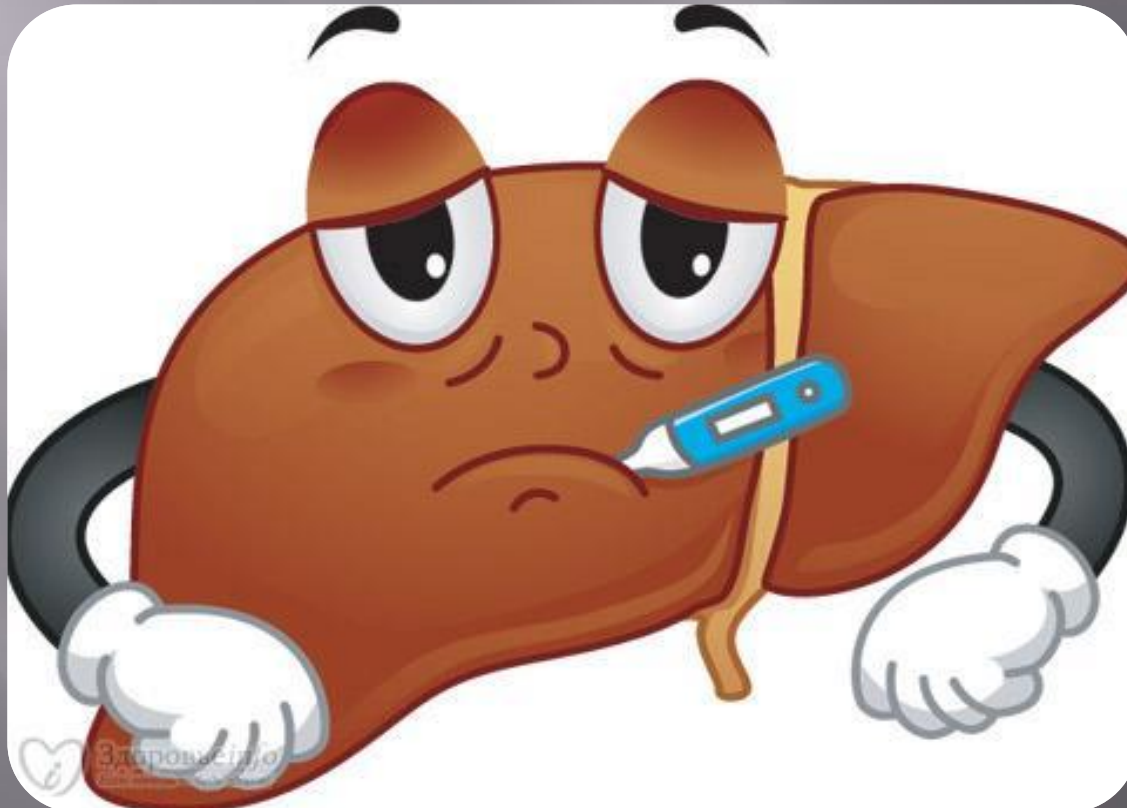


Спектр лечебных возможностей при синдроме механической желтухи



Подготовила:
Студентка V курса 5 группы
Лечебного фак-та
Смирнова К.Ю.

Причины обтурации желчевыводящих путей

- Холедохолитиаз
- Холангит
- Стеноз большого дуоденального сосочка
- Панкреатит
- Врожденные аномалии
- Дивертикулы
- Злокачественные новообразования поджелудочной железы, желчных протоков, печени, БДС.



- Цель лечения — устранение холестаза и профилактика печеночно-почечной недостаточности.
- Первый этап: консервативное лечение + малоинвазивные декомпрессивные вмешательства.
- Второй этап: хирургические вмешательства в отдаленном времени в благоприятных условиях.

Критерии

Степень печеночной недостаточности

Критерии	Степень печеночной недостаточности		
	I легкая	II средняя	III тяжелая
Длительность желтухи	До 7 дней	7-14 дней	Более 14 дней
Энцефалопатия	Нет	Снижение аппетита, адинамия, бессонница	Анорексия, выраженная адинамия, инверсия сна, эйфория
Гемодинамика	Стабильная	Стабильная	Гипотония
Диурез	Достаточный	Достаточный	Снижен
Билирубин крови, мкмоль/л	0-100	100-200	>200
Мочевина крови	Не изменена	Не изменена	Повышена
Альбумин/глобулиновый коэффициент	>1,2	1,2-0,9	<0,9
Снижение печеночного	На 25-30%	На 30-50%	Более 50%

Медикаментозное лечение

- Стол 5а
- Инфузионная терапия + форсированный диурез (по показаниям — экстракорпоральная детоксикация)
- Антибиотикотерапия
- Витаминотерапия
- Гепатопротекторы
- Викасол
- Воздействие на реологию желчи

Хирургическое лечение

Декомпрессия желчных протоков

- ЭПСТ
- Чрезкожная чреспеченочная холангиостомия
- Холецистостомия
- Эндопротезирование
- Интраоперационная декомпрессия

ЭПСТ: показания

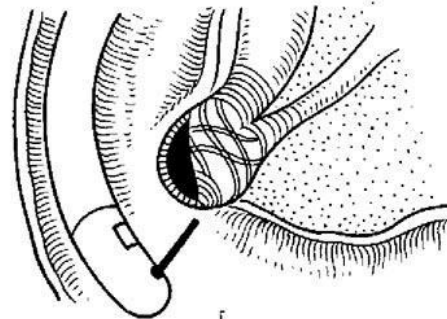
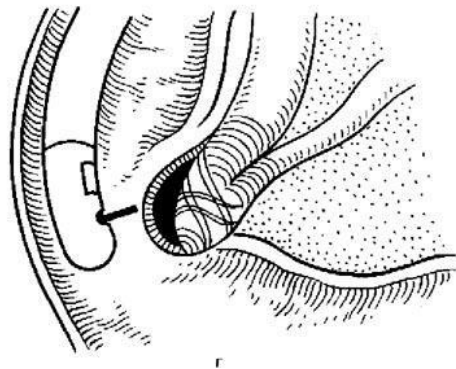
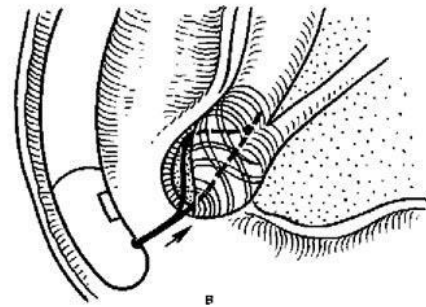
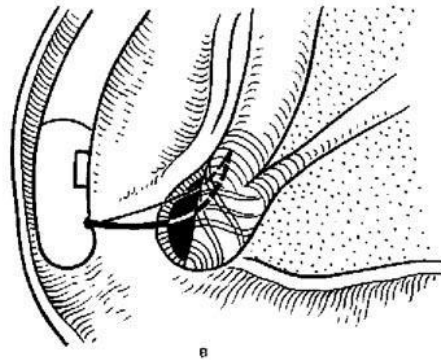
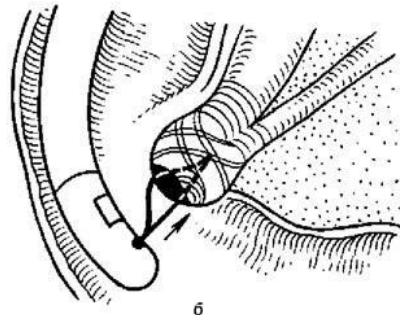
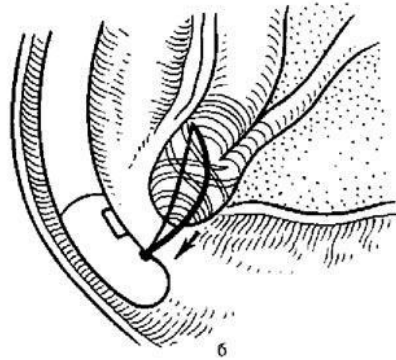
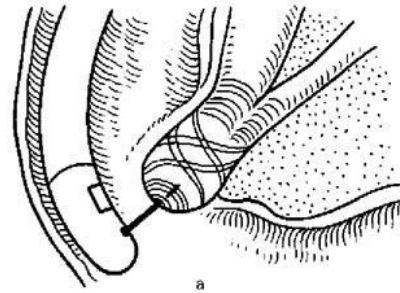
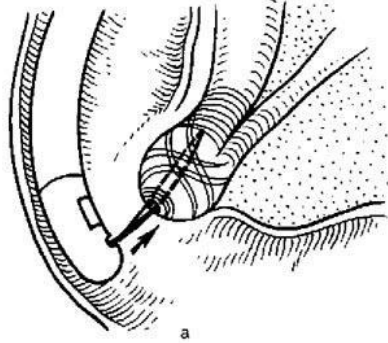
- Холедохолитиаз
- Острый гнойной обструктивный холангит
- Рубцовые сужения зоны Фатерова сосочка
- Острый панкреатит

ЭПСТ: осложнения

- Кровотечение
- Холангит
- Панкреатит
- Перфорация двенадцатиперстной кишки
- Заклинивание корзины Дормиа
- Септический шок
- Стеноз сфинктера и повторное камнеобразование

