

ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ, КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ.



Людей, страдающих МЖ, следует относить к группе пациентов с острыми хирургическими заболеваниями. В настоящее время большинство зарубежных и отечественных авторов считают оптимальным проведение лечения больных МЖ в два этапа [1, 2, 3, 7, 9, 10]. На первом этапе выполняют временную наружную или внутреннюю декомпрессию билиарных путей с помощью различных методов желчеотведения, а на втором, после ликвидации МЖ, при плановой операции стараются устранить причину, вызвавшую МЖ. Такая тактика лечения позволяет добиться уменьшения количества послеоперационных осложнений и снижения уровня общей летальности.

Введение

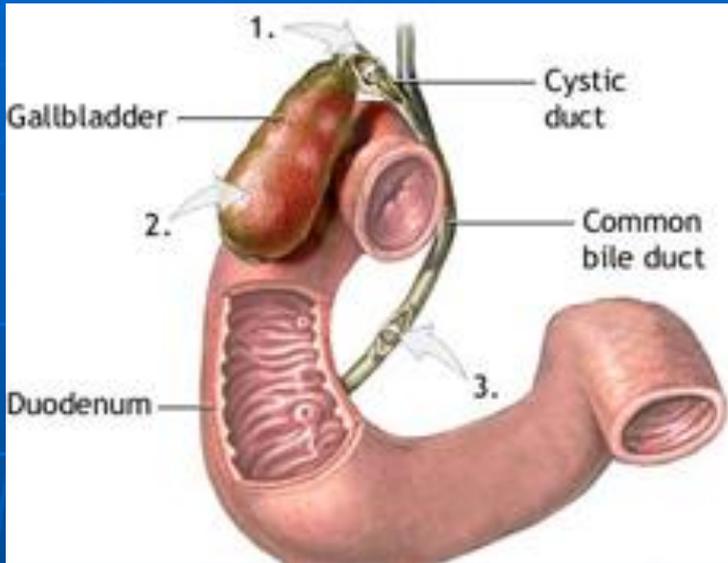


Желчный пузырь играет важную роль в переваривании пищи. Он представляет собой резервуар, где накапливается желчь, которую вырабатывает печень. Поскольку желчь содержит большое количество холестерина, при ее застаивании и сгущении, а также при повышении содержания холестерина в желчи начинается выпадение в осадок его кристаллов. Объединяясь, такие кристаллы образуют камни, состоящие из холестерина и желчных солей.

Анатомия

Желчный пузырь, vesica fellea

располагается в fossa vesicae felleae печени: он имеет грушевидную или веретенообразную форму и вмещает 40—60 мл желчи. Длина его 5—13 см, ширина у основания 3—4 см.



- Верхняя поверхность желчного пузыря в большинстве случаев фиксирована соединительнотканными волокнами к печени, нижняя покрыта брюшиной.
- Дно пузыря и частично тело его прикрыты поперечной ободочной кишкой.
- Тело и шейка пузыря снизу, а также с боков соприкасаются с верхней частью двенадцатиперстной кишки.
- Шейка пузыря находится у ворот печени и продолжается в пузырный проток; между шейкой пузыря и паренхимой печени в соединительнотканной клетчатке, как правило, располагается правая ветвь печеночной артерии.

Кровоснабжение и иннервация желчного пузыря

Кровоснабжение желчного пузыря осуществляется из пузырной артерии, а. cystica, которая чаще всего отходит от правой ветви печеночной артерии.

Отток венозной крови осуществляется по v. cystica, которая сопровождает одноименную артерию и впадает в воротную вену или в правую ветвь ее.

Лимфатические сосуды желчного пузыря идут к отводящим лимфатическим сосудам печени, расположенным в печеночно-двенадцатиперстной связке.

Иннервация желчного пузыря, а также желчных протоков осуществляется ветвями печеночных сплетений.

