

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

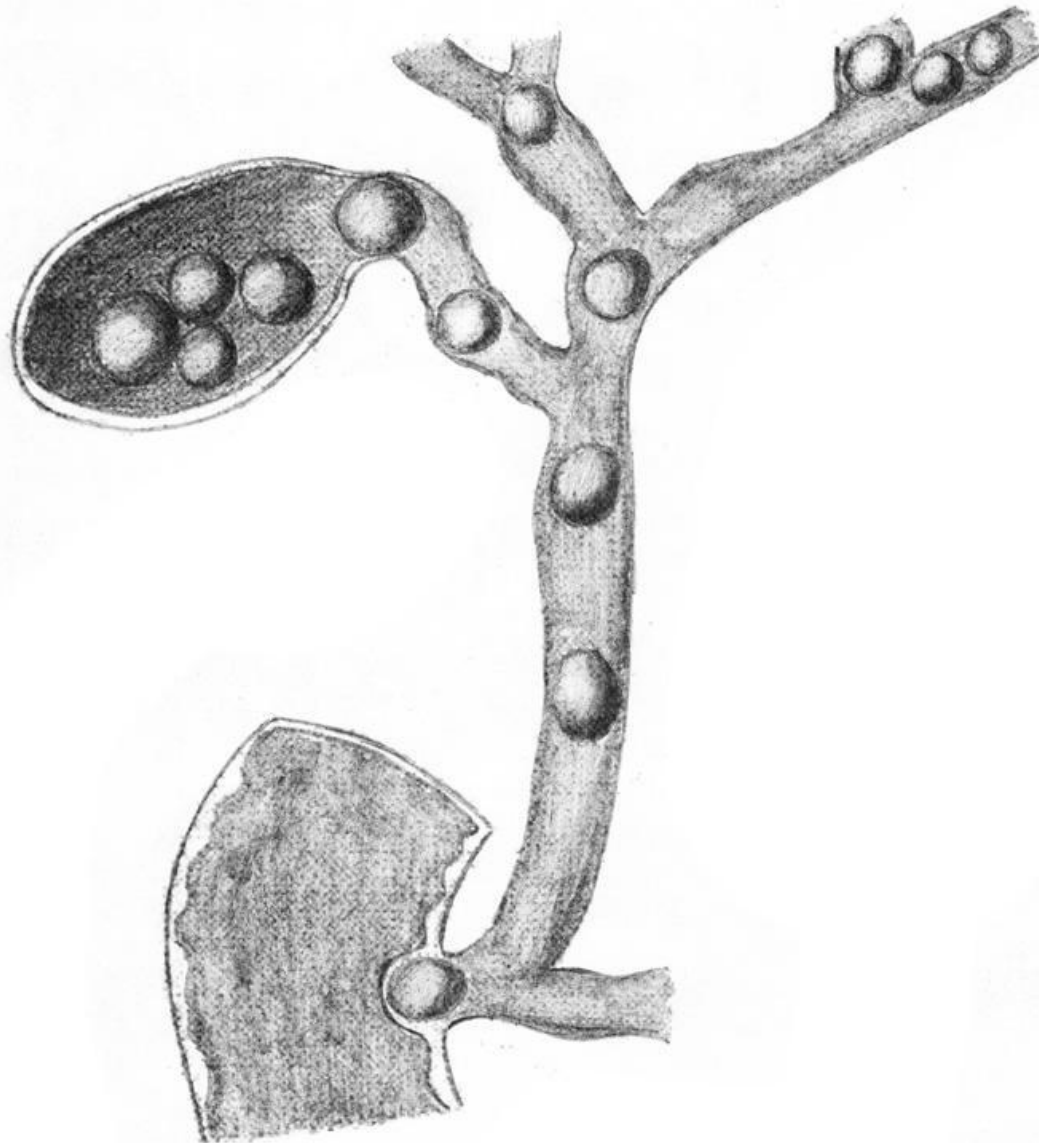
Связана с нарушением захвата, конъюгации и экскреции билирубина гепатоцитами. Возникает при остром и хроническом гепатите, гепатозе, при токсическом и медикаментозном гепатите.

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:

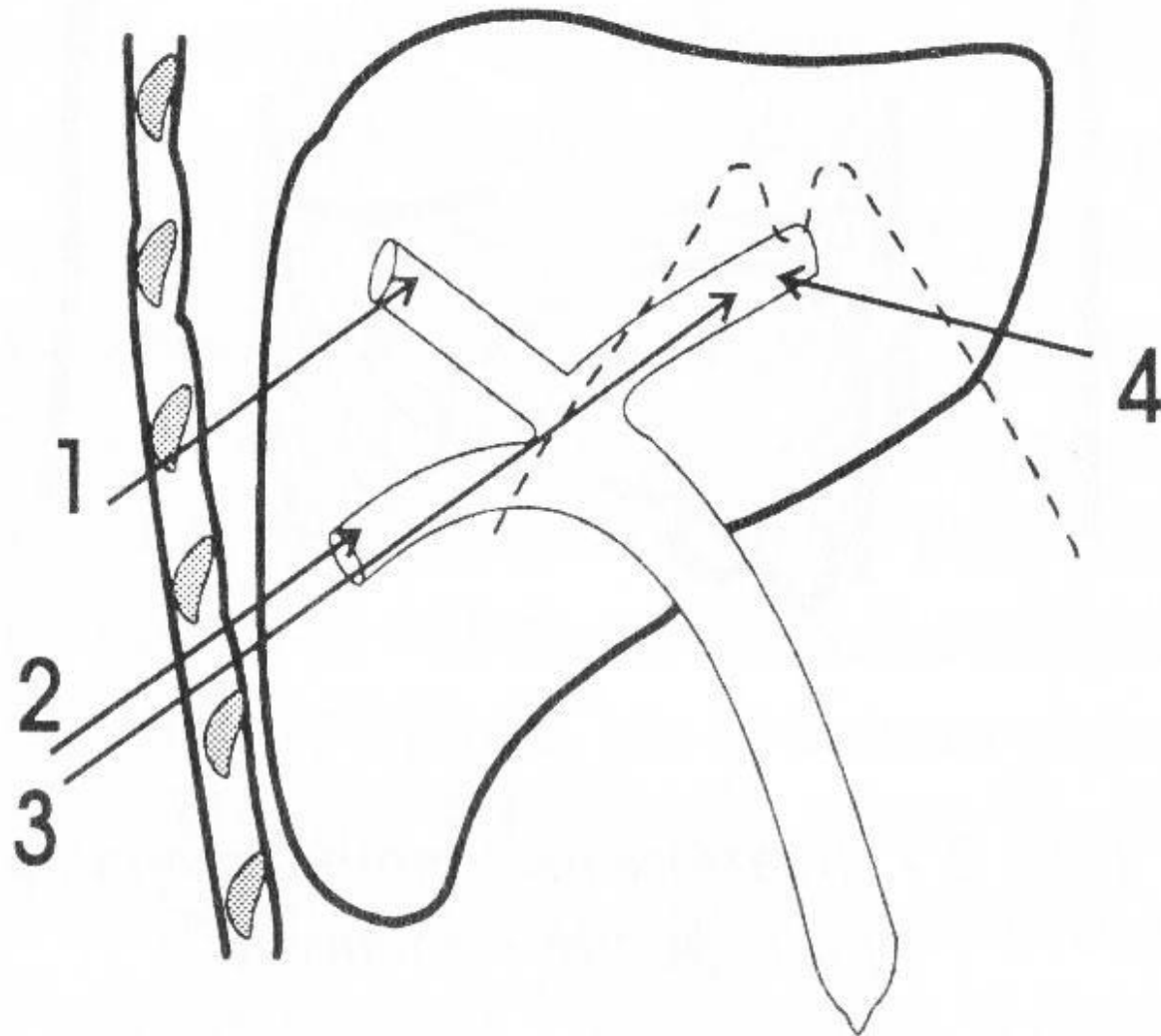
А) опухолевые (злокачественные)

