

ЛЕКЦИЯ

Осложнения желчнокаменной болезни



С.П. Федоров, 1934 г.

«Желчнокаменная болезнь есть болезнь хроническая, протекающая с обострениями и осложнениями, повторяющимися через определенные промежутки времени затишья болезнью. Поэтому острой желчнокаменной болезни не существует, а бывают острые холангиты или обострения хронических, которые и именуются острыми приступами — коликами, весьма различными по своей силе и частоте»

Классификация ЖКБ

Желчнокаменная болезнь (холелитиаз)

Клиническое течение

бессимптомная (латентная)
симптомная

Стадия по наличию желчных камней

билиарный сладж (предкаменная)
– камень(и) (каменная)*

количество камней

одиночный
множественные

локализация

желчный пузырь
желчные протоки**

Классификация ЖКБ

Осложнения

холецистит:

острый

хронический

эмпиема желчного пузыря

околопузырный абсцесс

острая перфорация желчного пузыря или пузырного протока

свищ желчного пузыря

водянка желчного пузыря

холангит:

острый

хронический

механическая желтуха

стриктуры желчных протоков и сфинктера Одди

синдром Мириззи

перфорация общего желчного протока

свищ общего желчного протока

холангиогенные абсцессы

непроходимость кишечника, обусловленная желчным камнем

билиарный панкреатит

Острый холецистит.

Классификация

Классификация по характеру морфологических изменений в желчном пузыре:

- простой (катаральный);
- флегмонозный (флегмонозно-язвенный);
- гангренозный;
- перфоративный.

По клиническому течению:

- неосложненный;
- осложненный: обтурацией пузырного протока, прободением; воспалительными изменениями в желчевыводящих путях и печени (холангит, гепатит и др.), панкреатитом, инфильтратом; околопузырным абсцессом и другими гнойниками брюшной полости; перитонитом (местным или разлитым).

В зависимости от наличия или отсутствия камней в желчевыводящих путях:

- бескаменный;
- калькулезный.

Острый катаральный холецистит

- Желчный пузырь увеличен, напряжен, заполнен водянистой желчью.
- Слизистая оболочка гиперемирована, отечна, часто покрыта мутной слизью.
- Микроскопически:
 - в стенке видны отек, полнокровие мелких сосудов;
 - в слизистой скопления из полиморфно-ядерных лейкоцитов и макрофагов.
 - на поверхности слизистой оболочки пласты десквамированного эпителия.

Катаральная форма холецистита может быть проявлением ряда общих острых инфекционных заболеваний, таких как брюшной тиф, паратиф

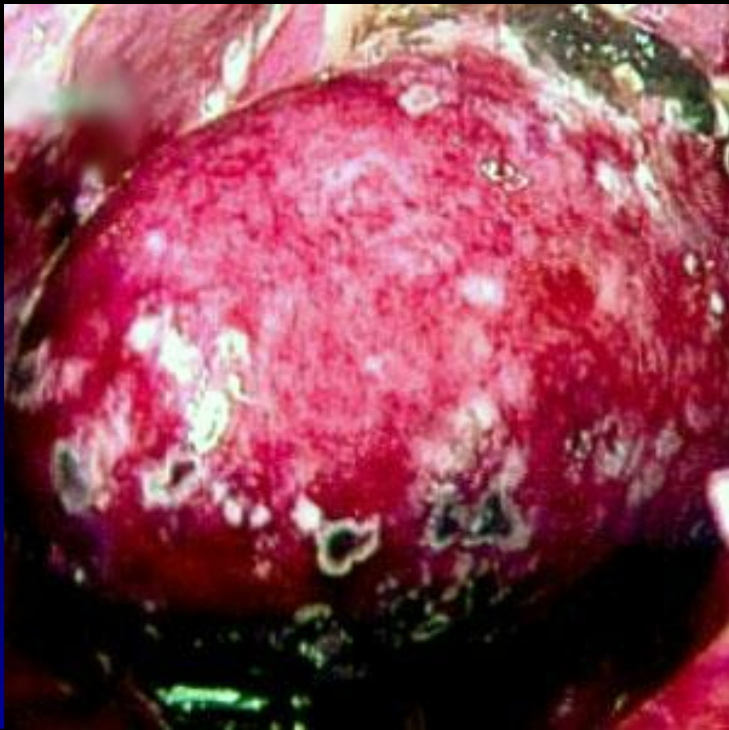
Острый флегмонозный холецистит

- В просвете желчного пузыря выявляется гнойное содержимое часто с примесью желчи и крови.
- Стенка становится утолщенной, обычно расслаивается с отторжением слизистой оболочки.
- На слизистой оболочке обнаруживаются большие кровоизлияния, очаги некроза в виде эрозий или изъязвлений.



Острый гангренозный холецистит

- Некротический процесс распространяется на всю толщу стенки;
- Происходит нарушение гемодинамики вследствие фибриноидного некроза стенок сосудов, гнойных васкулитов, тромбоваскулитов.



- Стенка пузыря грязно-бурого цвета становится еще более дряблой.

Клинические проявления острого холецистита

- Болевой абдоминальный синдром
- Диспепсический синдром
- Холецистокардиальный синдром
- Интоксикационный синдром
- Объективные симптомы
 - Кера, Калька, Ортнера, Мюсси-Георгиевского, Мерфи и т.д.
- Лабораторные данные
 - Лейкоцитоз со сдвигом формулы влево
 - Билирубин, мочеви́на, креатинин
 - ПТИ, свертываемость, кровоточивость
 - Диастаза мочи, амилаза крови
- Дополнительные методы исследования
 - Обзорная Р-графия органов брюшной полости грудной клетки
 - УЗИ органов брюшной полости
 - ФГДС с осмотром БСДК
 - Лапароскопия
 - ЭКГ

Консервативное лечение острого холецистита

- Голод в первые сутки (в последствии - диета №5)
- Спазмолитики
- Анальгетики (кроме препаратов группы морфина)
- Адекватная инфузионная терапия
- Антибиотикотерапия
- Симптоматическая терапия

При наличии острого
деструктивного холецистита
больному показано оперативное
лечение



Оперативные вмешательства при неосложненных формах острого холецистита

- Малоинвазивные методики (паллиативные методики)
 - Перкутанная санация под УЗ контролем
 - Лапароскопическая холецистостомия
 - Традиционная холецистостомия
 - Подвесная
 - На протяжении
- Радикальные методы лечения
 - Холецистэктомия
 - Лапароскопическая (ВЛХЭ)
 - Из минилапаротомного доступа (ХЭМД)
Традиционная через лапаротомный доступ
 - От шейки
 - От дна

Водянка желчного пузыря

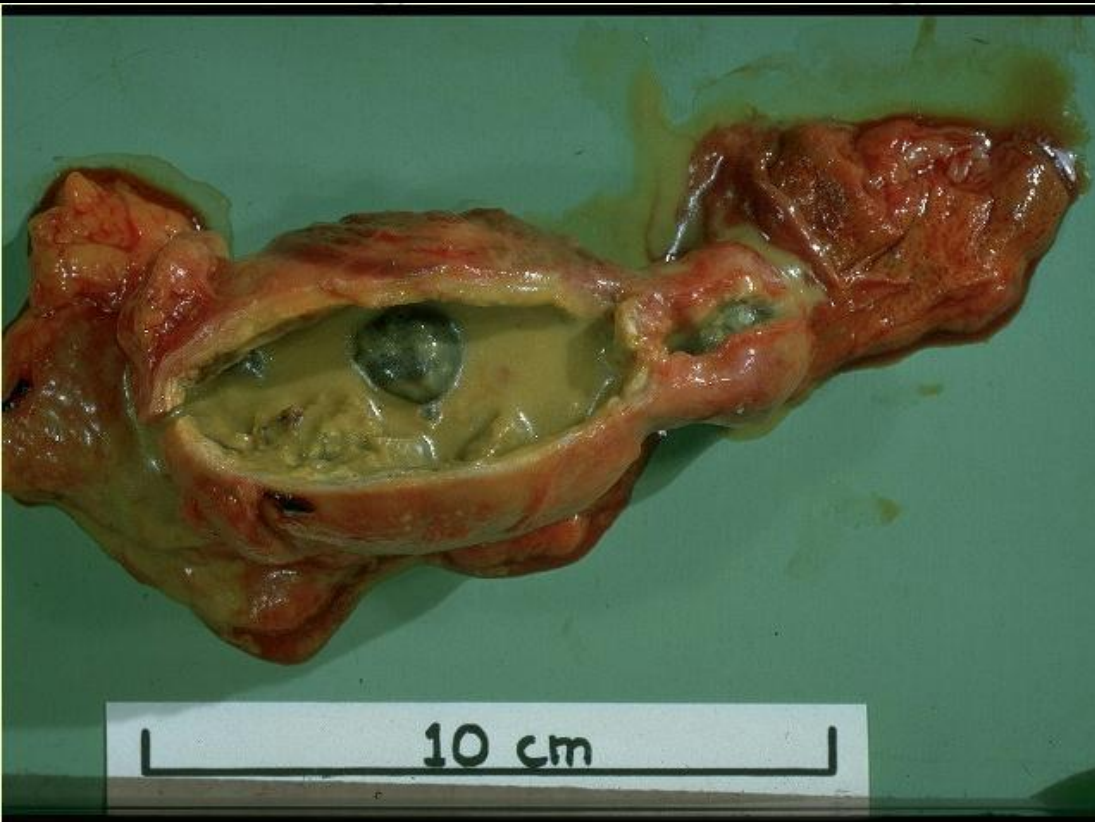
- Закупорка пузырного протока камнем или рубцовое его сужение до полной облитерации просвета приводит к водянке желчного пузыря.
- Развитию водянки предшествует воспалительный процесс в пузыре и ослабленная инфекция.
- При прекращении доступа желчи в пузырь остатки желчи в пузыре всасываются его стенками.
- При хроническом воспалении стенки пузыря в его просвет выделяется воспалительный экссудат и слизь.
- При отсутствии опорожнения пузыря прозрачный серозно-слизистый экссудат растягивает его иногда до огромных размеров и стенки его истончаются, складки слизистой сглаживаются, она атрофируется.

