

Чувашский государственный университет им. И.Н.Ульянова
Кафедра хирургических болезней

Острый холецистит

Лекция
Доцент Мизуров Н.А.

Общие сведения

- **Острый холецистит** – это острое воспаление желчного пузыря (ЖП), обусловленное попаданием инфекции и нарушением оттока желчи.



Актуальность

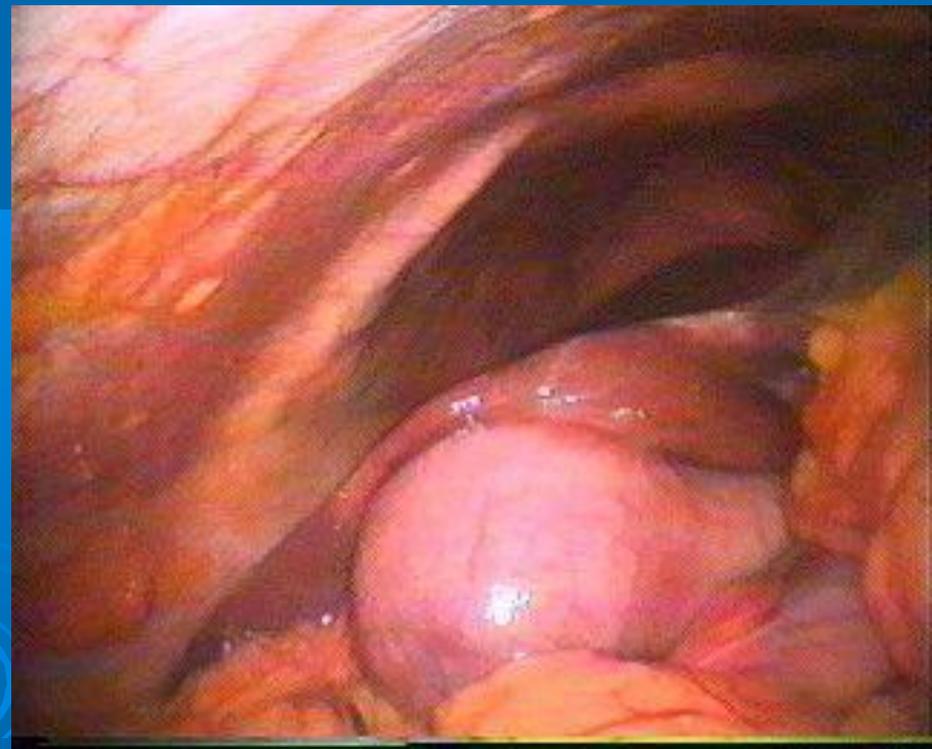
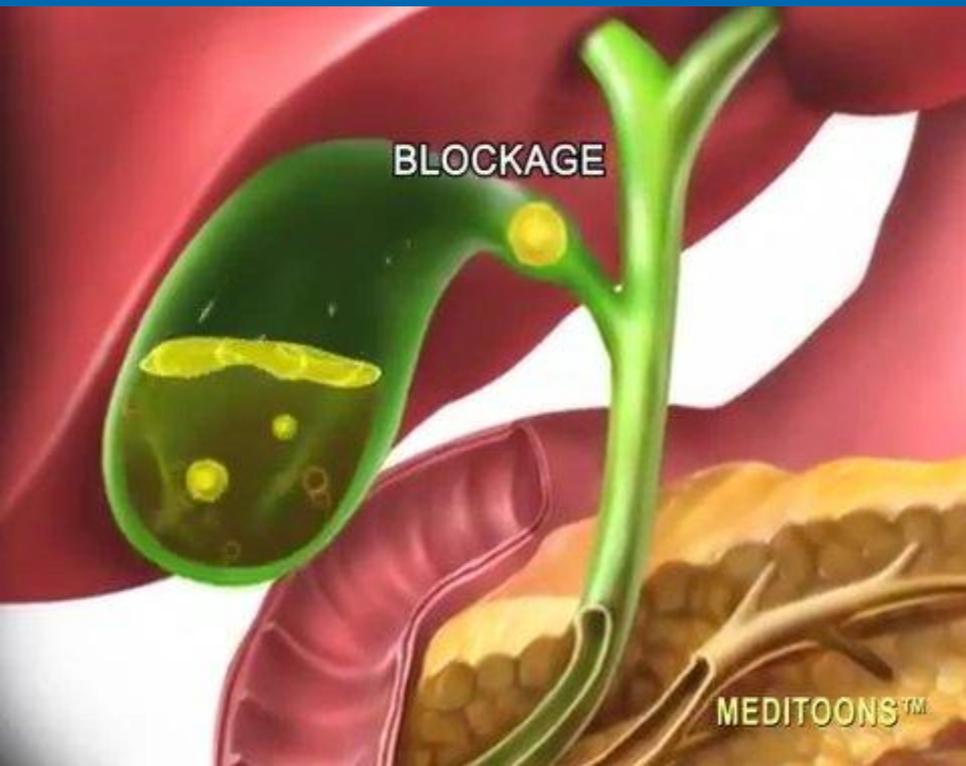
- Острый холецистит является самым частым осложнением ЖКБ.
- Чаще развивается у лиц старше 50 лет. Женщины болеют 5 раз чаще (*т. к. у них ЖКБ 5 раз чаще*). Острый холецистит опасен развитием осложнений. ОХ и ОА встречаются примерно одинаково.
- Среди всех острых хирург. заболеваний органов брюшной полости ОХ составляет 15-20% и занимает 2-ое место после острого аппендицита (29%).
- В России ежегодно выполняется в среднем 100 тыс холецистэктомий при ОХ с летальностью 1-2,5%.

Общие сведения

- В 10-15% развивается острый бескаменный холецистит - *при отсутствии камней в ЖП.*
- **Причины бескаменного холецистита:**
 - 1) *проникновение инфекции в ЖП со сниженной эвакуаторной способностью;*
 - 2) *рефлюкс панкреатического сока в ЖП;*
 - 3) *травмы ЖП, ожоговая болезнь, сосудистые изменения стенки ЖП.*

Этиология ОХ

- *Основной причиной возникновения **ОХ** является нарушение оттока желчи из ЖП, повышение внутрипузырного давления + инфекция. В 90-95% нарушение оттока желчи из ЖП возникает в результате обтурации камнем, комочком слизи, желчной замазкой.*



Микробная флора при ОХ

-кишечная палочка, энтерококки, стафилококки, стрептококки, анаэробная инфекция (эмфизематозный холецистит).

