



# КЛАССИФИКАЦИЯ

## *1. Надпеченочная или гемолитическая желтуха*

Чаще вызывается повышенной продукцией билирубина и усиленного распада эритроцитов; при аутоиммунной или В12 (фолиевой) дефицитной анемии, при различной интоксикации.

## ***2. Печеночная или паренхиматозная желтуха***

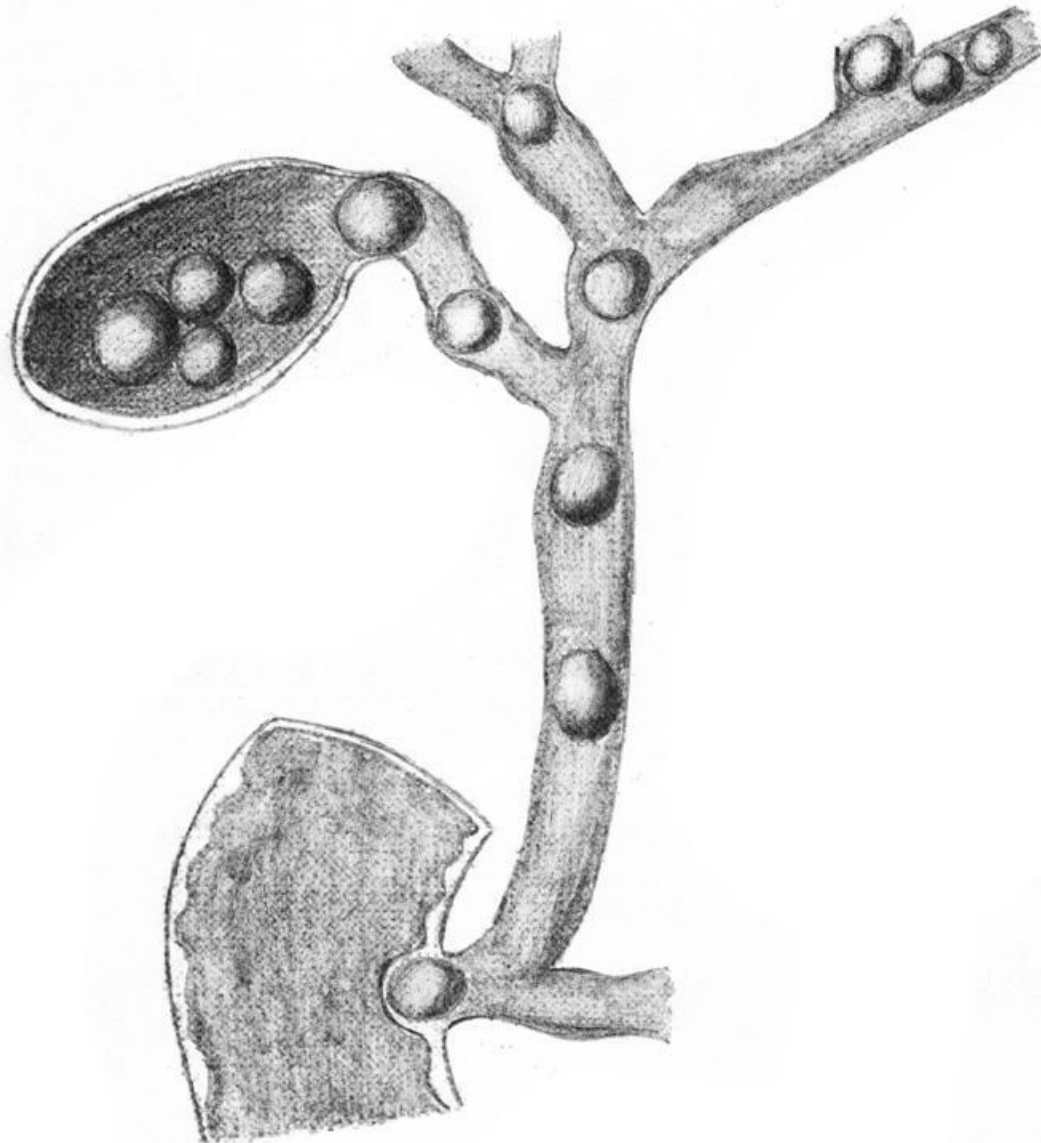
Связана с нарушением захвата, конъюгации и экскреции билирубина гепатоцитами. Возникает при остром и хроническом гепатите, гепатозе, при токсическом и медикаментозном гепатите.

### **3. Механическая или обтурационная желтуха.**

Связана с нарушением оттока желчи на различных уровнях желчевыводящих протоков.

*По уровню блока:*

- А) высокие - блок на уровне долевых желчных протоков и общего желчного протока
- Б) низкие - блок ниже места впадения пузырного протока в холедох, блок холедоха.



Локализация конкрементов в протоковой системе

*По причине:*

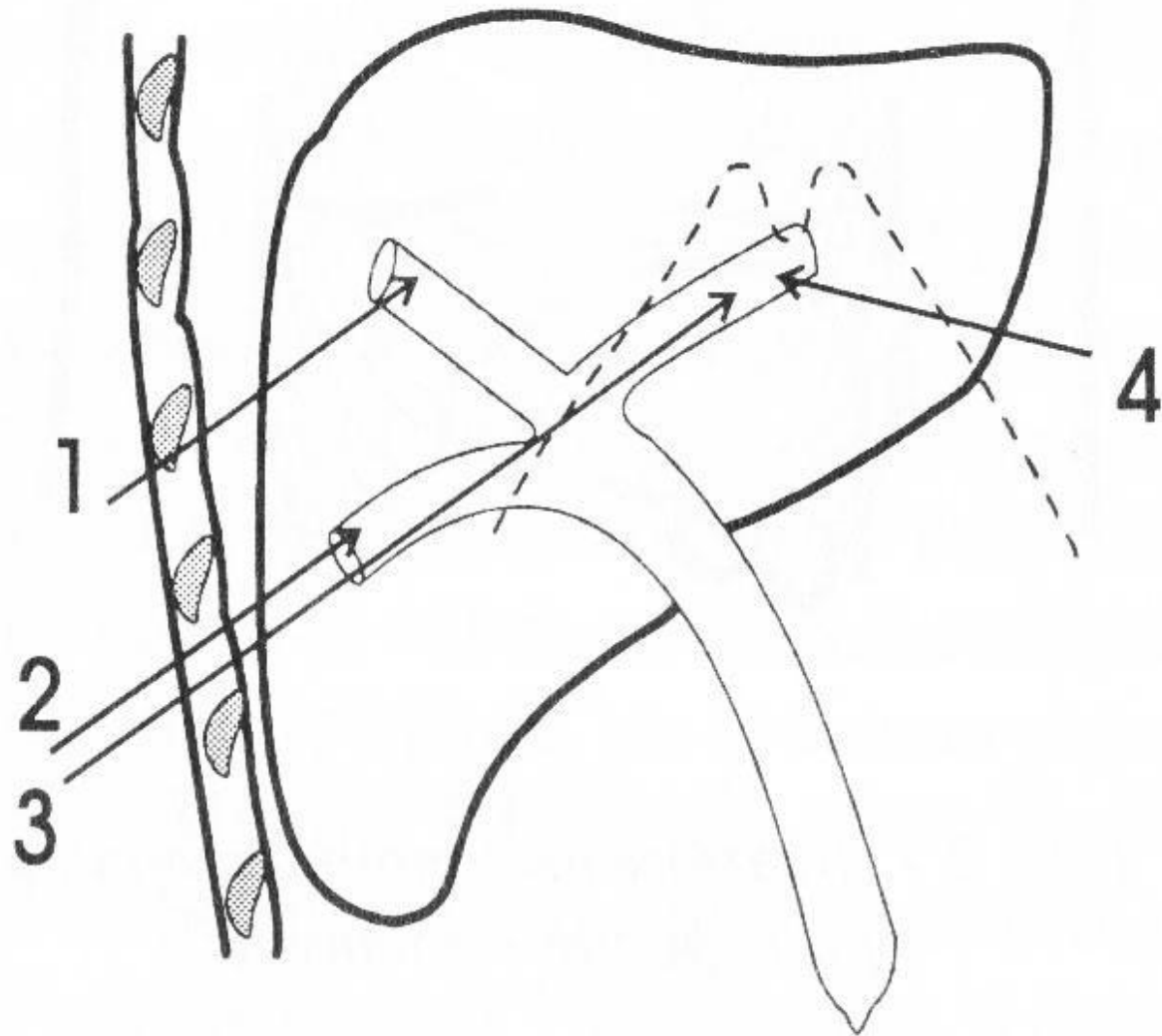
А) опухолевые (злокачественные)

