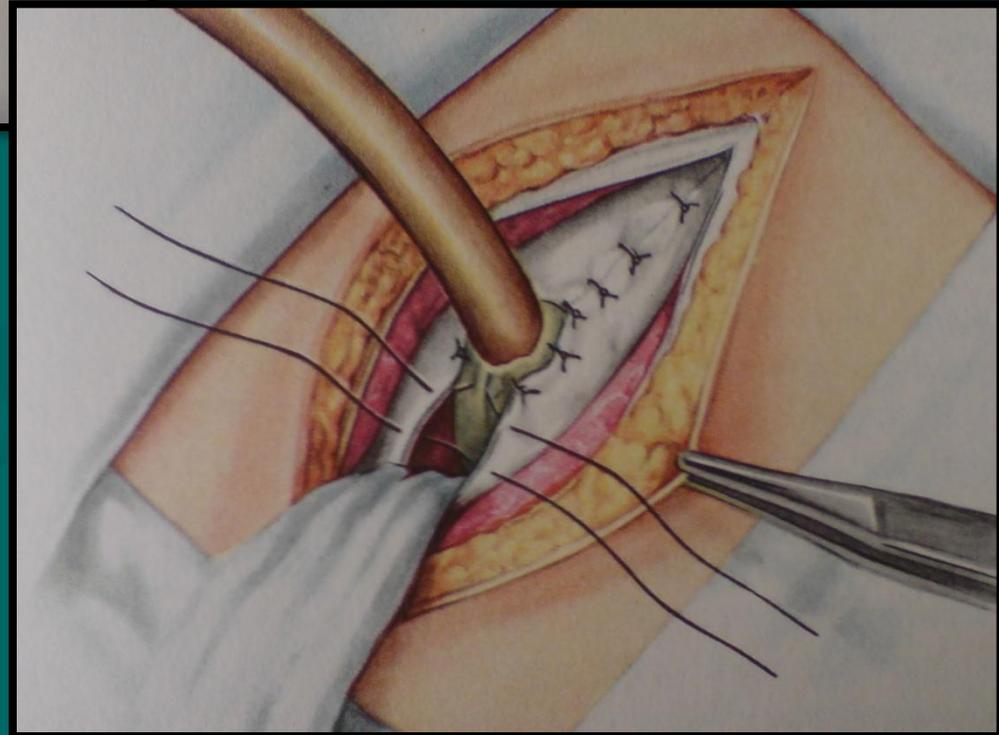
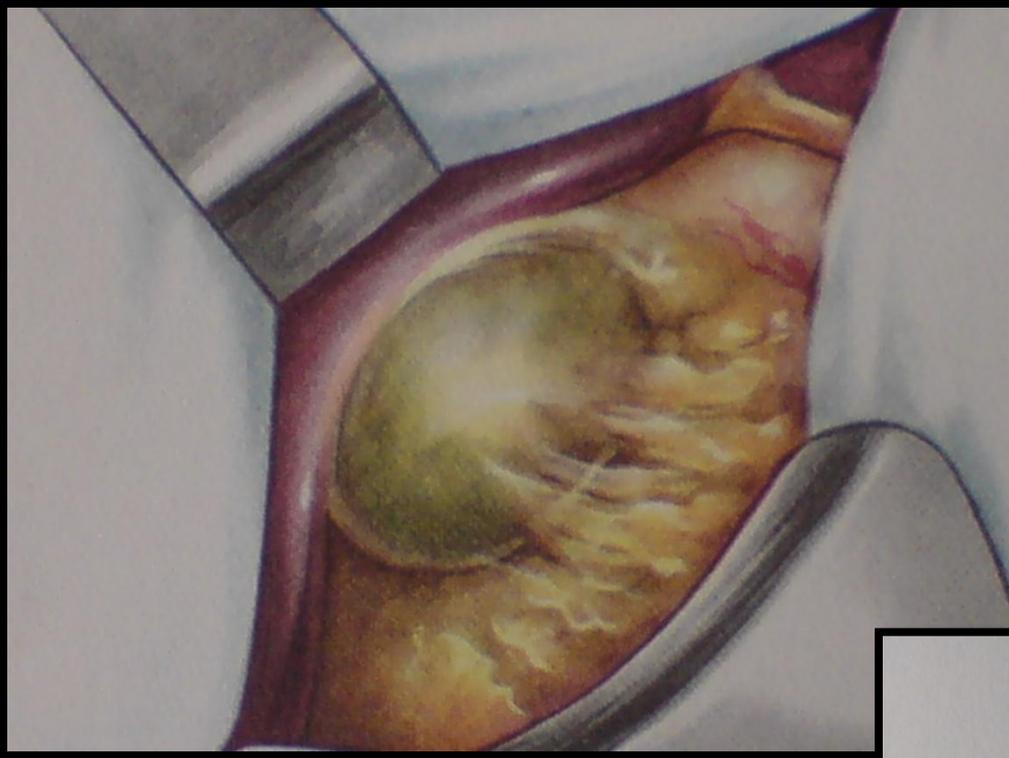
ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

- При деструктивных формах воспаления (флегмонозный, гангренозный, перфоративный), а также при развитии перитонита показано экстренное оперативное вмешательство (вынужденная операция по жизненным показаниям).
- 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).