□ Пути проникновения инфекции:

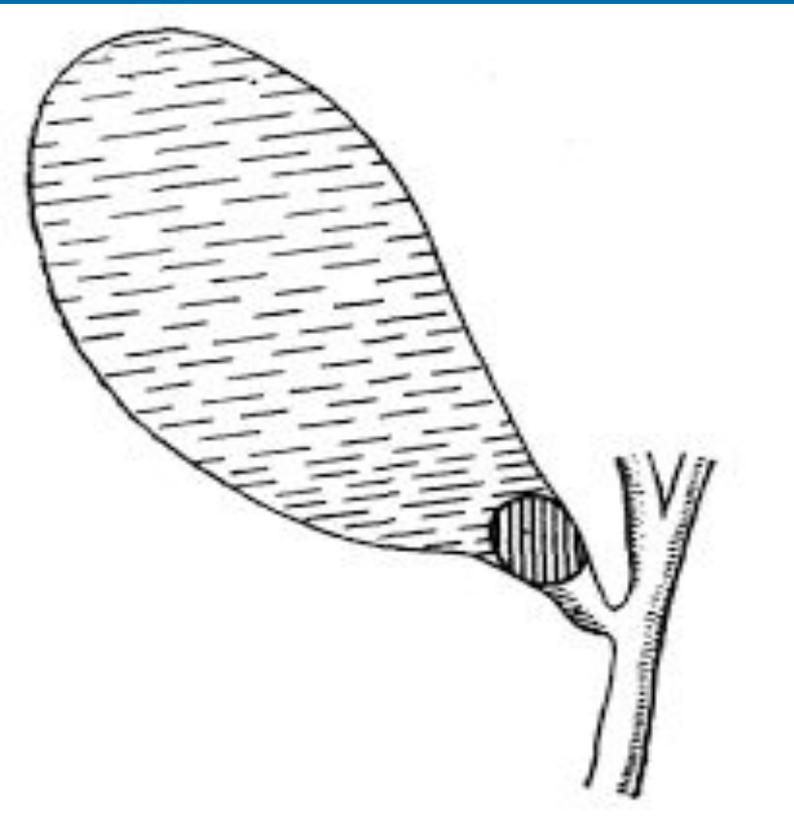
1) гематогенный путь (через общий круг кровообращения, по печеночной артерии, по воротной вене);

2) лимфогенный;

3) энтерогенный из 12 п.к.

Патогенез ОХ

- 1. Внутрипузырная желчная гипертензии приводит к уменьшению кровообращения в слизистой, к нарушению слизистого барьера, проникновению микробов в стенку пузыря с воспалительной экссудацией в просвет пузыря.



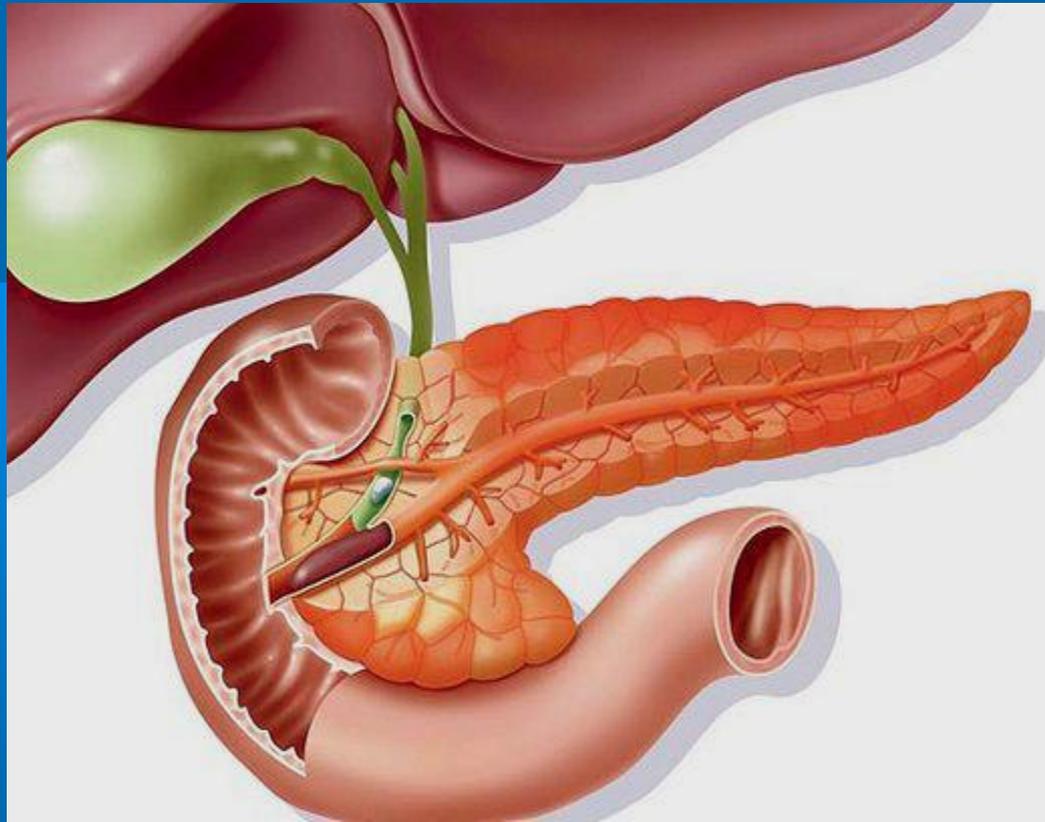
Патогенез ОХ

- 2. **Сосудистый фактор.** *Атеросклероз и тромбоз пузырной артерии у пожилых приводят к первичной гангрене ЖП.*



Патогенез

3. Повреждающее действие панкреатического сока на стенку ЖП при панкреатобилиарном рефлюксе у больных с острым панкреатитом.



Классификация острого холецистита

По этиологии	По патогенезу	Клинико-морфологические формы	
Калькулезный	Обтурационный	Катаральный	Обструктивный
Бескаменный	Ферментативный	Флегмонозный	
Паразитарный	Сосудистый	Гангренозный	Деструктивный
		Перфоративный	

Классификация острого холецистита

1) острый калькулезный холецистит (в 85-90%); «calculus» (лат.) - «камень»

2) острый бескаменный холецистит (в 10-15%): *а) сосудистый;*

б) посттравматический – травма, операции на органах бр. полости (причина - расстройство кровообращения в стенке пузыря, присоединение инфекции),

в) ферментативный холецистит (при рефлюксе панкреатического сока из-за наличия препятствия в термин. отделе холедоха и на уровне БДС).

Клиническая классификация ОХ

1. *Острый неосложненный (простой) холецистит:*

- острый катаральный холецистит;
- острый флегмонозный холецистит;
- острый гангренозный холецистит.

2. *Острый обтурационный холецистит* —

острый холецистит, возникающий на основе внезапной обтурации пузырного протока конкрементом развитием желчной гипертензии. Клинически проявляется в виде эмпиемы ЖП и водянки ЖП.

Клиническая классификация ОХ

3. Острый холецистопанкреатит – ОХ осложненный воспалением поджелудочной железы.

4. Осложненный ОХ (холецистит осложненный перивезикулярным абсцессом, инфильтратом в подпеченочной области, местным перитонитом, разлитым желчным перитонитом, механической желтухой, холангитом, желчными свищами).