Б) неопухолевые (доброкачественные):

1. Холедохолитиаз
2. Стеноз большого дуоденального сосочка
3. Парафатеральные дивертиклы ДПК
4. Рубцовые структуры желчных протоков
5. Синдром Мирризи
6. Паразитарные (эхинококкоз, альвеококкоз, описторхоз)

# ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

1. УЗИ
2. Эндоскопические методы: ФГС, ФДС, ХС, ЛПСК
3. Рентгенологические методы:
  - а) ЧЧХГ - чрескожная чреспеченочная холангиография
  - б) ЭРХПГ - эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография
4. Контрастирование через желчный пузырь
5. КТ (компьютерная томография) и МРТ (магниторезонансная томография)
6. Радиоизотопная сцинтиграфия
7. ЛПСК-, ЛПСК-холецистография, холангиография
8. Интраоперационное выявление обтурации желчных протоков



*Возможные доступы  
к внутрипеченочным протокам*



# БИОХИМИЧЕСКИЕ ТЕСТЫ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

*Гипербилирубинемия* - от 150 до 300 мкмоль/л и выше, за счет прямой фракции билирубина (связанного с глюкуроновой кислотой).

При длительной (более 1 - 1,5 месяцев) интенсивной желтухе повышается и прямой билирубин - из-за дегенеративных изменений в печеночных клетках.

*Повышение АСТ и АЛТ.*

*Повышение активности щелочной фосфатазы.*

# СТЕНОЗЫ ФАТЕРОВА СОСКА

- ◎ **I степень** - диаметр холедоха 8-10 мм, некоторое затруднение при проведении через фатеров сосок эластичного катетера 3 мм, относительно свободное прохождение 2 мм катетера.
- ◎ **II степень** стеноза фатерого соска - холедох расширяется до 11-15 мм, через сосок с существенным затруднением проходит 2-х мм катетер.
- ◎ **III степень** - гепатикохоледох расширен до 16 мм и более, 2-х мм катетер через сосок не проходит.

# СТАДИИ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

**I стадия** - компенсированная

**II стадия** - субкомпенсированная

**III стадия** - декомпенсированная

**IV стадия** - терминальная - острая  
печеночная недостаточность

# КЛИНИКА КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА, ОСЛОЖНЕННОГО МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

## Различают:

1. Желтушно-болевою форму
2. Желтушно-панкреатическую форму
3. Желтушно-холециститную форму
4. Желтушно-безболевою форму
5. Желтушно-септическую форму

# ДООПЕРАЦИОННАЯ ДИАГНОСТИКА ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

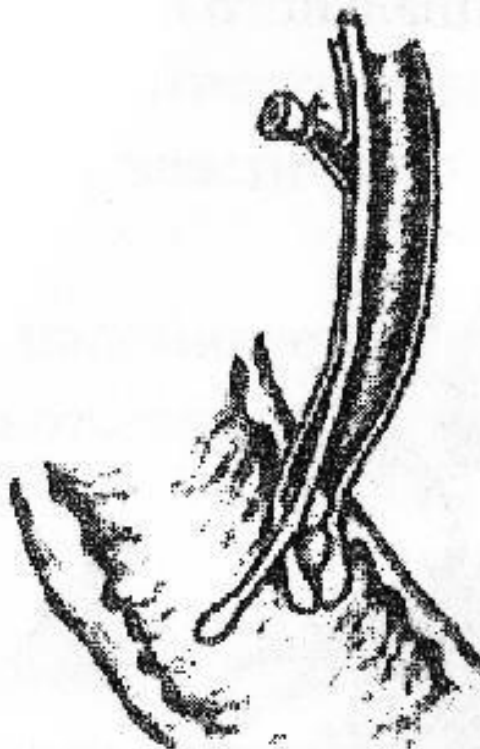
- ◎ УЗИ
- ◎ Rg-я, ЧЧХПГ
- ◎ Компьютерная томография
- ◎ Клиника
- ◎ Дуоденофиброскопия
- ◎ ЭРХПГ
- ◎ Лапароскопическая холецистохолангиография

# ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ДИАГНОСТИКА ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

1. Осмотр и пальпация внепеченочных желчных протоков (визуально-пальпаторный метод).
2. Операционная холангиография.
3. Интраоперационная ультрозвуковая диагностика холедохолитиаза (определяются камни до 2 мм, но нужна особая дорогостоящая УЗИ-аппаратура).
4. Трансиллюминация гепатодуоденальной связки.
5. Пробная пункция холедоха.
6. Диагностическая холедохотомия.
7. Холедохоскопия.
8. Дуоденотомия.



а



б

Варианты “ложного хода” при зондировании холедоха.

# ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

*Принцип - первая операция должна быть последней.*

Правило 72 часов.

**I. Неотложная** (экстренная) операция - в первые 24-72 часа после госпитализации.

**II. Ранняя отсроченная** - через 7-10 дней после ургентного поступления в хирургический стационар.

**III. Плановая** - при хроническом течении ЖКБ и при ПХЭС.



# I. ПОКАЗАНИЯ К НЕОТЛОЖНОЙ (ЭКСТРЕННОЙ) ОПЕРАЦИИ

- А) сопутствующий холедохолитиазу острый деструктивный холецистит.
- Б) острый обтурационный септический холангит.
- В) внезапная, сопровождающаяся шоком, блокада фатерова соска камнем (после выведения из шока).
- Г) тяжелый, угрожающий жизни приступ острого билиарного панкреатита.
- Д) желчный перитонит.