ЖЕЛЧНЫЕ ПРОТОКИ

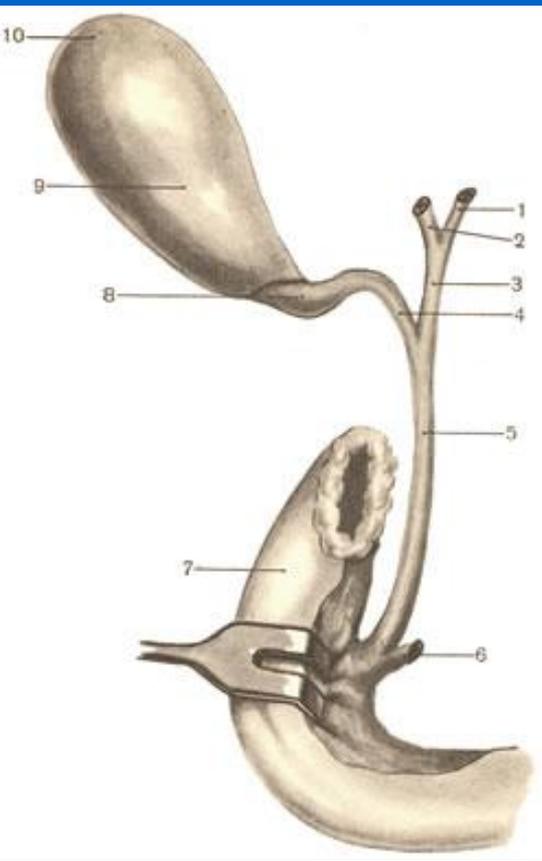
К внепеченочным желчным протокам относятся: правый и левый печеночный, общий печеночный, пузырный и общий желчный

В воротах печени из паренхимы ее выходят правый и левый печеночные протоки, ductus hepaticus dexter et sinister.

Общий печеночный проток, *ductus hepaticus communis*, образуется путем слияния правого и левого печеночных протоков.

Пузырный проток, *ductus cysticus*, имеет длину 1—5 см, в среднем 2—3 см, диаметр 0,3—0,5 см.

Он проходит в свободном крае печеночно-двенадцатиперстной связки и сливается с общим печеночным протоком, образуя общий желчный проток (*ductus choledochus*).



Желчный пузырь и желчные протоки.

1 — ductus hepaticus sinister; 2 — ductus hepaticus dexter; 3 — ductus hepaticus communis; 4 — ductus cysticus; 5 — ductus choledochus; 6 — ductus pancreaticus; 7 — duodenum; 8 — collum vesicae felleae; 9 — corpus vesicae felleae; 10 — fundus vesicae felleae.

Понятие холецистите



**Холецистит –
воспаление
желчного
пузыря, одно из
самых
распространенн
ых заболеваний
в мире.**

Этиология и патофизиология

В основе заболевания лежат нарушения общего обмена веществ, изменение свойств желчи (уменьшение содержания желчных кислот, повышение уровня холестерина и других веществ), инфекционные болезни и застой желчи. Нарушение сократительной функции желчного пузыря (дискинезия желчевыводящих путей)

Основное значение имеет нарушение холестеринового обмена с повышенным содержанием холестерина в крови и в желчи (в большинстве камней присутствует холестерин). Подтверждает это и тот факт, что желчнокаменная болезнь часто сочетается с атеросклерозом, сахарным диабетом, ожирением и другими состояниями, которые сопровождаются повышением содержания уровня холестерина в крови.

Этиология и патофизиология

В основе заболевания лежат нарушения общего обмена веществ, изменение свойств желчи (уменьшение содержания желчных кислот, повышение уровня холестерина и других веществ), инфекционные болезни и застой желчи. Нарушение сократительной функции желчного пузыря (дискинезия желчевыводящих путей)

Основное значение имеет нарушение холестеринового обмена с повышенным содержанием холестерина в крови и в желчи (в большинстве камней присутствует холестерин). Подтверждает это и тот факт, что желчнокаменная болезнь часто сочетается с атеросклерозом, сахарным диабетом, ожирением и другими состояниями, которые сопровождаются повышением содержания уровня холестерина в крови.

Варианты течения желчно-каменной болезни.

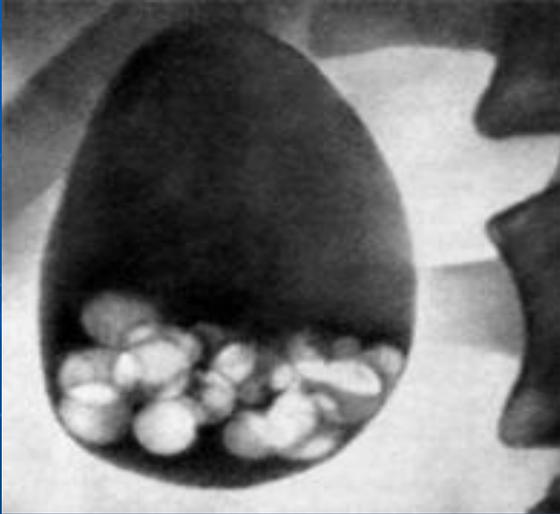


- 1) Бессимптомный холелитиаз.
- 2) Хронический калькулезный холецистит (болевая форма).
- 3) Острый холецистит.
- 4) Осложнения холецистита.
- 5) Холедохолитиаз (камни общего желчного протока).