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 фосфотазы.

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

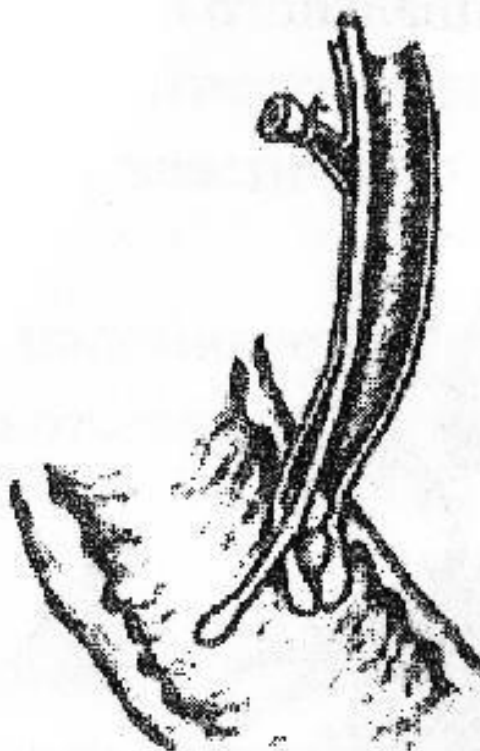
- ◎ УЗИ
- ◎ Rg-я, ЧЧХПГ
- ◎ Компьютерная томография
- ◎ Клиника
- ◎ Дуоденофиброскопия
- ◎ ЭРХПГ
- ◎ Лапароскопическая холецистохолангиография

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.

І. 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

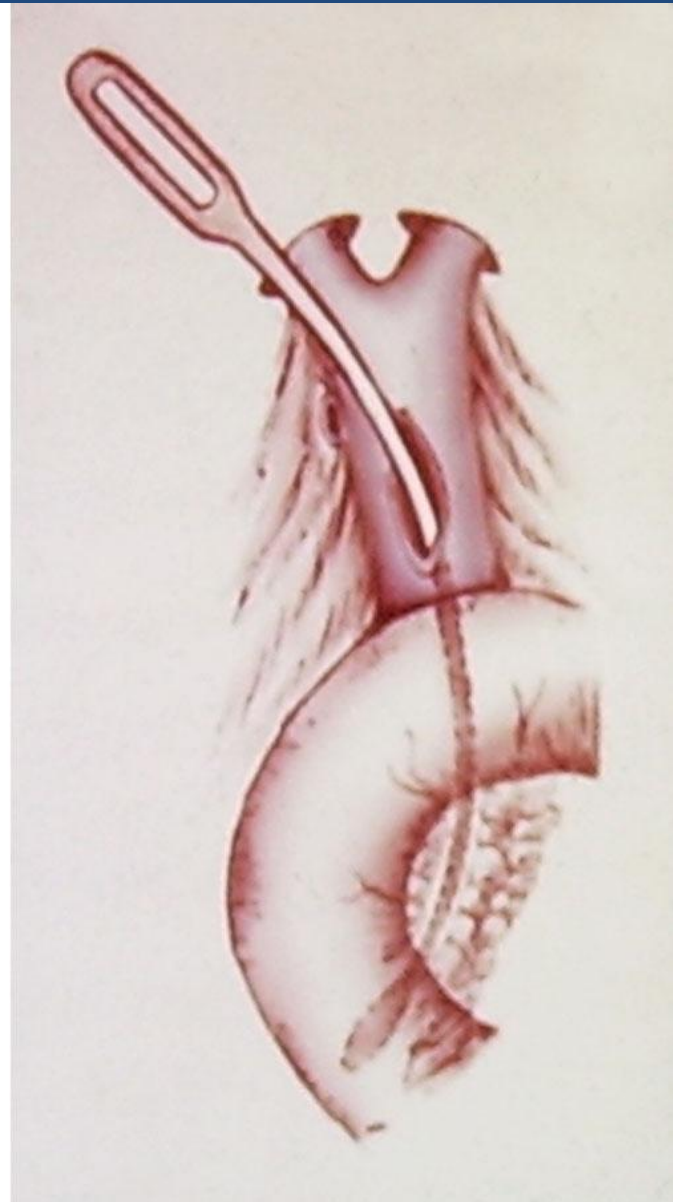
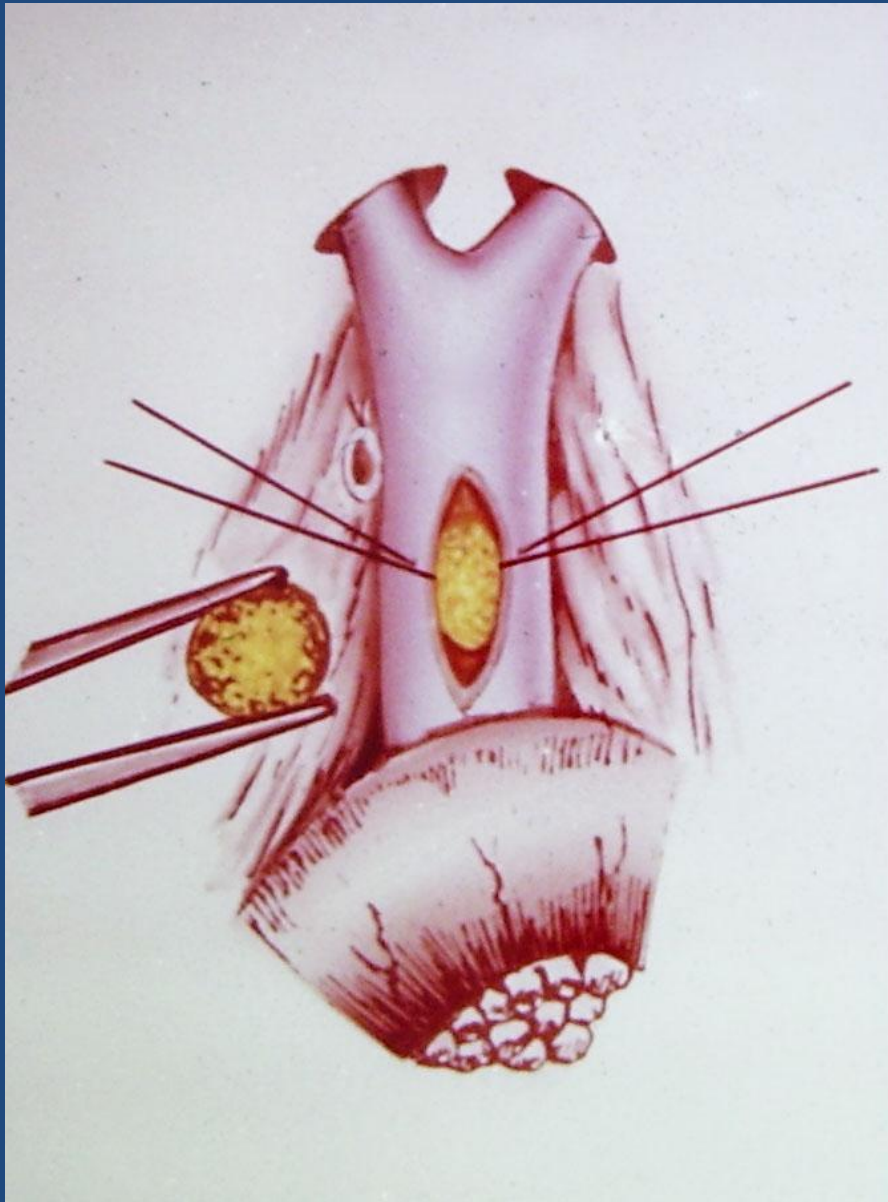
- А) обтурационная желтуха и желчная колика с желтухой, не исчезающей или рецидивирующей в течение нескольких дней (в том числе при отсутствии эффекта от консервативной терапии).
- Б) неполная закупорка холедоха с явлениями холангита.