Пат. анатомия

- Выделяют 3 морфологические формы ОХ: *катаральную, флегмонозную и гангренозную с перфорацией ЖП или без нее).*
- *Внешне - утолщение стенки, воспаление, отек. Слизистая изъязвлена и некротизирована. Серозный покров гиперемирован, покрыт гнойно-фибринозными наложениями.*
- *Часто отмечается переход воспаления на париетальную брюшину.*

Пат. анатомия

- **Содержимое ЖП при ОХ:** *смесь гноя, желчи и крови с наличием конкрементов или без них.*



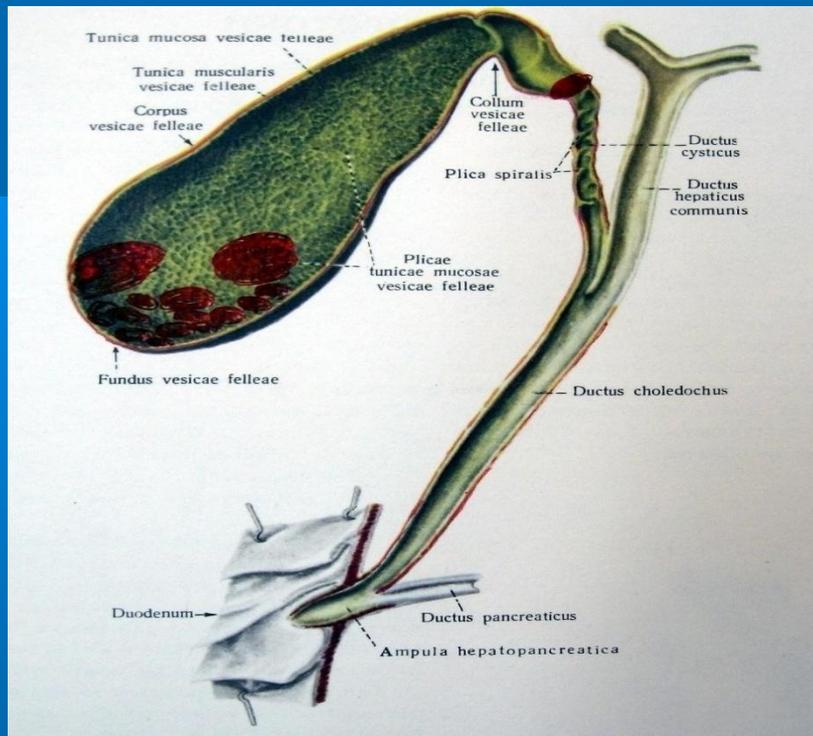
Пат. анатомия

- *При прогрессировании деструкции развивается гангрена пузыря или наступает его перфорация с развитием местного или разлитого перитонита.*



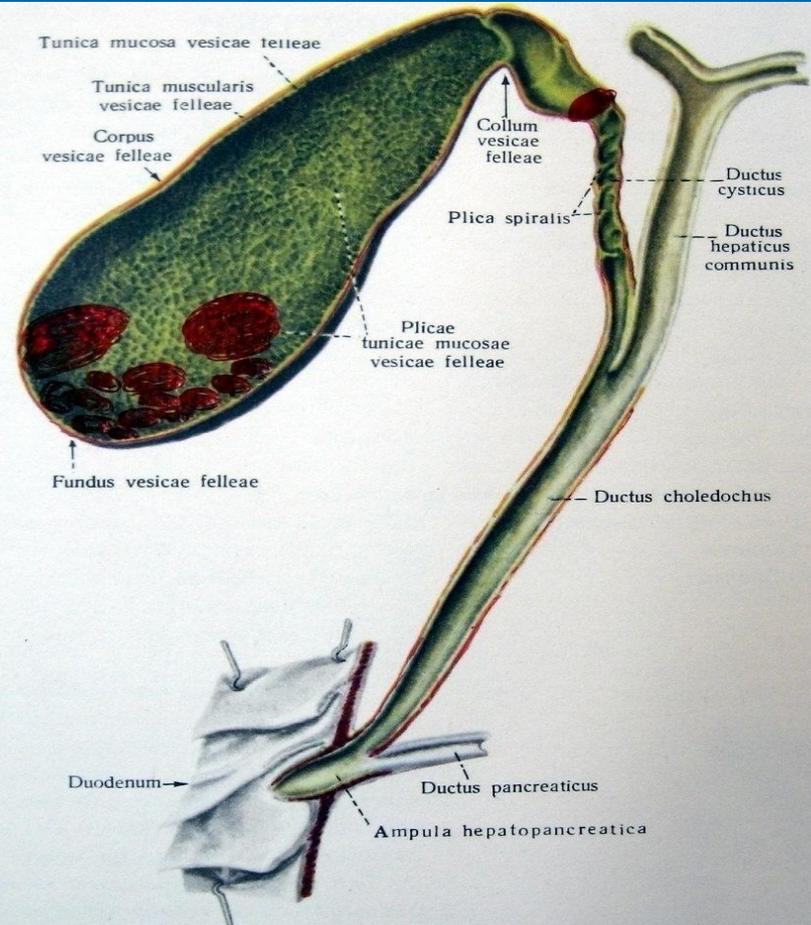
Клиника ОХ

□ Чаще болеют лица старшей возрастной группы. Развитию ОХ нередко предшествует внезапный приступ желчной (печеночной) колики, связанная с приемом острой, жареной, жирной пищи, употреблением алкоголя, яиц и других продуктов, обладающих желчегонным действием.



Клиника ОХ

Сокращение ЖП приводит к движению конкрементов в сторону 12 п.к, обтурации пузырного протока конкрементом, что вызывает развитие гипертензионного синдрома в пузыре и развитию ОХ.



Клиника

□ боли в пр. подреберье с типичный иррадиацией, признаки желчной гипертензии (увеличенный, болезненный ЖП), симптомы нарастающей интоксикации



Клиника

- Боли приступообразные в начале ОХ (связаны с наличием конкремента в протоке), локализуются в пр. подреберье (в проекции ЖП), усиливаются при глубоком вдохе, с иррадиацией в пр. надключичную область, плечо, лопатку, область сердца.
- Затем - постоянные боли – повышение давления в просвете ЖП, перерастяжение стенки ЖП, сдавление венозных сосудов стенки, трансудация плазмы в перивазальное пространство, отек подслизистого слоя, а затем и всех слоев, утолщение стенки до 5-6 мм.

Клиника

- Болевой приступ не снимается приемом спазмолитиков. Воспаление прогрессирует и проявляется вся клиника ОХ.
- **Признаки интоксикации:** общая слабость, сухость во рту, тошнота, повторная рвота, т-ра до 38, тахикардия.
- **Увеличение ЖП, иногда – желтуха** из-за развития гепатита или механической желтухи
- Появление опоясывающих болей в сочетании со вздутием живота свойственно присоединению панкреатита.

Диагностика

Клиническое обследование:

Жалобы: приступообразные боли в правом подреберье с иррадиацией в пр. надплечье, лопатку, область сердца, сухость во рту, тошнота, повторная рвота, субфебрильная т-ра, тахикардия.

Анамнез: связь с приемом жирной пищи, приступы болей в прошлом при сходных обстоятельствах, наличие признаков нарушения обмена веществ, наследств. предрасположенность

Диагностика. Клиническое обследование

- **Осмотр:** Язык обложен, затем сухой. Иногда небольшая желтушность склер, кожи.
- **При пальпации живота** - болезненность и напряжение бр. стенки в пр. подреберье, напряженный, резко болезненный ЖП, симптомы раздражения брюшины.

Клиника. Специфические симптомы ОХ

Осмотр больного: *лицо, грудная клетка, живот.*

Выявление симптомов болезненности. Все 3 с-ма связаны со смещением воспаленного ЖП.

С-м Керра - усиление болей в пр. подреберье при глубоком вдохе, когда пальпирующая рука касается ЖП.

□ **С-м Ортнера**- при поколачивании ребром ладони по правой реберной дуге появляется боль в области ЖП.

□ **С-м Мерфи** – произвольная задержка дыхания на вдохе при давлении на область правого подреберья. Большой палец левой руки кладется в обл. проекции ЖП, остальные – по краю реберной дуги.