Основные группы камней в желчном пузыре

1. Холестериновые камни

Чисто холестериновые камни, белого или желтоватого цвета, встречаются в желчном пузыре; они обычно одиночные, имеют округлую или овальную форму, не тонут в воде, при сжигании горят ярким пламенем. На разрезе имеют лучистое строение.



2. Черный пигментный камень

Пигментные камни состоят из билирубина и извести. Они чаще очень мелкие и многочисленные, черного цвета с зеленоватым оттенком, плотные, но ломкие.

3. Смешанные холестериново-известково-пигментные камни

Смешанные холестериново-известково-пигментные камни находят наиболее часто: они тонут в воде и плохо горят, на распиле имеют слоистый рисунок. Чаще они мелкие и множественные.



Классификация острого холецистита

Неосложненный острый холецистит:

1. Катаральный.
2. Деструктивный:
 - а) флегмонозный;
 - б) гангренозный.



Осложненный:

1. Окклюзионный.
2. Перфоративный с местным или разлитым перитонитом.
3. Острый холецистит, осложненный поражением желчных протоков;
 - а) холедохолитиаз, холангит;
 - б) стриктура холедоха, стеноз большого дуоденального соска.
4. Острый холецистит, осложненный желчным перитонитом.



Диагностика



- 1. При опросе больного следует выяснить характер боли, ее интенсивность, локализацию, иррадиацию, зависимость от положения тела, связь болевого приступа с приемом жирной или острой пищи.**
- 2. Установить наличие в анамнезе аналогичных болевых приступов, кожного зуда, желтушного окрашивания склер или кожи, наличие темной мочи и обесцвеченного кала, длительность настоящего приступа до поступления в стационар.**
- 3. При осмотре больного определить наличие желтухи, расчесов кожных покровов, наличие в правом подреберье следов от грелки, обратить внимание на частоту и характер рвоты, цвет мочи. Выполнить ректальное исследование или очистительную клизму для определения цвета и характера кала.**
- 4. Провести объективное обследование больного, обратив внимание на участие передней брюшной стенки в акте дыхания, локализацию болезненности, напряжение мышц живота, характерных для холецистита симптомов (Ортнера, Кера, Мерфи, Мюсси-Георгиевского). При обтурационном холецистите удается пальпировать дно резко болезненного желчного пузыря.**

5. Исследовать амилазу, глюкозу, мочевины крови, уровень амилазы (диастазы) и наличие желчных пигментов в моче.

6. Выполнить обзорную рентгенографию брюшной полости (иногда при этом выявляются рентгеноконтрастные камни желчных протоков и желчного пузыря). Более информативные данные можно получить при исследовании подпеченочного пространства методом ультразвуковой эхолокации. Показана также фиброгастро-дуоденоскопия (позволяет выявить заболевания большого дуоденального сосочка как причину желтухи и степень блокады желчных протоков по количеству выделяемой желчи из большого дуоденального соска (БДС), наличие дивертикулов двенадцатиперстной кишки и других заболеваний).

7. В сомнительных случаях следует произвести лапароскопию.

8. Лабораторное обследование: билирубин, холестерин, электролиты крови, белки, белковые фракции, липиды, липаза, щелочная фосфатаза, протромбиновый индекс (ПТИ), коагулограмма, общий анализ мочи, ЭКГ, УЗИ;

9. С дифференциально-диагностической целью используют ретроградную панкреатохолангиографию (РПХГ), что позволяет уточнить состояние внепеченочных и внутрипеченочных желчных протоков, вирсунгова протока, наличие конкрементов, сужений, холангита

Дифференциальный диагноз



При дифференциальной диагностике острого холецистита необходимо исключить:

- 1) острый аппендицит
- 2) обострение язвенной болезни 12-перстной кишки
- 3) перфоративную язву желудка и 12-перстной кишки
- 4) острый панкреатит
- 5) острое расширение желудка
- 6) острую почечную патологию
- 7) острую кишечную непроходимость
- 8) тромбоэмболию мезентериальных сосудов
- 9) острую генитальную патологию
- 10) инфаркт миокарда
- 11) правосторонний плеврит
- 12) правостороннюю пневмонию.