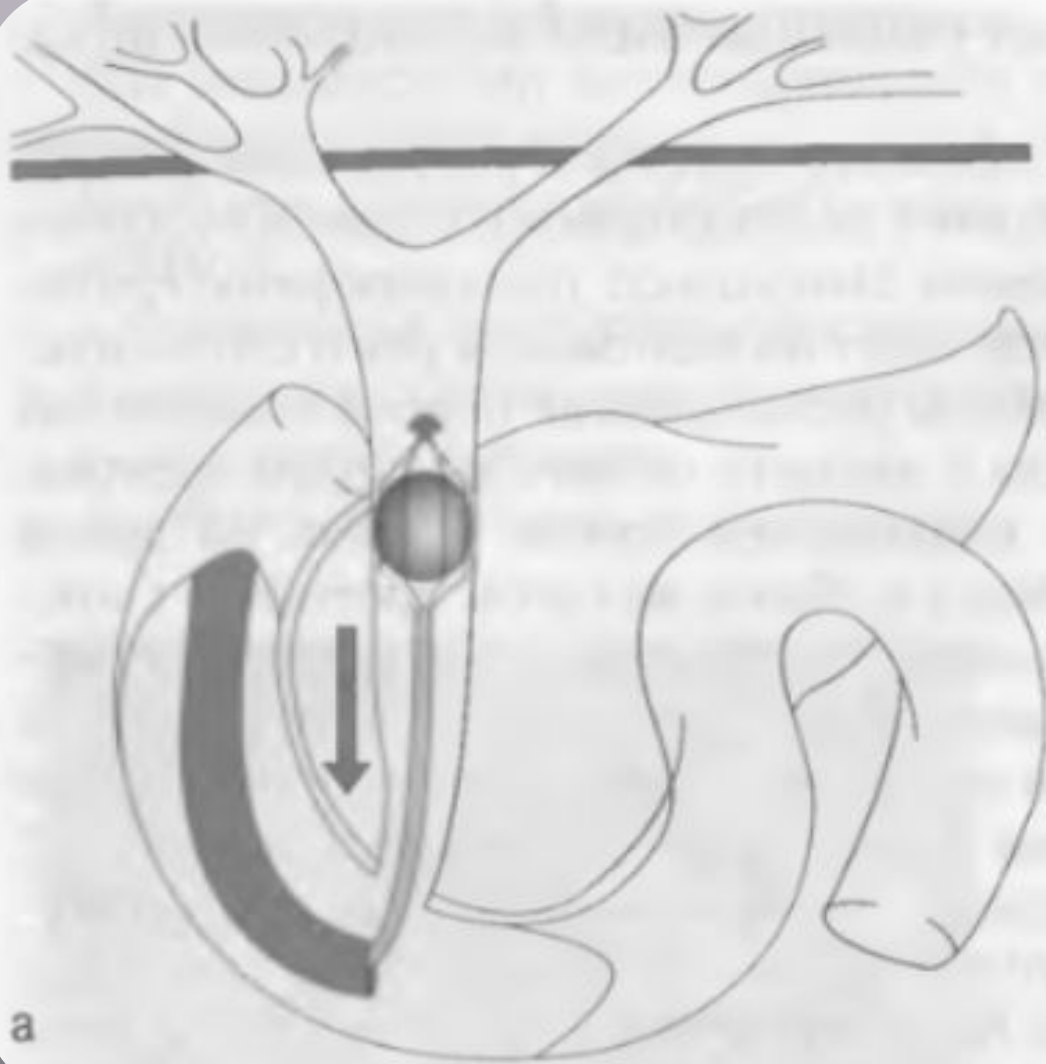
ЭПСТ

- Дуоденоскопия и ЭРХПГ
- Сфинктеротомия
- Литотрипсия и литоэкстракция с помощью корзины Dormia
- Эндоскопическое билиодуоденальное дренирование
- Назобилиарное дренирование (при наличии холангита)



2.270.

2.271.



a

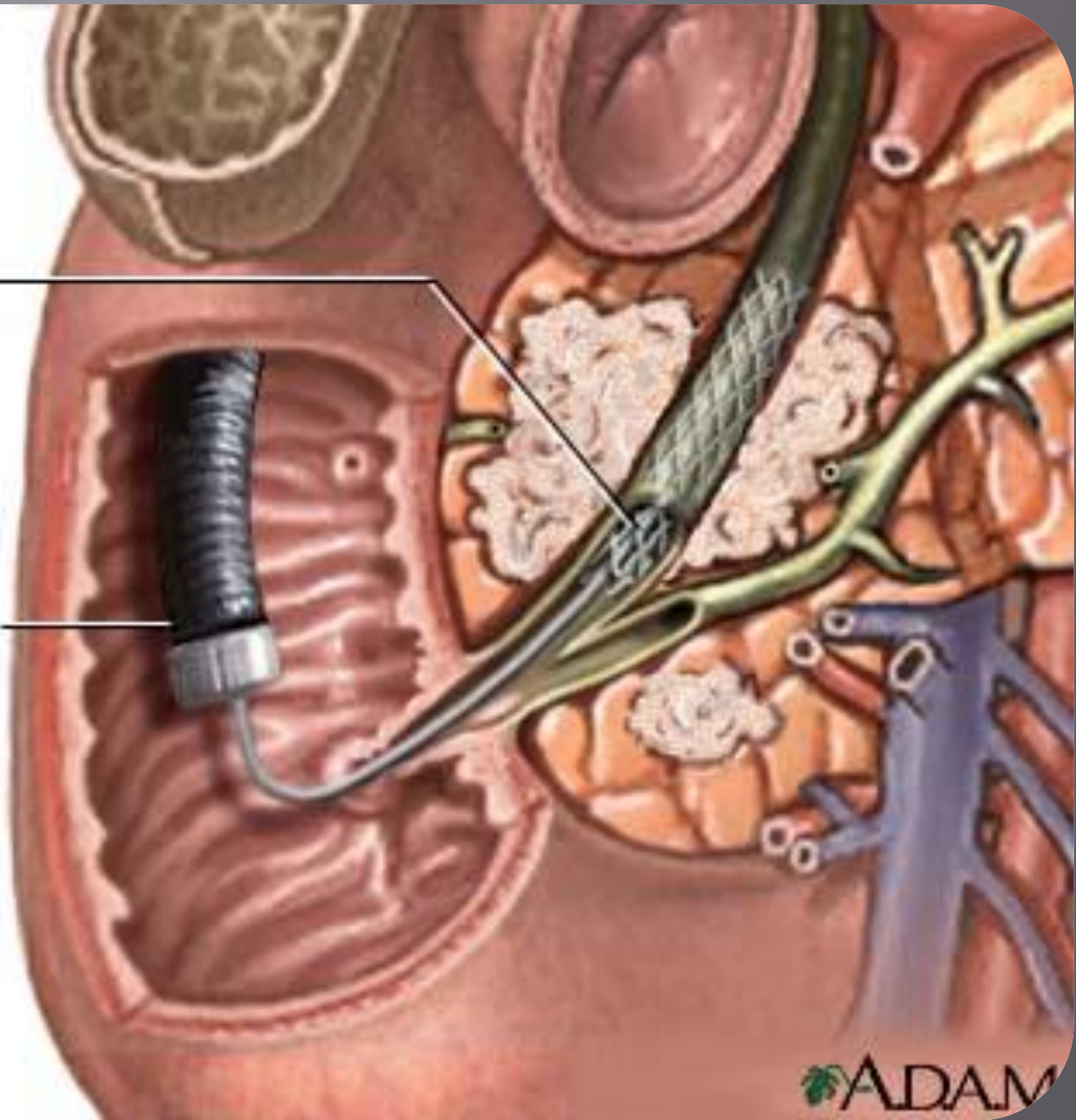
b

c

d

Stent

Endoscope



Чрезкожная чреспеченочная холангиостомия

- При «высоком» блоке желчевыводящих путей
- Под УЗ контролем
- Диаметр дренажа — 6-8 мм

Показания:

Длительная, интенсивная механическая желтуха опухолевого генеза при технической невозможности выполнения чрескожной холангиостомии

Холедохолитиаз, не устраненный при ЭПСТ, при больших сроках и интенсивности желтухи

Острый обструктивный холецистит у больных с высоким операционным и анестезиологическим риском