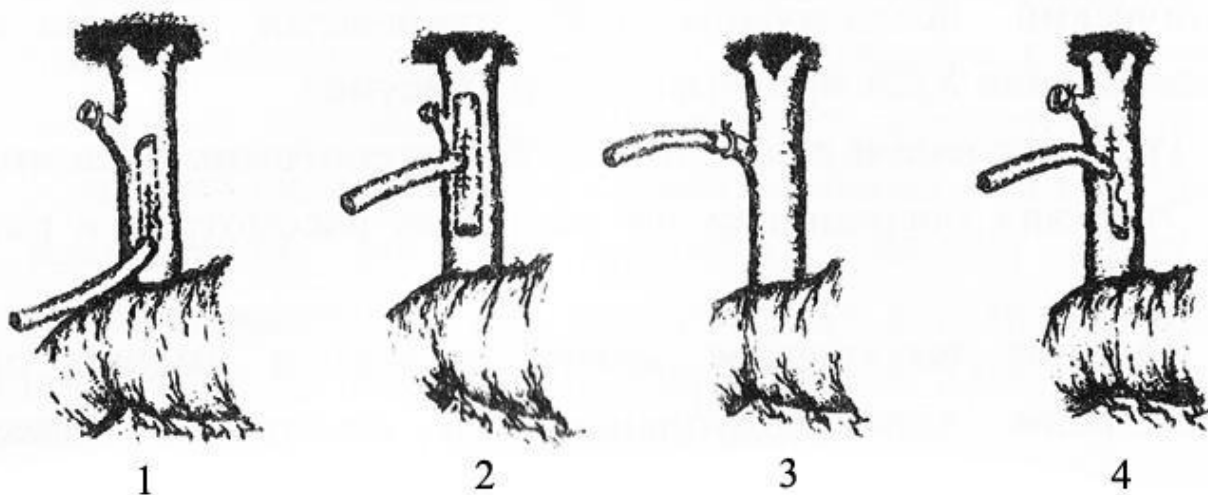
III. ОТСРОЧЕННАЯ ОПЕРАЦИЯ

- 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 холестазом, 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