Клиника. Специфические симптомы ОХ

- *Далее - С-м Мюсси-Георгиевского (френикус-симптом) – болезненность при пальпации между ножками правой грудино-ключично-сосцевид. мышцы (из-за раздражения диафрагмального нерва выпотом под правым куполом диафрагмы).*
- *С-м Щеткина-Блюмберга - напряжение мышц, резкая болезненность при пальпации брюшной стенки.*

Лабораторное обследования:

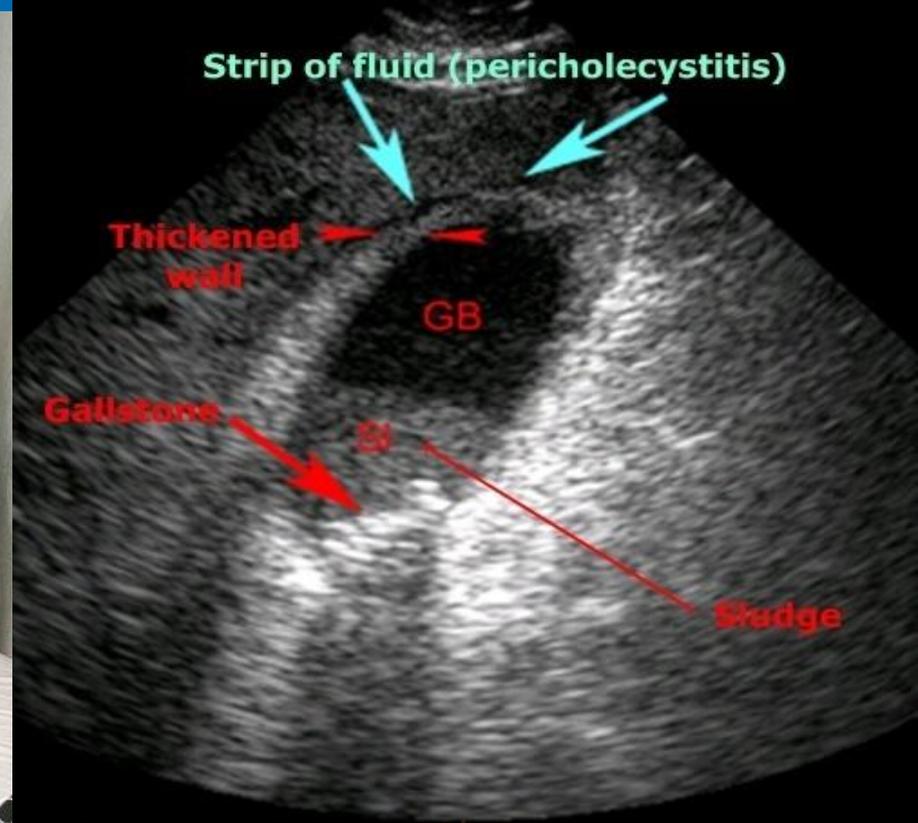
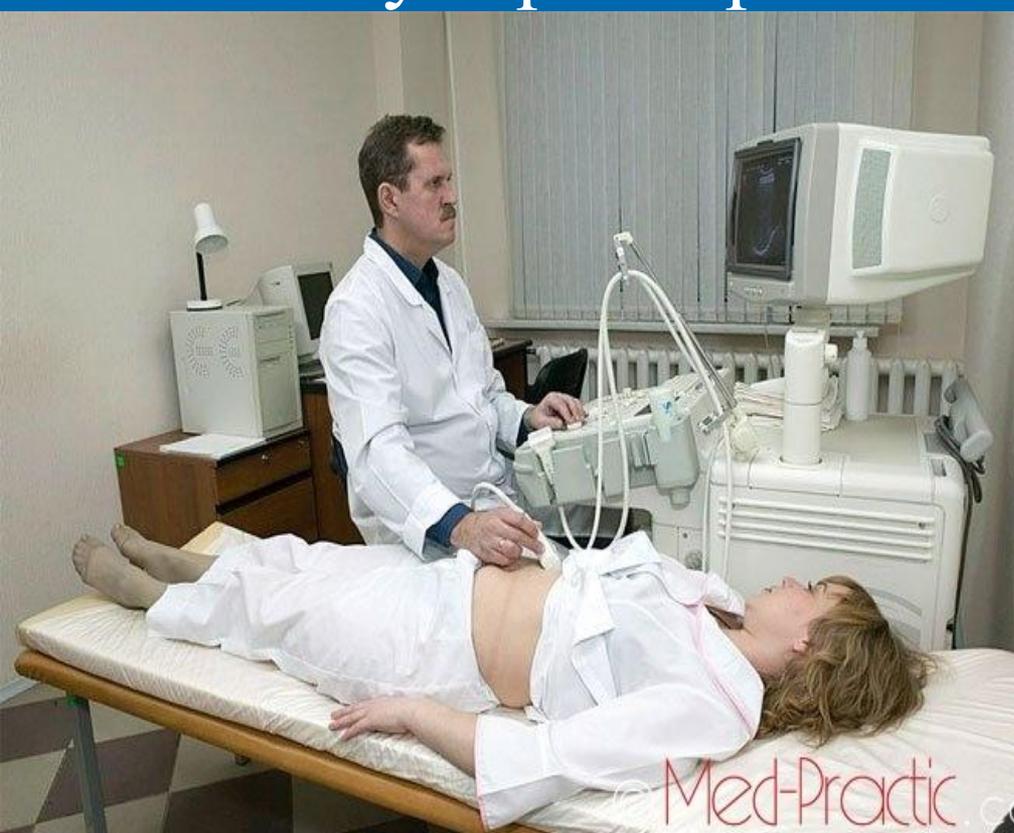
1. *Общий анализ крови со свертываемостью*
2. *Общий анализ мочи*
3. *Биохимический анализ крови (билирубин, трансаминаза, креатинин, мочевины и др.)*
4. *Исследование крови на сахар*
5. *Исследование крови на сифилис и ВИЧ*
6. *Анализ крови на группу + резус-фактор*
7. *Коагулограмма*
8. *Электролиты*
9. *Кал на яйца глист, простейшие*

Лабораторная диагностика

- **В крови** - лейкоцитоз со сдвигом, ускоренное СОЭ.
- Повышение уровня С-реактивного белка.
- увеличение уровня **бi** – **механическая желтуха** (норма 8-20) и трансаминаз – **гепатит** (норма до 200).
- *повышение амилазы крови и амилазы (диастазы) мочи - (норма до 190)*
- ОХ +панкреатит.**

Инструментальная диагностика

□ **УЗИ признаки:** увеличение размеров более 9-10 см, утолщение стенок ЖП более 4 мм, «двойной контур» стенки, наличие вколоченного камня в шейке пузыря. перивезикальная жидкость.