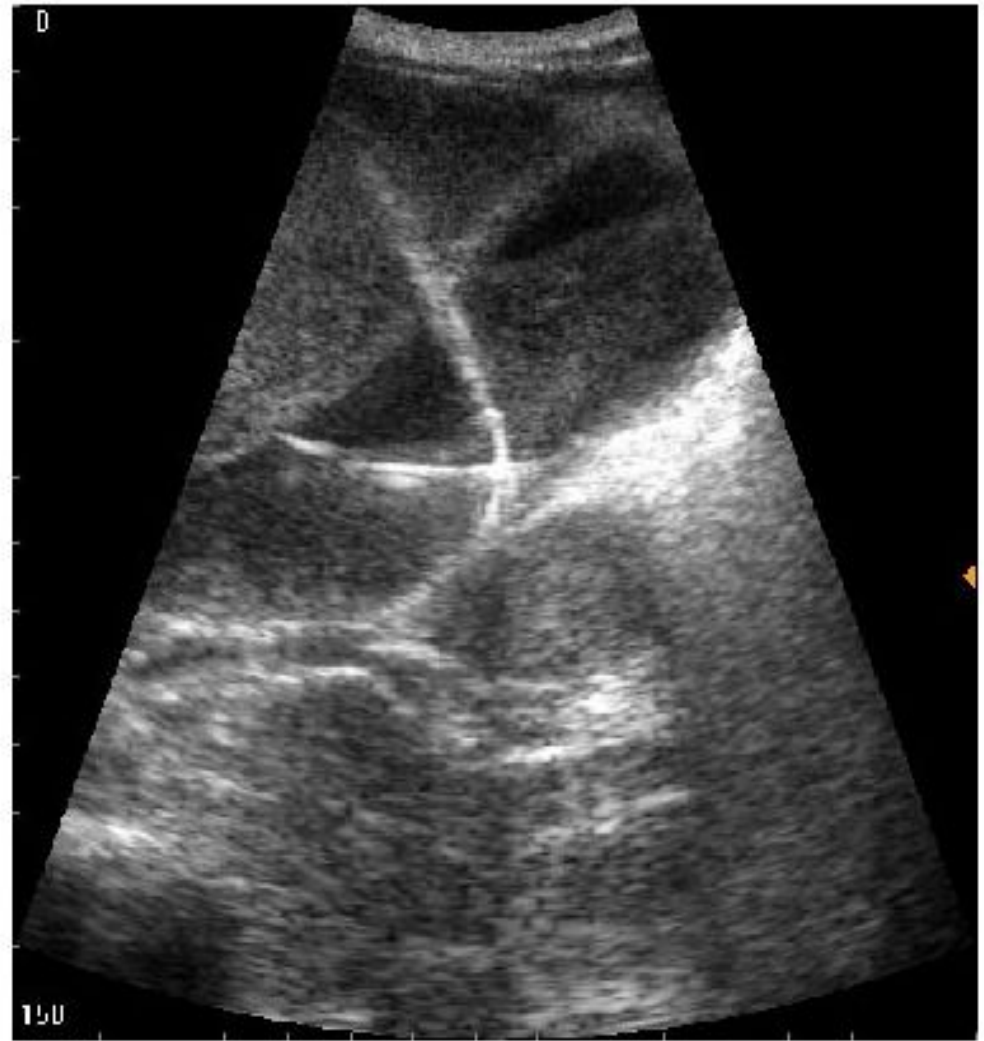
Противопоказания:

Крайне тяжелое положение больного

Отсутствии безопасного доступа



Чреспеченочная пункция желчного пузыря



В просвет желчного пузыря введен металлический проводник



Чреспеченочная пункция желчного пузыря



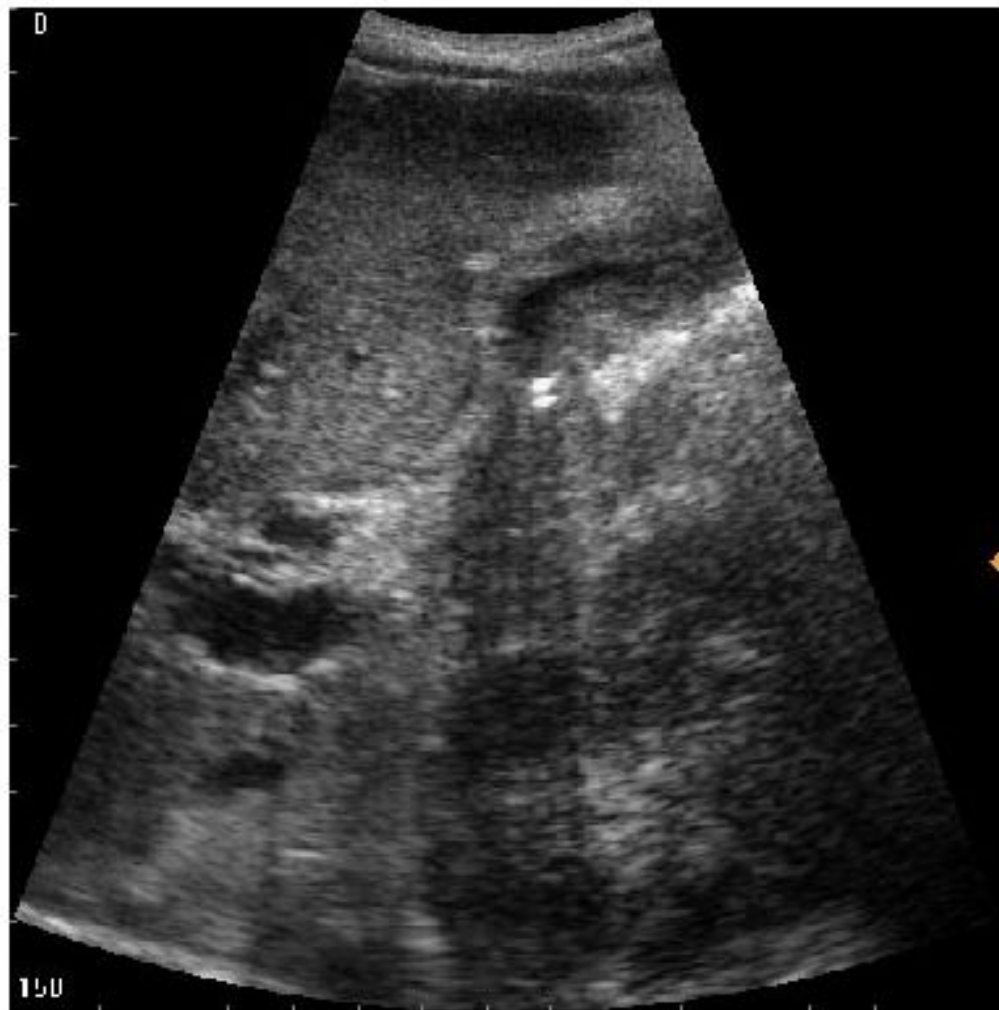
В просвет желчного пузыря введен металлический проводник



В желчный пузырь введен дренаж, сформировано дистальное кольцо дренажа

коллапто дренажа

В желчный пузырь введен дренаж, сформировано дистальное



Аспирация содержимого. Уменьшение размеров желчного пузыря

Уменьшения содержимого, уменьшение размеров желчного пузыря



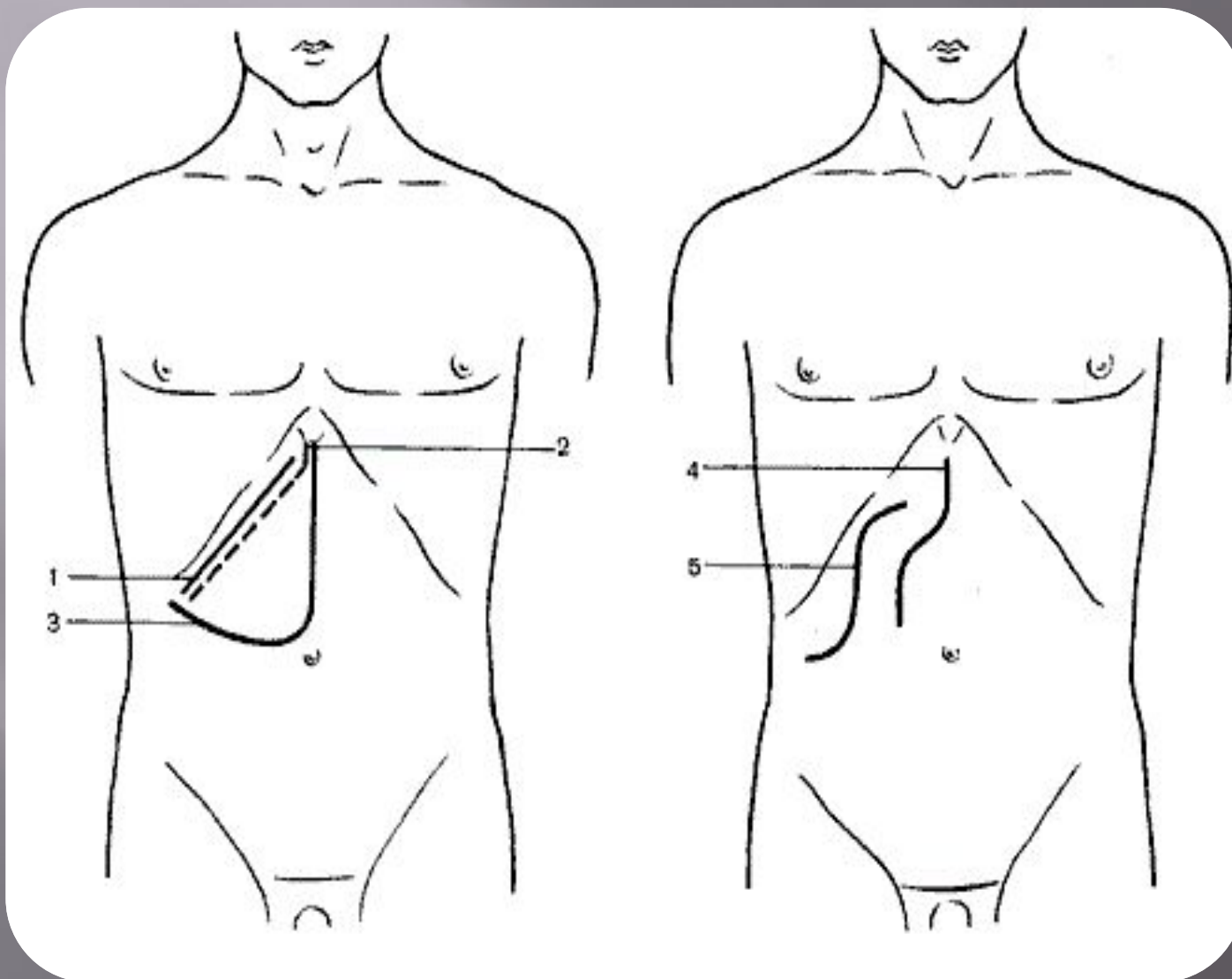
Прямые хирургические вмешательства

- I степень ПН — в течение первой недели после декомпрессии ЖВП
- II степень ПН — через 2 недели, при снижении уровня билирубина, уменьшения проявлений интоксикации
- III степень ПН — не ранее 4 недель после декомпрессии, при восстановлении основных показателей гомеостаза.