## II. ПОКАЗАНИЯ К СРОЧНОЙ ОПЕРАЦИИ

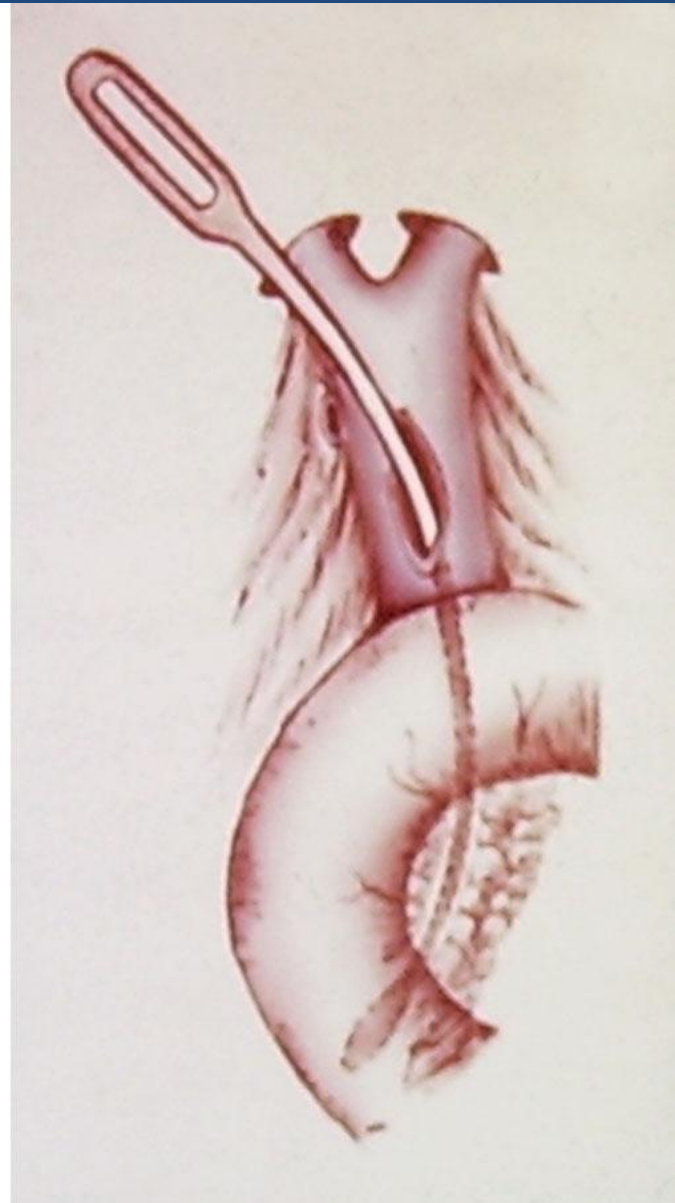
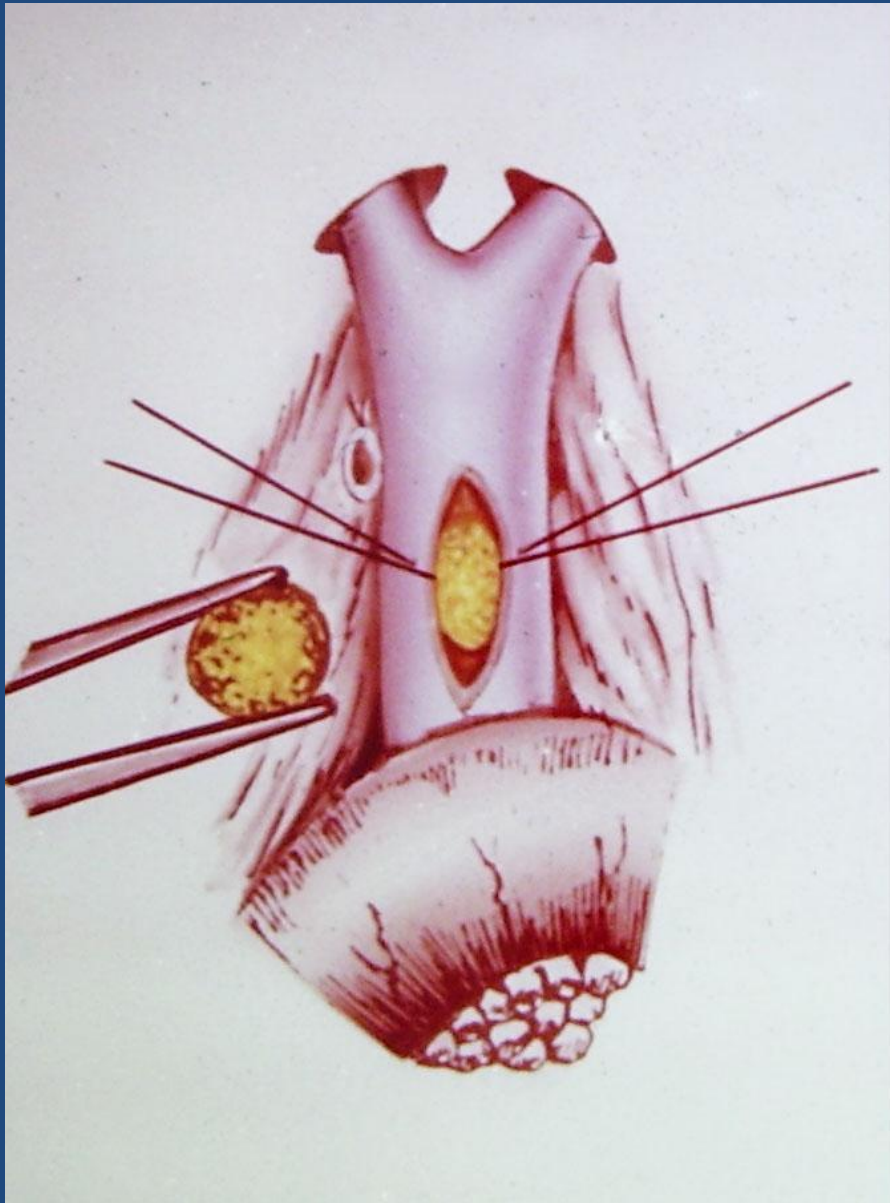
- А) обтурационная желтуха и желчная колика с желтухой, не исчезающей или рецидивирующей в течение нескольких дней (в том числе при отсутствии эффекта от консервативной терапии).
- Б) неполная закупорка холедоха с явлениями холангита.

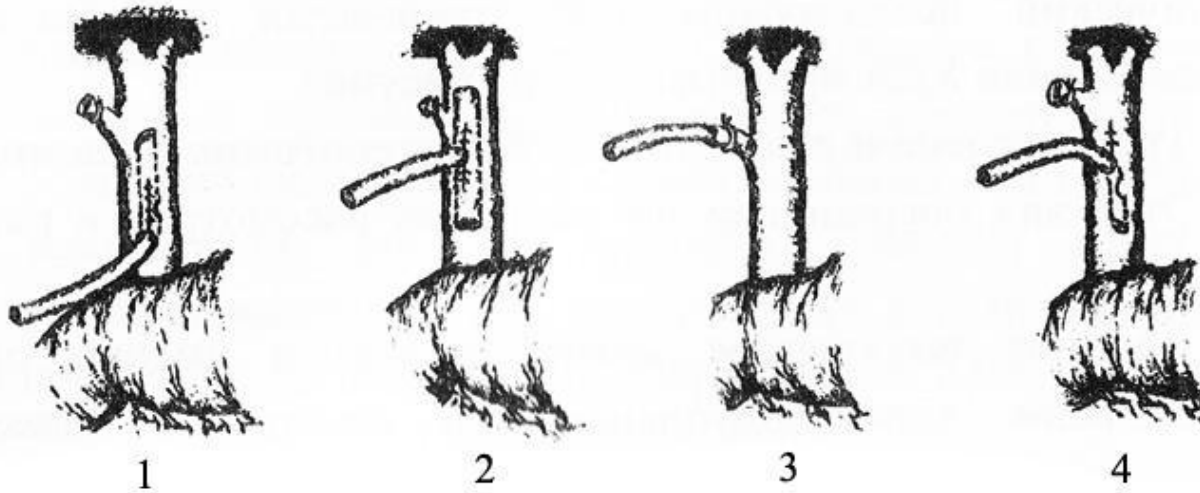
# III. ОТСРОЧЕННАЯ ОПЕРАЦИЯ

- А) если для снижения риска операции требуется пролонгированная предоперационная подготовка больного.
- Б) при печеночной колике с желтухой, склонной к обратному развитию.
- В) при желтухе неясного генеза, если в течение 7-10 дней не удастся исключить подпеченочную закупорку протоков.
- Г) при ЖКБ с хроническим холестаазом, с угрозой развития билиарного цирроза печени.
- Д) при оставшихся камнях, выявленных при чресдренажной холангиографии после первой операции.