Симптомы водянки:

- Печеночная колика;
Температура повышается до 37—38°, тупые боли, местная болезненность и мышечное напряжение под реберной дугой у края прямой мышцы.
- При пальпации определяется овальной формы эластическое тело (соответственно области пузыря), слегка болезненное и имеющее маятникообразную подвижность (фиксация у шейки).

Эмпиема желчного пузыря

Симптомы соответствуют картине внутрибрюшного абсцесса (лихорадка, напряжение мышц передней брюшной стенки, боль), но у больных старческого возраста они могут быть смазанными.



- интенсивные боли с иррадиацией в плечо и лопатку;
- температура 38—39°);
- мышечное напряжение, болезненность в области печени;
- пальпируется перерастянутый желчный пузырь.

Острый холангит



Классификация холангита

- По клиническим данным
 - Острый холангит
 - Хронический рецидивирующий
 - Хронический
- По степени морфологических изменений
 - Катаральный
 - Флегмонозный
 - Флегмонозно-язвенный
 - Гангренозный
- По распространенности процесса
 - Тотальный
 - Сегментарный

Клиника острого холангита

- развивается внезапно и характеризуется триадой Шарко: высокой температурой тела, болями в правом подреберье и желтухой.
- манифестирует с лихорадки: резкого подъема температуры тела до 38-40°C, ознобов, выраженной потливости.
- появляются интенсивные боли в правом подреберье, напоминающие желчную колику, с иррадиацией в правое плечо и лопатку, шею.
- быстро нарастает интоксикация, прогрессирует слабость, ухудшается аппетит, беспокоит головная боль, тошнота с рвотой.
- позднее появляется желтуха – видимое пожелтение кожи и склер, на фоне которой развивается кожный зуд, усиливающийся по ночам и нарушающий нормальный сон. В результате выраженного зуда на теле пациента с холангитом определяются расчесы кожи.
- В тяжелых случаях к триаде Шарко могут присоединяться нарушения сознания и явления шока – в этом случае развивается симптомокомплекс, называемый пентадой Рейнолдса.

Диагностика острого холангита

- Биохимические пробы косвенно свидетельствуют о холестазае;
- отмечается увеличение уровня билирубина, щелочной фосфатазы, трансаминаз, α -амилазы.
- Для выявления возбудителей холангита проводится фракционное дуоденальное зондирование с бактериологическим посевом желчи.
- В 60% случаев при холангите имеет место смешанная бактериальная флора. С целью исключения паразитарной инвазии показано исследование кала на яйца гельминтов и простейшие.
- УЗИ брюшной полости и печени (расширение, наличие структурных и очаговых изменений в печени).
- Ведущая роль отводится ФГДС, ЭРХПГ, магнитно-резонансной панкреатохолангиографии (МРПХГ), чрескожной чреспечёночной холангиографии.