Инструментальная диагностика

- **ФГДС, дуоденопапилоскопия:** *имеется ли пассаж желчи в 12 п.к., выявление и экстренное удаление вколоченного камня БДС, наличие сочетанной патологии – язвы, дивертикула 12 п.к.;*
- **КТ, МРТ** *(утолщение стенки ЖП, наличие камней).*
- **Лапароскопия,** *при невозможности верифицировать ОХ другими методами: состояние стенки ЖП, наличие выпота в бр. полости;*
- **ЭКГ; R-графия легких.**

Осложнения ОХ

- *околопузырный (перивезикальный) инфильтрат (ЖП, 12 п.к., сальник, печень);*
- *перивезикальный абсцесс (микрOPERфорация ЖП;*
 - *эмпиема ЖП (закупорка ЖП+ инфекция);*
 - *водянка ЖП (это исход закупорки пузырного протока без инфекции при катар. холецистите);*
 - *перфорация ЖП (некроз стенки + повышение внутрипузырного давления) с развитием местного и разлитого желчного перитонита;*
- *холедохолитиаз, обтурационная (механическая) желтуха, гнойный холангит (застой, нарушение оттока желчи + инфекция); холецистопанкреатит.*



Дифф. диагностика

- острый аппендицит при подпеченочном расположении*
- прикрытая перфоративная язва*
- правосторонняя почечная патология*
- правосторонняя нижнедолевая пневмония*
- инфаркт миокарда*
- обострение язвенной болезни 12 п.к..*
- острый панкреатит*
- гепатит*
- острая кишечная непроходимость*

Дифф. диагностика

❑ Ошибки в диагностике приводят к неправильному выбору метода лечения и запоздалой операции.

❑ **1) Острый аппендицит.**

При О.А. боль не бывает столь интенсивна, и, главное, не иррадирует в правое плечо, правую лопатку.

Для О.А. характерна миграция боли из эпигастрия в пр. подвзд. область или по всему животу, при О.Х. боль точно локализуется в правом подреберье; рвота при О.А. однократная.

Обычно при ОХ при пальпации определяется болезненный пузырь или локальное напряжение.

Положительные с-мы Ортнера, Мерфи, Кера, Мюсси-Георгиевского.

Дифф. диагностика

2) Прободная язва. Внезапное появление резких болей в эпигастрии, доскообразное напряжение мышц передней брюшной стенки. Резкая болезненность при пальпации, симптом Щеткина-Блюмберга хорошо определяется в эпигастральной области и правом подреберье. Наличие свободного газа в брюшной полости определяется перкуторно (*отсутствие печеночной тупости*) и рентгенологически (*серповидная полоска под правым куполом диафрагмы*).

Чаще возникает необходимость дифф. д-ки с прикрытой перфорацией. Следует учитывать пол (**прободная язва чаще у мужчин, ЖКБ - у женщин**), язвенный анамнез, острейшее начало заболевания с «кинжальной» болью в эпигастрии. УЗИ (*свободная жидкость в бр. полости*).

Дифф. диагностика

- 3) Почечная колика, пиелонефрит, паранефрит.

Учитывают типичные жалобы, анамнез, клиника, данные лабораторного и инструментального обследования (боли в поясничной обл., иррадирующие в область половых органов, дизурия, положит. с-м Пастернацкого, нет симптомов раздражения брюшины, анализы крови, мочи, экскреторная урография, хромоцистоскопия, УЗИ почек и брюшной полости).

Дифф. диагностика

4. Острый панкреатит. Начинается с резкой постоянной боли в эпигастрии, принимающей опоясывающий характер. Возникновению болей предшествует употребление обильной жирной пищи, алкоголя. Характерна многократная рвота желудочным содержимым, затем дуоденальным содержимым, не приносящая облегчения. Имеется вздутие живота. Пальпация болезненна в области проекции поджелудочной железы на переднюю брюшную стенку, ослабление пульсации брюшной аорты (симптом Воскресенского). Болезненность при пальпации в области левого реберно-позвоночного угла (симптом Мейо-Робсона). Увеличение амилазы в крови, диастазы в моче выше 512 ед., УЗИ - *увеличение размеров железы, выпот.*

Дифф. диагностика

5. Острая кишечная непроходимость.

■ При ОКН боли схваткообразные. Усиленная перистальтика, шум «плеска».

■ Нет температуры. Нет напряжения мышц живота, симптомы раздражения брюшины выражены слабо.

Вздутие живота, задержка отхождения стула и газов.

При перкуссии живота определяют тимпанит. кишечные шумы не выслушиваются.

Часто в прямой кишке выявляют слизь с кровью.

Рентген. признаки непроходимости (чаши Клойбера), которые отсутствуют при О.Х.

Дифф. диагностика

6. Плеврит и правосторонняя пневмония.

Дыхание поверхностное, при аускультации в нижних отделах грудной клетки шум трения плевры, хрипы. Температура тела повышена до 38-40 градусов, тахикардия, язык влажный.

Живот мягкий.

Высокий лейкоцитоз со сдвигом формулы белой крови влево.

На рентгене



Дифф. диагностика

7. Инфаркт миокарда.

Возникновение острой боли в эпигастральной области, иррадиирующей в область сердца, между лопатками. Состояние больного тяжелое, принимает вынужденное полусидячее положение. Пульс частый, аритмичный, артериальное давление снижено. Границы сердца расширены, тоны сердца глухие.

На ЭКГ свежие очаговые нарушения коронарного кровообращения. Живот мягкий, болезненный в эпигастр. области, печеночная тупость сохранена, перистальтические шумы выслушиваются.

Лечение ОХ

- *Лечение надо начинать на догоспит. этапе: р-р ношпы, папаверина, платифиллина, дротаверина .*
- *Срочная госпитализация для уточнения диагноза, определения тактики лечения, т. к. прогнозировать течение ОХ очень сложно.*

Этапы лечения: 1) консерватив. лечение с 1-ых часов поступления и в полном объеме – оперируют только 30% больных с ОХ. Показания консерват. терапии - острый катар. холецистит.

Лечение ОХ

□ **Цель терапии:** снятие спазма желчевыводящих путей и сфинктерной системы, деблокирование ЖП, улучшение оттока инфицированной желчи из Ж.П. в 12 п.к., что способствует быстрому стиханию воспалит. процесса и улучшению состояния больного.

Общие принципы лечения:

2) при неэффективности консервативной терапии ОХ подлежит хирург. лечению в ранние сроки от начала заболевания.

Ранняя операция холецистэктомия может быть успешно выполнена с помощью стандартной методики из открытого лапаротомного доступа, методом минихолецистэктомии, или лапароскопической холецистэктомии.

Общие принципы лечения:

Методом выбора является лапароскопическая холецистэктомия.

Такой подход обеспечивает значительное снижение послеоперационной летальности и числа осложнений, сокращению сроков госпитализации, быстрое выздоровление и возврат к труду.



Общие принципы лечения

Однако не всем больным можно выполнить ЛХЭ.

Число конверсий (*переход на открытую операцию или минилапаротомию*) при ЛХЭ достигает 10-15%.

При возникновении технических трудностей при лапароскопической операции предпочтительнее минилапаротомная холецистэктомия с использованием комплекта инструментов Мини-Ассистент.

Общие принципы лечения

*При наличии острого деструктивного холецистита с холангитом, с холедохолитиазом, механической желтухой или разлитым гнойным перитонитом **показана открытая лапаротомная холецистэктомия с ревизией желчевыводящих путей и бр. полости.***

Современная тактика лечения

При наличии ОХ осложненного холедохолитиазом используют 2-х этапную тактику лечения в 2-х вариантах:

- а) сначала выполняют предварительную декомпрессию ЖП – наложение микрохолецистостомии.*
- б) после разрешения явлений ОХ, холангита и механической желтухи проводят эндоскопическую санацию билиарного тракта (ЭРХПГ и холедохолитоэкстракцию)*

Современная тактика лечения

2-ой вариант: в качестве декомпрессии билиарных протоков – эндоскопическая папиллосфинктеротомия с литоэкстракцией.