# ВИДЫ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ

1. Холедохолитотомия
2. Холедоходуоденоанастомоз
3. Трансдуоденальная  
папиллосфинктеротомия с  
папиллопластикой
4. Двойное внутреннее дренирование  
холедоха

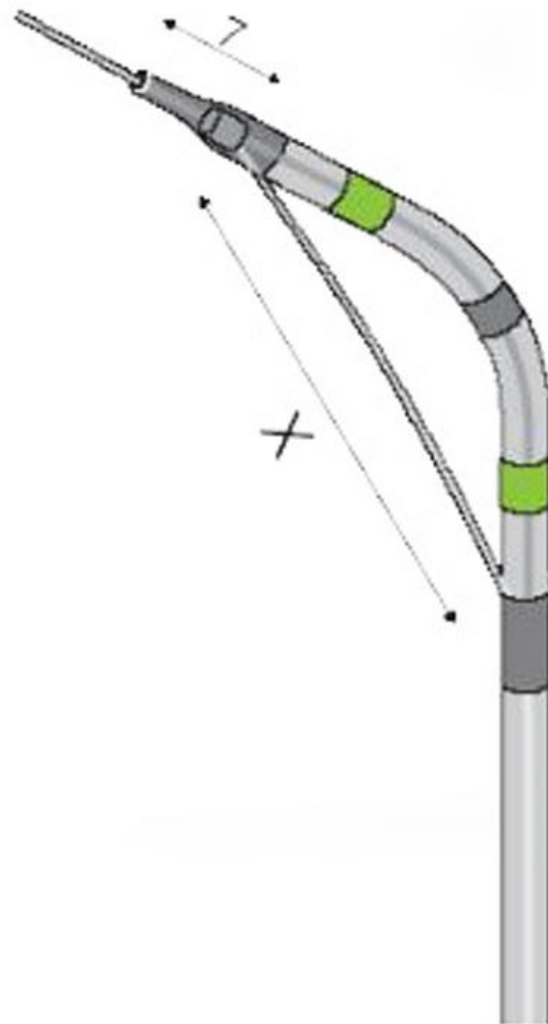




Основные способы временного наружного дренирования холедоха  
(1 - способ Вишневского, 2 - способ Кера, 3 - способ Холстеда-Пиковского,  
4 - способ Керте).

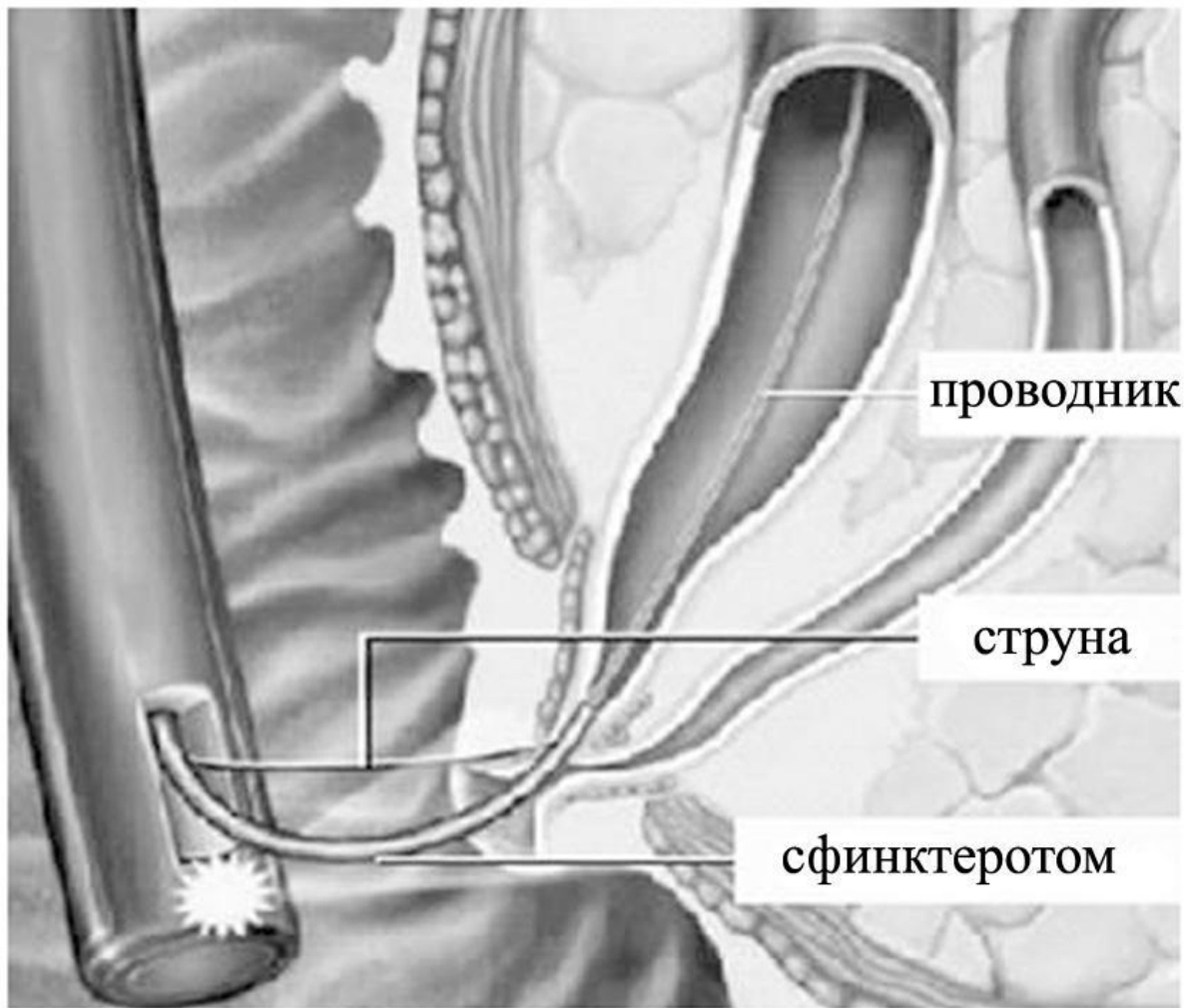
# ЛЕЧЕНИЕ СТЕНОЗА БДС

1. Зондирование
2. Трансдуоденальная папиллотомия
3. Двойное внутреннее дренирование холедоха
4. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) и литоэкстракция



Папилотом (сфинктеротом)