Консервативная терапия

1.: Sol.Atropini 0,1%-1 ml в/м

2. Sol.Promedoli 1%-1 ml в/м

3 Ketoroli – 4,0 в/м

4 Нош-па - 2,0

3. Антигистаминные препараты:

Sol.Dimedroli 1%-1 ml в/м 1 р/д

4. Инфузионная терапия:

Sol.Glucosae 10%-200,0

Sol.Insulini 6 Ed

Sol.Kalii chloridi 10%-30,0 в/в капельно 2 р/д

Sol.Trisamini 3,66%-200,0

Sol.Ciprofloxacini 2,0 в/в 2 р/д

Sol.Natrii chloridi 0,9%-400,0 в/в капельно

5Sol.Ciprofloxacini 2,0 в/м 2 раза



Группы больных по степени развития воспалительных явлений

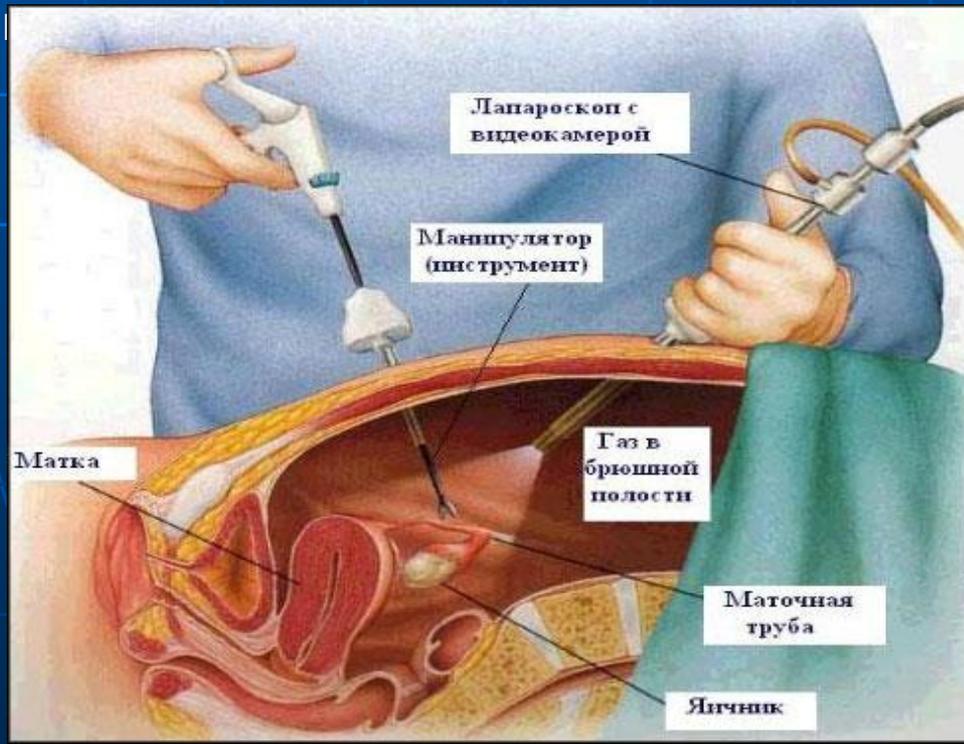
- А) Больные с местным или желчным перитонитом: после 1,5 – 2- часовой экспресс-подготовки в условиях реанимационного отделения подвергаются экстренным операциям независимо от времени суток.
- Б) У ряда больных, несмотря на проведение интенсивной терапии, добиться стихания процесса не удастся. Эти больные так же, как и пациенты с нарастающей механической желтухой, подвергаются срочным оперативным вмешательствам в течение первых 3 суток.
- В) У части больных удастся добиться стихания клиники на фоне консервативной. Эта группа больных подвергается хирургическому лечению в «холодном» периоде через 7-14 дней после приступа. Этот период используется для всестороннего обследования и подготовки больного к операции.
- Г) Больные с острым холецистопанкреатитом подвергаются хирургическому лечению (при отсутствии перитонита) после ликвидации острых явлений воспаления в поджелудочной железе. Оптимальным сроком операции является 3-4 недели спустя с момента госпитализации больного в стационар.

Хирургическое

лечение

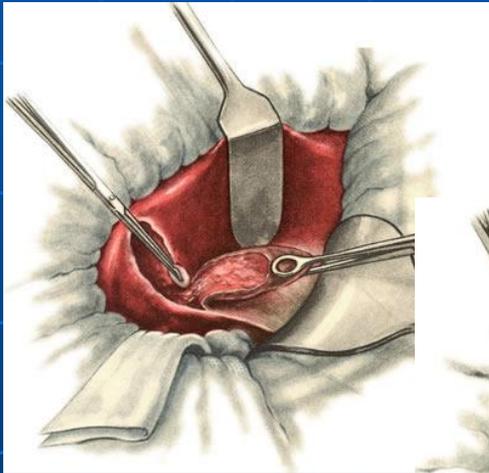
Лапароскопическая холецистэктомия.