Общий билирубин в сыворотке —

менее 50 мкмоль/л

Оперативный доступ



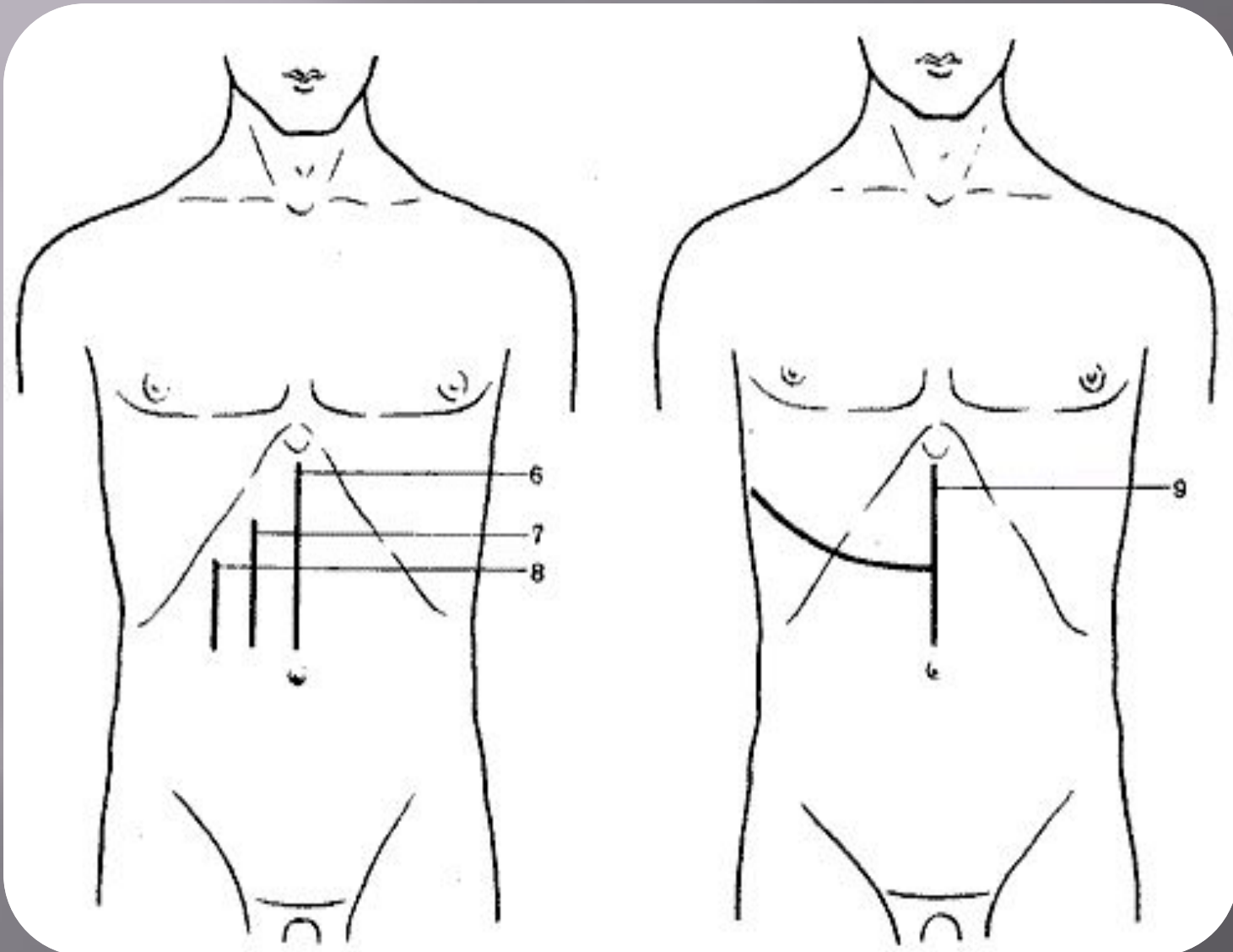
1 — косой разрез (Кохер);

2 — косой разрез (С. П. Федоров);

3 — углообразный разрез (Рио-Бранко);

4 — волнообразный разрез (Кер);

5 — волнообразный разрез (Бивен);

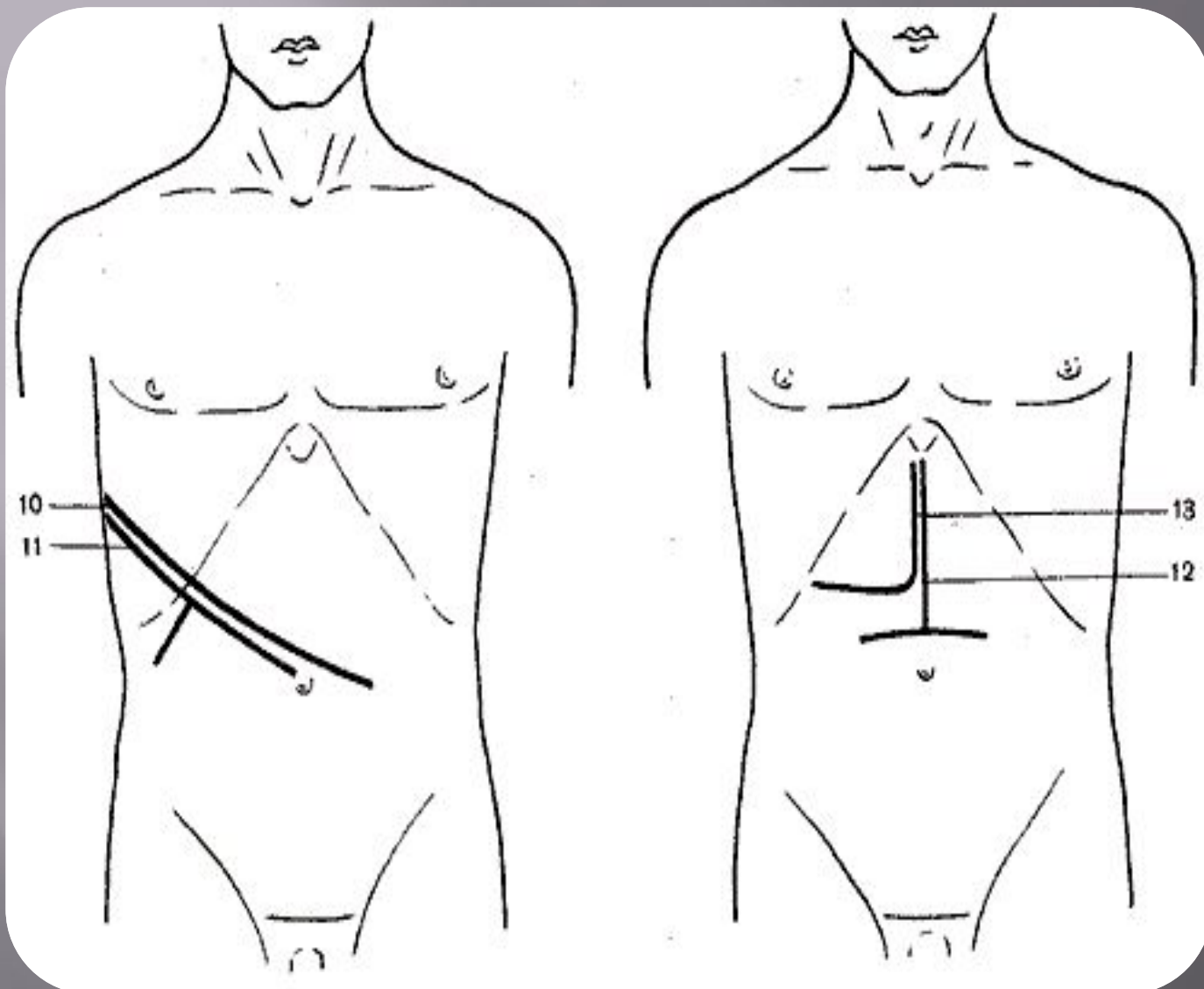


6 — верхний срединный разрез;

7 — трансректальный разрез;

8 — параректальный разрез;

9 — торакоабдоминальный разрез (Райфершайд)