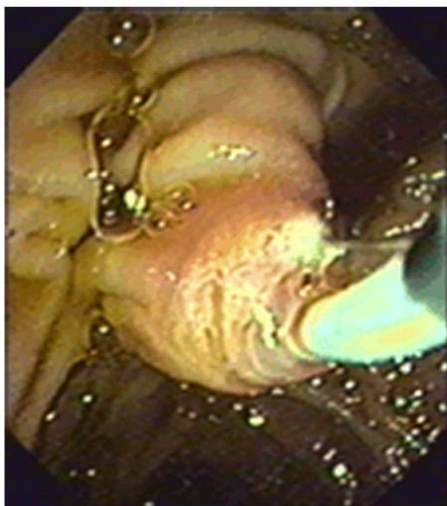
Схематическое изображение ЭПСТ



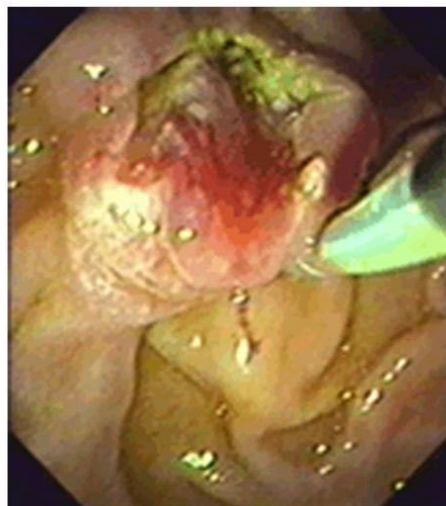
А)



Б)



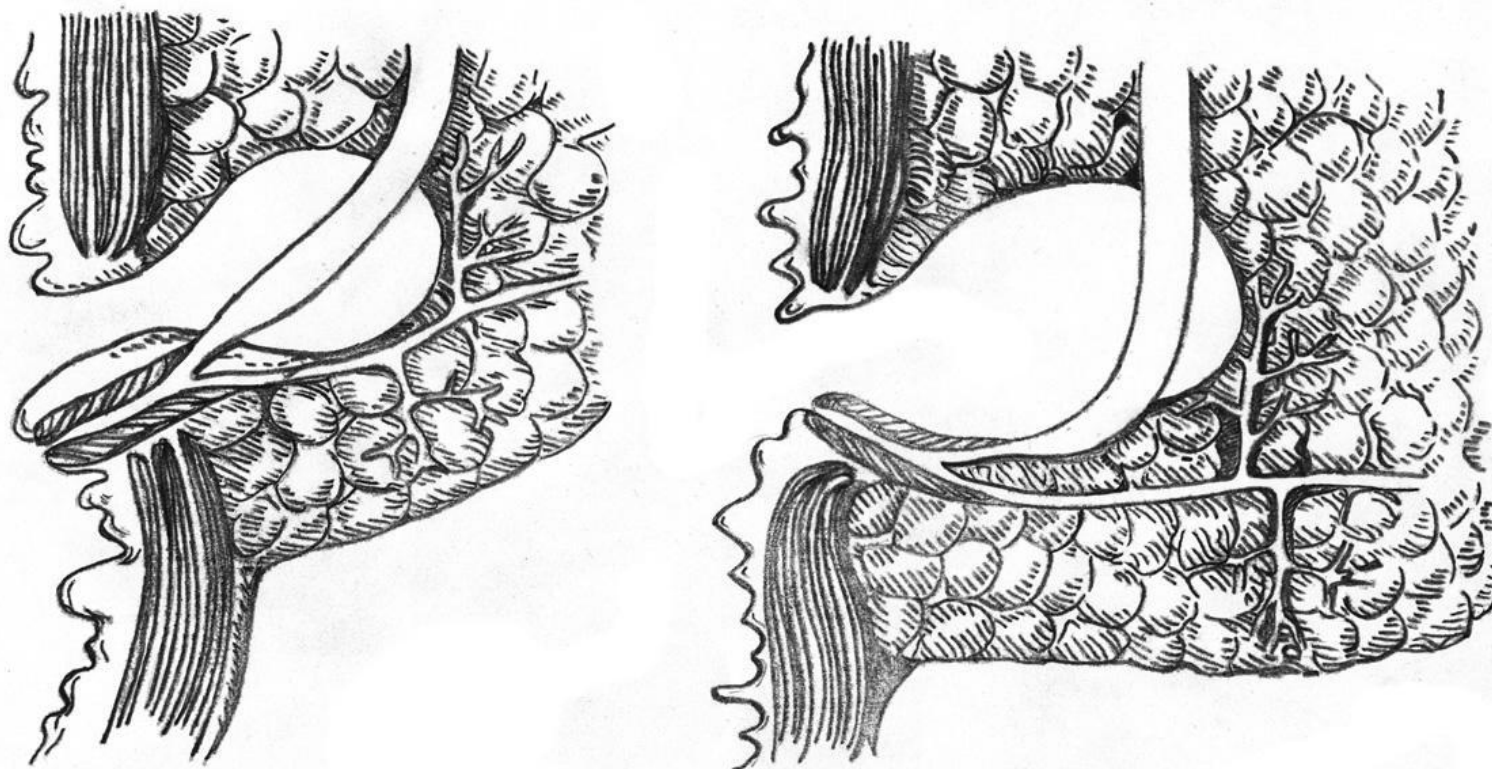
В)



Г)

**Этапы ЭПСТ:** А - визуализация БДС, Б - введение канюли в БДС, В - эндоскопическая папиллотомия, Г - вид БДС после папиллотомии.

# ПАРАФАТЕРАЛЬНЫЕ ДИВЕРТИКУЛЫ ДПК



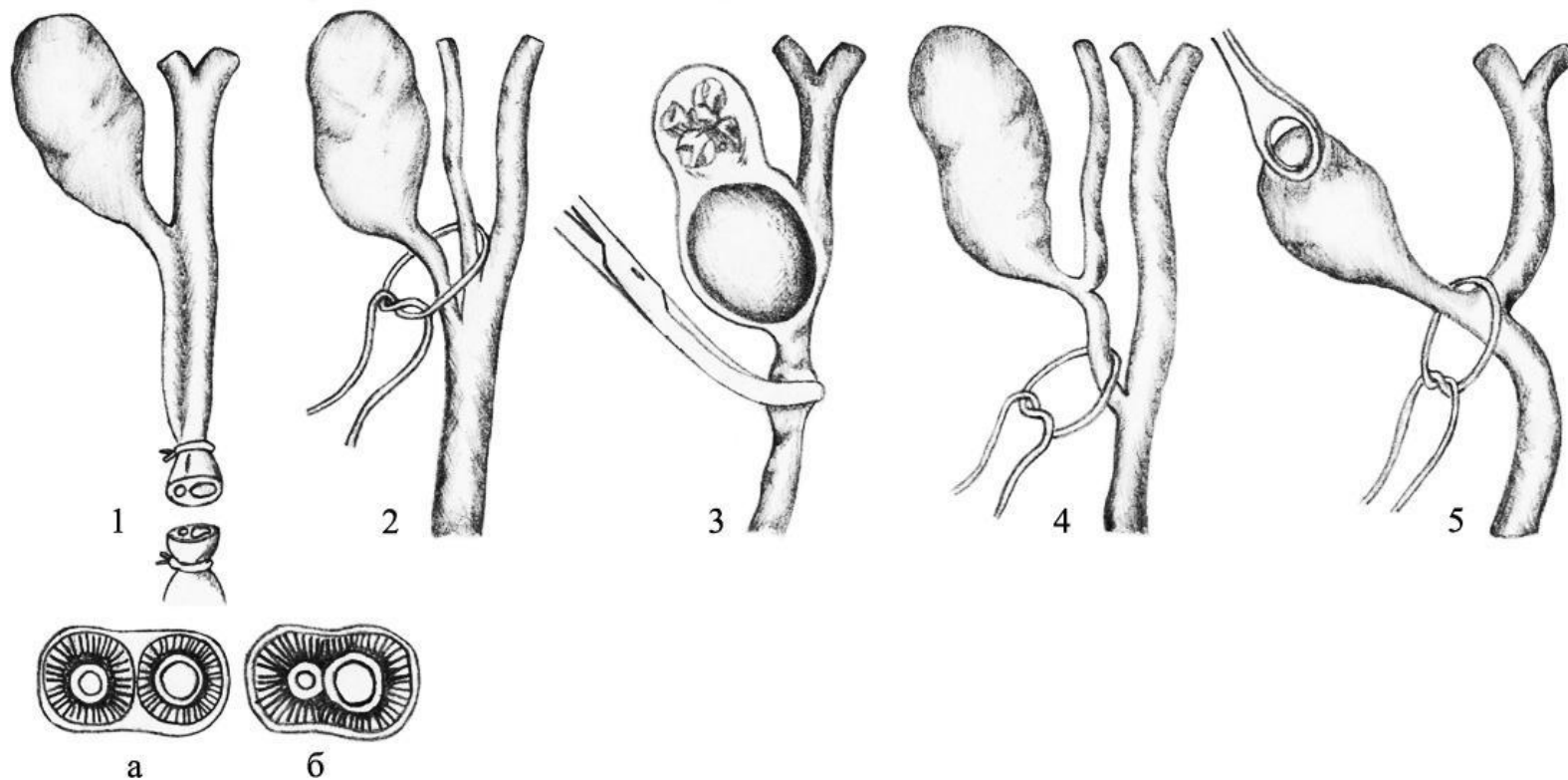
Варианты формирования парафатеральных дивертикулов