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

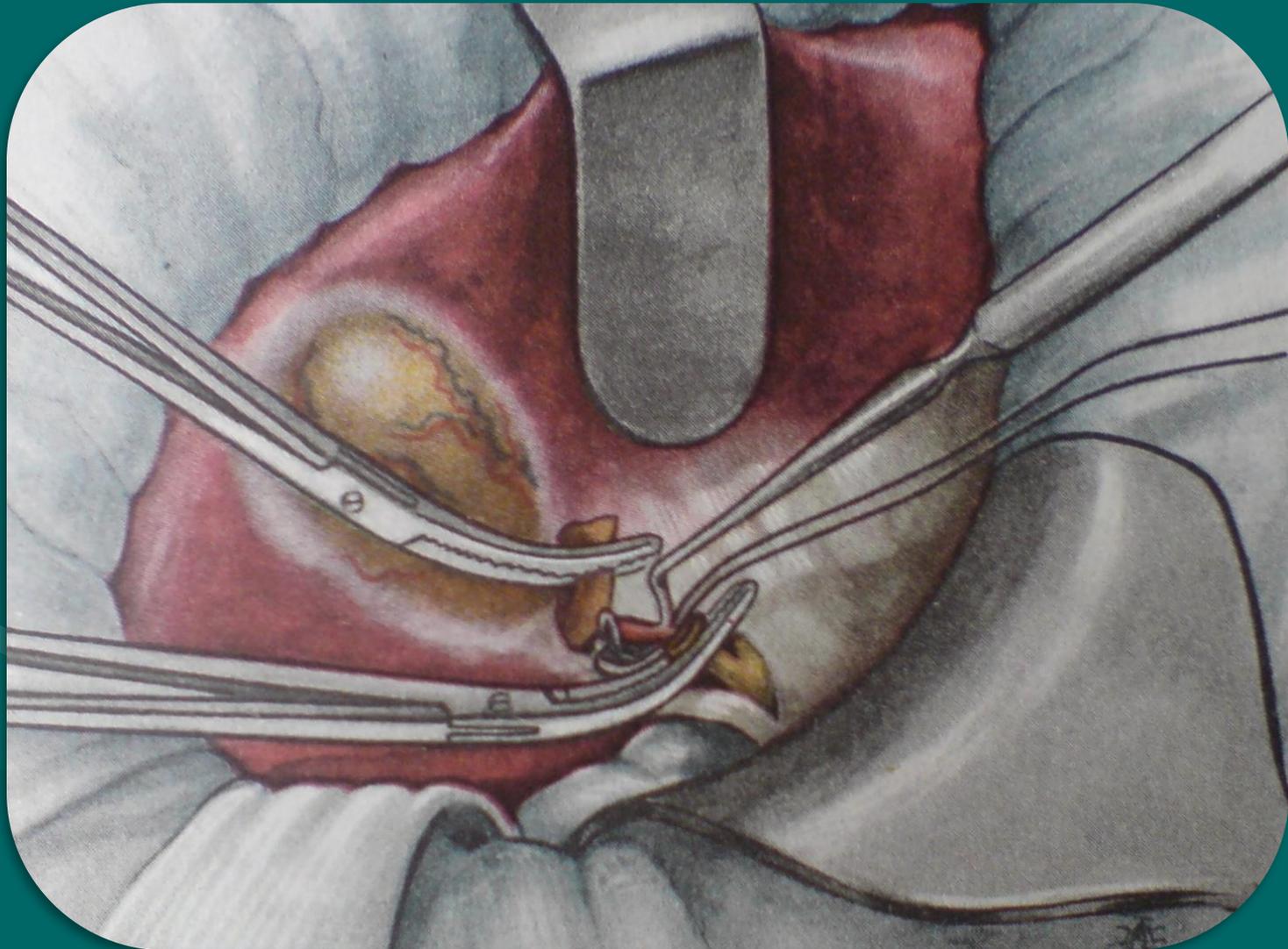
- ✓ Больных с хроническим бескаменным холециститом лечат гастроэнтерологи.
- ✓ Хирургическому лечению подлежат все формы хронического калькулезного холецистита и хронический бескаменный холецистит со стойким бактериальным инфицированием ЖП и протоков при отсутствии эффекта от терапевтического лечения.
- ✓ Объем операции – традиционная (открытая) или лапароскопическая холецистэктомия.