Затем больным при обоих вариантах тактики в отсроченном порядке выполняют радикальную операцию - лапароскопическую холецистэктомию.

Консервативное лечение

- **Голод на 2-3 дня, аспирация из желудка** (чтобы не усиливать моторную деят. ЖП и секретор. активность панкреас),
- **Холод на область пр. подреберья** – для уменьшения кровенаполнения воспаленного ЖП;
- **Антибиотики в/в** - для подавления инфекции;
- **Спазмолитики** - (атропин, баралгин, платифиллин+ папаверин, ношпа, спазган, максиган, дротаверин);
- **В/в глюкозо-новокаиновая смесь** (внутривенно 300 мл 0,25% р-ра новокаина + 200 мл 5% р-ра глюкозы 2 раза в сутки.

Консервативное лечение

- **Общее лечение:** в/в инфузионная терапия 2-3 л, витамины, реологические препараты (реополиглюкин, никотиновая кислота, трентал), антиферментная терапия (октреотид, сандостатин), антисекреторная терапия (квамател, некسيوم) – профилактика острой язвы желудка и 12 п.к. с кровотечением.
- **По показаниям** (больные - чаще это бабушки): сердечные гликозиды, панангин, эуфиллин, гипотензивные и др.

Консервативное лечение

Категорически нельзя вводить морфий, омнопон, которые вызывают спазм сфинктера Одди с развитием желчной гипертензии и нарушением оттока сока поджелудочной железы (печеночная колика, развитие острого панкреатита) – ухудшение состояния.

Кроме того: наркотики, уменьшив болевые ощущения, сглаживают картину ОХ и приводят к просмотру прободения Ж.П.

Консервативное лечение

□ У большинства больных возможно купирование приступа ОХ (лучше вообще не оперировать – купировать воспаление и тем самым избежать осложнений операции или оперировать завтра - после интенсивной подготовки).

Критерии эффективности лечения:

*уменьшение размеров ЖП при УЗИ,
уменьшение болей, исчезновение напряжения
бр. стенки, падение т-ры, снижение
лейкоцитоза, уменьшение пальпировавшегося*

ЖП. Таких больных затем оперируют в
плановом порядке при отсутствии

противопоказаний. *Если, несмотря на*

интенсивную консерват. терапию приступ

не купируется, а при повторном УЗИ -

ухудшение картины - показана операция -

*холецистэктомия для предупреждения перитонита
и др. осложнений.*

Показания к операции при ОХ:

1. Некупируемый приступ острого холецистита.

2. Осложнения острого холецистита

- перитонит (пропотной, перфоративный перитонит);

- перивезикулярный абсцесс;

- механическая желтуха;

- холангит.

Оперативное лечение

- *Лечение ОХ предполагает соблюдение принципа активной хирург. тактики. Операции при ОХ выполняются в разные сроки с момента госпитализации.*
- *Выделяют экстренные, срочные и отсроченные операции.*
- *Экстренную операцию выполняют в 1-ые 4-6 ч. с момента поступления.*
- *Опасность операции – летальный исход (позднее поступление, тяжелое состояние). Поэтому эти часы используют для обследования, предоперационной коррекции функции внутренних органов.*

Оперативное лечение

□ Показания к экстренной операции:

- некупирующийся приступ ОХ;
- осложнения ОХ перитонитом, перивезикулярным абсцессом, механической желтухой и холангитом.

Оперативное лечение

□ *Срочная операция выполняется вынужденно (в 1-ые 12-48ч).*

Показания: 1) *нет эффекта от проводимой консервативной терапии, нет улучшения состояния больного (сохраняются боль, т-ра, лейкоцитоз, но нет перитонита; (чем раньше выполняется операция, тем меньше воспалит.-инфильтративных изменений вокруг ЖП).*

2) *при прогрессировании механич. желтухи и холангита.*

Оперативное лечение

- *Отсроченные (плановые) операции - с 7-го по 16 дни, после затихания воспалит. процесса в ЖП с целью купирования возможных осложнений в будущем*
- *Почему надо оперировать?*
Больную еле-еле спасли и у нее, после такой интенсивной терапии есть силы на плановую операцию.

Виды операций при ОХ

- *1) холецистэктомия в 85%;*
- *2) холецистостомия в 15%.*
- *Патогенетически обоснованным методом лечения острого холецистита является холецистэктомия (Лангенбух, 1882).*
- *Цель операции – удалить очаг воспаления (ЖП) и тем самым предотвратить возможность развития осложнений*

Техника операции:

Операция состоит в удалении воспаленного ЖП, обследовании внепеченочных желчных путей. При наличии показаний (конкременты в холедохе, наличие гнойного холангита, механической желтухи, расширения холедоха и др.) выполняются «дополнительные» операции.