# РУБЦОВЫЕ СТРИКТУРЫ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

*Воспалительные стриктуры (ЖКБ,  
хронический панкреатит, ЯБЖ и ДПК)*

*Ятрогенные стриктуры (повреждения во  
время операции, повреждения при ЭРХПГ)*

# ЯТРОГЕННЫЕ СТРИКТУРЫ



**Повреждение гепатикохоледоха:** 1 - пересечение пузырного и общего желчного протоков (а - каждый проток имеет мышечную оболочку, б - оба протока окружены одной мышечной оболочкой); 2 - перевязка пузырного и правого печеночного протока; 3 - зажим наложен на холедох; 4 - перевязка пузырного протока, в который впадает правый печеночный проток; 5 - перевязка гепатикохоледоха.

# СИНДРОМ МИРРИЗИ

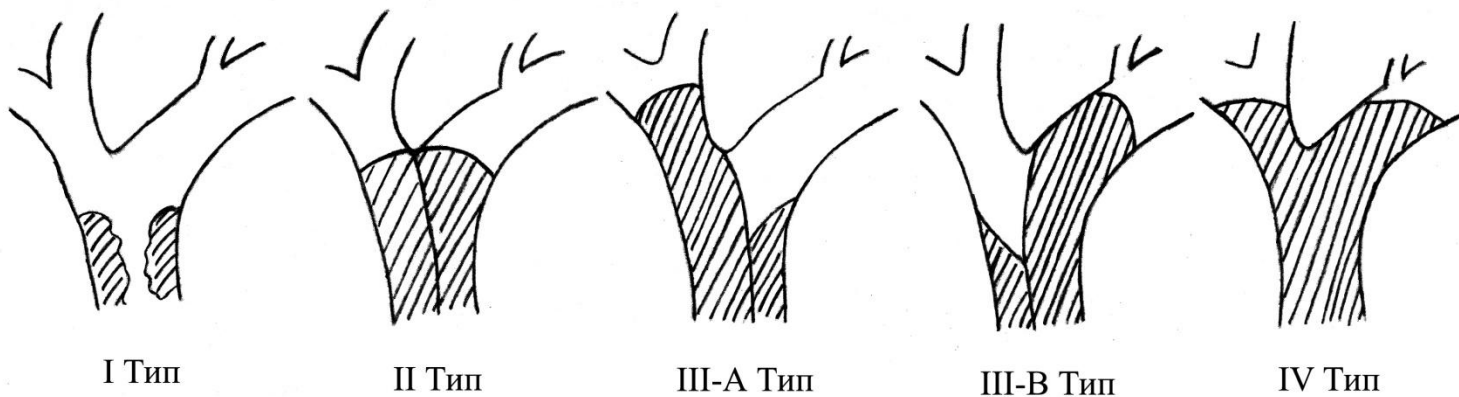
*I тип синдрома Мирризи* - стриктура общего печеночного протока камнем в шейке желчного пузыря или пузырного протока.

*II тип синдрома Мирризи* - наличие свища между желчным пузырем и холедохом.

# КЛИНИКА

1. Болевой синдром
2. Диспептический синдром
3. Интоксикационный синдром
4. Синдром механической желтухи
5. Синдром билиарной гипертензии