ЛАПАРОТОМИЯ

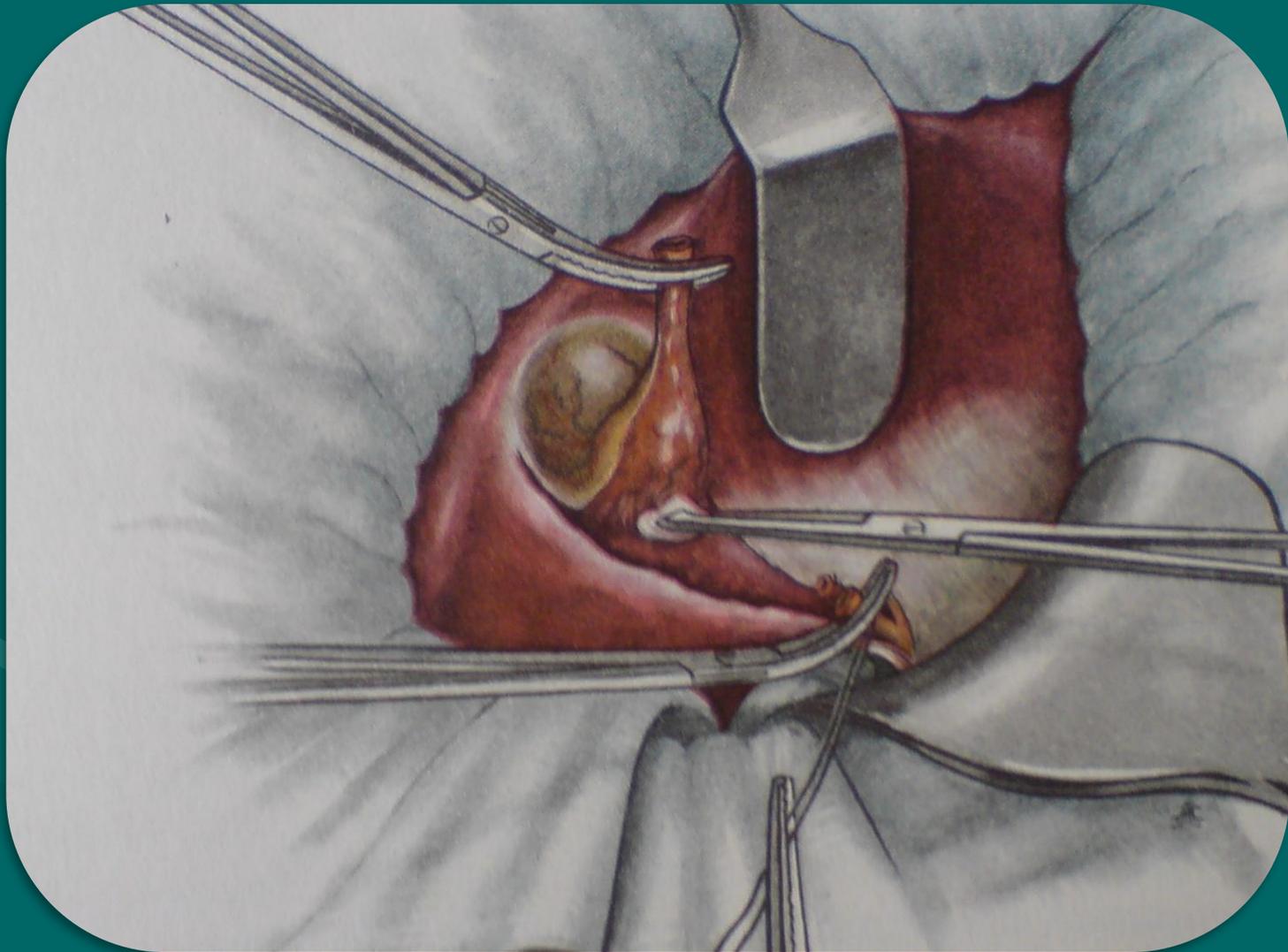


ХОЛЕЦИСТОСТОМИЯ

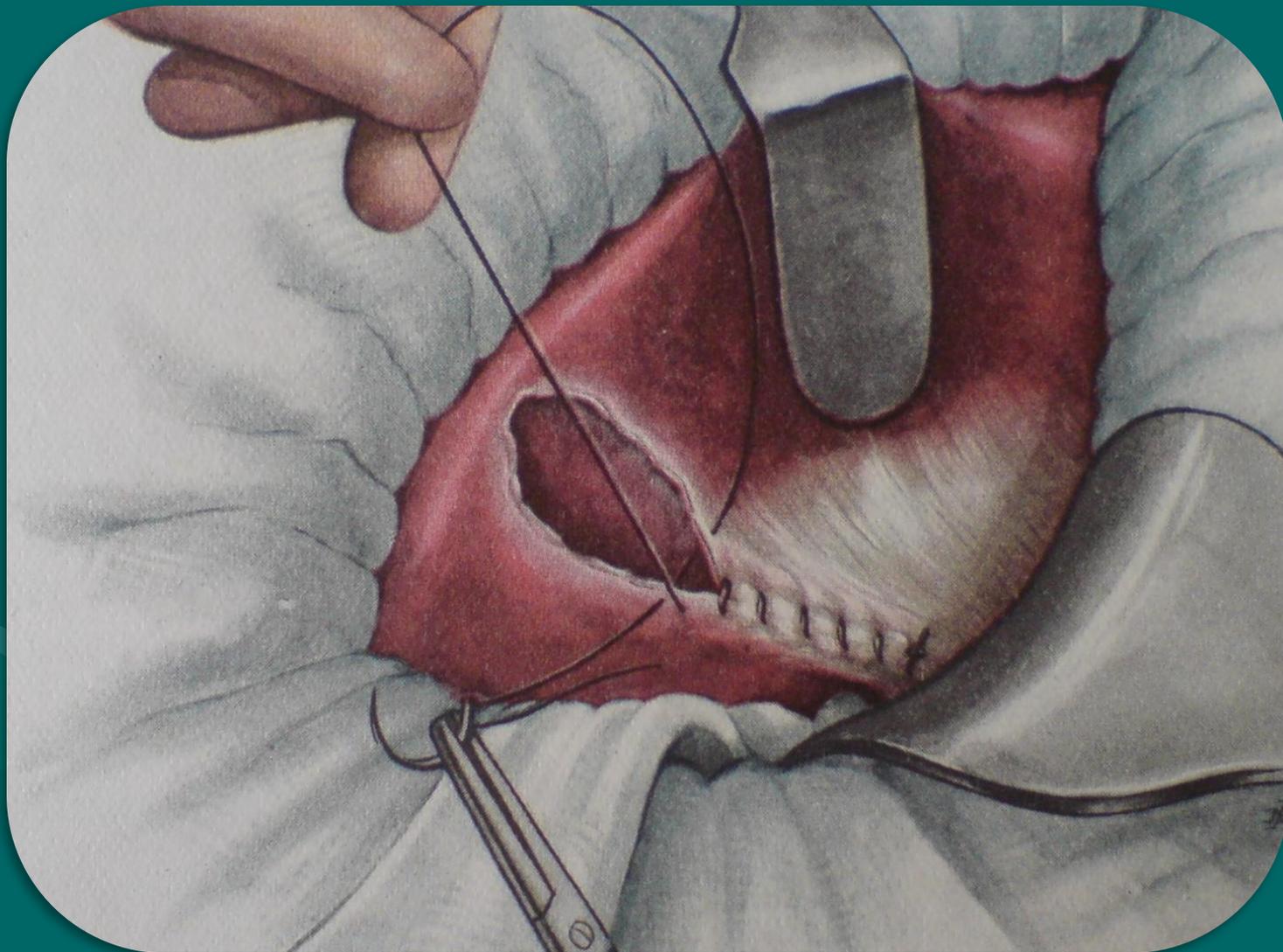
ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ОТ ШЕЙКИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ



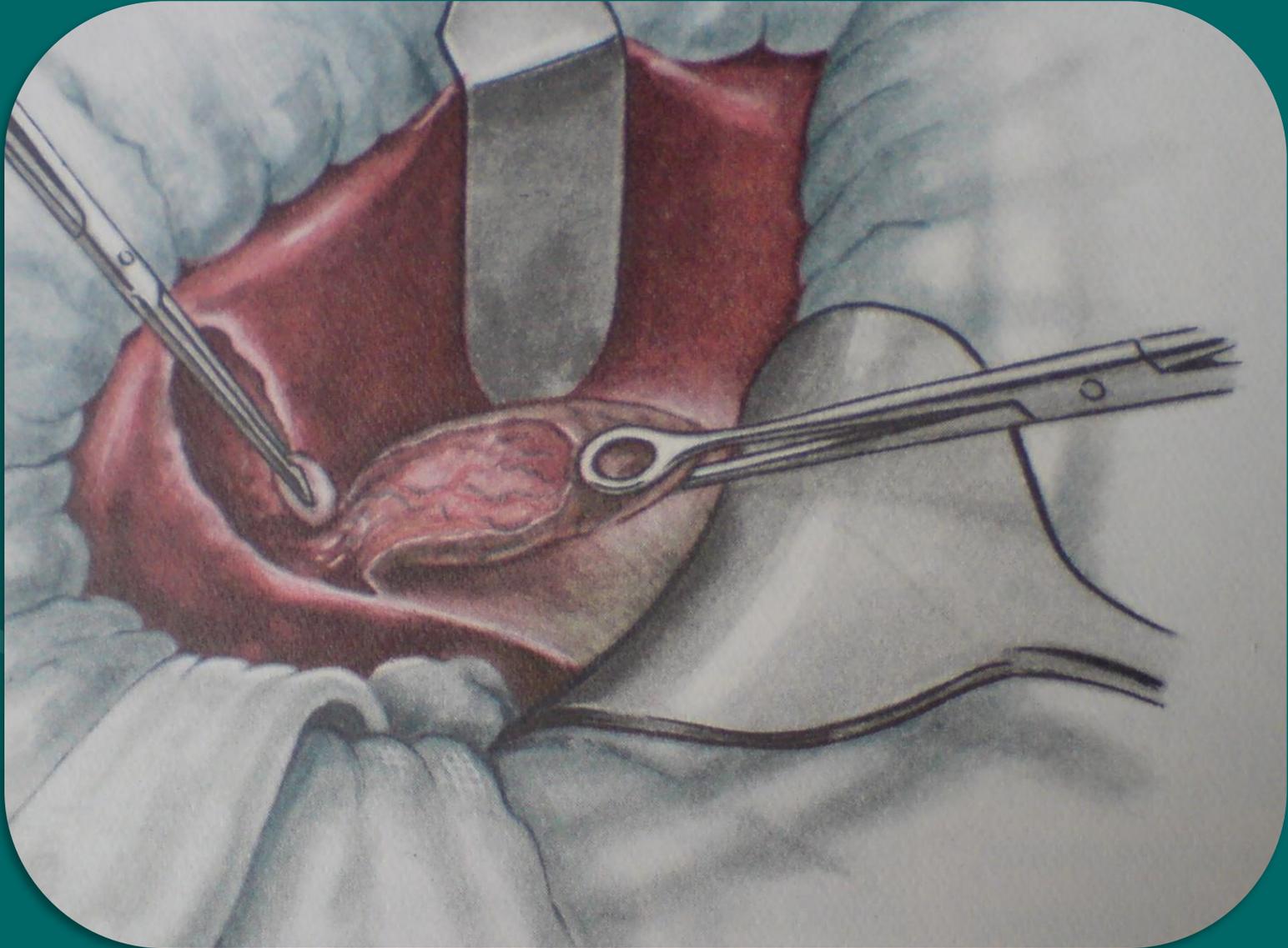
ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ОТ ШЕЙКИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ