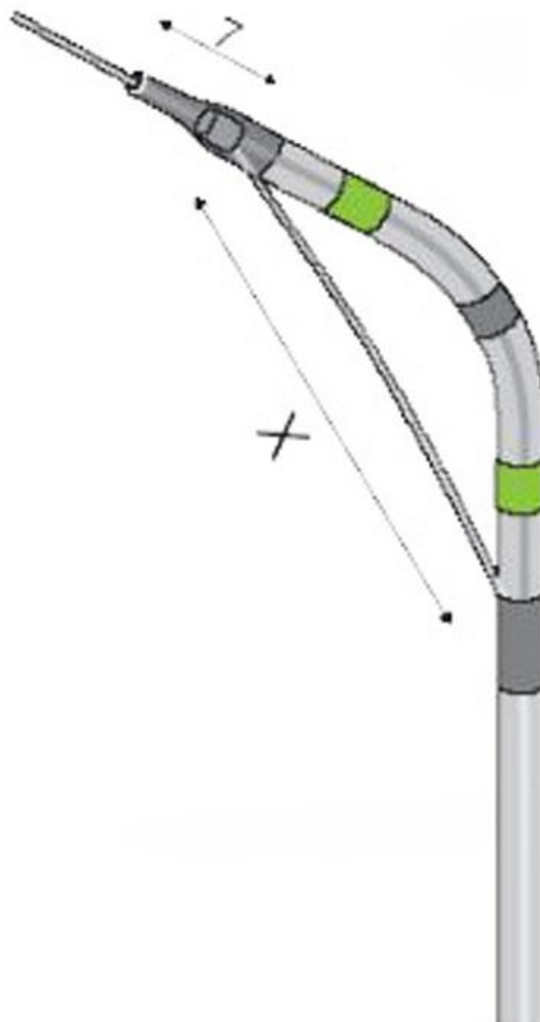




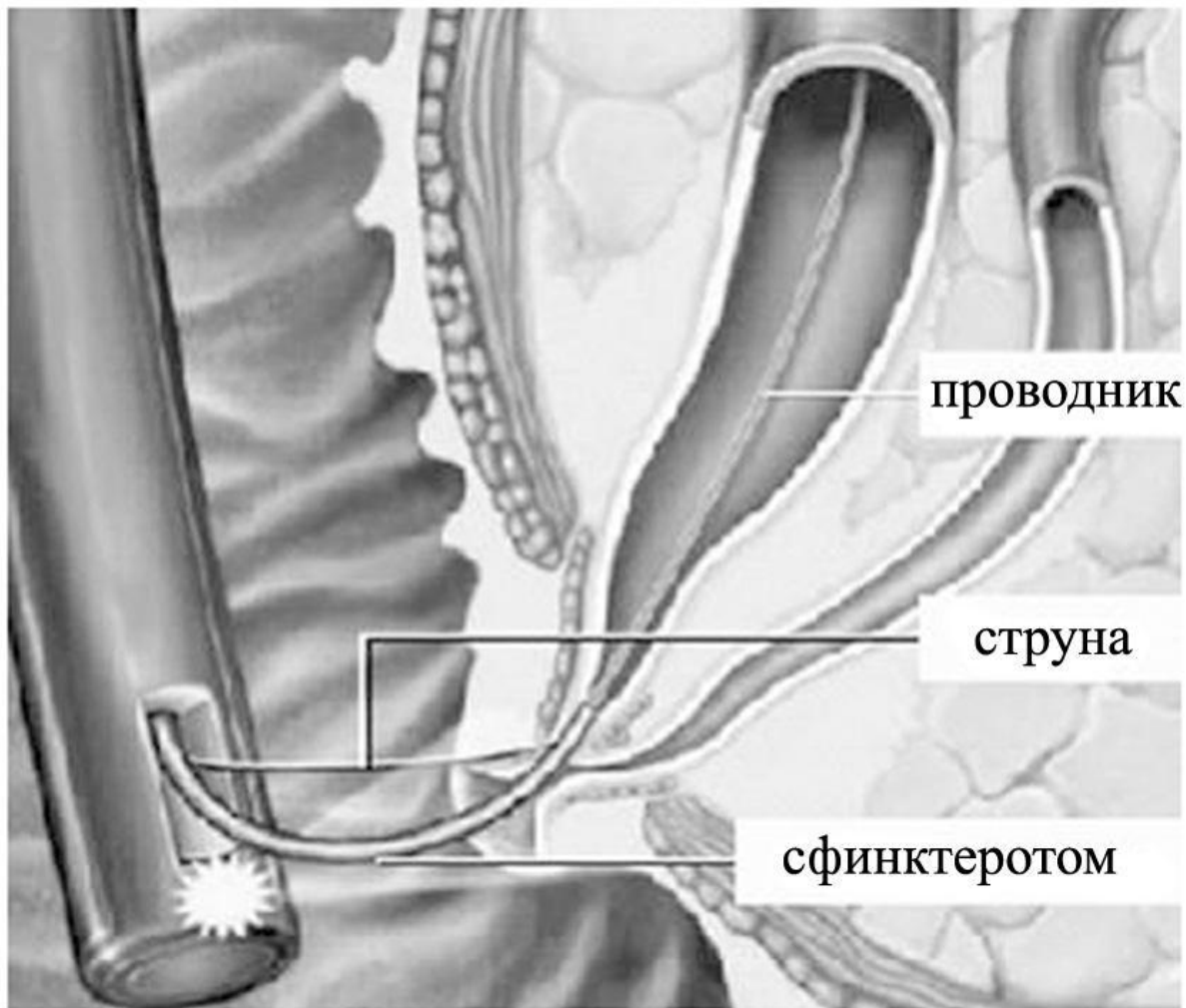
Основные способы временного наружного дренирования холедоха
(1 - способ Вишневского, 2 - способ Кера, 3 - способ Холстеда-Пиковского,
4 - способ Керте).

ЛЕЧЕНИЕ СТЕНОЗА БДС

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



Папилотом (сфинктеротом)



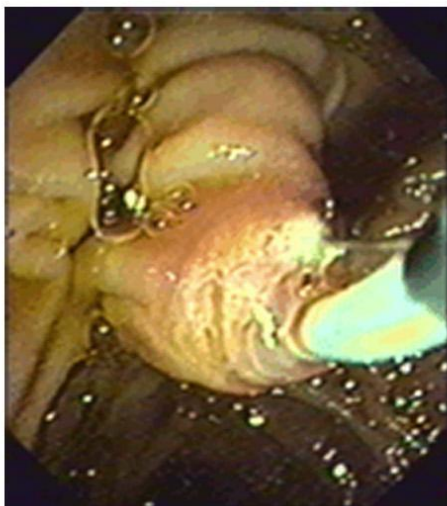
Схематическое изображение ЭПСТ



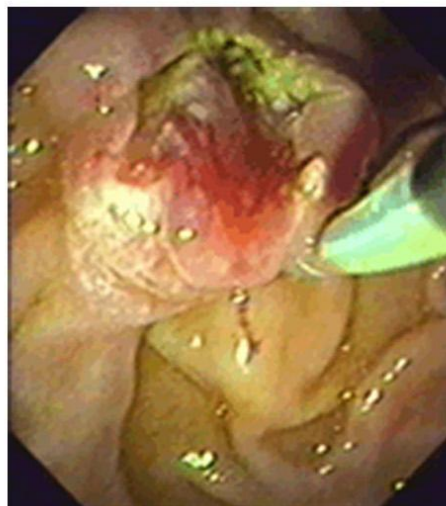
А)



Б)