Теоретические преимущества этого метода по сравнению с традиционной открытой холецистэктомией заключаются в уменьшении срока госпитализации и в связи с этим в снижении стоимости лечения, раннем возвращении на работу, уменьшении боли и отсутствии косметического дефекта. Неразрывная проблема, которая беспокоит хирурга несмотря на надежность этого вмешательства, связана с частотой опасных осложнений, таких как повреждение желчных протоков, вероятность возникновения которых во время лапароскопической холецистэктомии возрастает. Частота повреждений, вероятно, служ

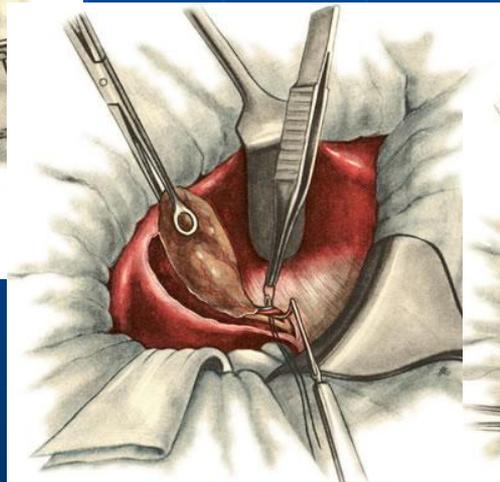


Открытая холецистэктомия. Показанием к операции являются: желчнокаменная болезнь, острые и хронические холециститы, доброкачественные и злокачественные опухоли желчного пузыря. Операцию производят чаще под наркозом, реже под местной анестезией. Имеется два способа удаления желчного пузыря: **от дна к шейке** и **от шейки ко дну**. Техника выполнения последнего способа более сложна и поэтому применяется реже.

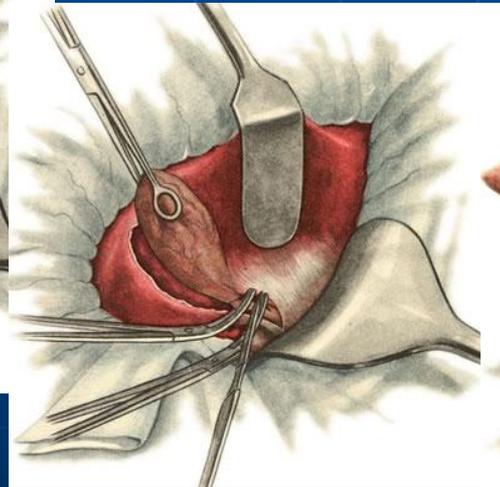
Техника от дна к шейке



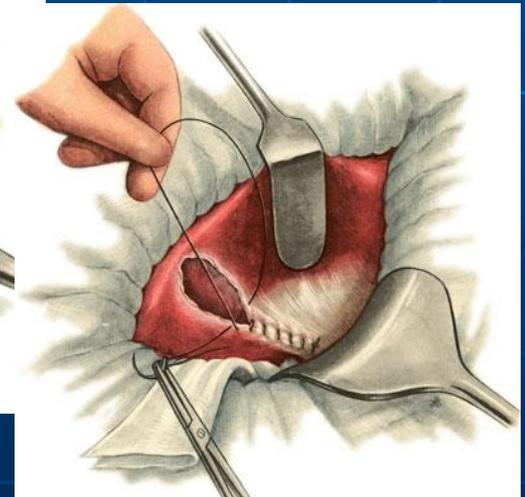
**Выделение
желчного
пузыря
из
его ложа.**