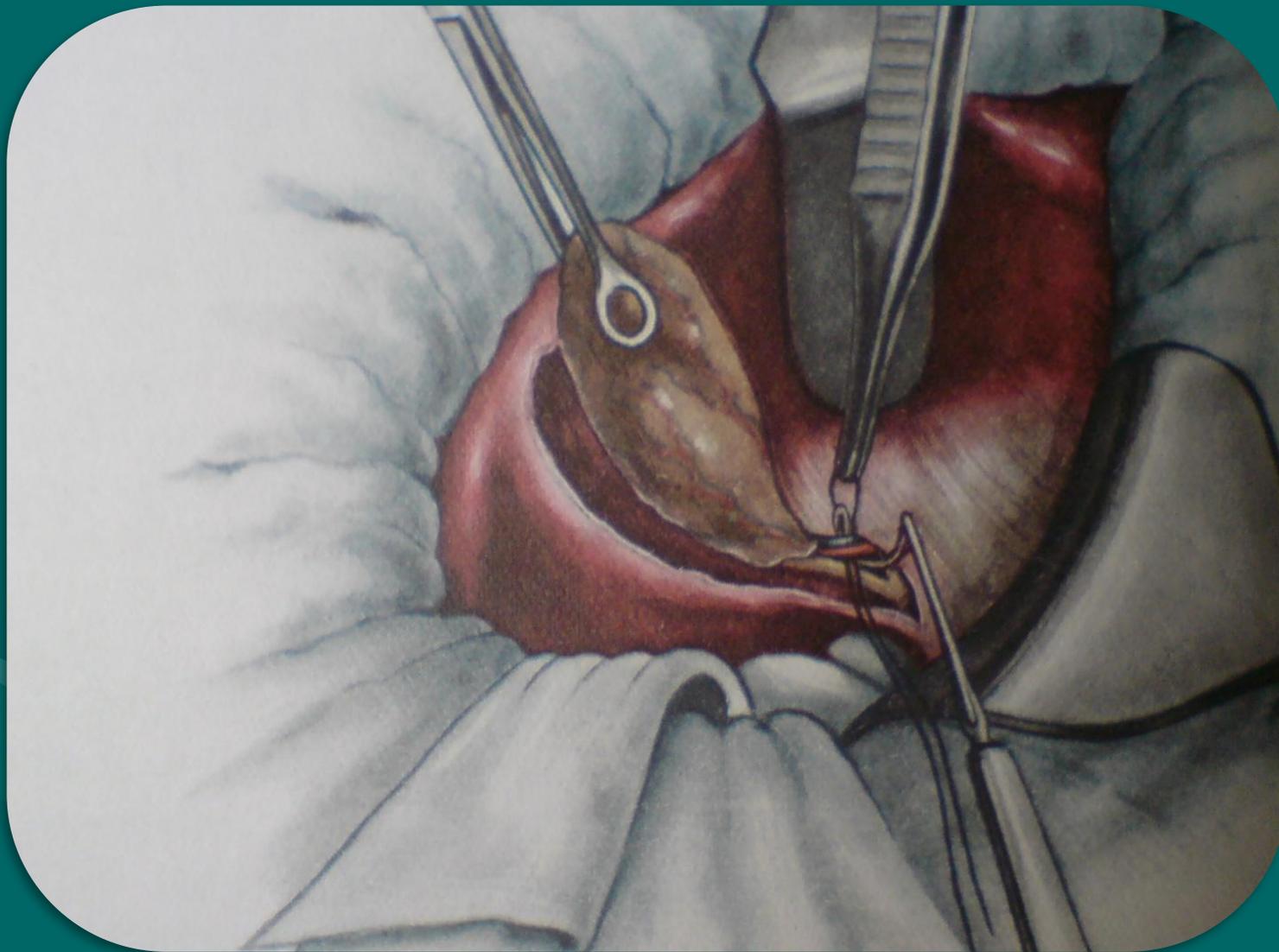
УШИВАНИЕ ЛОЖА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ



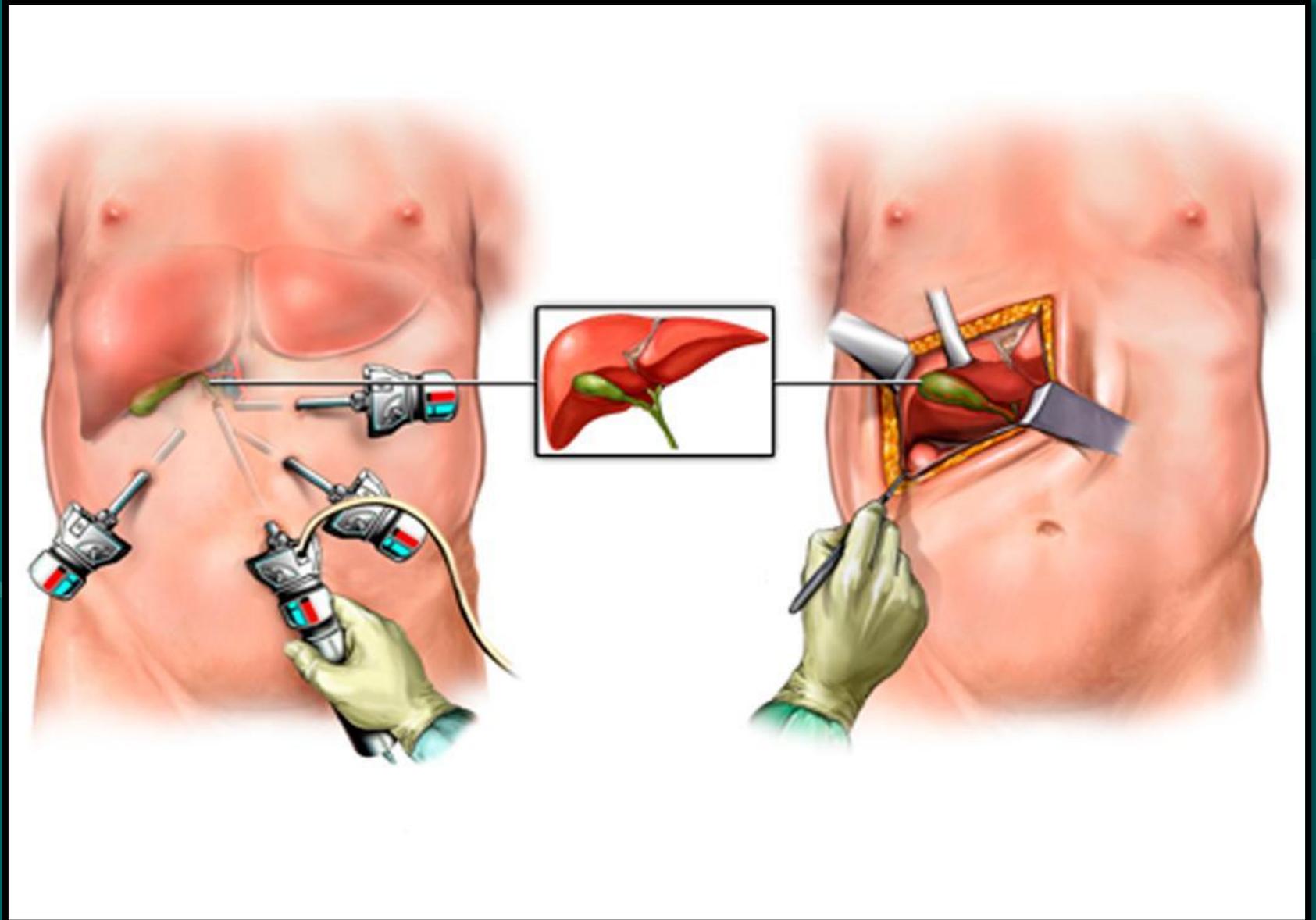
ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ОТ ДНА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ



ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ОТ ДНА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

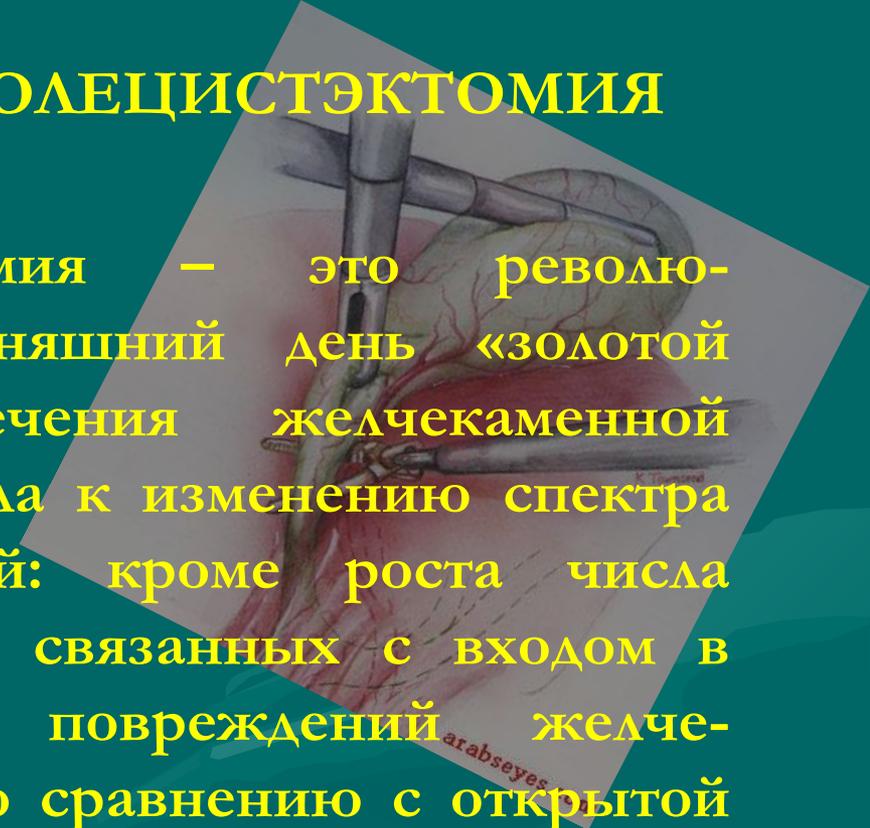


ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ В СРАВНЕНИИ С ТРАДИЦИОННОЙ (ОТКРЫТОЙ)



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.



ОСОБЕННОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛХЭ

- Интубационный наркоз.
- Аппаратура «Karl Storz», «Olimpus», «Ethicon».
- Как правило используется 4 троакара (2 – 10-и 2 – 5 миллиметровых).
- Операция заканчивается дренированием подпеченочного и, по необходимости поддиафрагмального пространства.
- Дренажи как правило удаляем на 1е сутки.



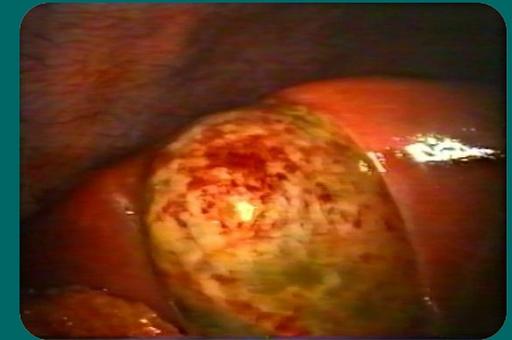
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ



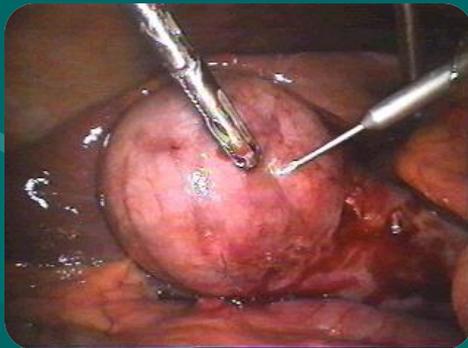
Типичные места введения лапаропортов



Введение лапаропортов в брюшную полость

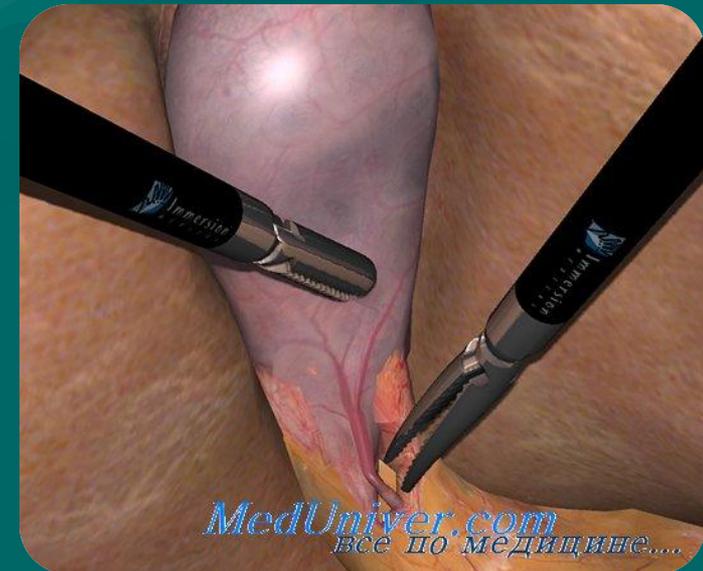


Острый обтурационный холецистит



Пункция желчного пузыря

Выделение пузырного протока и артерии



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 urgentную 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 холестаза (при эхинококкозе печени, первичном и метастатическом раке печени, внутривнутрипеченочном литиазе, врожденных кистах, гемобилии).