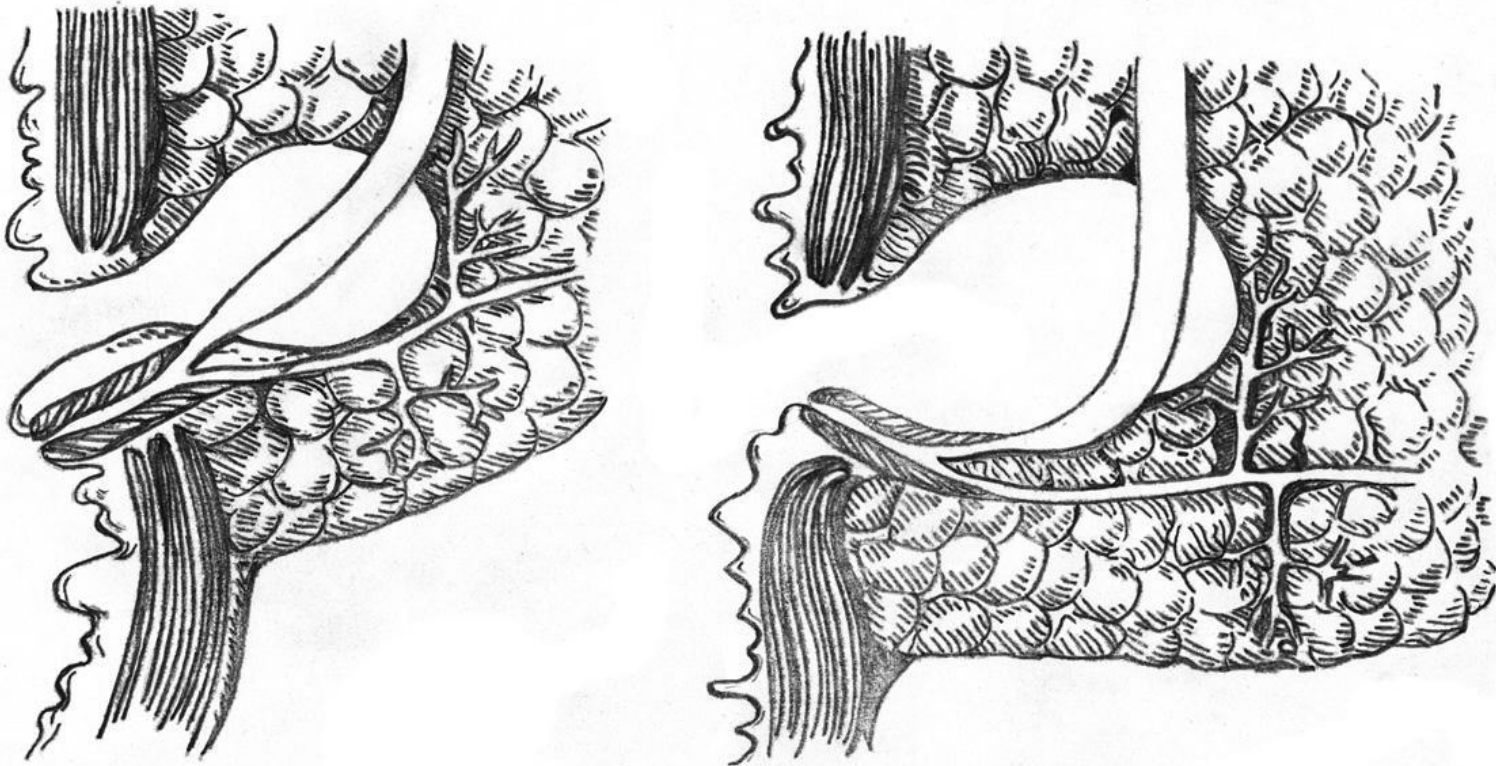
В)



Г)

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

ПАРАФАТЕРАЛЬНЫЕ ДИВЕРТИКУЛЫ ДПК



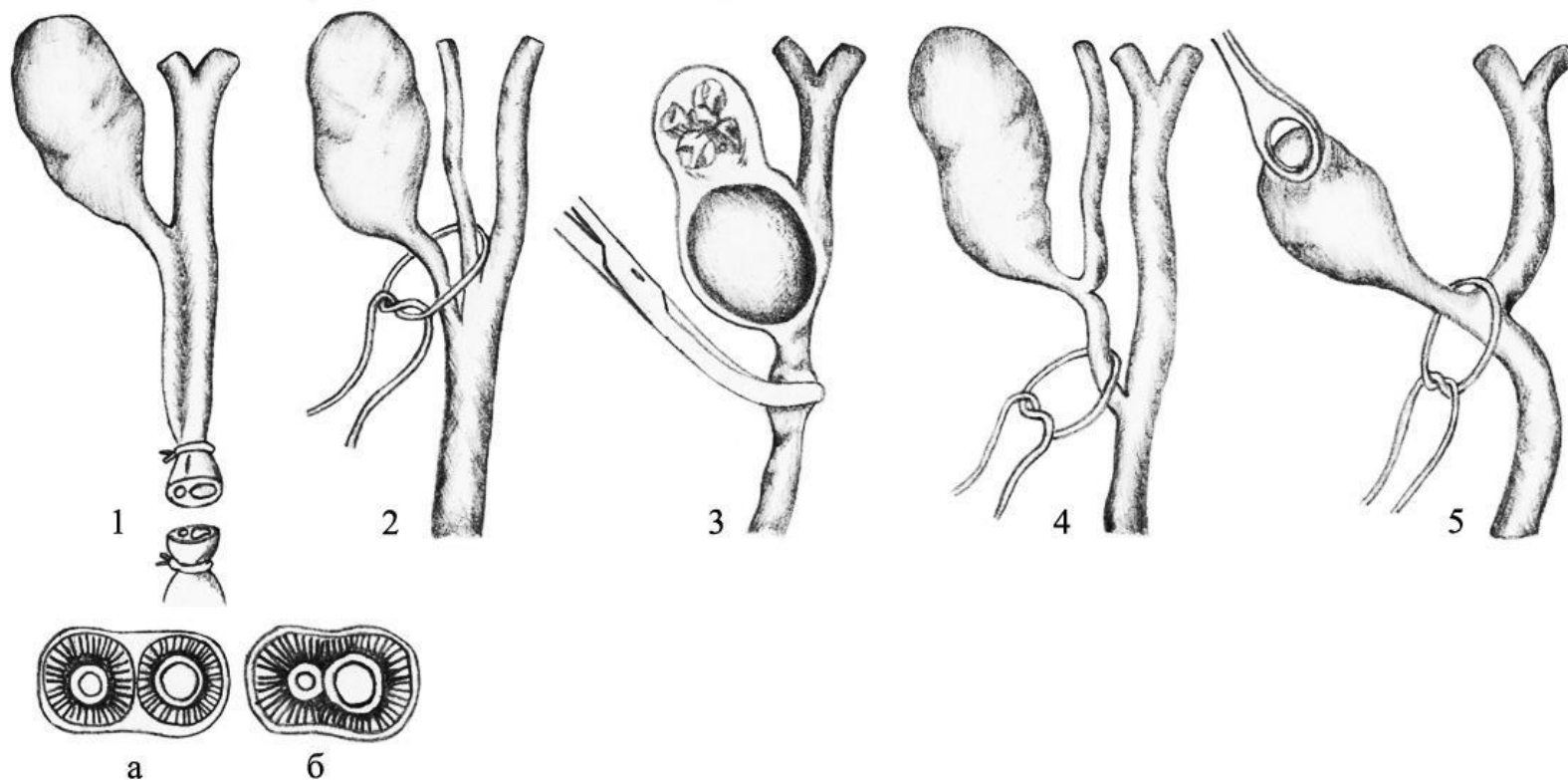
Варианты формирования парафатеральных дивертикулов