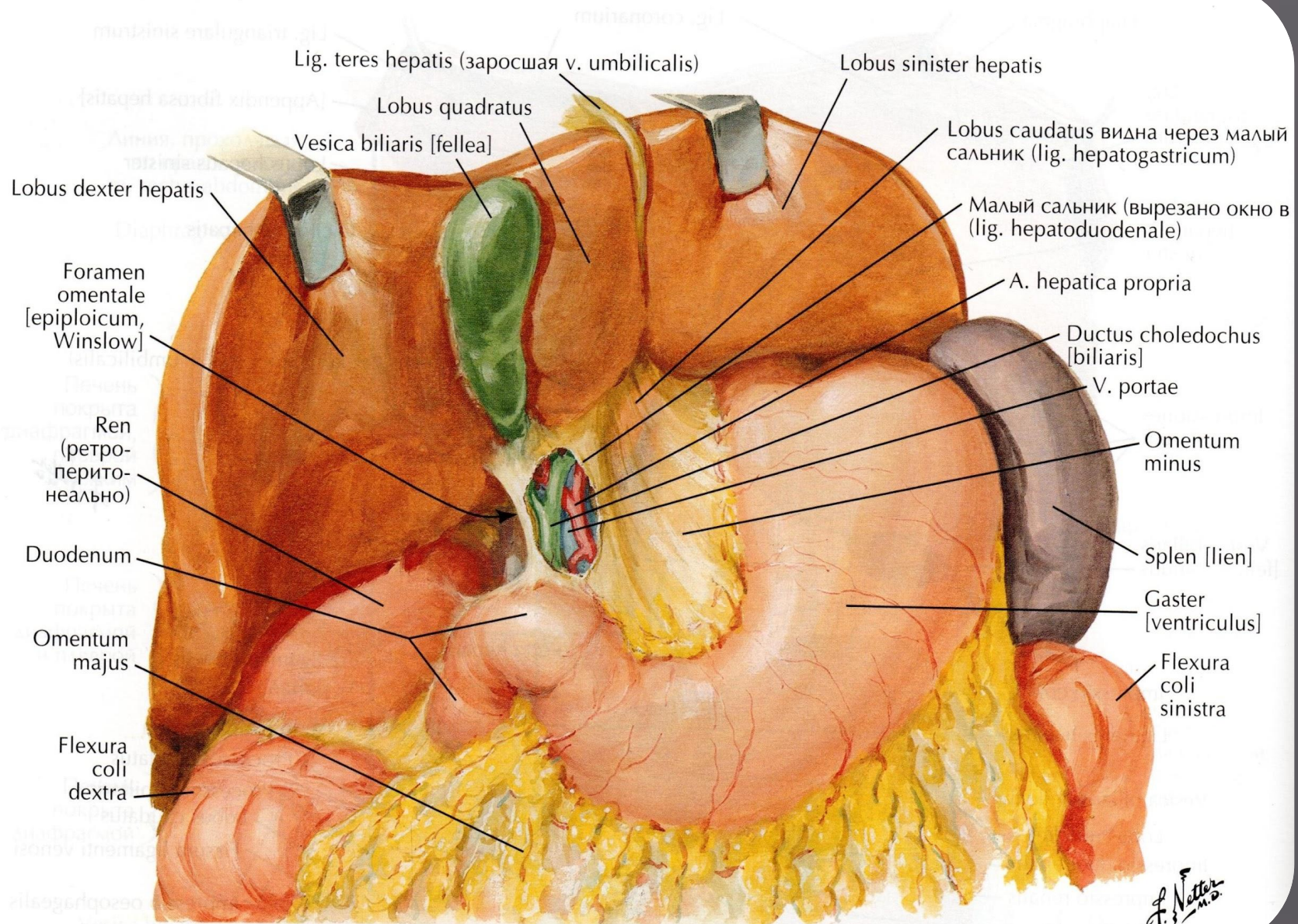
10 — торако-
абдоминальн
ый разрез (Ф.
Г. Углов);

11 — торако-
абдоминальн
ый разрез
(Кунео);

12 — лоскутный
разрез
(Бруншви́г);

13 —
углообразный
разрез
(Черни);

Ревизия органов гепатобилиарной области



Интраоперационная ревизия желчных протоков

*До вскрытия жёлчных
протоков проводят*

- осмотр
- пальпацию
- трансиллюминацию
- интраоперационное УЗИ
- интраоперационную
• холангиографию.



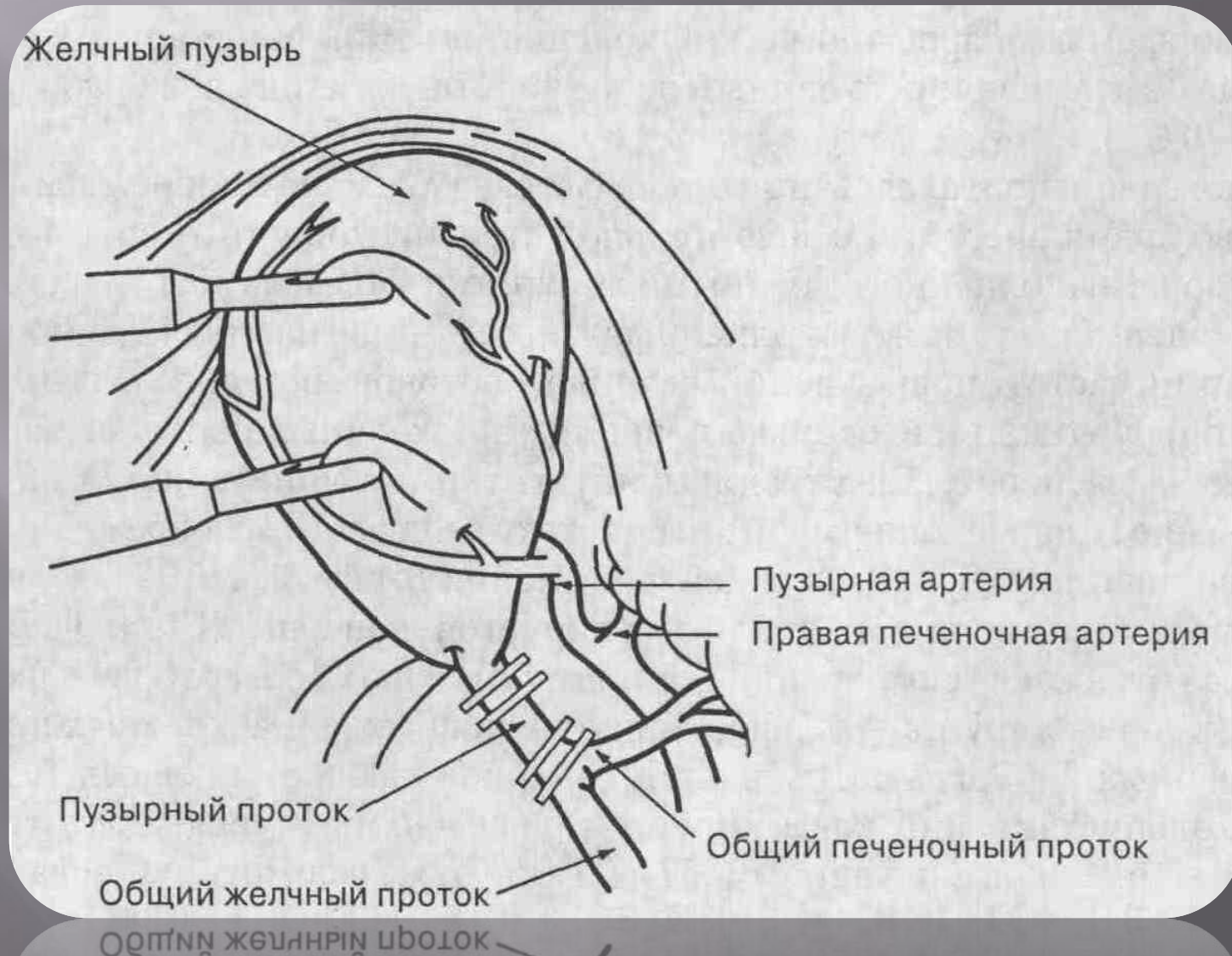
Противопоказания к интраоперационной холангиографии

- высокая степень операционного риска, когда необходимо выполнить наименьшее по объёму и продолжительности вмешательство;
- дооперационная инструментальная санация протоков с выполнением контрольной ЭРХПГ.