- Внепеченочный холестаза (при камнях, опухолях, паразитах, инородных телах гепатикохоledoха, холангите, рубцовых стриктурах желчных протоков, БДС, опухолях головки ПЖ, кистах ПЖ, панкреатите, атрезии (гипоплазии) 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 опухолевой 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 опухольассоциированного 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**

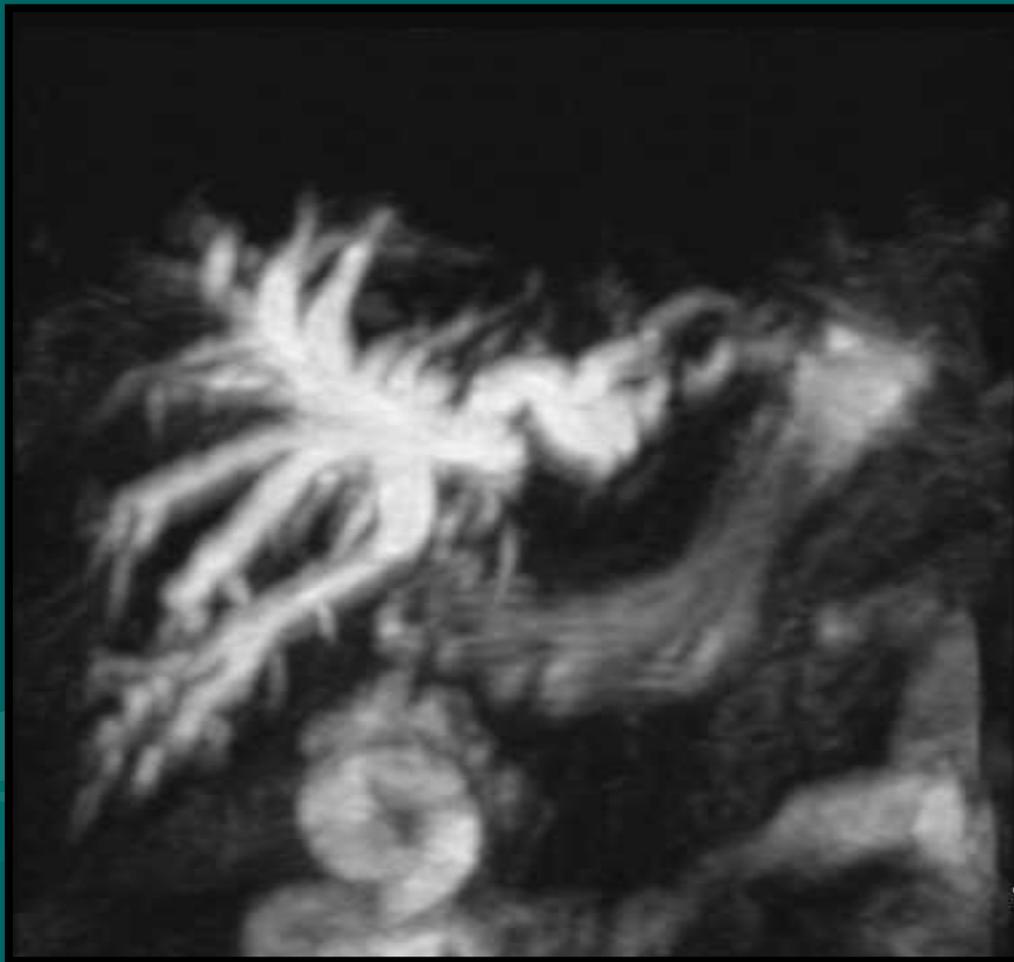


**МР-холангиопанкреатография
(бесконтрастная). Билиарная