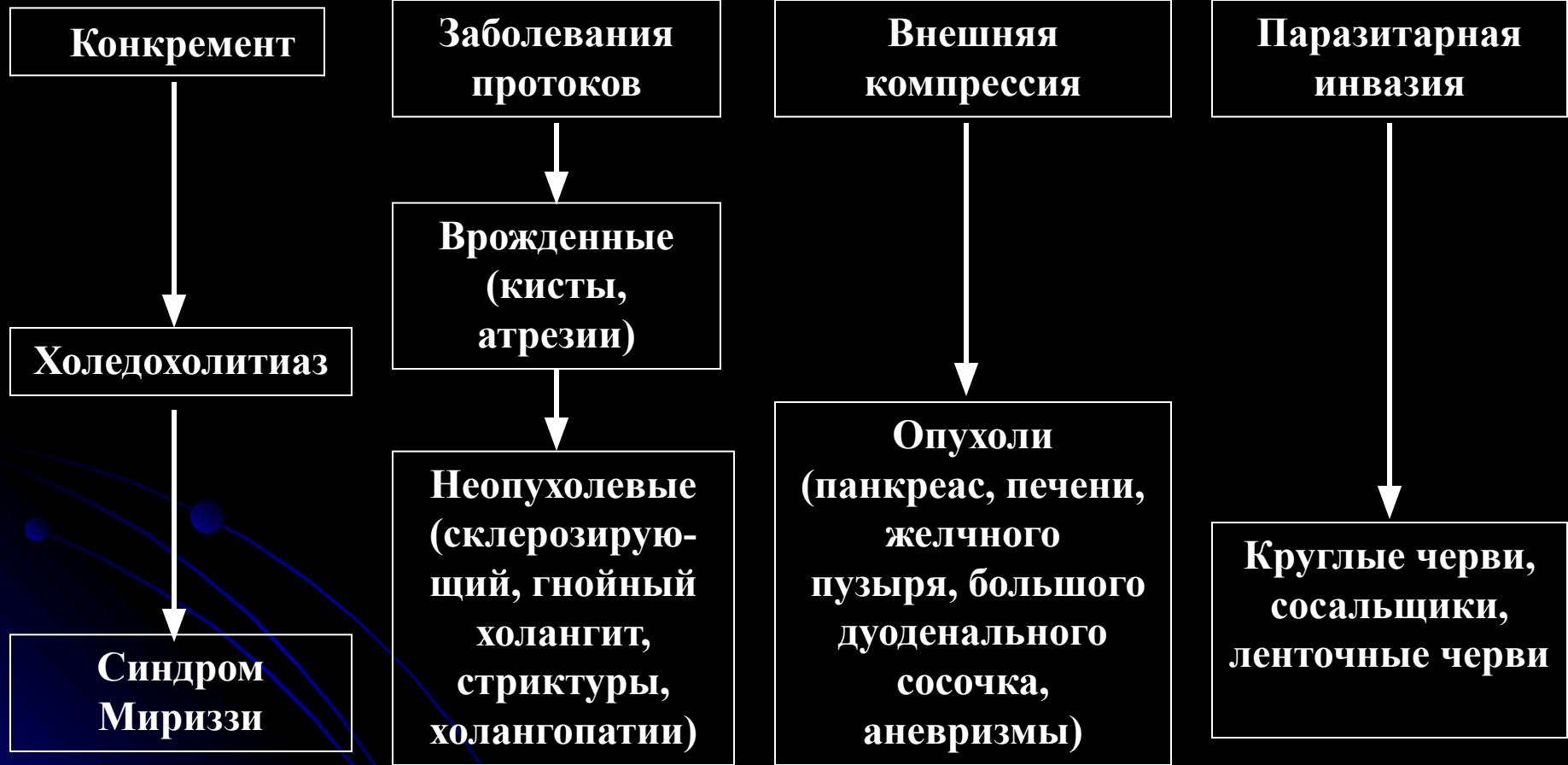
ФГДС при гнойном холангите



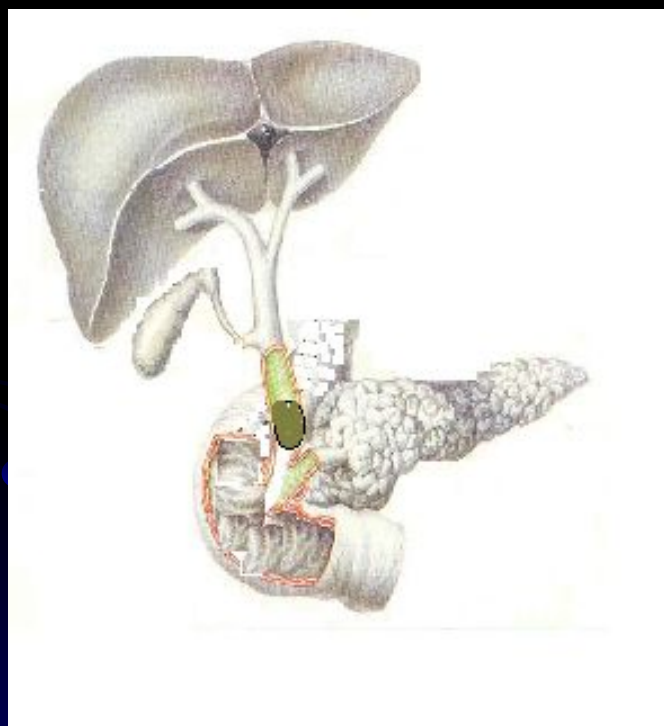
Механическая желтуха



ЭТИОЛОГИЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

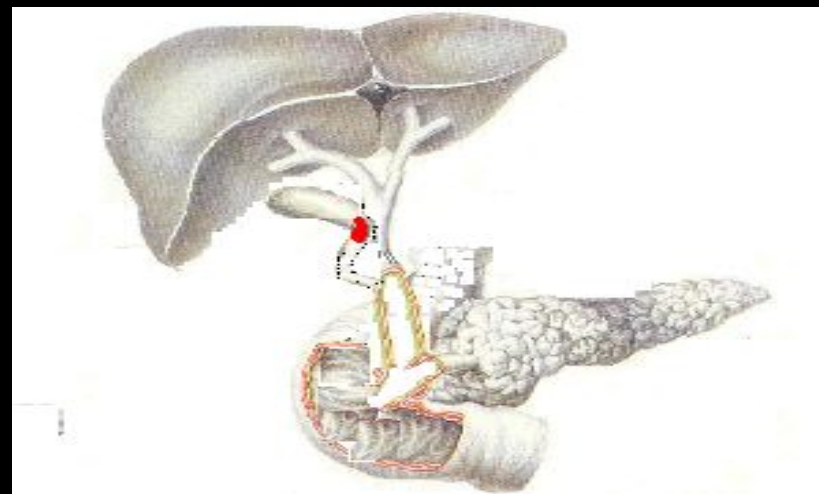


Холедохолитиаз

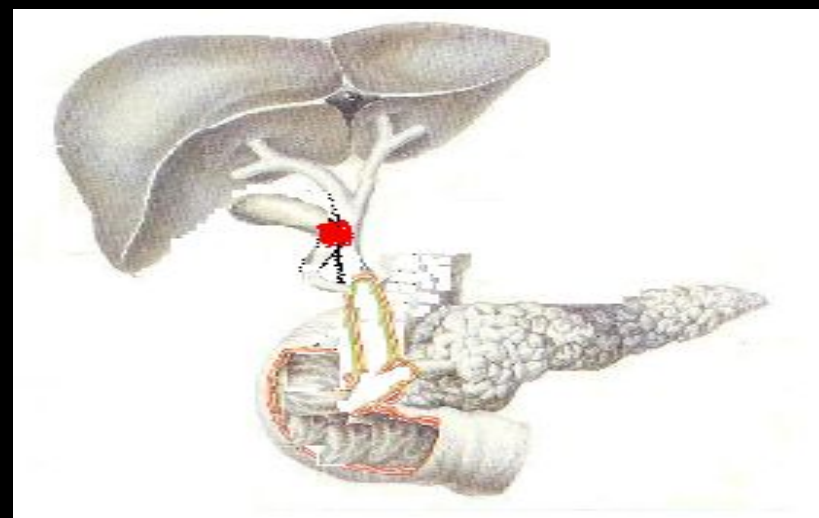


1 тип

Синдром Мириззи



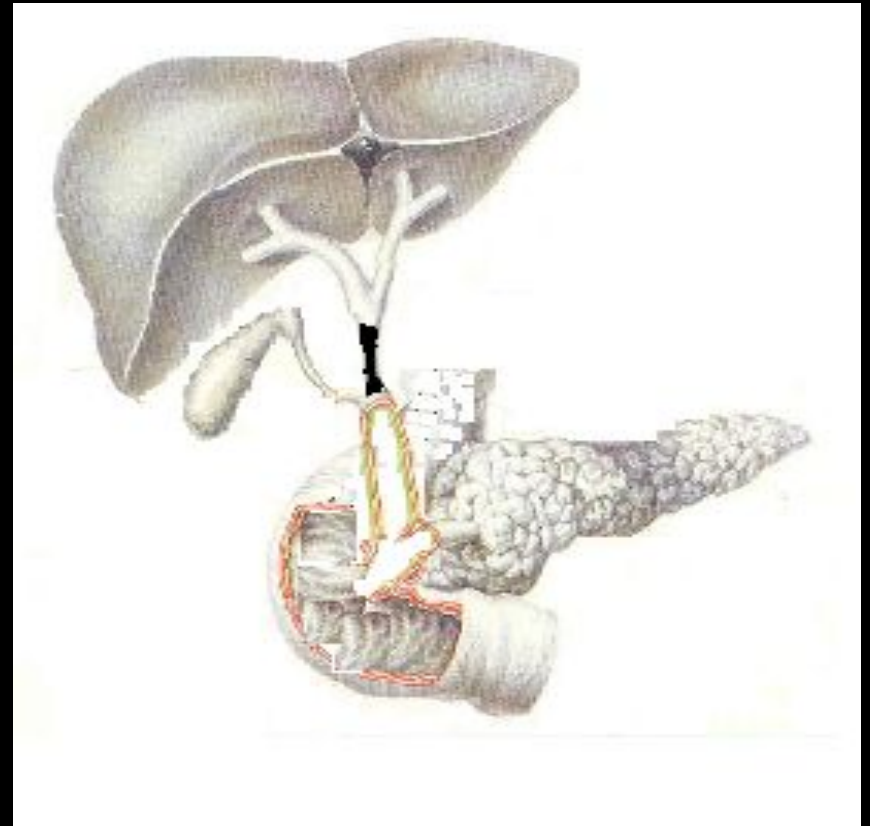
2 тип



Атрезия внепеченочных протоков



Кисты желчных путей



Посттравматические сужения желчевыводящих путей

По уровню поражения

Высокие

Низкие

По степени сужения

Полные

Неполные

По протяженности поражения

Ограниченные (до 1 см)

Распространенные (1-3 см)

Субтотальные (более 3 см)

Тотальные

По клиническому течению

С желтухой

С холангитом

С наружным желчным свищем

С билиарным циррозом печени

Внешнее сдавление желчных протоков

Опухолевое поражение гепатобилиарной зоны

Воспалительные заболевания

Заболевания сосудов

Опухолевые поражения желчевыводящих путей

1. Опухоли головки панкреас
2. Опухоли большого дуоденального сосочка
3. Опухоли ворот печени
4. Опухоли желчного пузыря
5. Вторичное (метастатическое) поражение перихоледохиальных лимфоузлов

Паразитарная инвазия желчевыводящих путей

- Круглые черви
(аскариды, власоглав)
- Сосальщнки
(двууска кошачья, печеночная)
- Ленточные черви
(цепень бычий, цепень свиной, эхинококк)

Клинические формы механической желтухи

Желтушно-болевая форма

Желтушно-панкреатическая форма

Желтушно-холециститная форма

Желтушно-септическая форма

Желтушно-безболевая форма

Основные клинические симптомы при механической желтухе

Пожелтение кожных покров, склер

Кожный зуд

Обесцвечивание кала

Потемнение мочи

Физикальные данные при механической желтухе

- Пожелтение кожных покров, склер, слизистых оболочек;
 - Высокая температура тела;
 - Светлый (ахоличный) кал;
- Моча «цвета пива» или «крепкого чая»;
- Увеличение размеров печени и желчного пузыря;
 - Болезненность в правом подреберье;
- Пальпируется образование в брюшной полости;
 - Синдром Курвуазье.

Лабораторные данные при механической желтухе

- Гипербилирубинемия преимущественно за счет прямой фракции;
- Увеличение уровня печеночной фракции щелочной фосфатазы крови;
- Высокий уровень желчных кислот крови;
- Гиперхолестеринемия;
- Отсутствие стеркобилина в кале, уробилиногена в моче;
- Увеличение содержания желчных пигментов в моче

Этапы диагностического поиска

- Тщательный сбор анамнеза, физикальное обследование, применение поисковых (скрининговых) лабораторных исследований.
- Формулировка предварительного диагноза (подозрение на обструктивный генез желтухи).
- Выбор и определение последовательности применения специальных инструментальных методов исследования для топической диагностики.

Методы инструментальной диагностики

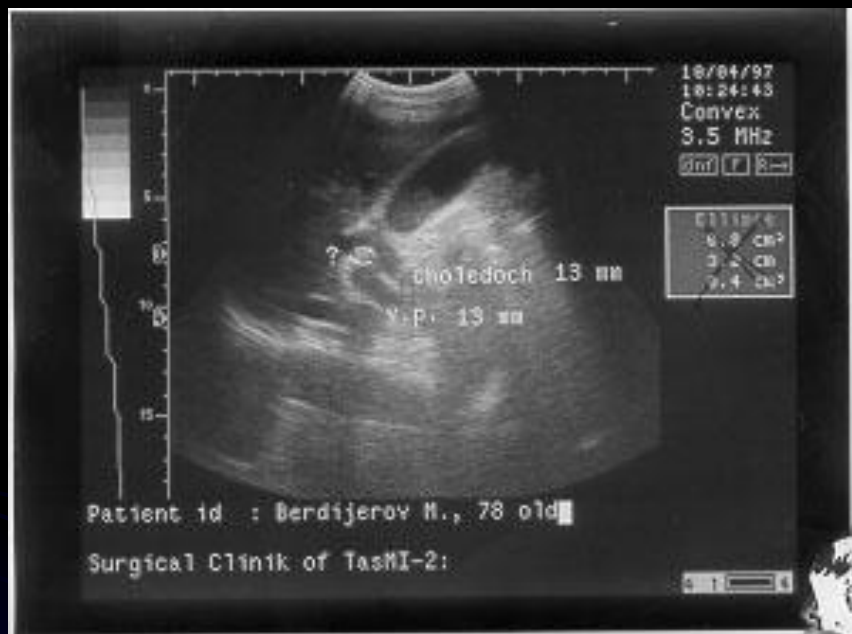
1. Неинвазивные методы:

- *УЗИ*
- *Компьютерная томография*

2. Инвазивные методы:

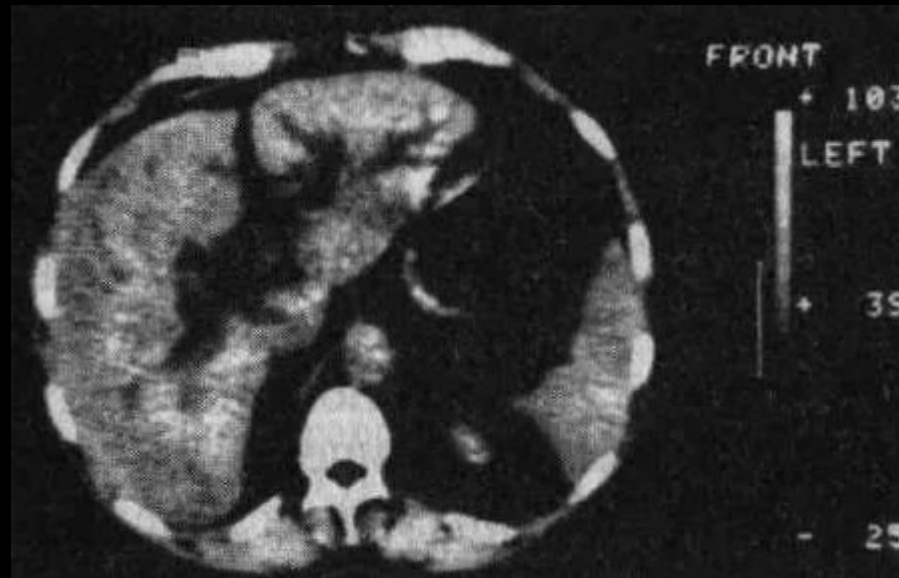
- *ЭРХПГ*
- *ЧЧХГ*

Ультразвуковое исследование



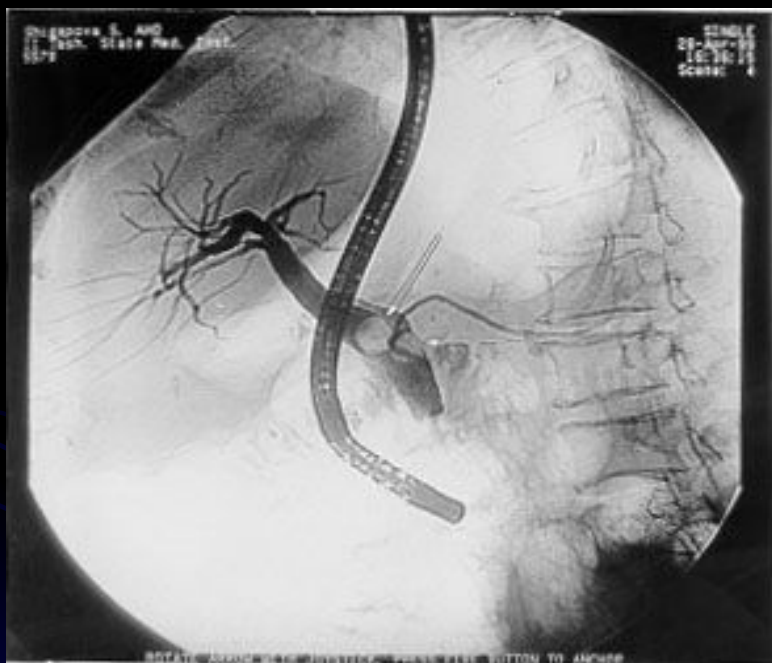
**Чувствительность - 70-90%,
специфичность - 80-85%.**

Компьютерная томография



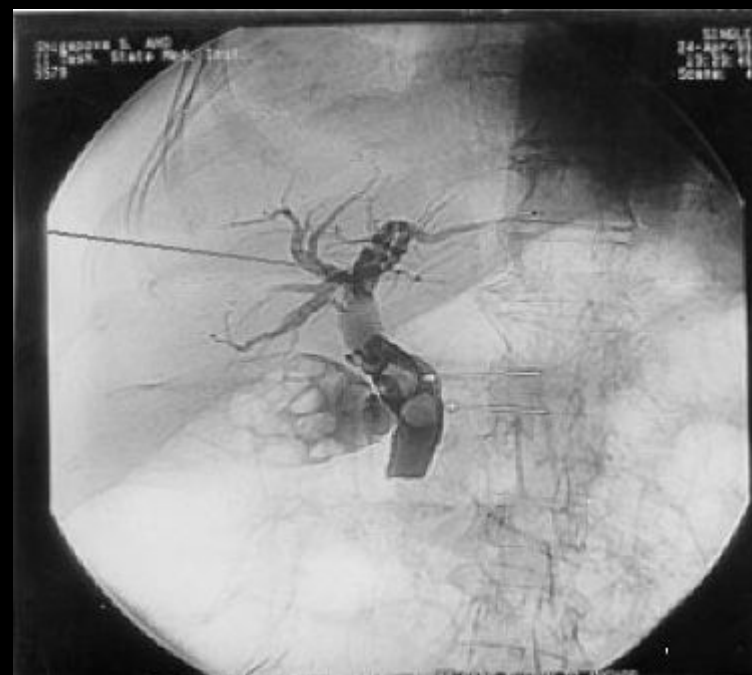
**Чувствительность - 70-90%,
специфичность - 80-85%.**

Эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография



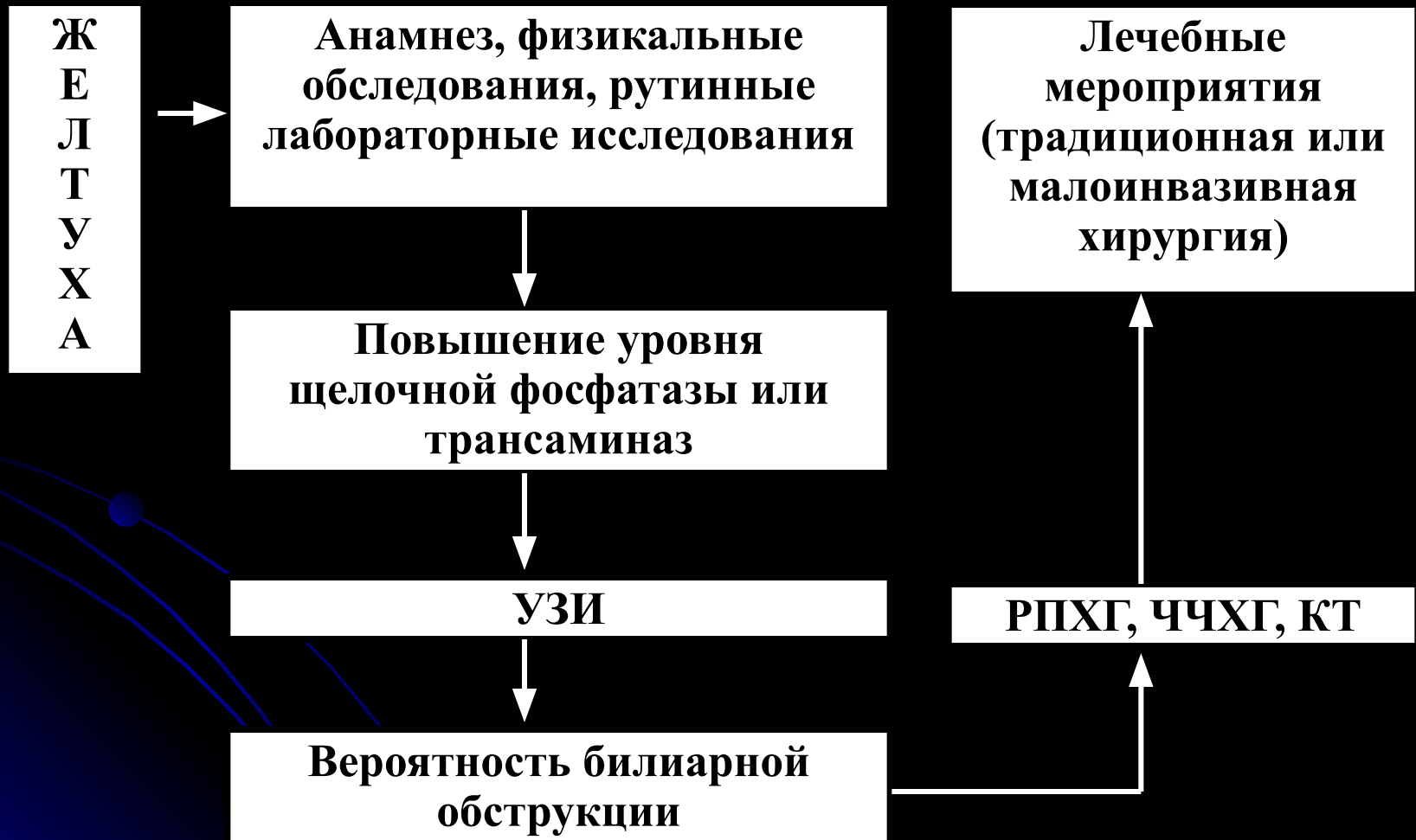
Чувствительность - 90-98%,
специфичность - 90-100%.

Чрескожная чреспеченочная холангиография



Чувствительность до 100%,
специфичность - 90%.

Диагностический алгоритм при механической желтухе



Дифференциальная диагностика желтух по клиническим признакам

Клинический признак	Вид желтухи		
	механическая	паренхиматозная	гемолитическая
Цвет кожи	Зелено-желтый с бронзовым или серым оттенком	Красно-желтый с оранжевым оттенком	Лимонно-желтый
Кожный зуд	Резко выражен	Выражен	Отсутствует
Цвет кала	Обесцвеченный, серо-белый, глинистый	На высоте заболевания обесцвеченный	Интенсивно окрашен
Цвет мочи	Темный	Темный	Обычный
Аппетит	Нарушен при длительной желтухе	Понижен или отсутствует	Не нарушен
Диспепсические явления	Да, при длительной желтухе	Да	Отсутствует
Боли в животе	Могут быть	Нет или несильные	Нет
Слабость, вялость, адинамия	При длительной желтухе	Да	Нет
Желчный пузырь	Увеличен при низкой закупорке	Не увеличен	Не увеличен
Частота пульса	Брадикардия	Брадикардия	Нормальная или тахикардия
Печень	Увеличена при длительной желтухе	Увеличена	Умеренно увеличена
Селезенка	Не увеличена	Иногда увеличена	Часто увеличена
Повышенная кровоточивость	Да	Да	Да

Алгоритм ведения больных с механической желтухой

I этап

Дренирование

Дозированная декомпрессия

Ликвидация полиорганной недостаточности

II этап

Восстановление нормального пассажа желчи в кишечник

Эндоскопические ретроградные вмешательства

Чрескожные чреспеченочные эндобилиарные вмешательства

Отсутствие эффекта



Открытые операции

Показания к эндоскопическим ретроградным эндобилиарным вмешательствам

- Расширение холедоха по данным УЗИ более 8 мм
- Выявление причин МЖ и локализации патологического процесса в желчных путях
- Гипербилирубинемия с плохой визуализацией внепеченочных желчных проходов по данным УЗИ

Показания к эндоскопической папиллосфинктеротомии

- Холедохолитиаз
- Стенозирующий папиллит
- Стенозы терминального отдела холедоха и большого дуоденального сосочка протяженностью до 1,5 см
- Механическая желтуха с печеночной недостаточностью в I и II степени

Противопоказания

ИБС – ОИМ; ОНМК; ОССН; ОДН

Медикаментозное лечение

В стадии компенсации

- Улучшение биоэнергетических процессов в печени (р-р глюкозы с инсулином, витамин С и кокарбоксилаза)
- Коррекция КЩС (при ацидозе р-р гидрокарбоната натрия, при алкалозе р-р соляной к-ты)
- Коррекция электролитных нарушений предпочтительнее проводить при помощи диеты и фруктовых соков.
- При наличии цитолиза в печени, назначают препараты, оказывающие мембраностабилизирующее действие (легалон, эссенциале, гептрал).