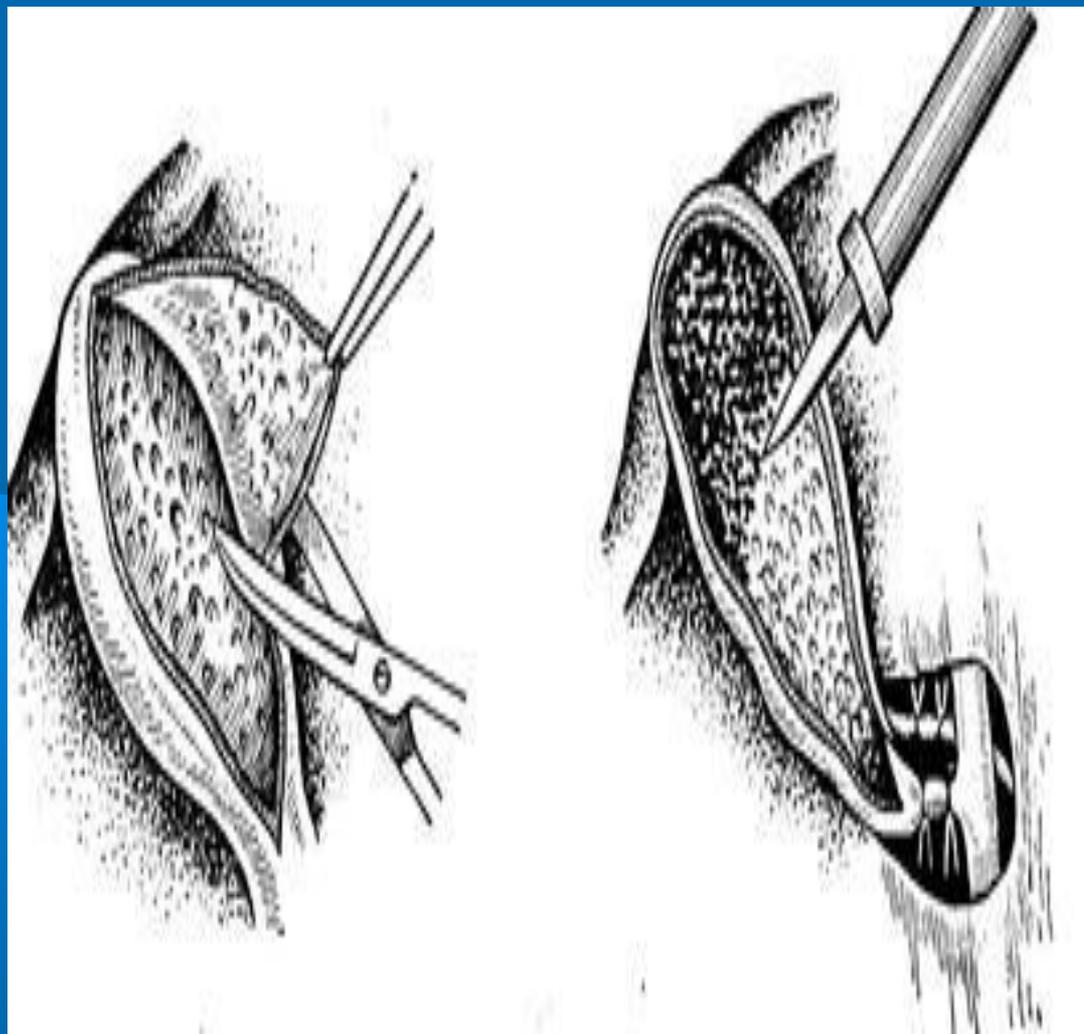


Виды холецистэктомии

- 1) открытая холецистэктомия, которая по показаниям дополняется холедохотомией, наружным или внутренним дренированием желчных путей;*
- 2) лапароскопическая холецистэктомия;*
- 3) открытая холецистэктомия из мини доступа (параректальным разрезом) с применением набора инструментов «Мини-Ассистент». Отличительной особенностью операции является невозможность введения рук хирурга в бр. полость. Все манипуляции выполняют дистанционно с помощью лапароскопических инструментов.*

Виды холецистэктомии

Открытая холецистэктомия: от шейки, от дна, по Прибраму.



Оперативное лечение

- **Интраоперационно:** (что находим на операции?):
- **1-вариант. Острый катаральный холецистит** (визуально - гиперемия, отек, утолщение стенки).
- **2. Флегмонозный холецистит** (гиперемия, фибринозные наложения, в полости пузыря - гной).
- **3. Гангренозный холецистит** (ЖП грязно серого цвета с участками некроза стенки).
- **4. Перфоративный холецистит** (имеется перфорационное отверстие в стенке ЖП).
- **5. ОХ, холедохолитиаз, холангит, мех. желтуха.**

Виды холецистэктомии

1) открытая холецистэктомия, которая по показаниям дополняется холедохотомией, наружным или внутренним дренированием желчных путей;

A collection of surgical instruments for minimally invasive surgery. The instruments are arranged around a central circular tray. The instruments include various forceps, scissors, and retractors. The tray is labeled "МИНИ-АССИСТЕНТ" (Mini-Assistent) and includes a certification number: (Сертификат РОСС RU.UM02.B06524).

Инструменты для резекции желудка

Инструменты для операций на желчном пузыре и протоках

Инструменты для операций на почках и мочеточниках

Инструменты для гинекологических операций

Инструменты для аппендэктомии

Универсальный ранорасширитель и основные инструменты для операций из мини-доступа

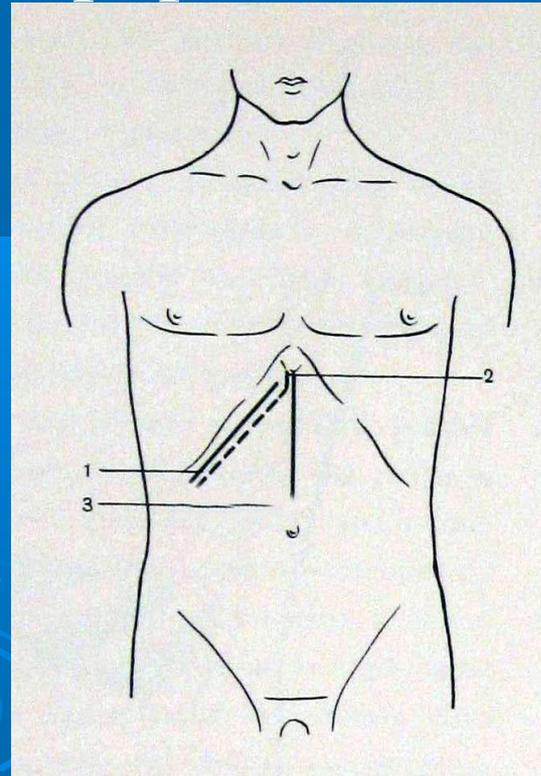
(Сертификат РОСС RU.UM02.B06524)