гипертензия.**

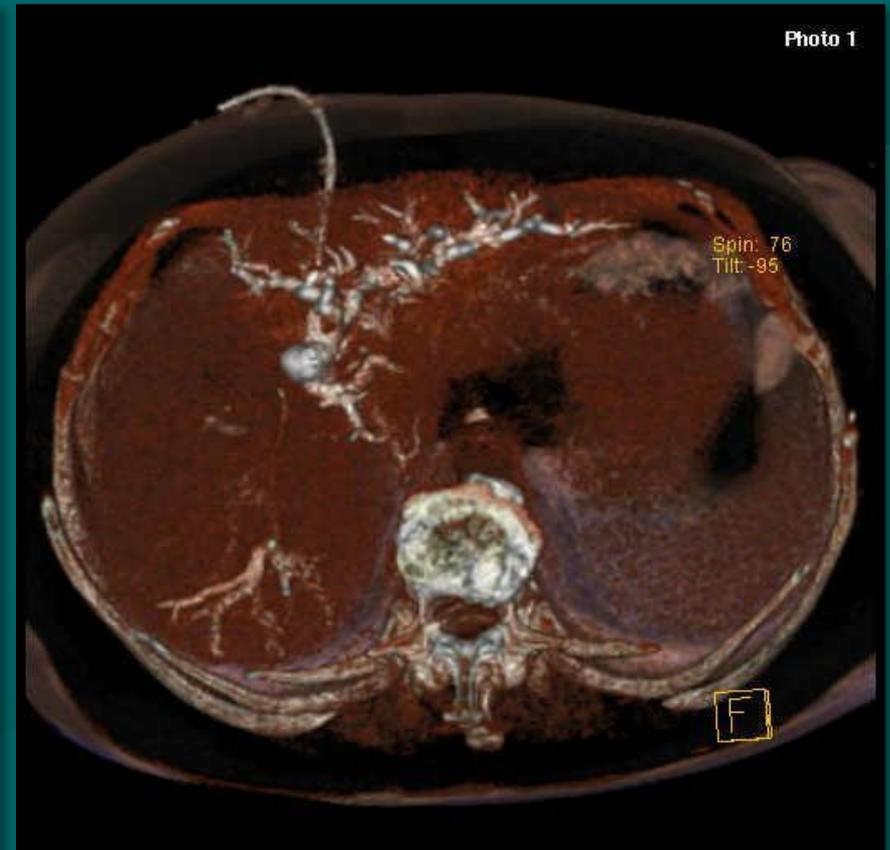
ЭРХПГ



MR-ХОЛАНГИОГРАФИЯ



ЧРЕСКОЖНАЯ, ЧРЕСПЕЧЕНОЧНАЯ ХОЛАНГИОСТОМИЯ И ХОЛАНГИОГРАФИЯ



СПОСІБ ФОРМУВАННЯ АНАСТОМОЗОВ МЕЖДУ ПОЛІМЕРНИМИ ОРГАНАМИ, патент № 64520А, Україна

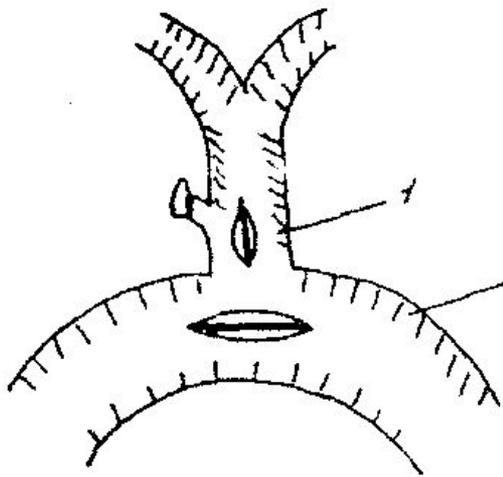


Fig. 1

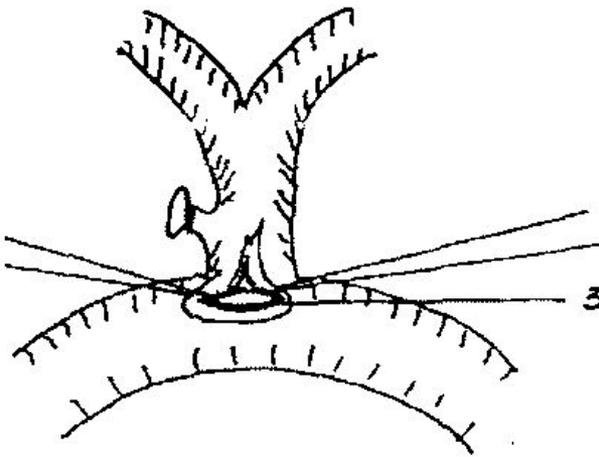


Fig. 2

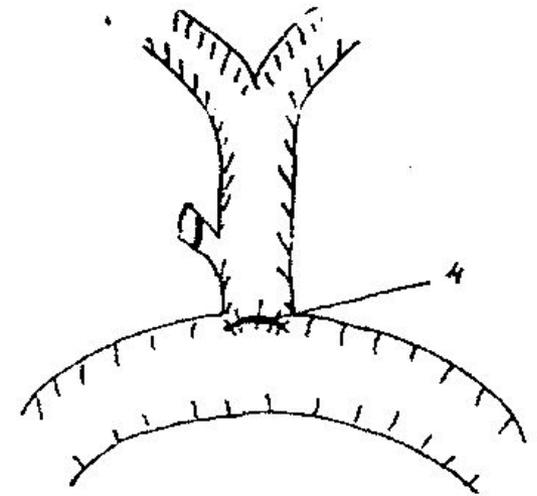
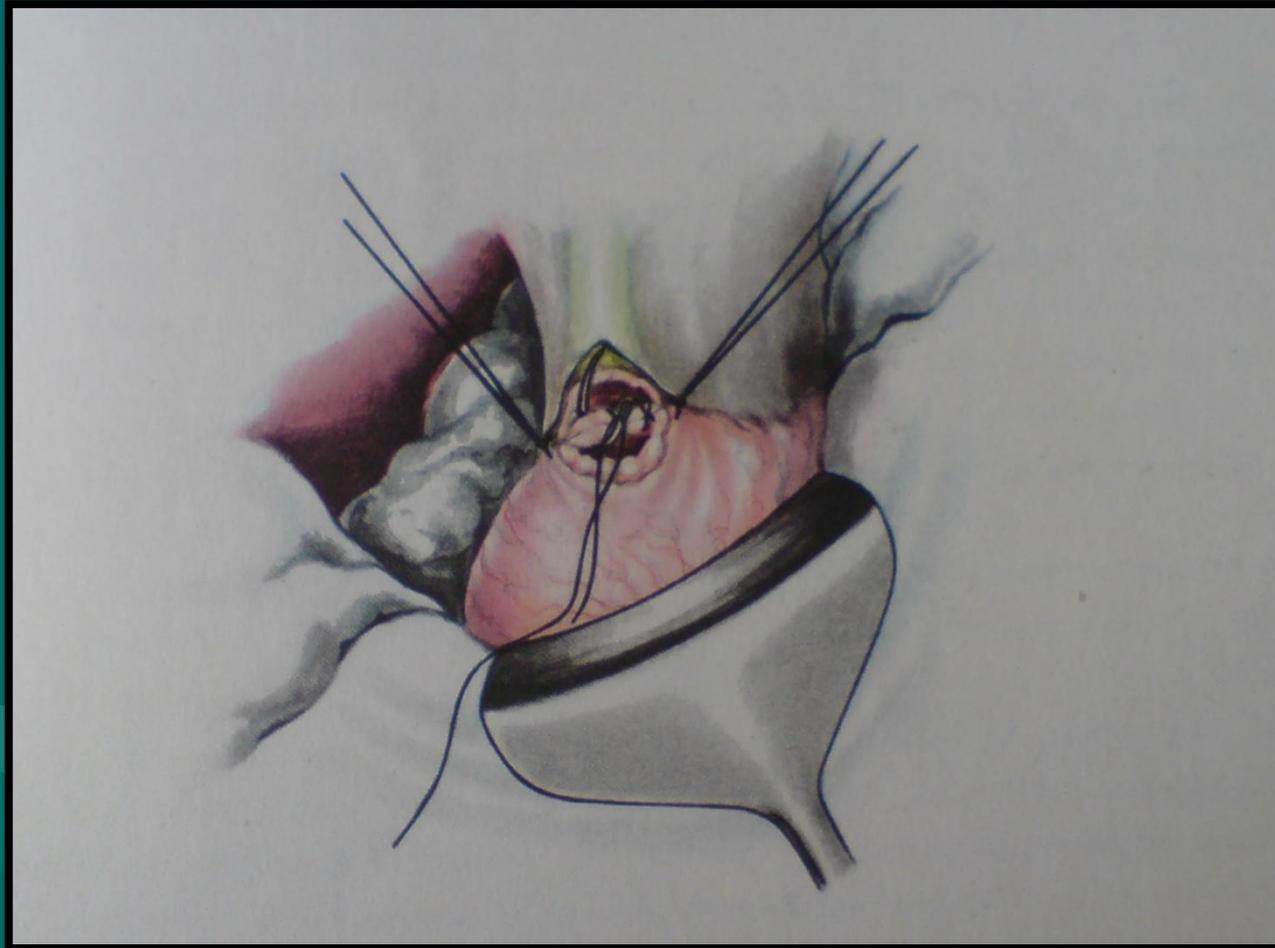
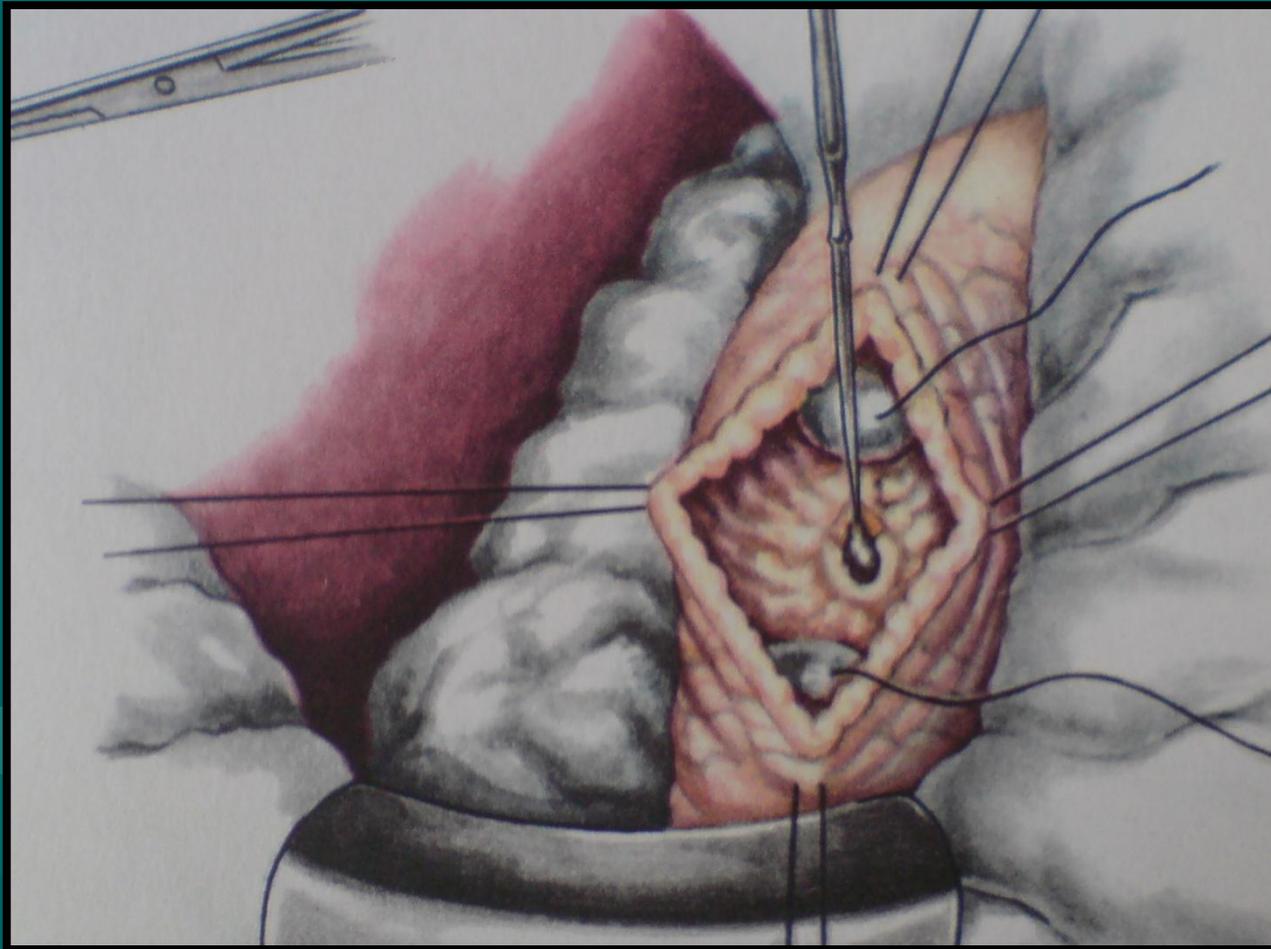