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

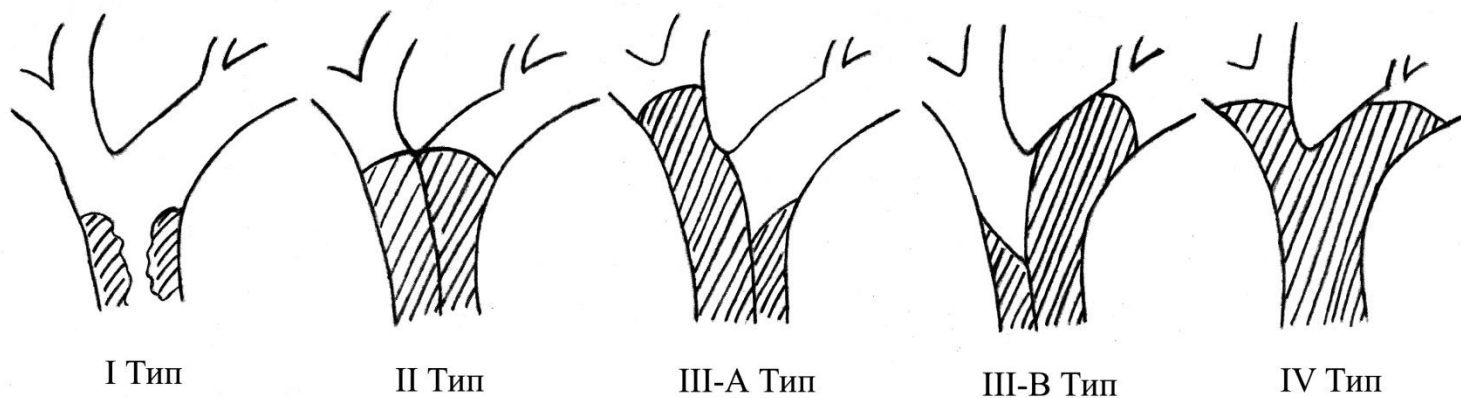
I тип синдрома Мирризи - стриктура общего печеночного протока камнем в шейке желчного пузыря или пузырного протока.

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

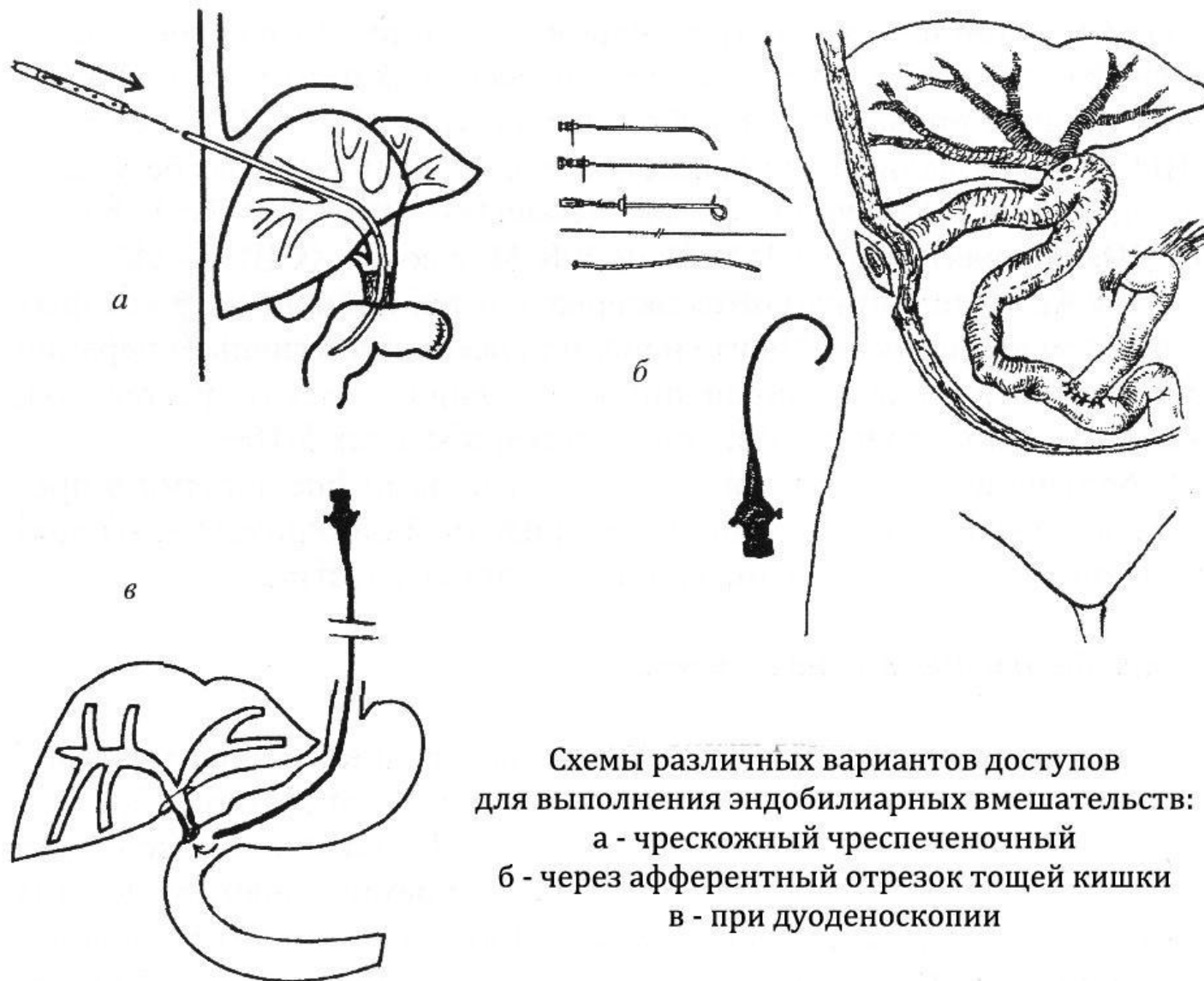
КЛАССИФИКАЦИЯ РАКА ПРОКСИМАЛЬНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ.