# КЛАССИФИКАЦИЯ РАКА ПРОКСИМАЛЬНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ.

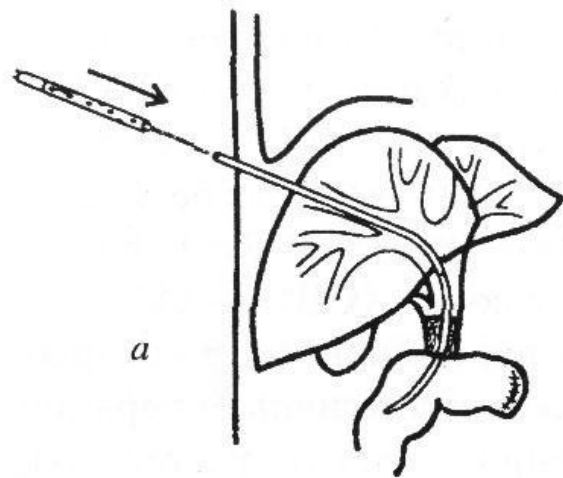


Классификация рака проксимальных желчных протоков по Bismuth-Corlette

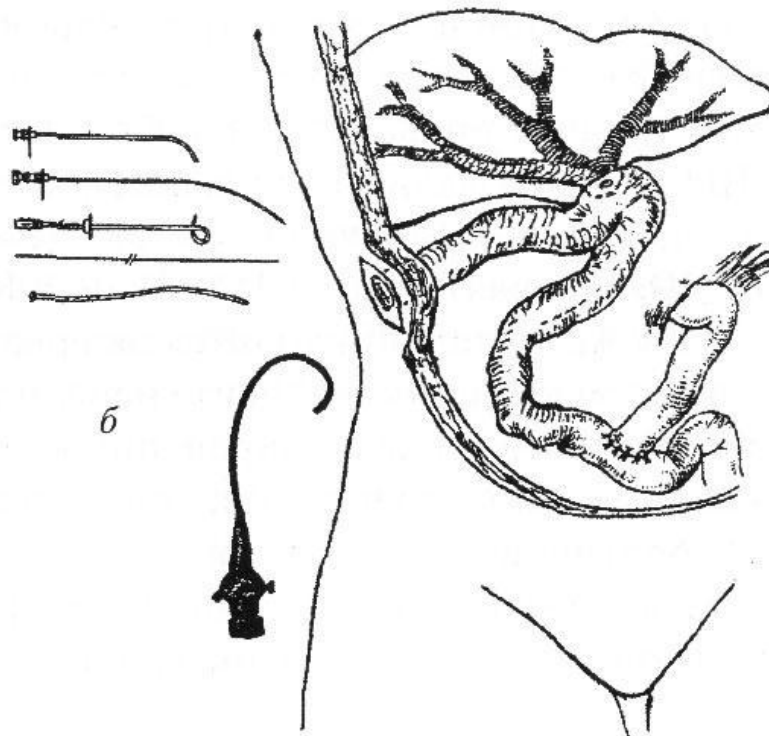


# КАТЕТЕРЫ ДЛЯ ЧРЕЗКОЖНОГО ЧРЕЗПЕЧЕНОЧНОГО ДРЕНИРОВАНИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ.

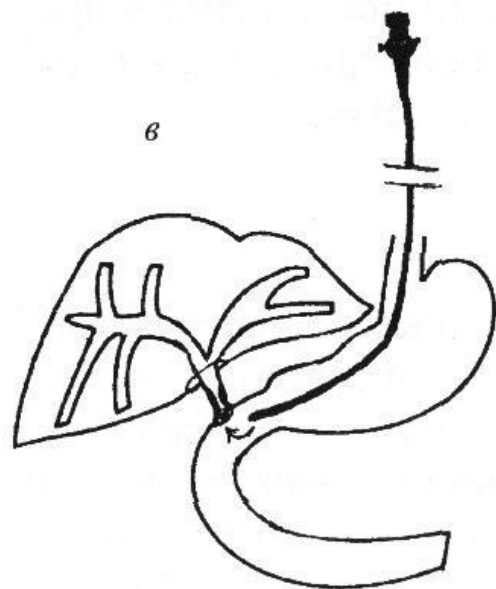




а



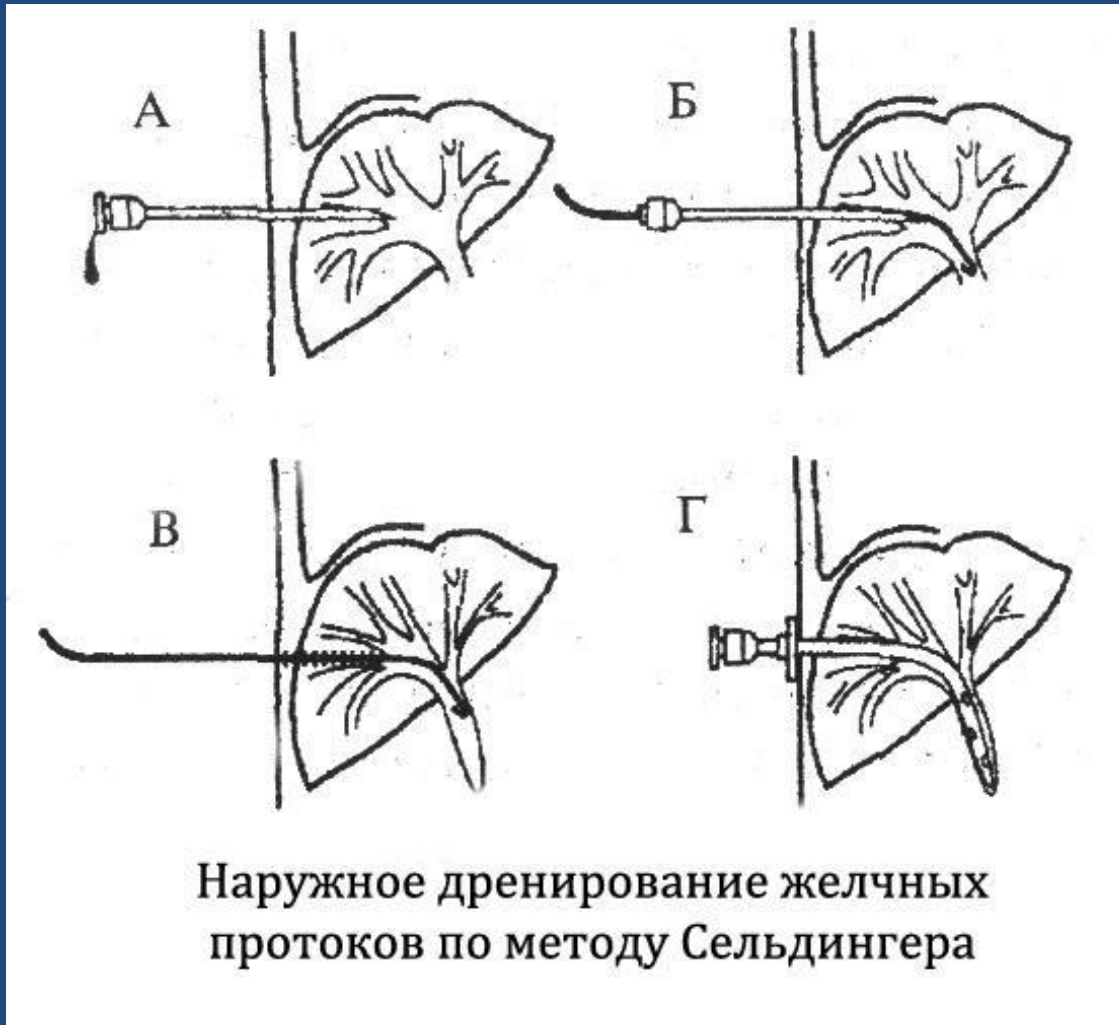
б

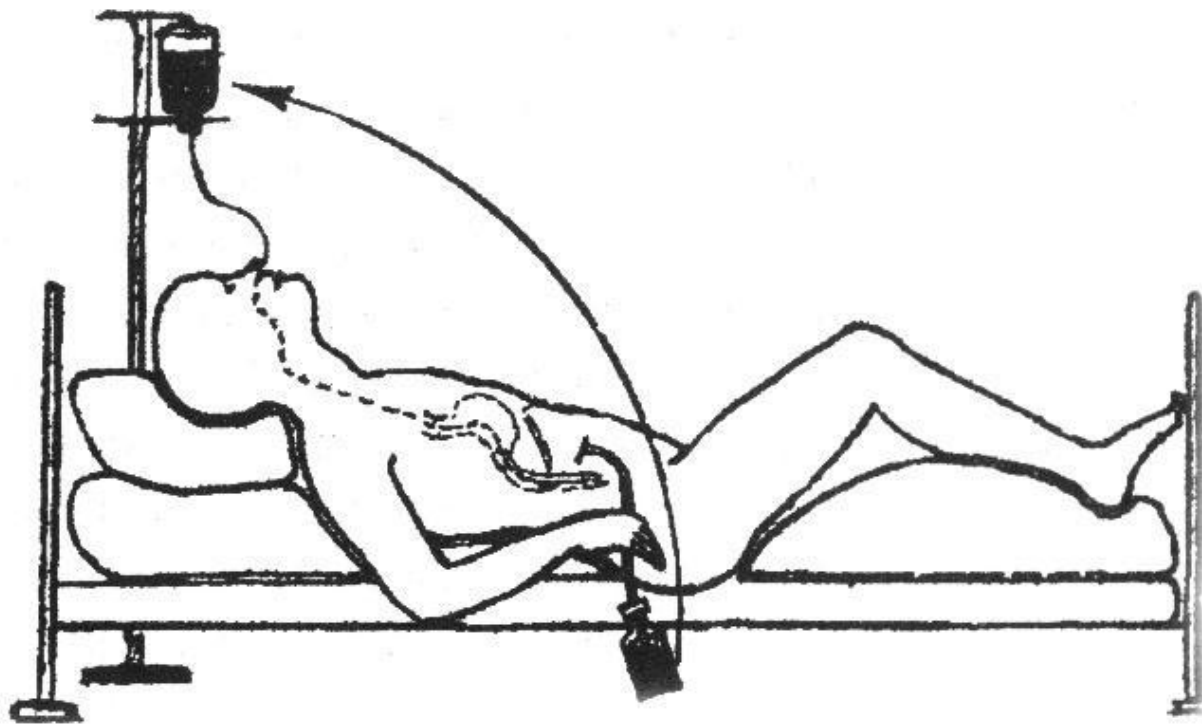


в

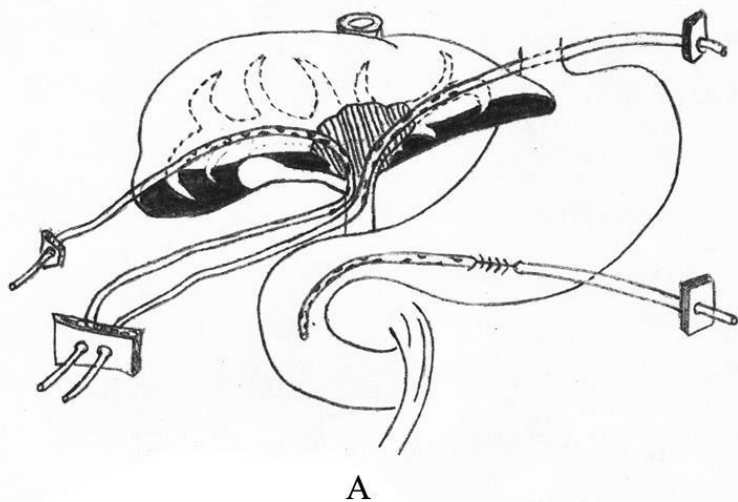
Схемы различных вариантов доступов  
 для выполнения эндобилиарных вмешательств:  
 а - чрескожный чреспеченочный  