В стадии субкомпенсации

- Дезинтоксикационная терапия (гемодез, неокомпенсан)
- Коррекция электролитных расстройств
- Коррекция белковой недостаточности (альбумин, плазма и др.)
- Коррекция нарушения свертывания крови (викасол, аминокaproновая к-та, дицинон, тромбоцитарная масса)

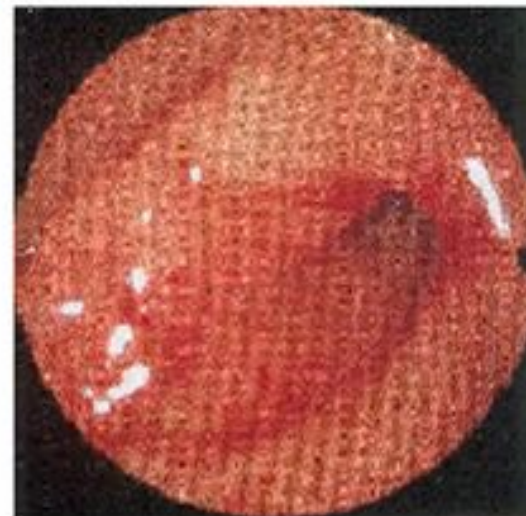
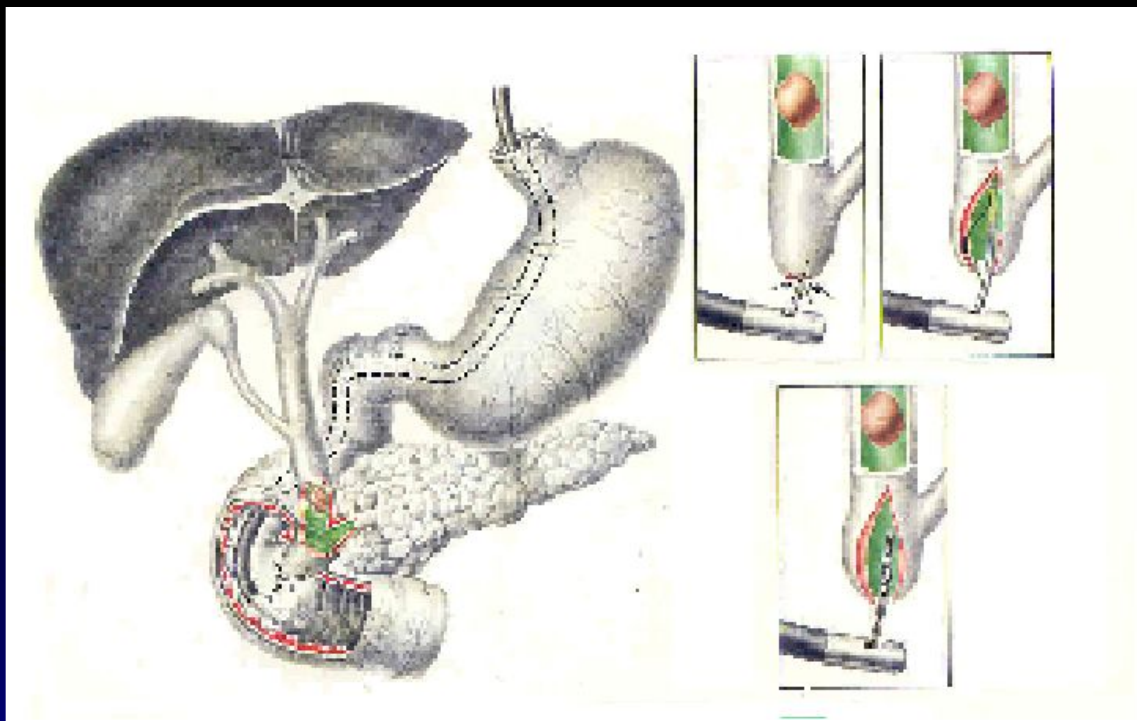
В стадии декомпенсации

- Лечение в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии
- Включение в комплекс вышеперечисленных мероприятий лимфо- или гемосорбции, систематическое очищение ЖКТ (промывание желудка, сифонные клизмы)
- Назначение больших доз кортикостероидов (преднизолон, гидрокортизон)
- Подавления активности протеолитических ферментов (трасилол, контрикал, гордокс)

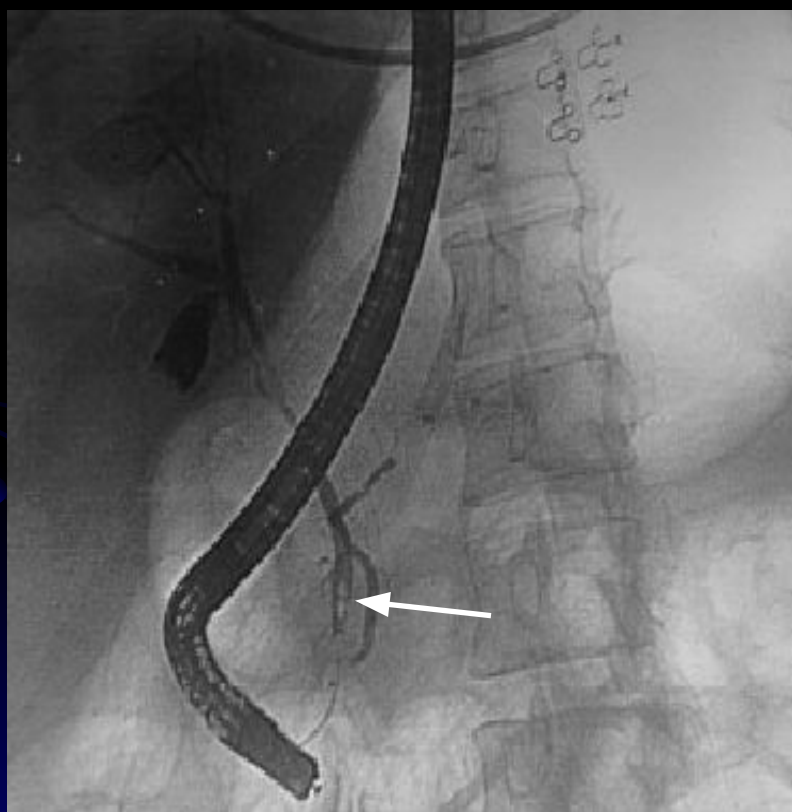
Операции по налаживанию постоянного пассажа желчи

- 1. ЭПСТ**
- 2. Извлечение желчных камней с помощью зонда Dormia**
- 3. Извлечение желчных камней с помощью гибких щипцов**
- 4. Извлечение желчных камней с помощью зонда Фогарти**
- 5. Методика дилатации при вторичных стриктурах терминального отдела холедоха**
- 6. Удаление камней двойном латексным баллоном**
- 7. Механическая литотрипсия и аспирационный метод**
- 8. Петля-ловушка для извлечения камней**