Холецистэктомия

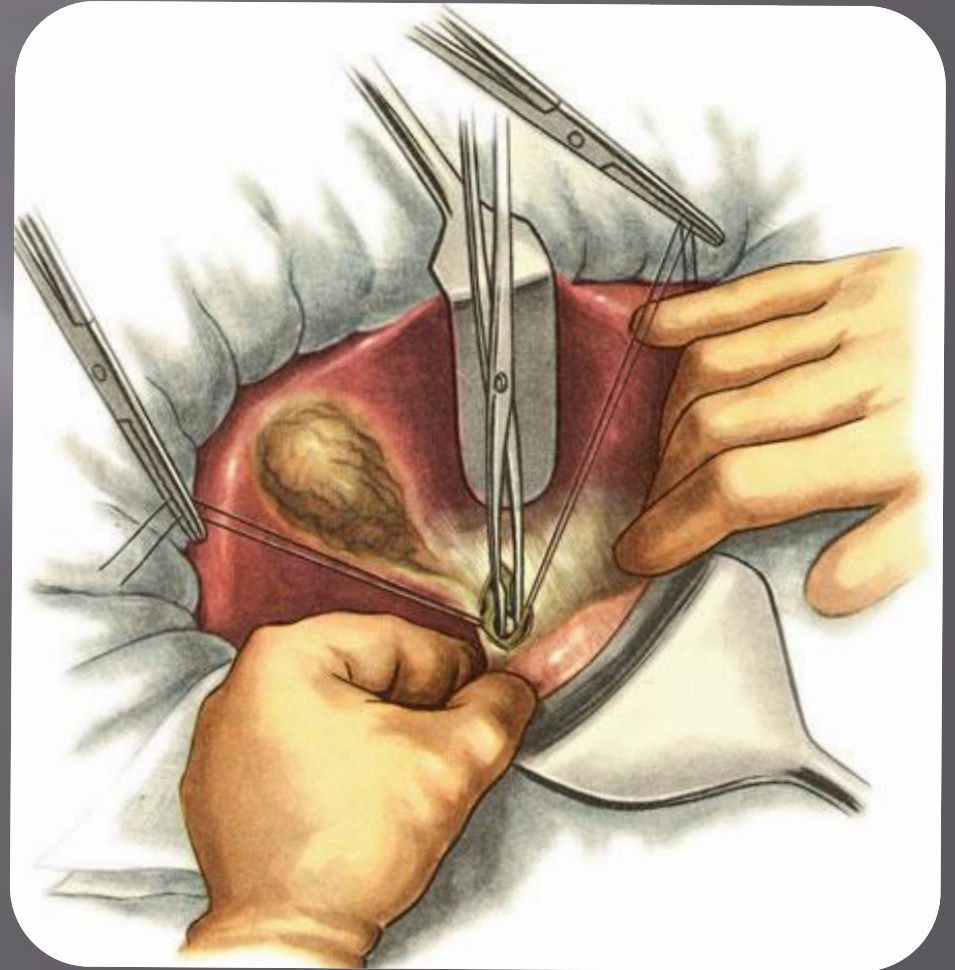
• От шейки

• От дна



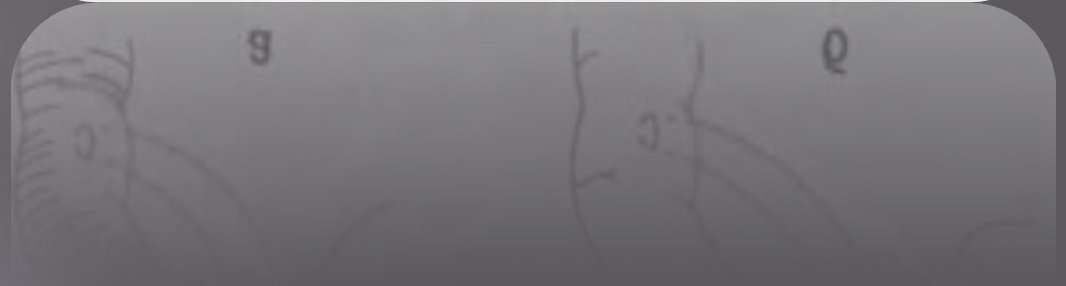
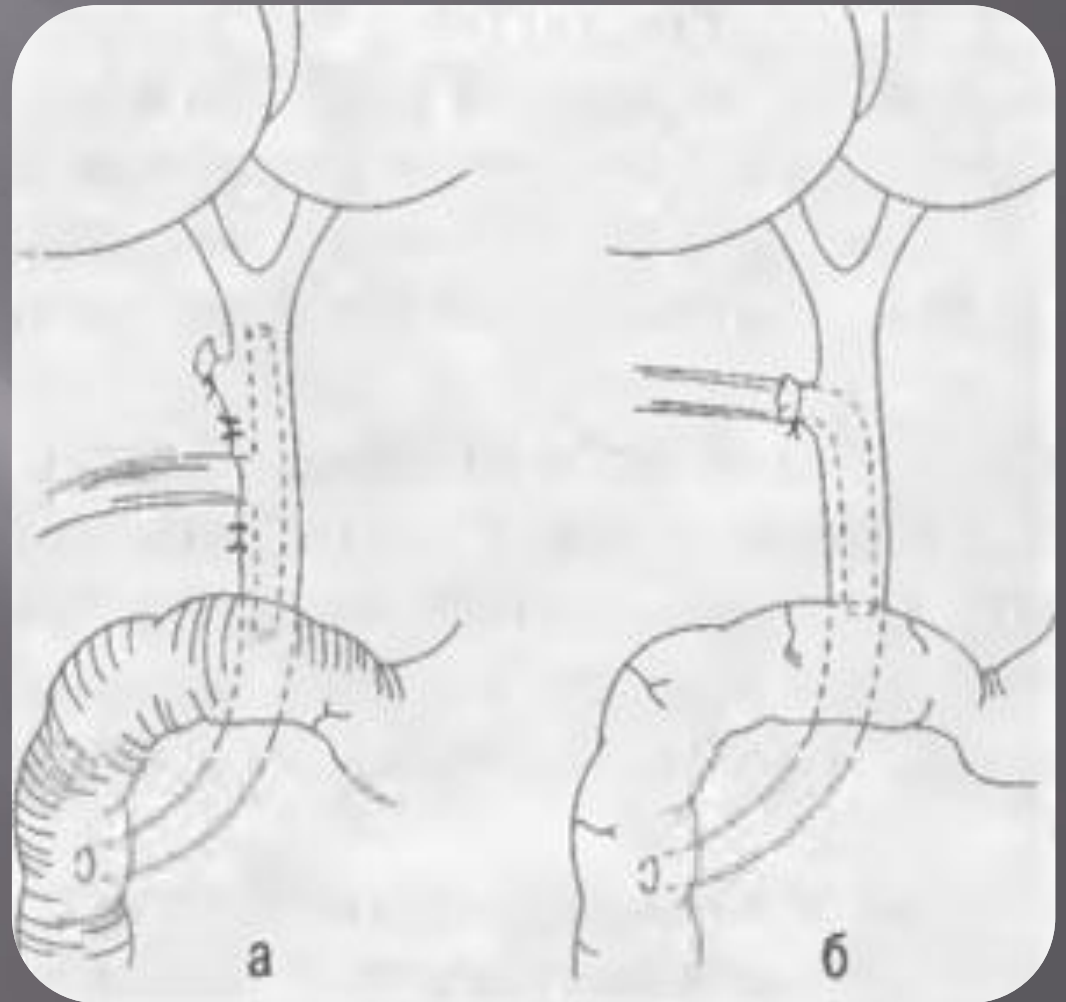
Вскрытие желчных протоков

- Зондирование протоков
- Фиброхолангиоскопия
- Литоэкстракция

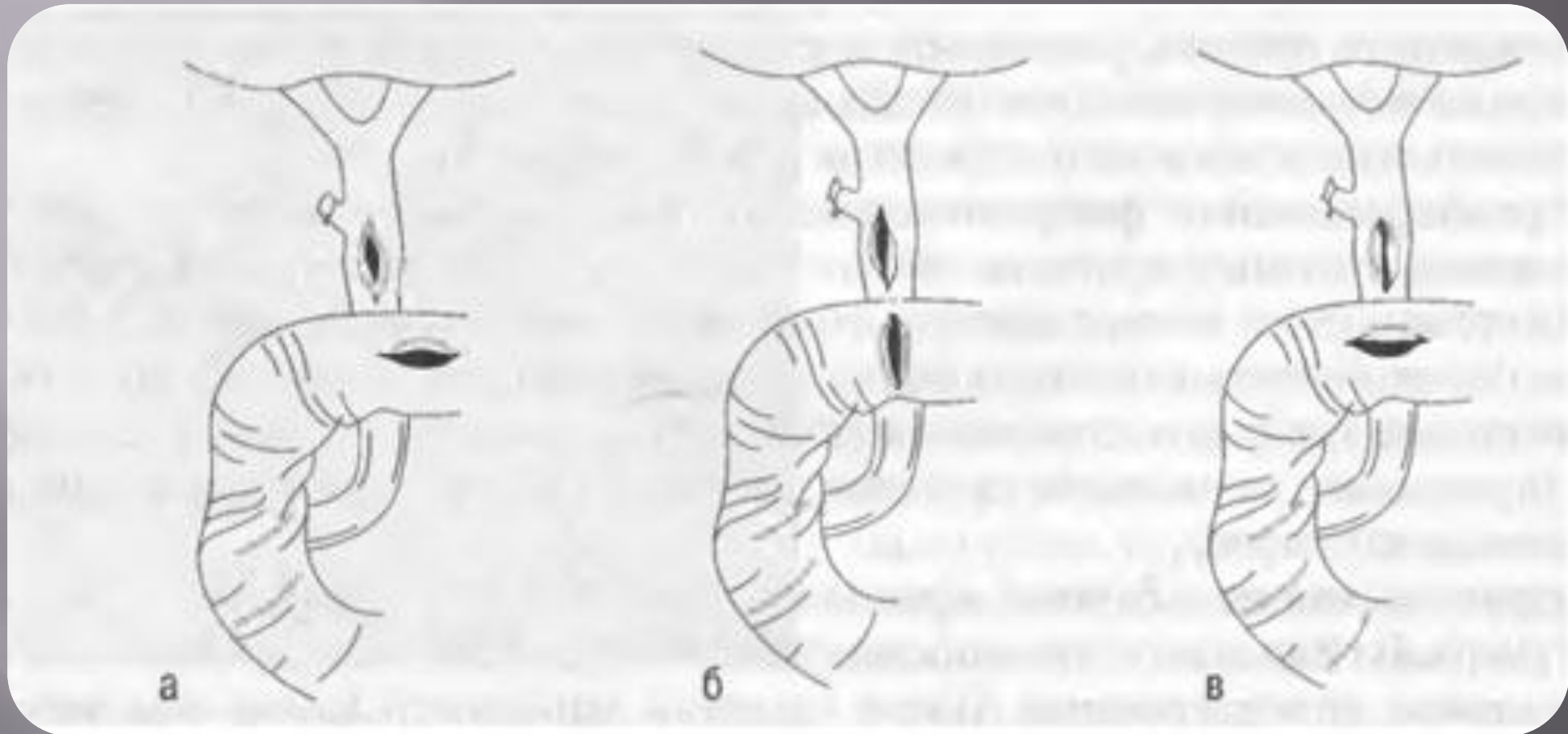


Ушивание холедоха
атравматической
монофиламентной
нитью, во избежание
лигатурного
холедохолитиаза.