 б - через афферентный отрезок тощей кишки  
 в - при дуоденоскопии

# НАРУЖНОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПО МЕТОДУ СЕЛЬДИНГЕРА.

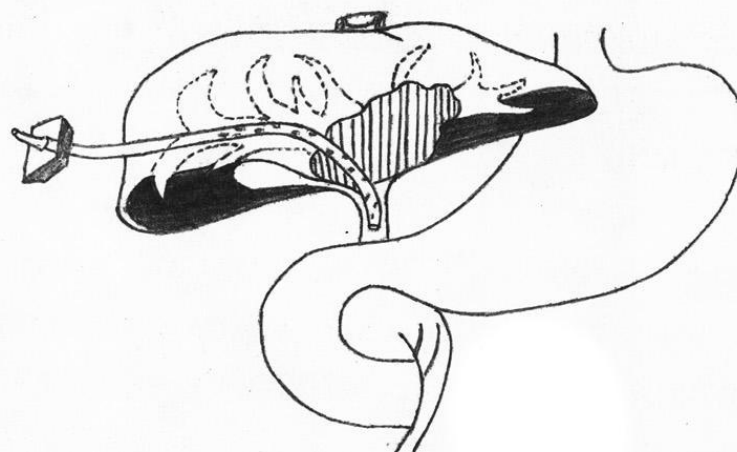




Оттекающая по наружному желчному дренажу желчь возвращается в кишечник через назоинтестинальный зонд-катетер

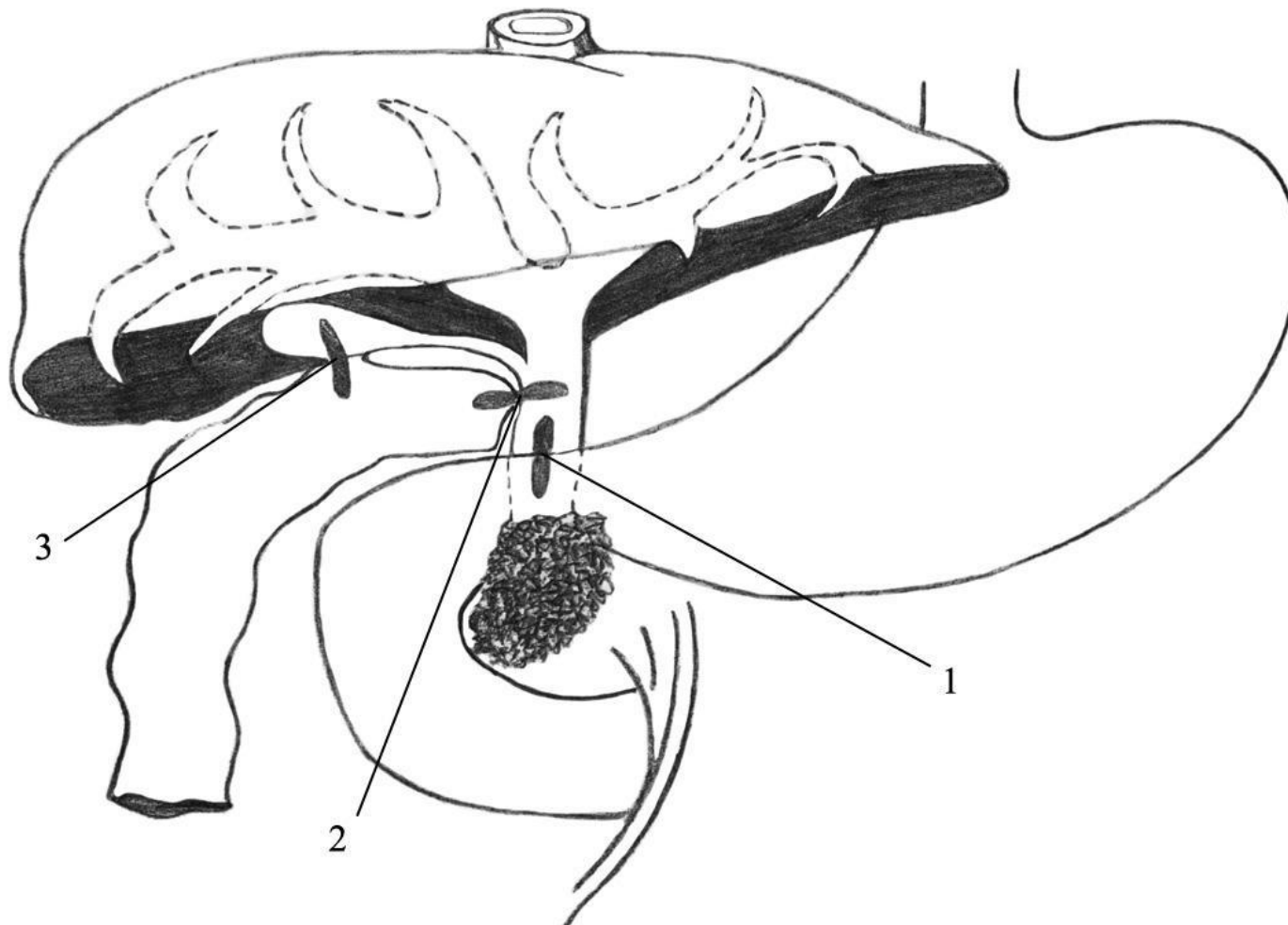


А



Б

Транспеченочное дренирование по Сейпол-Курианову (А) и Прадери-Смиту (Б)



**Внутренние билиодигестивные операции при дистальной локализации опухоли ВЖП.**

1 - холедоходуоденоанастомоз, 2 - холедохо- и гепатикоеюноанастомоз,  
3 - холецистоеюноанастомоз.

**СПАСИБО ЗА  
ВНИМАНИЕ!!!**