Эндоскопическая ретроградная папиллосфинктеротомия



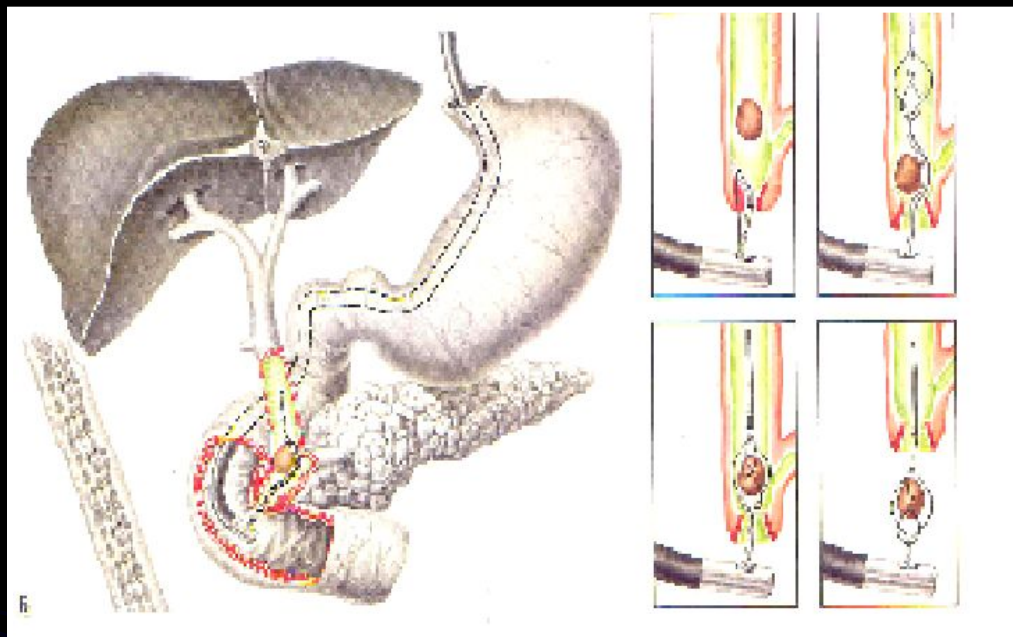
РХПГ до ЭПСТ



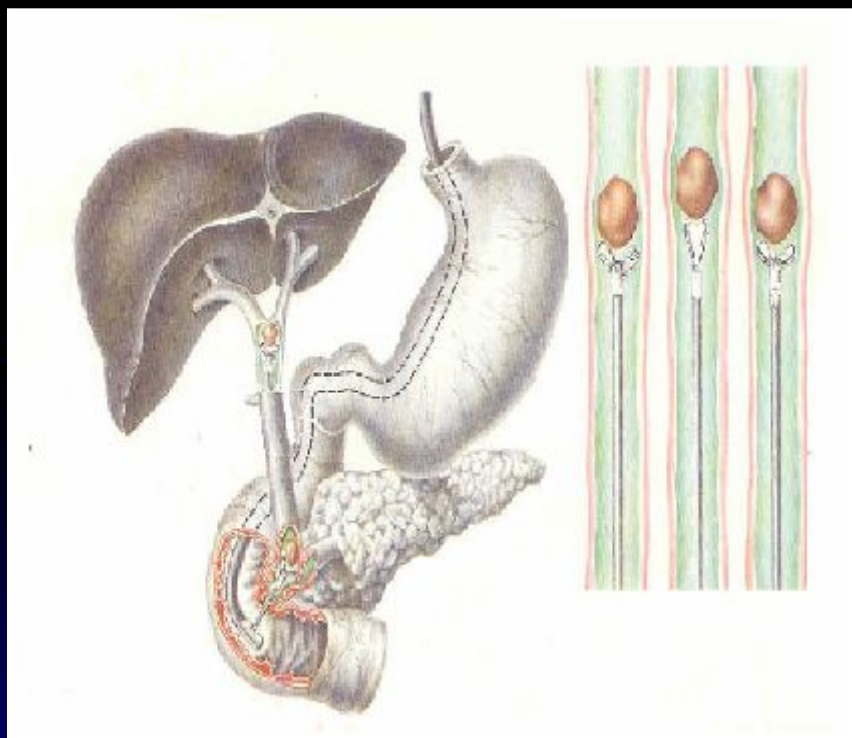
РХПГ после ЭПСТ



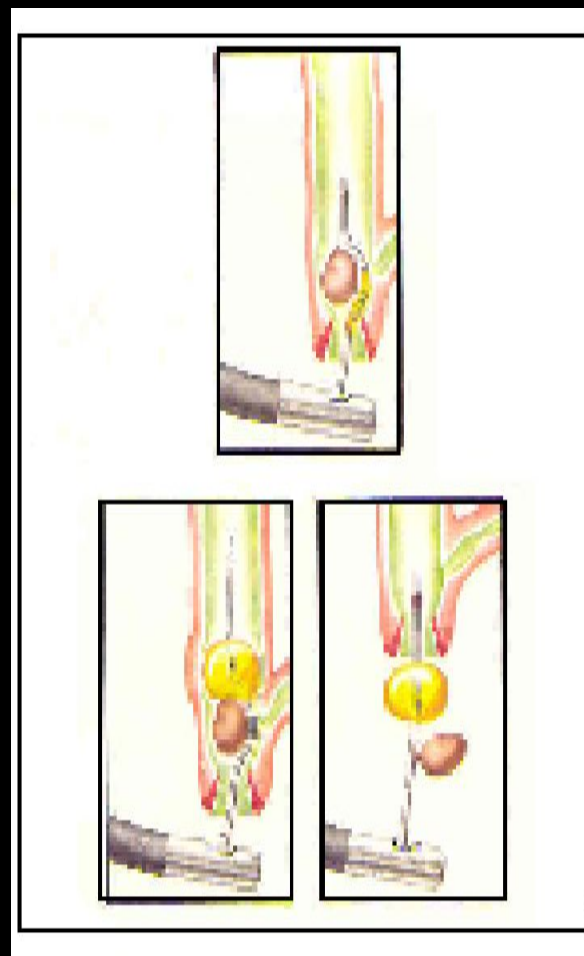
Извлечение желчных камней с помощью зонда Dormia



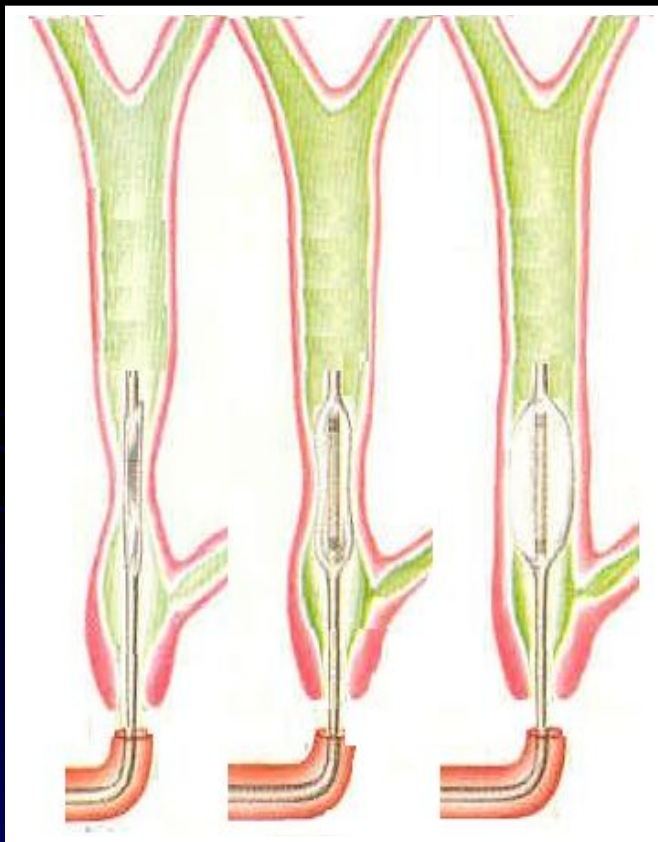
Извлечение желчных камней с помощью гибких щипцов



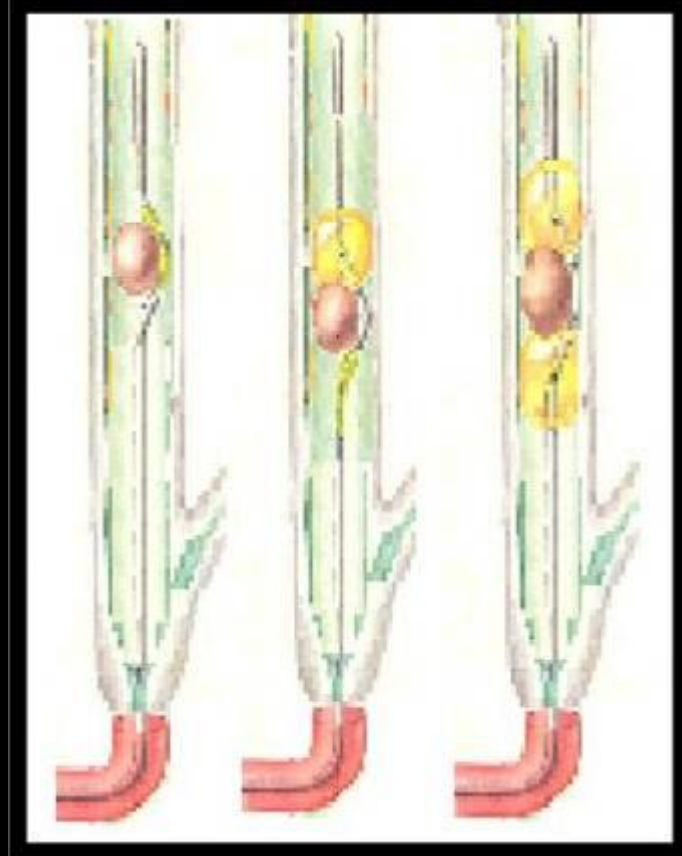
Извлечение желчных камней с помощью зонда Фогарти



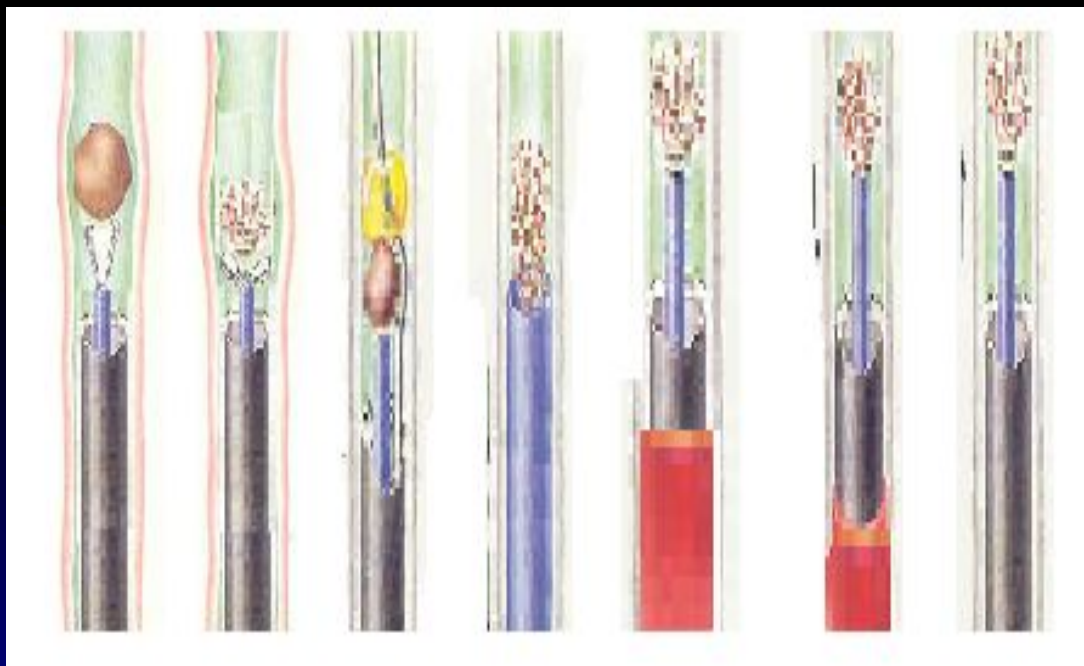
Дилатация терминального отдела общего желчного протока при стриктуре