Классификация рака проксимальных желчных протоков по Bismuth-Corlette

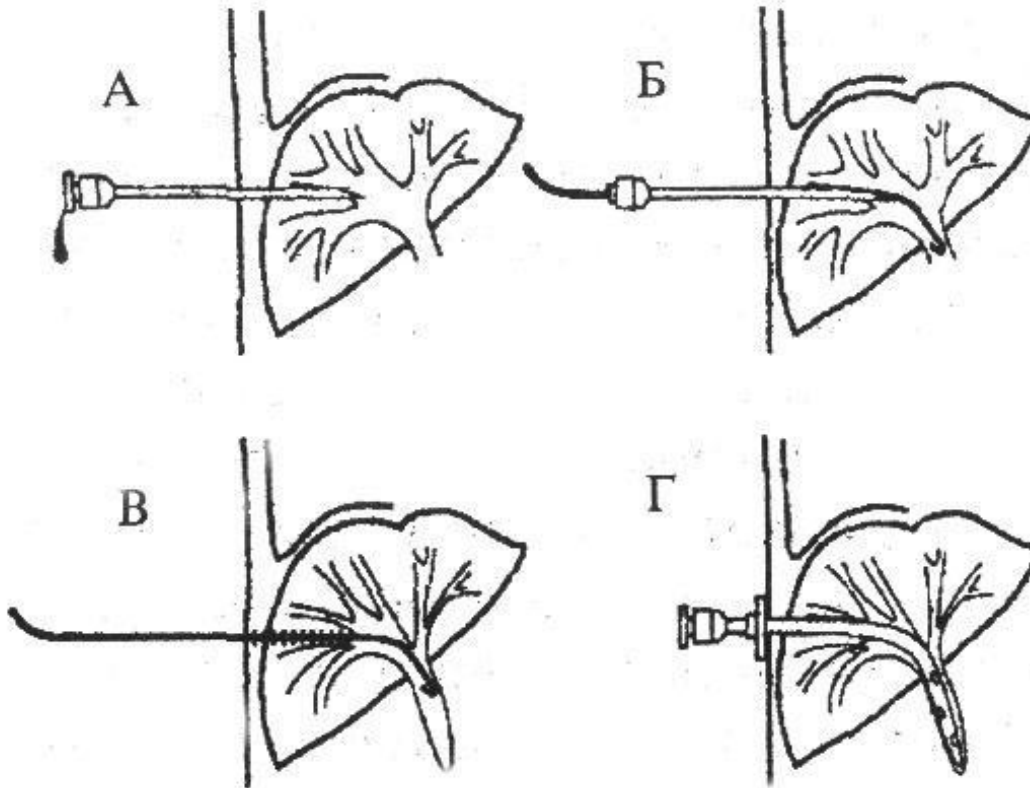
КАТЕТЕРЫ ДЛЯ ЧРЕЗКОЖНОГО ЧРЕЗПЕЧЕНОЧНОГО ДРЕНИРОВАНИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ.



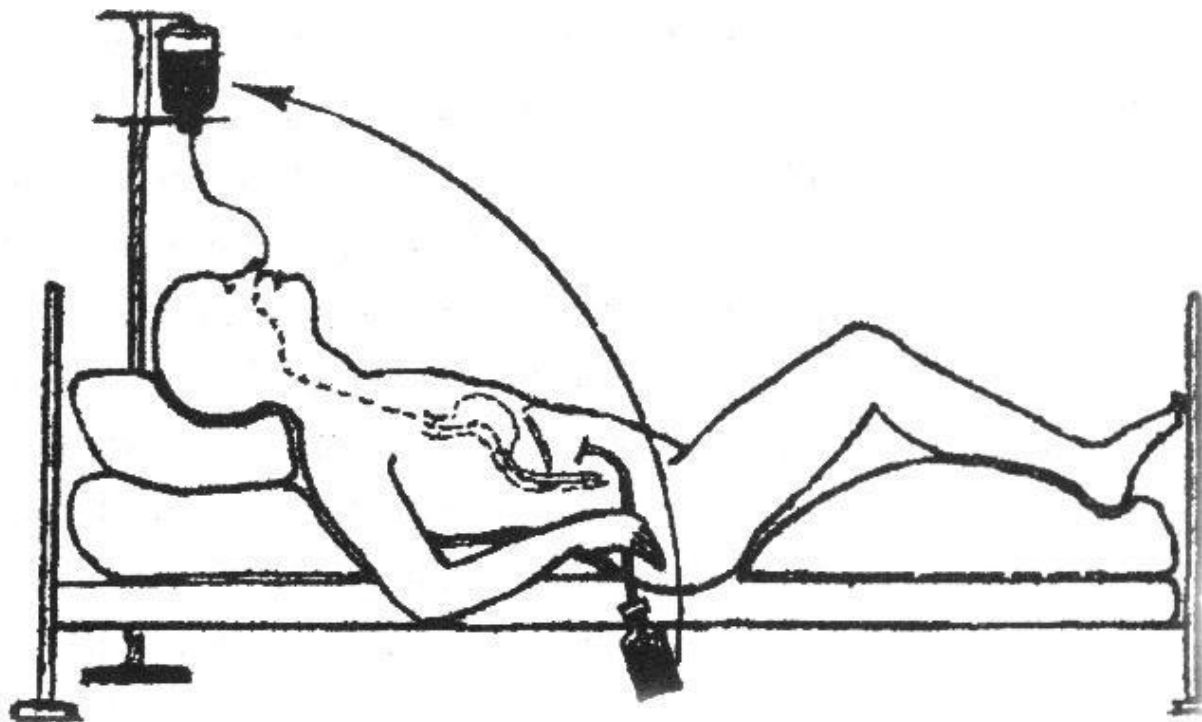


Схемы различных вариантов доступов
для выполнения эндобилиарных вмешательств:
а - чрескожный чреспеченочный
б - через афферентный отрезок тощей кишки
в - при дуоденоскопии