Fig. 3

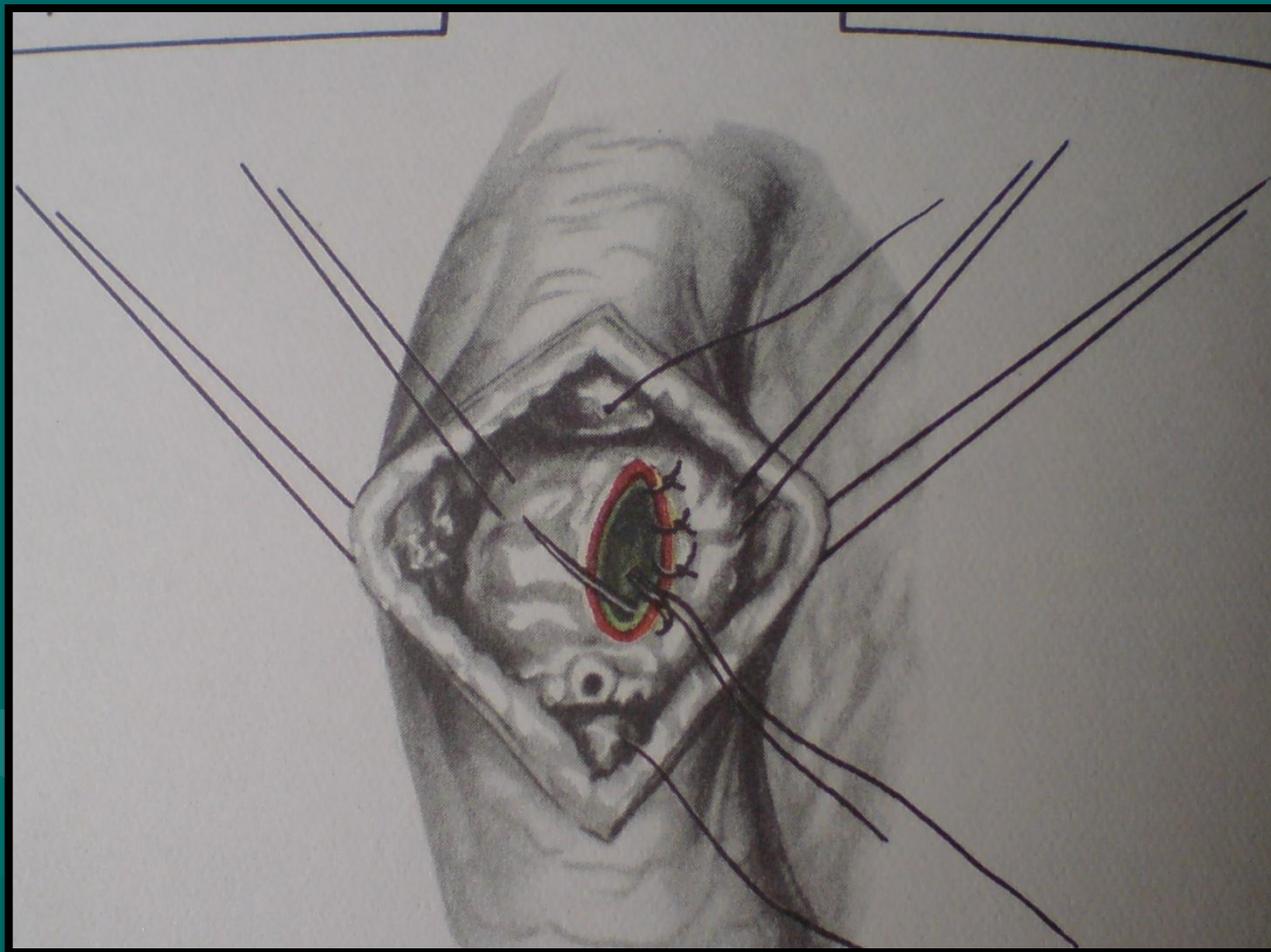
ЭТАП ФОРМИРОВАНИЯ ХОЛЕДОХОДУОДЕНОАНАСТОМОЗА



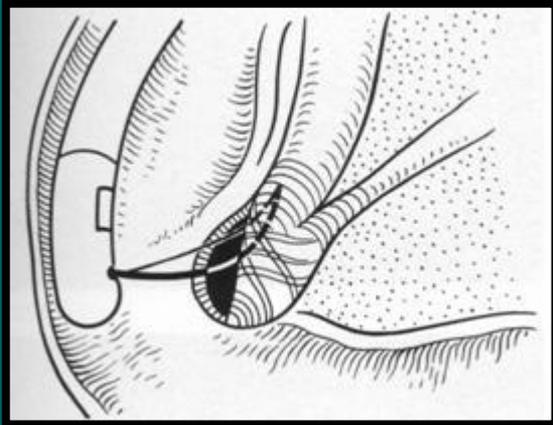
ТРАНСДУОДЕНАЛЬНАЯ ПАПИЛОТОМИЯ



ТРАНСДУОДЕНАЛЬНАЯ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОПЛАСТИКА



ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИЯ



СХЕМАТИЧЕСКОЕ
ИЗОБРАЖЕНИЕ
ЭПСТ



КАНУЛЯЦИЯ БДС



ЛИТОЭКСТРАКЦИЯ С
ПОМОЩЬЮ КОРЗИНКИ
DORMIA

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.
- ❖ Flemmа и соавт. сообщили, что бактерии в концентрации до 10⁵ 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 алергизации 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, цитолиз, 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 перигепатит,
- ✓ 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 Х - 105 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, подострым 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; холецистостомия 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.

СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ