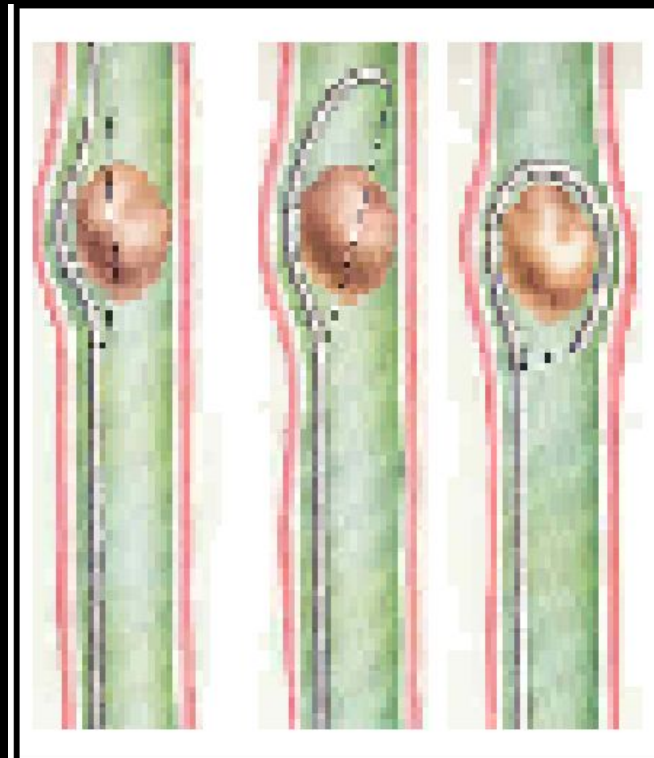
Удаление камней двойным латексным баллоном



Механическая литотрипсия и аспирационный метод



Петля-ловушка для извлечения камней



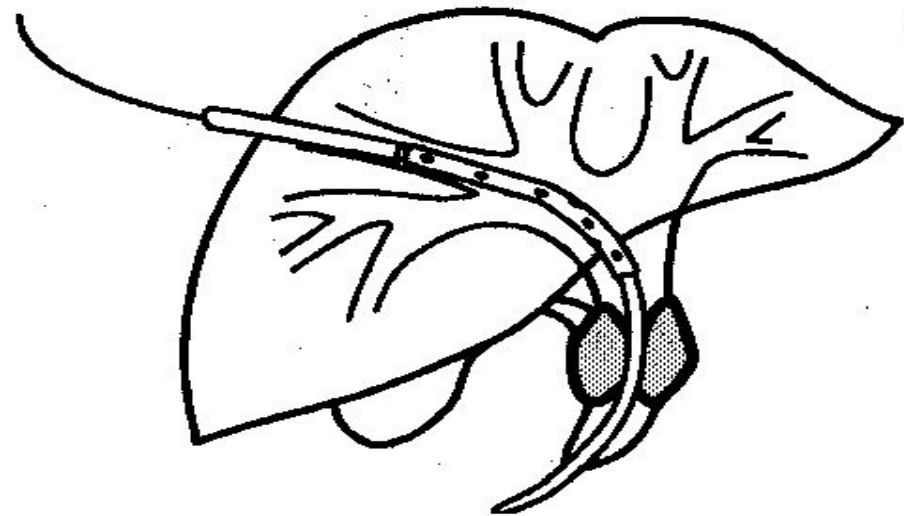
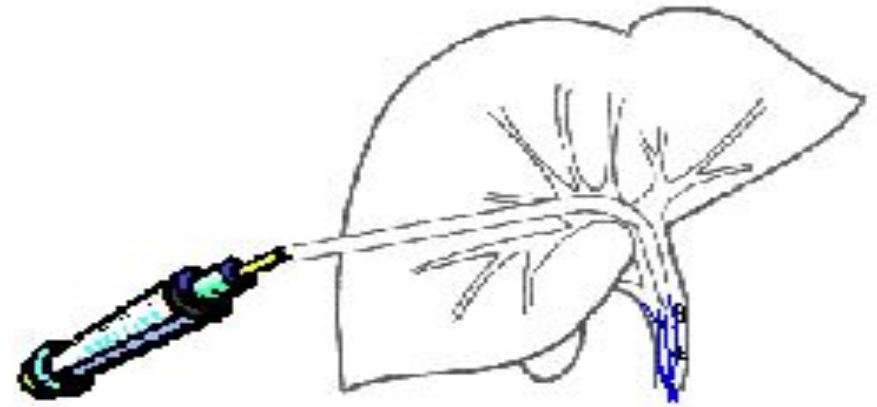
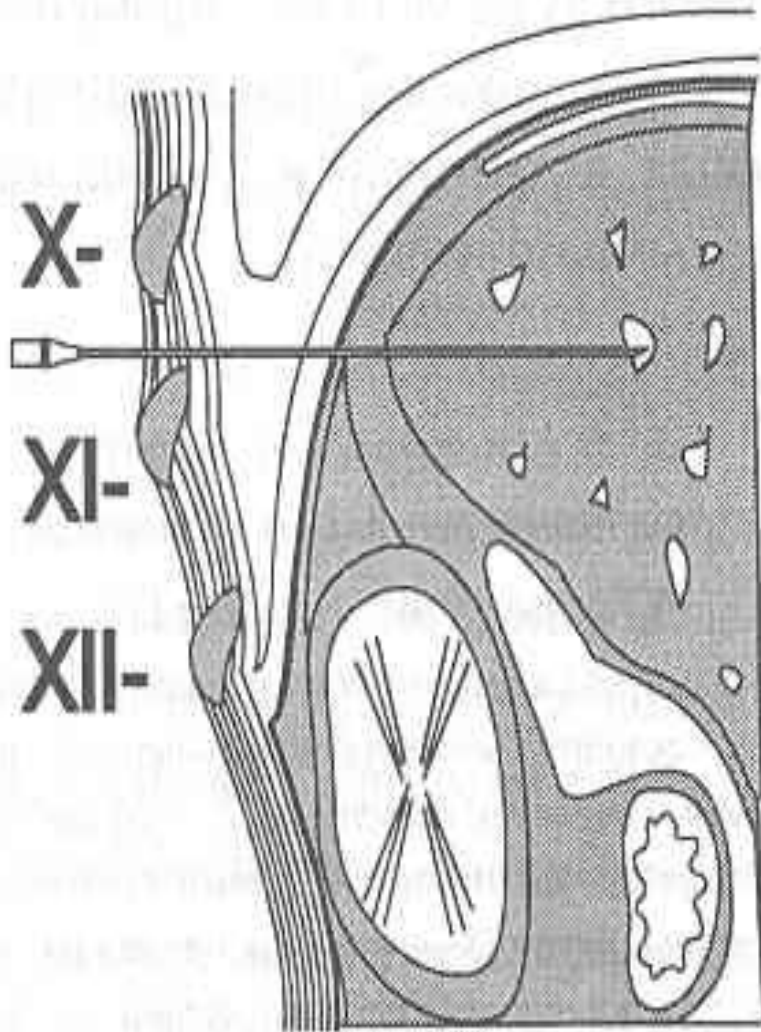
Показания к ЧЧХС

- * **Невозможность выполнить эндоскопических ретроградных вмешательств, их неэффективность, наличия противопоказаний к ним.**
- * **Опухоли гепатикопанкреатодуоденальной зоны, создающие блок желчевыводящих путей.**

Противопоказания к ЧЧХС

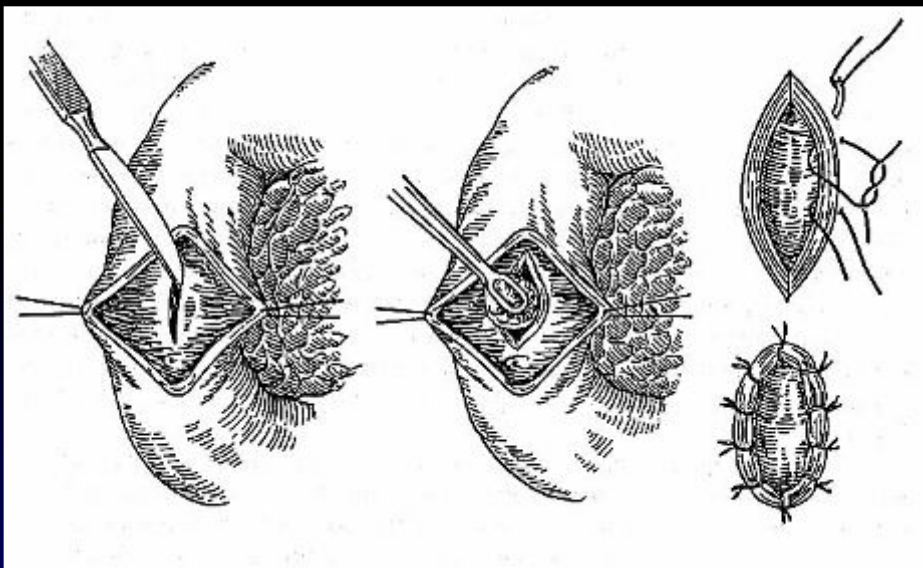
- * **Наличие объемных образований в проекции предполагаемой пункции**
- * **Снижение ПТИ до 50% и ниже**
- * **Снижение количества тромбоцитов до 100 тыс. и ниже**
- * **Интерпозиция кишки между брюшной стенкой и печенью**
- * **Нагноительные заболевания мягких тканей в зоне предполагаемой пункции**
- * **Аллергические реакции на препараты йода в анамнезе**

Чрескожная чреспеченочная холангиография

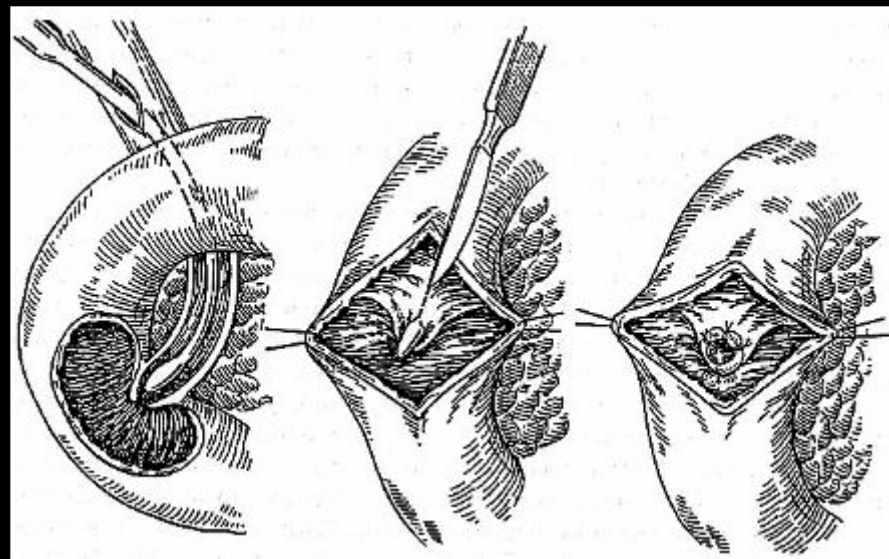


Открытые оперативные вмешательства в лечении механической желтухи

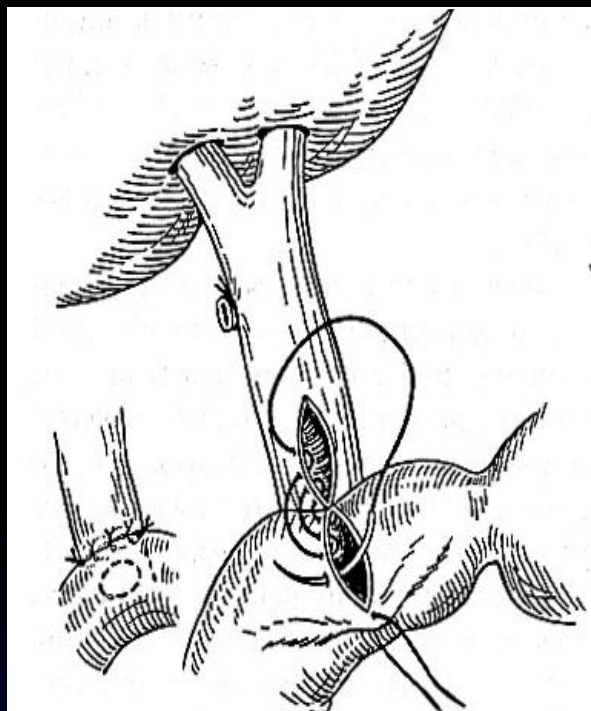
Внутренняя
трансдуоденальная
холедоходуоденостомия



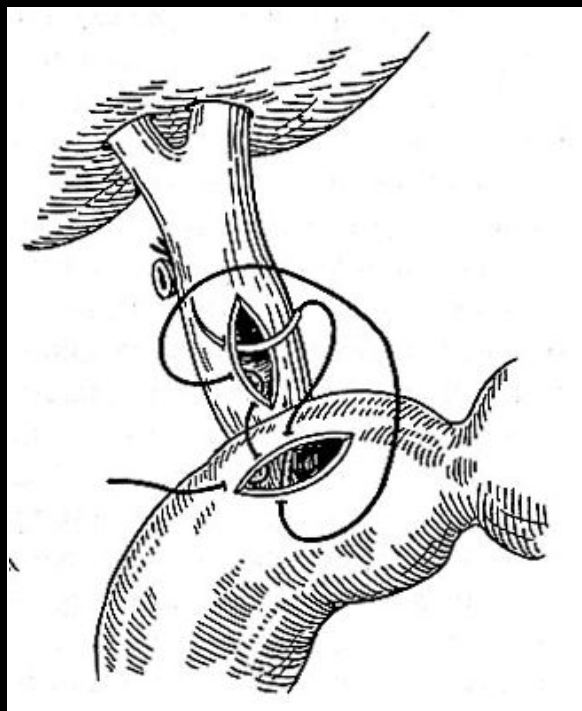
Трансдуоденальная
папиллосфинктеротомия и
папиллосфинктропластика



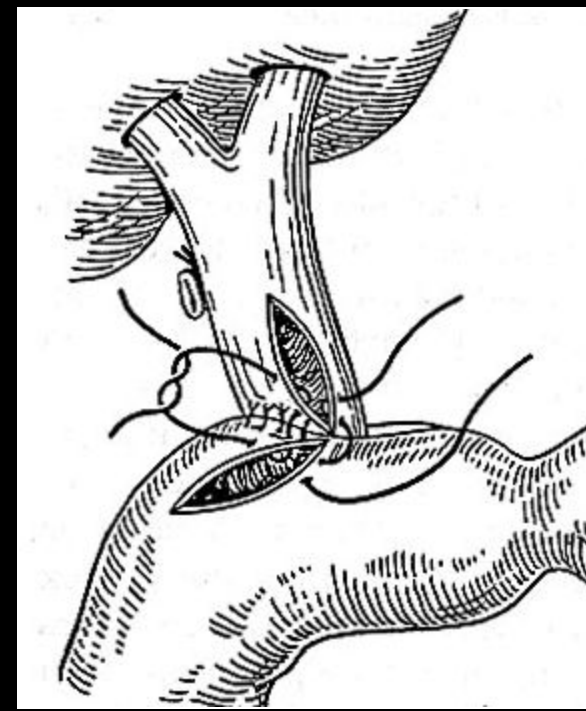
Холедоходуоденостомия



ХДА по Юрашу

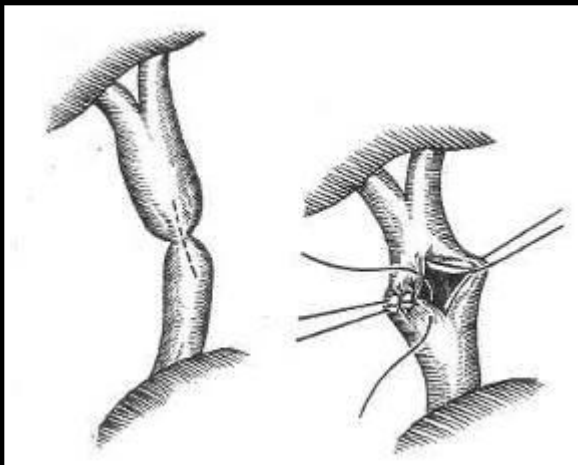


ХДА по Флеркену

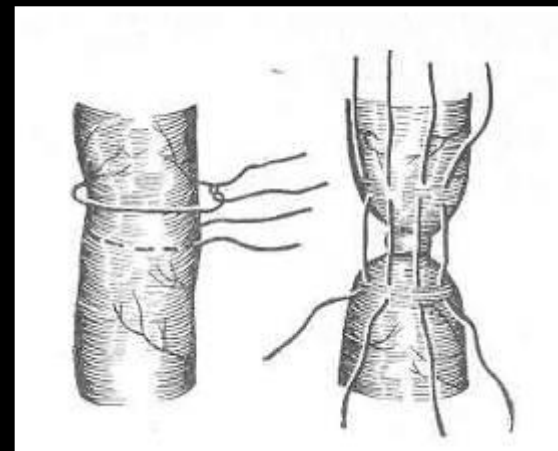


ХДА по Финстереру

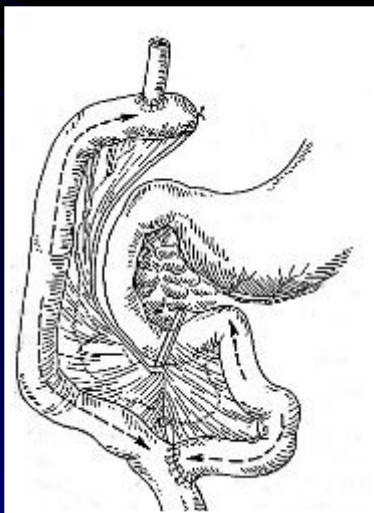
Операции, выполняемые при стриктурах холедоха



Пластика холедоха по Гейнеке-Микеличу



Резекция холедоха с анастомозом «конец в конец»



Терминальный гепатикоэнтероанастомоз с U-образным межкишечным соустьем по Ру

Терминальный гепатикоэнтероанастомоз с межкишечным анастомозом «бок в бок»