**Перевязка
пузырной
артерии и вены.**



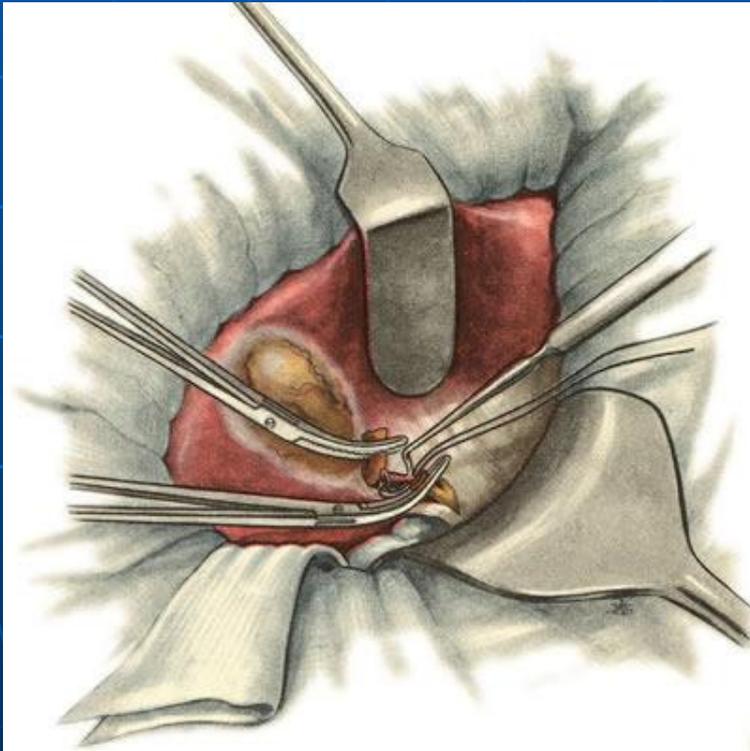
**Пересечение
пузырного
протока.**



**Перитонизация
ложа пузыря**

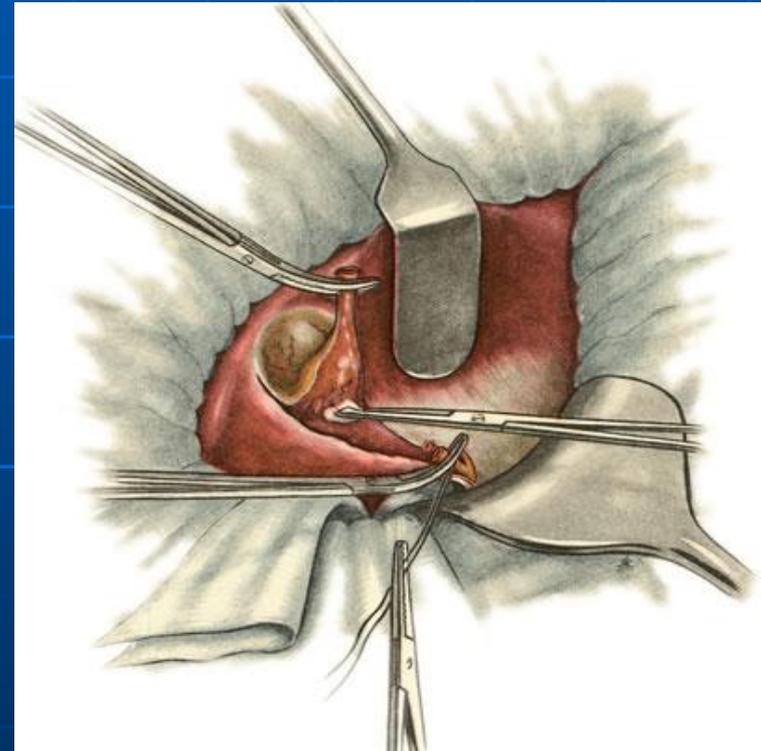
Техника от шейки ко дну (ретроградная холецистэктомия)

Этот способ холецистэктомии менее травматичен и сопровождается меньшим кровотечением, но он не всегда выполним из-за наличия сращений или инфильтрата в области шейки пузыря.



**Перевязка
артерии и вены.**

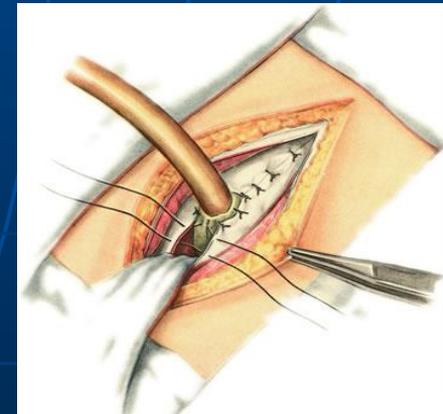
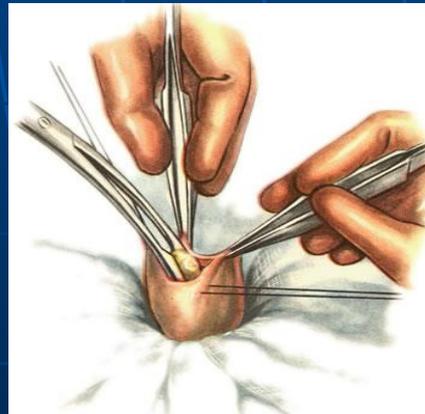
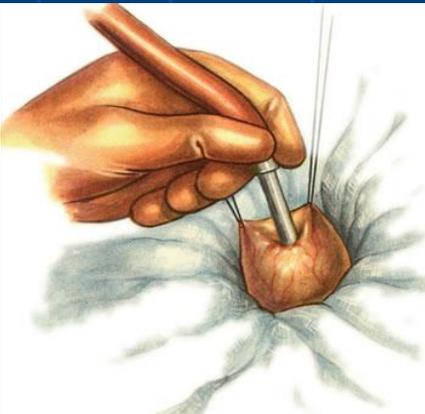
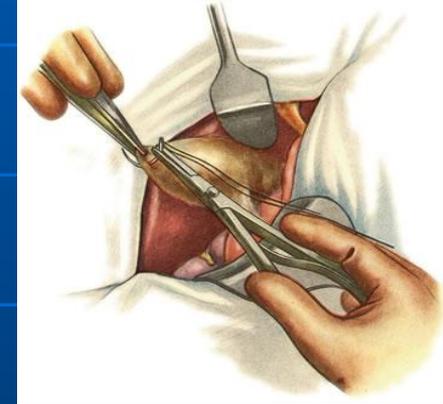
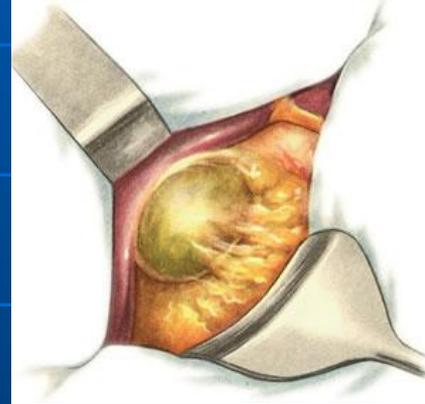
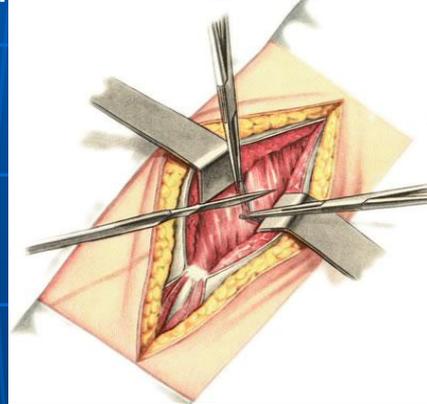
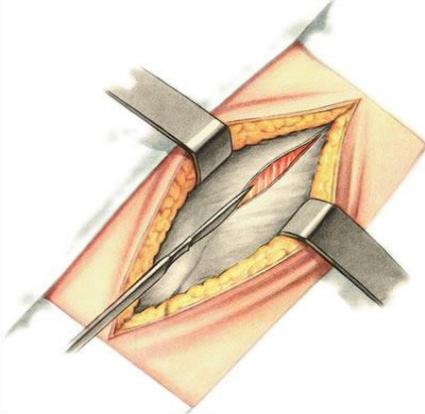
пузырной



**Выделение
пузыря из ложа.**

желчного

Холецистотомия - метод выбора при лечении соматически тяжелых больных с заболеваниями сердечно-сосудистой и дыхательной систем в стадии декомпенсации. Выполняют при выраженном воспалительном процессе и наличии механической желтухи для декомпрессии желчевыводящих путей. Вскрывают дно желчного пузыря, удаляют желчь и камни. В желчный пузырь вводят зонд для эвакуации инфицированной желчи. При лапароскопической холецистотомии желчный пузырь дренируют пункционно.



Интраоперационные

осложнения:

- а) повреждения желчных протоков во время операции чаще всего бывают при выраженных инфильтратах и Рубцовых изменениях в шейном отделе желчного пузыря и в области гепатодуоденальной связки.
- б) ошибочное наложение лигатуры на печеночную артерию чаще всего возможно при наличии в этой зоне воспалительно-инфильтративных процессов или выраженного спаечного процесса. При возникновении таких осложнений необходимо наложить сосудистый шов, поскольку перевязка собственной печеночной артерии и воротной вены, как правило, ведет к летальному исходу;
- в) остаточная (длинная) культя желчного пузыря после холецистэктомии это интраоперационная ошибка. Остаточной культей считают культю пузырного протока длиной более 1,0 см.
- г) кровотечение из печени во время холецистэктомии может возникнуть в результате повреждения ее при сдавливании металлическими зеркалами, а также при неосторожном выделении желчного пузыря. Поврежденный участок печени необходимо ушить.
- д) травмирование поджелудочной железы во время операции возможно при удалении вклинившихся конкрементов из терминального отдела холедоха, особенно при папиллосфинктеротомии.
- е) повреждение 12-перстной кишки чаще бывает при повторных операциях, когда она бывает фиксированной к печени. Перфорацию стенки кишки следует ушить двухрядными швами.