Завершение
наружным
дренированием
общего желчного
протока

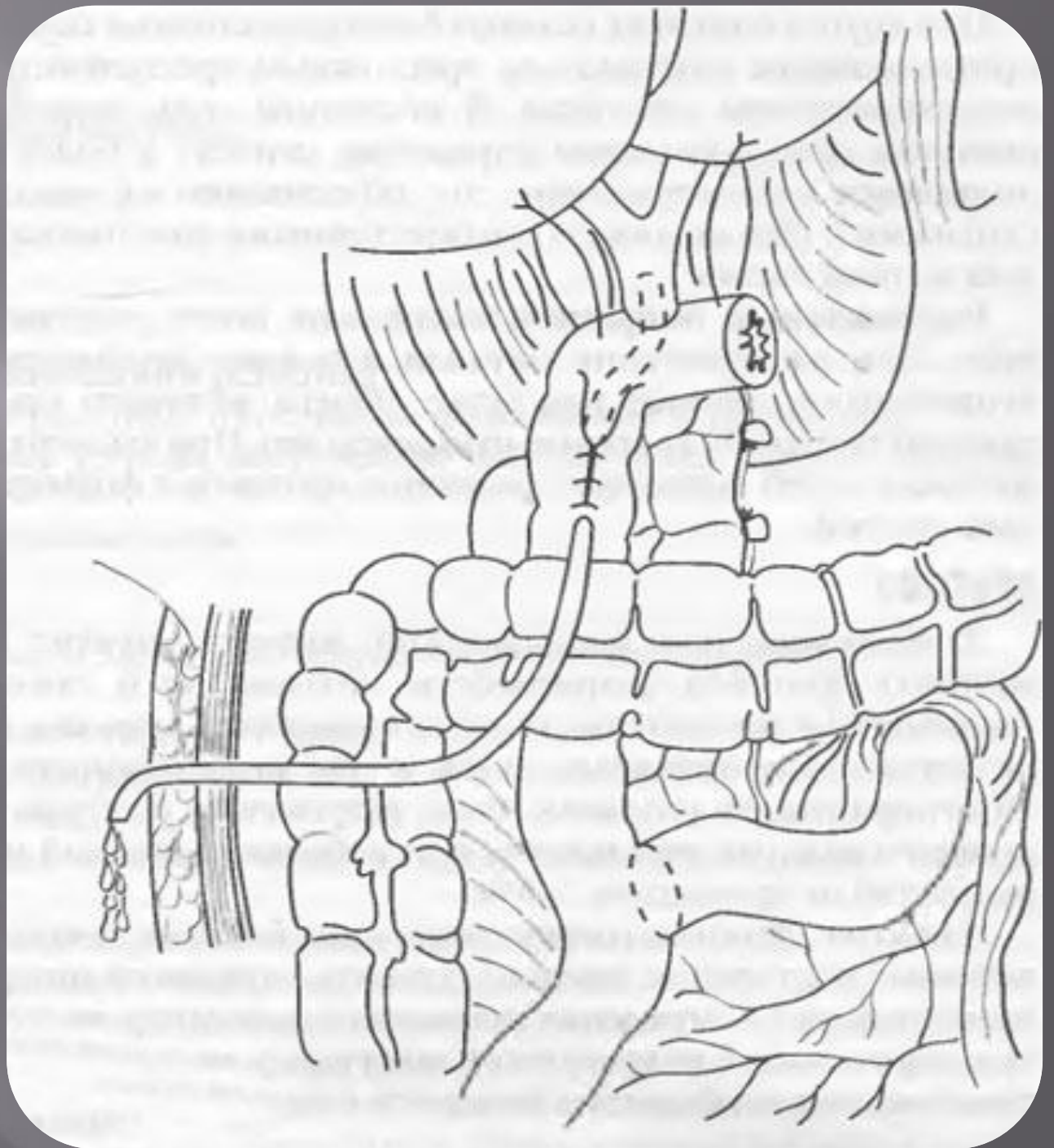


Наложение холедохоэнтеростомы



а - по Финстереру; б - по Юрашу; в - по Флекену

Схема
билиодигестивног
о соустья с
петлей кишки,
выключенной по
Ру



Паллиативные операции

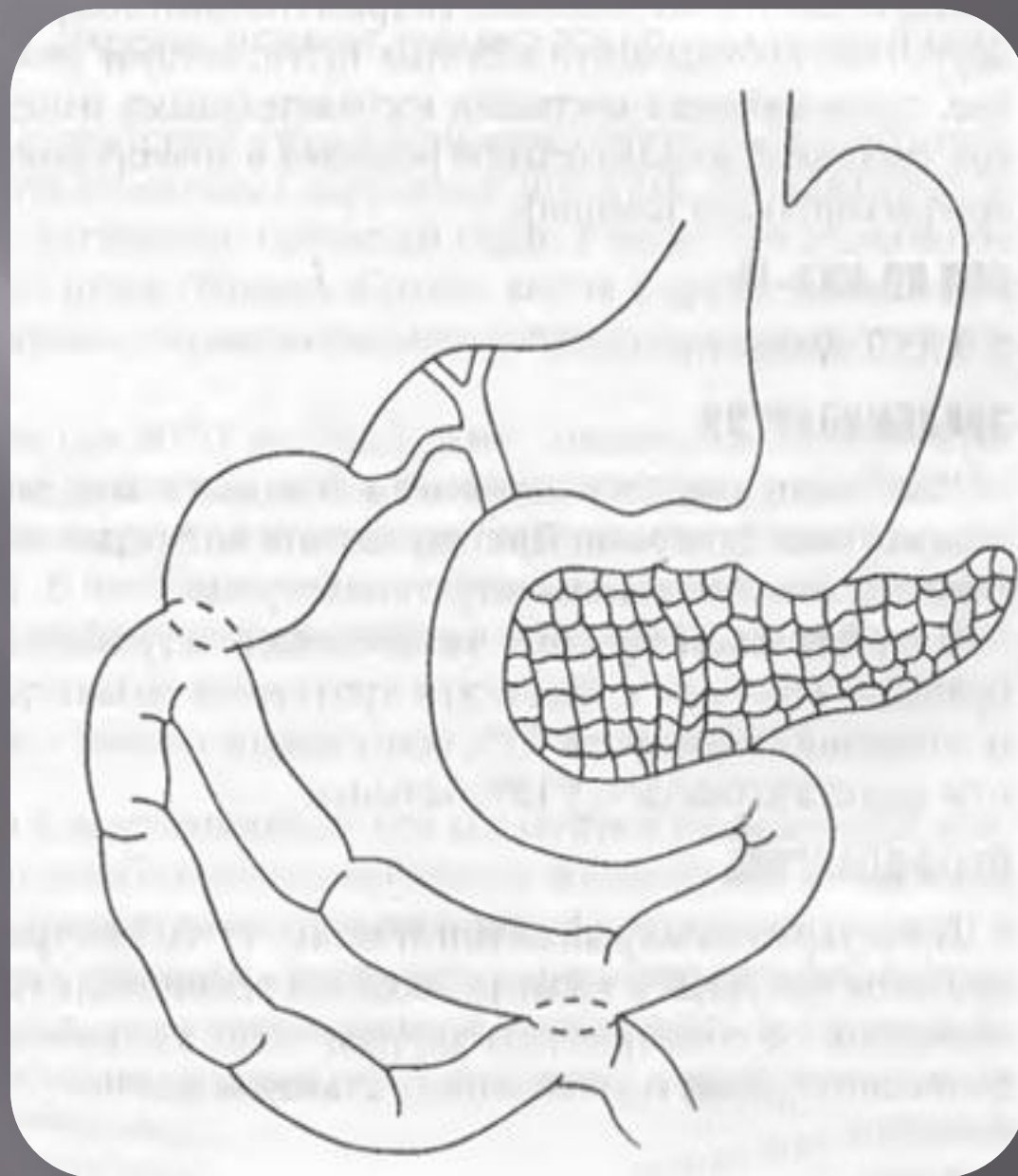
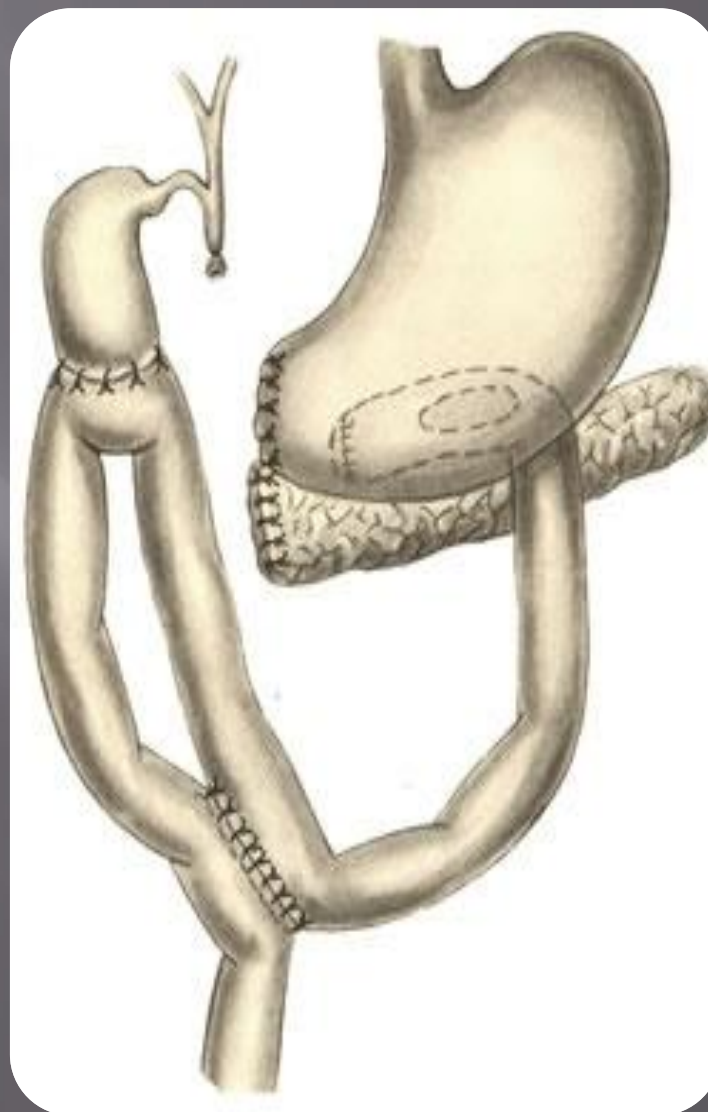
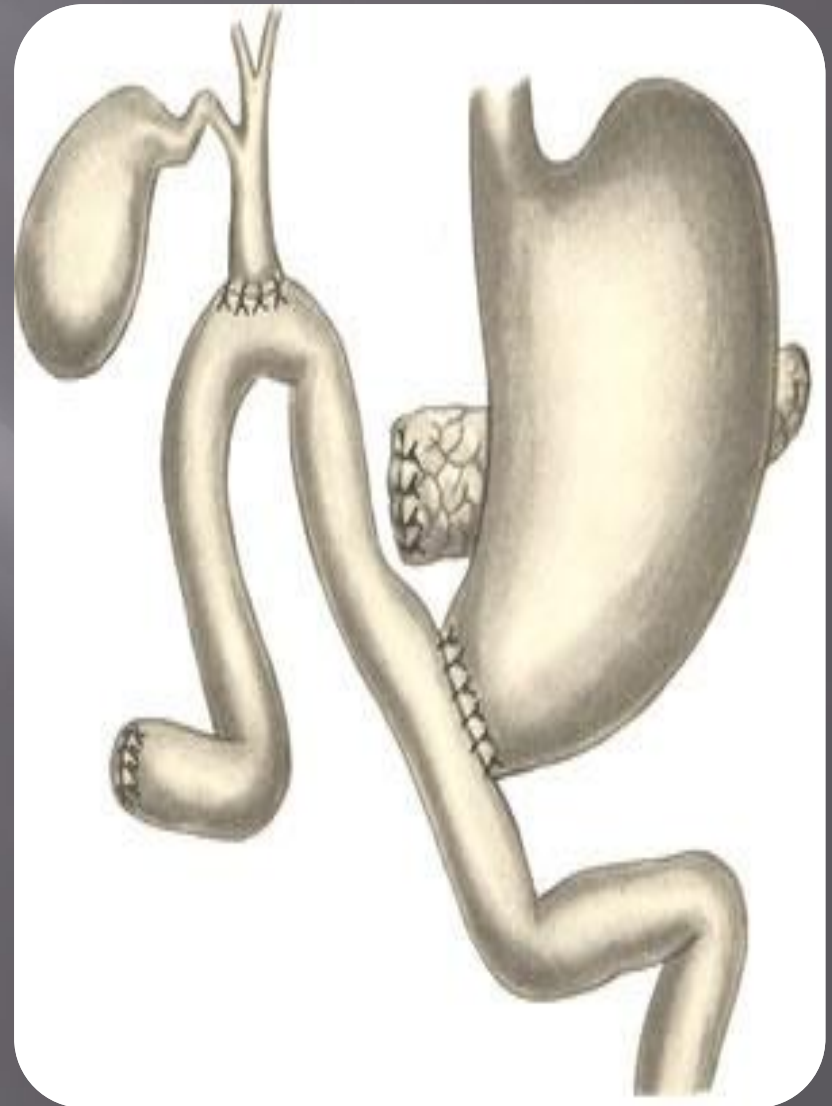
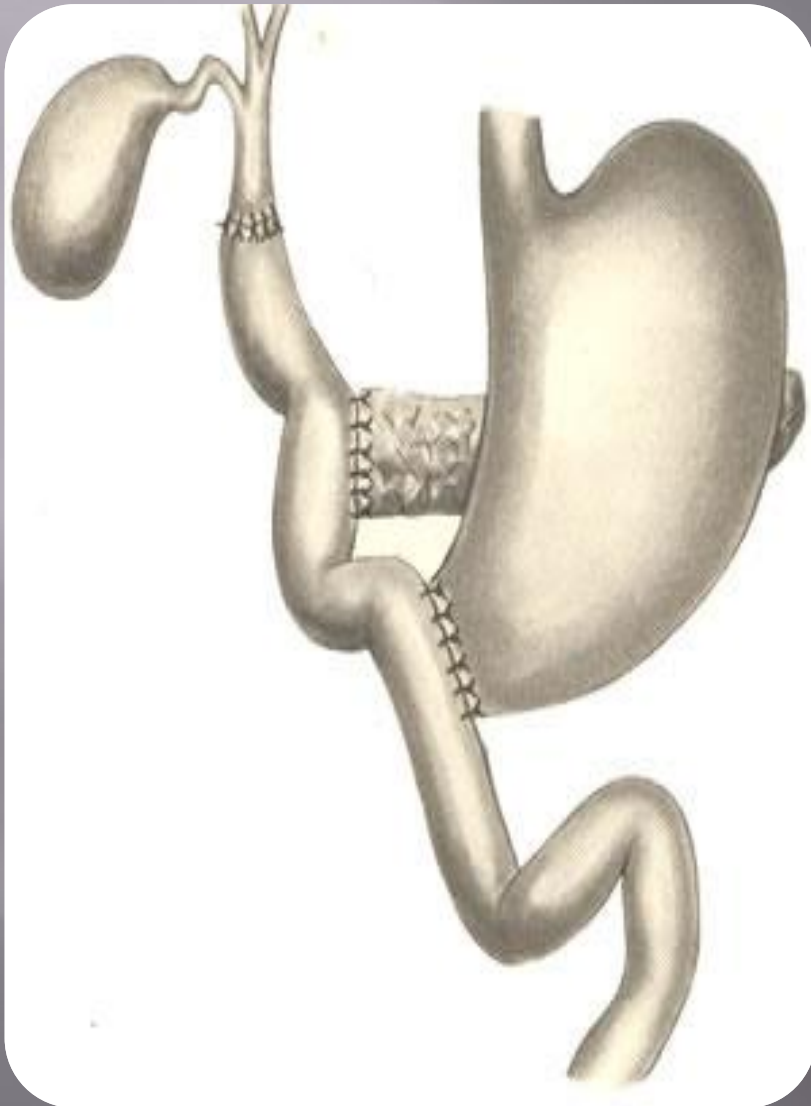


Схема операции
Микулича

Панкреатодуоденальные резекции

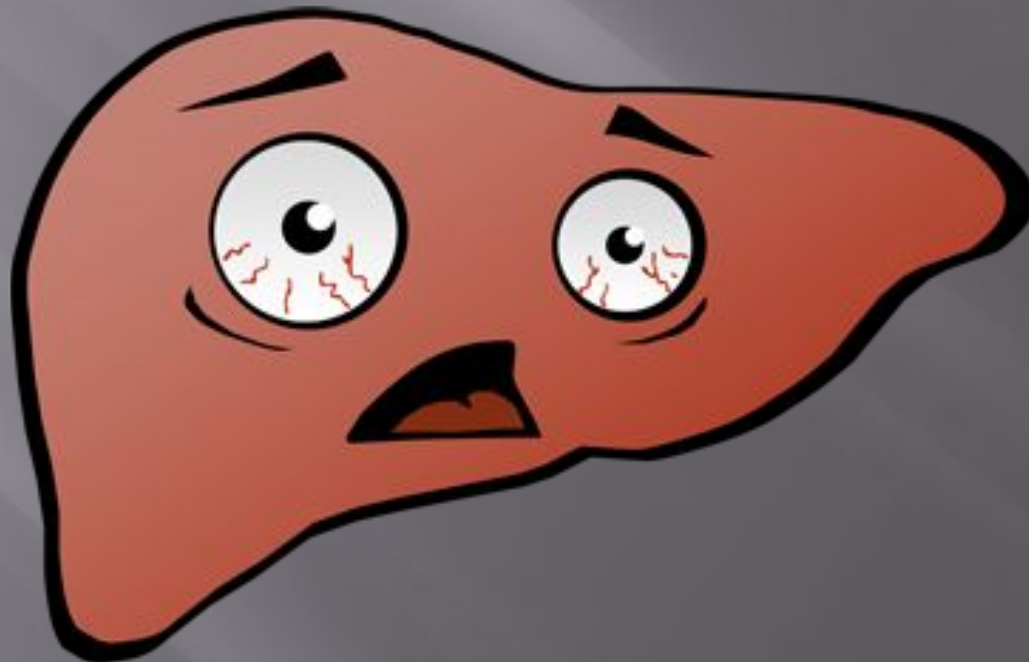


Панкреатодуоденальные резекции



Ведение постоперационного периода

- Специфические осложнения: печеночно-почечная недостаточность, панкреатит, холемические кровотечения, холангит



Лечение печеночно-почечной недостаточности

- Постельный режим
- Углеводистая диета
- Ингаляции O₂
- АБ ШСД
- Глютаминовая кислота (1%-1000 мл в/в)
- Витаминотерапия
- Коррекция сердечной деятельности
- Поддержание почечной фильтрации
- ГКС (в тяжелых случаях) — преднизолон 20-40 мг/день в/в
- гидрокортизон 75-125 мг/день в/м

Прогноз

- При доброкачественной природе обтурации желчевыводящих путей смертность не превышает 2-5%
- Наибольшую опасность представляют операции, когда вмешательство вынужденно проводится на высоте холестаза; сопровождается высокой летальностью

LIVE LONG



AND PROSPER