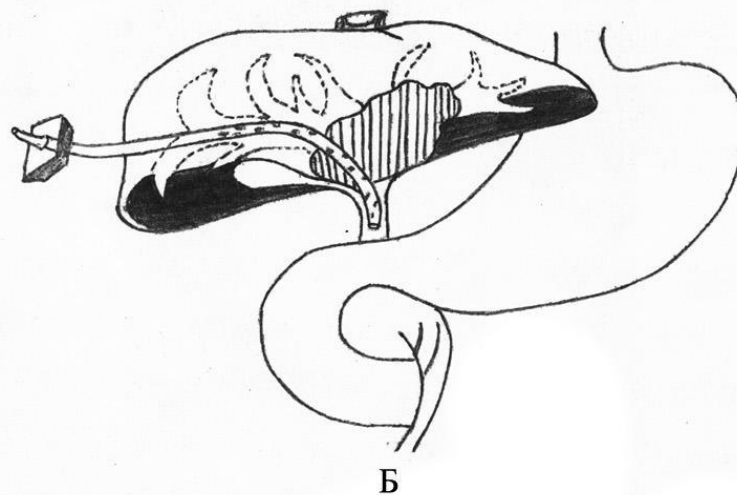
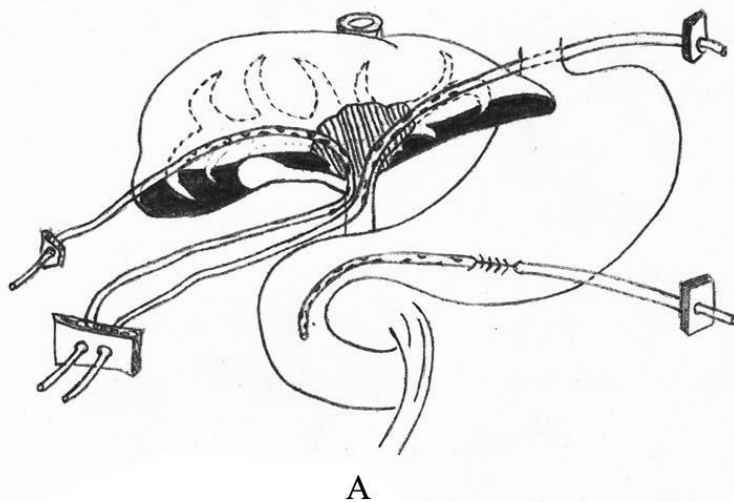
НАРУЖНОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПО МЕТОДУ СЕЛЬДИНГЕРА.



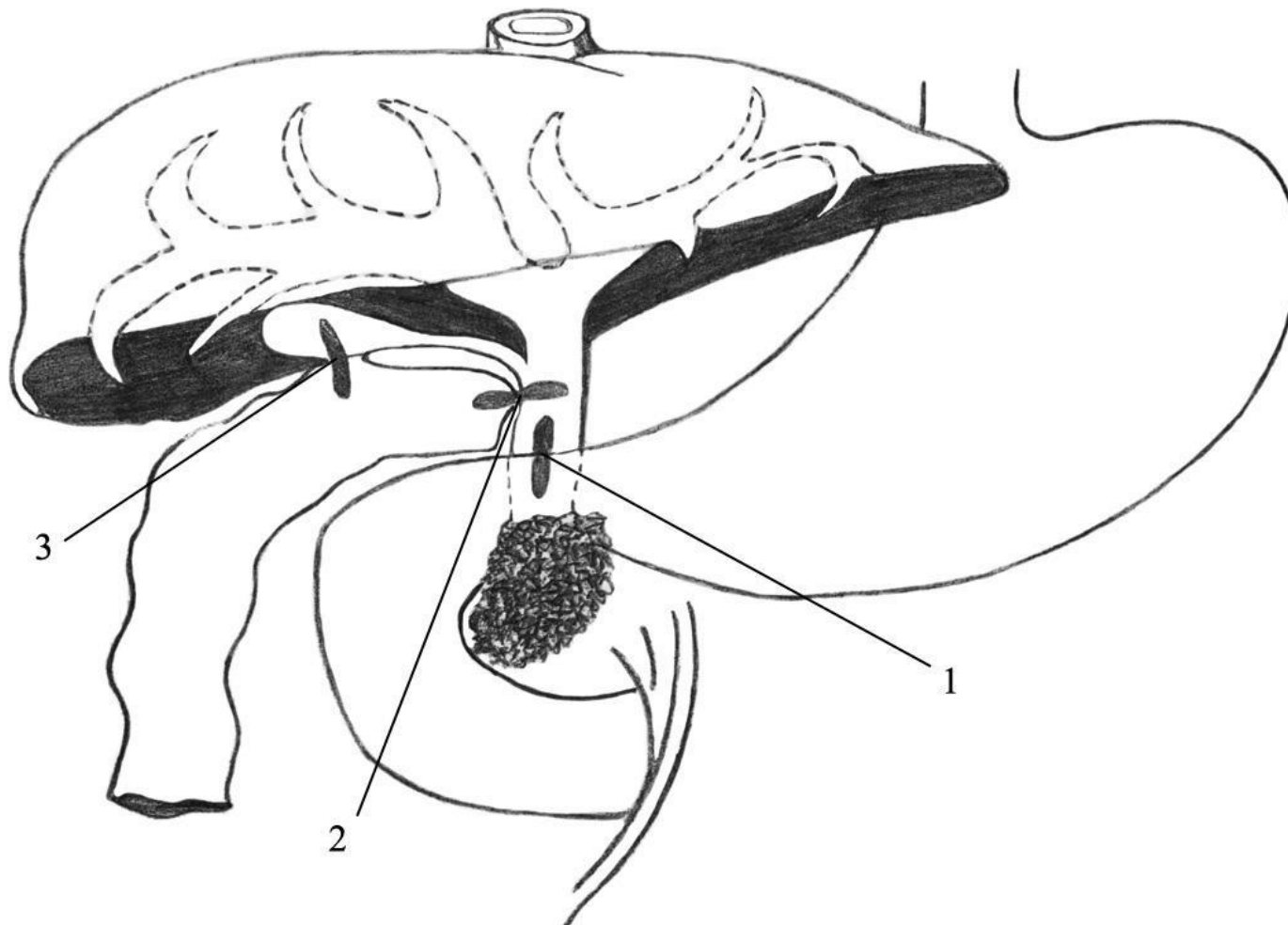
Наружное дренирование желчных протоков по методу Сельдингера



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



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!!!**