Послеоперационные осложнения:

1. Ранние послеоперационные осложнения

а) кровотечение в раннем послеоперационном периоде происходит, как правило, в результате соскальзывания лигатуры с культи пузырной артерии, неполноценного ушивания ложа желчного пузыря, травмирования ткани печени, а также в результате нарушений в свертывающей системе крови у больных с длительной механической желтухой. В этих случаях показана релапаротомия.

б) послеоперационный панкреатит – одно из частых осложнений после операций на желчных путях, особенно после манипуляций в области большого дуоденального сосочка. Это осложнение нередко требует неотложного оперативного вмешательства.

в) оставленные («забытые») конкременты являются нередким осложнением в связи с некачественной ревизией желчных путей во время операции и нарушением технологии хирургического вмешательства.

г) гнойный холангит в послеоперационном периоде – грозное осложнение, развивающееся в результате серьезных ошибок во время оперативного вмешательства (оставленный конкремент, нераспознанная стриктура большого дуоденального сосочка (БДС), не выполнено показанное дренирование холедоха). Для гнойного холангита характерна триада клинических признаков: нарастающее желтушное окрашивание кожи и склер, ознобы, периодические подъемы температуры тела до 38-39° С.

д) несостоятельность швов холедоходуоденоанастомоза: при развитии перитонита показана релапаротомия, дренирование холедоха Т-образным дренажом по Керу в месте несостоятельности анастомоза, ушивание его вокруг дренажа и дренирование подпеченочного пространства.

е) к ранним послеоперационным осложнениям относятся: эвентрация кишечника, острая кишечная непроходимость, подпеченочный и поддиафрагмальный абсцессы, острые кровоточащие язвы желудка.



Поздние послеоперационные осложнения

Постхолецистэктомический синдром объединяет группу патологических состояний в билиодигестивной зоне, которые существовали до холецистэктомии, сопутствовали холециститам, осложняли его или же возникали после операции.

Классификация постхолецистэктомического синдрома (В.М. Ситенко и А.И. Нечай, 1972 г.)

1. Диспептические явления и боли в животе, не носящие характера приступа.
2. Приступы, протекающие как желчная колика
 - А. Патологические состояния желчной системы
 - а) камни желчных протоков;
 - б) стриктуры желчных протоков;
 - в) стеноз большого дуоденального сосочка;
 - г) длинная культя пузырного протока или резидуальный желчный пузырь;
 - д) киста общего желчного протока;



е) недостаточность большого дуоденального соска;

ж) опухоли билиопанкреатодуоденальной зоны

з) холангит;

и) паразитарные поражения желчных путей;

к) хронический гепатит и цирроз печени;

л) подпеченочный абсцесс.



Б. Патологические состояния, относящиеся к другим органам и системам:

а) хронический панкреатит;

б) язва желудка и 12-перстной кишки;

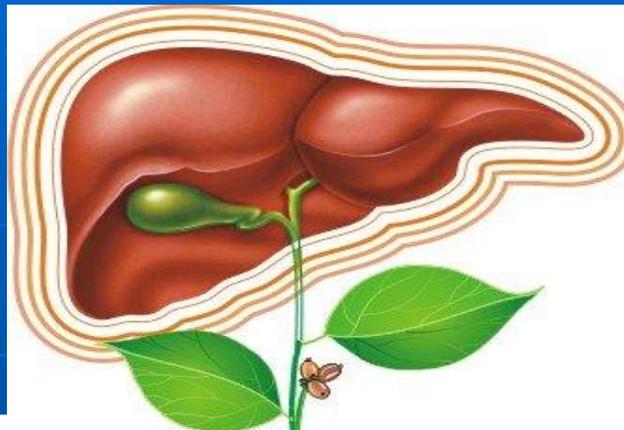
в) хронический гастрит, колит и др.



В. Болевые приступы неустановленной причины

Тактика ведения больных с постхолецистэктомическим

Больные с синдромом постхолецистэктомическим синдромом, как правило, поступают в стационар в порядке неотложной помощи с жалобами на боли в правом подреберье, эпигастрии или опоясывающие боли, на тошноту, рвоту, иногда им сопутствует желтушное окрашивание кожи и склер. Лечение в порядке экстренной помощи заключается в снятии болевого синдрома, устранении тошноты, рвоты, уменьшении интоксикации. Обследование должно включать: УЗИ печени и протоков, рентгеноскопию желудка и дуоденографию, ФГДС, РПХГ по показаниям с целью установления причин постхолецистэктомического синдрома. В большинстве случаев больные оперируются повторно, при этом объем хирургических вмешательств носит восстановительный или реконструктивный характер.



**СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ!!!**