МИНИ-АССИСТЕНТ

I. Открытая холецистэктомия:

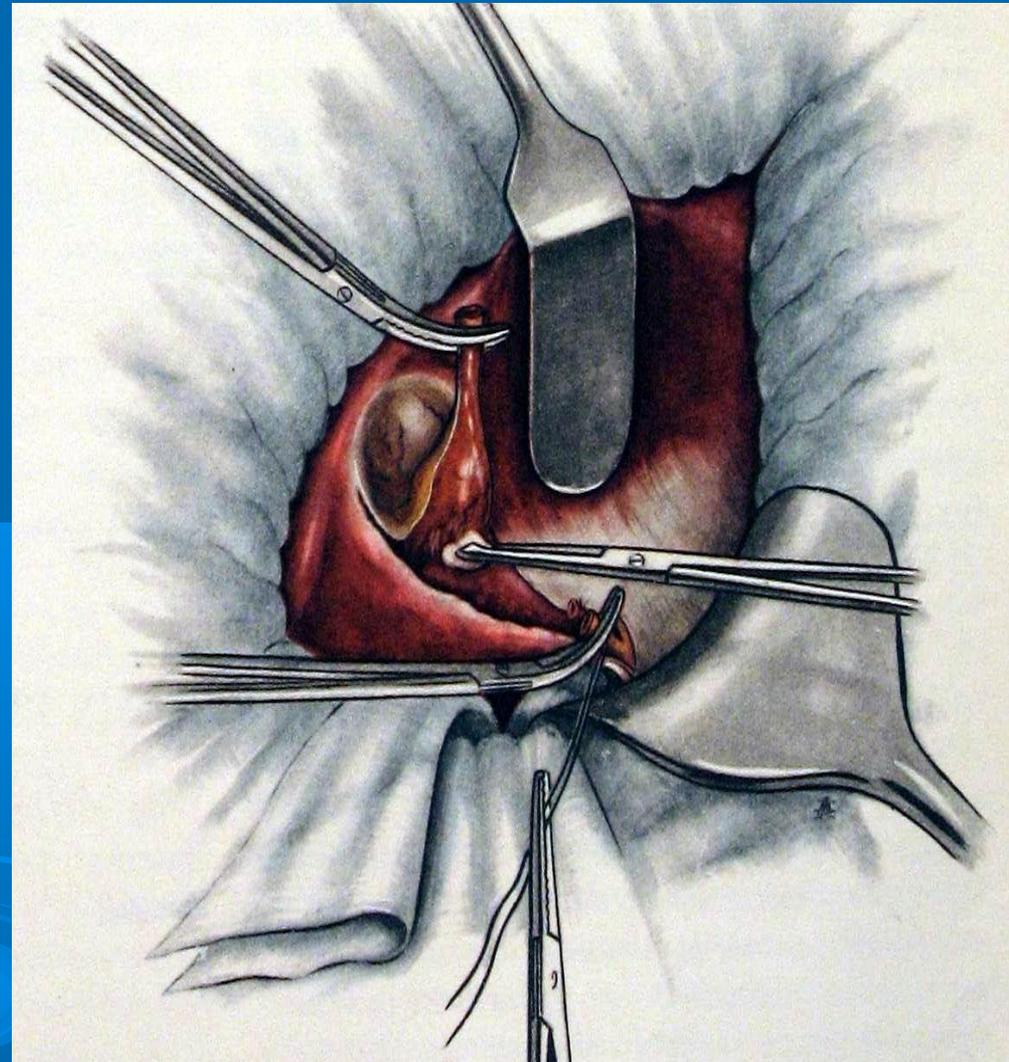
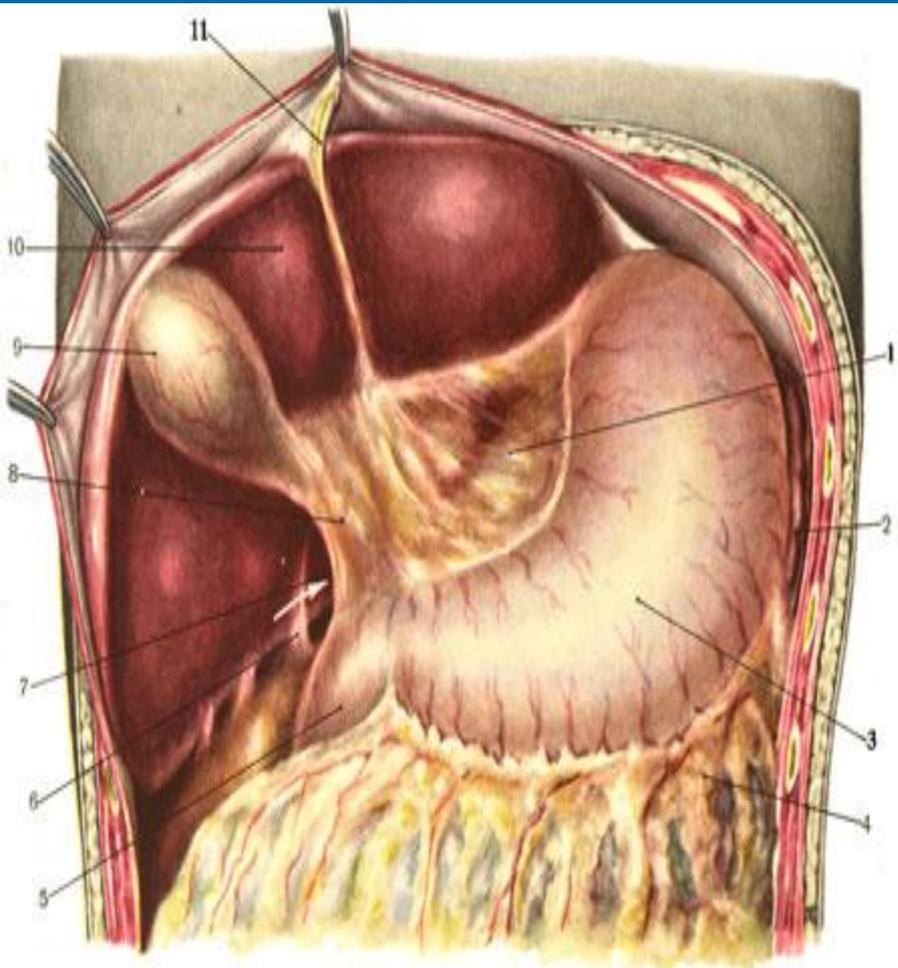
Самое адекватное хир. вмеш-во при ОХ с сопутствующим перитонитом.

Доступы: 1) верхнесрединная лапаротомия;
2) косой разрез по Кохеру (в пр. подреберье длиной 15-20 см); 3) косой разрез по Федорову (в виде «клюшки»); 4) параректальный разрез.



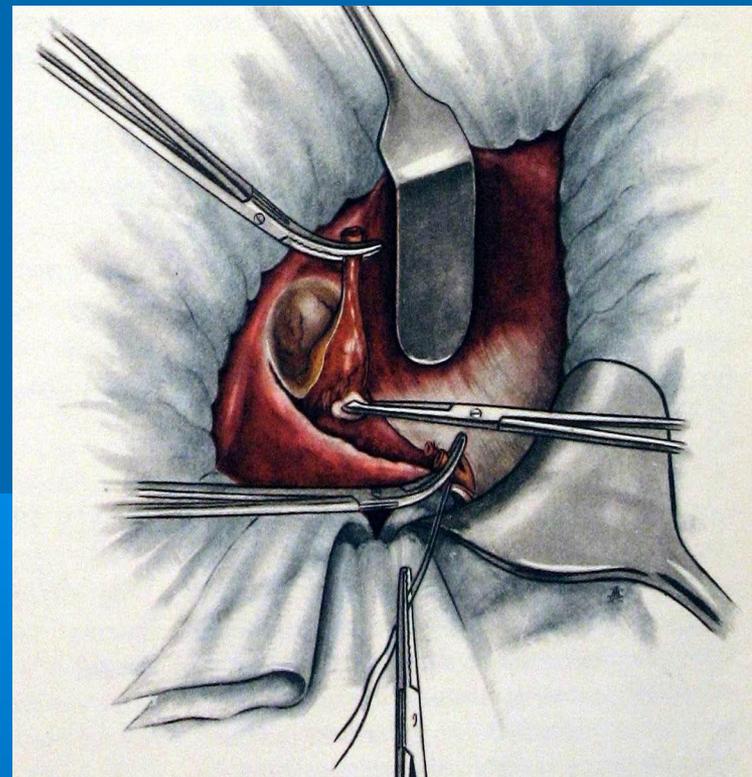
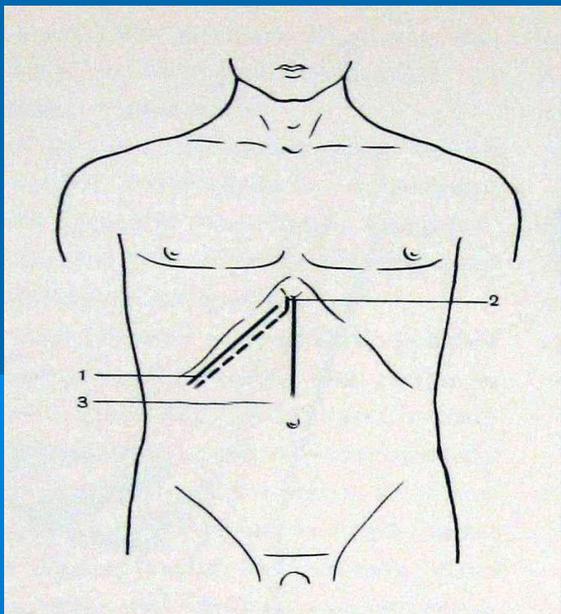
I. Открытая холецистэктомия:

а) ретроградная холецистэктомия от шейки с предварительной перевязкой пузырной артерии (в треугольнике Кало) и пузырного протока до удаления ЖП.



I. Открытая холецистэктомия:

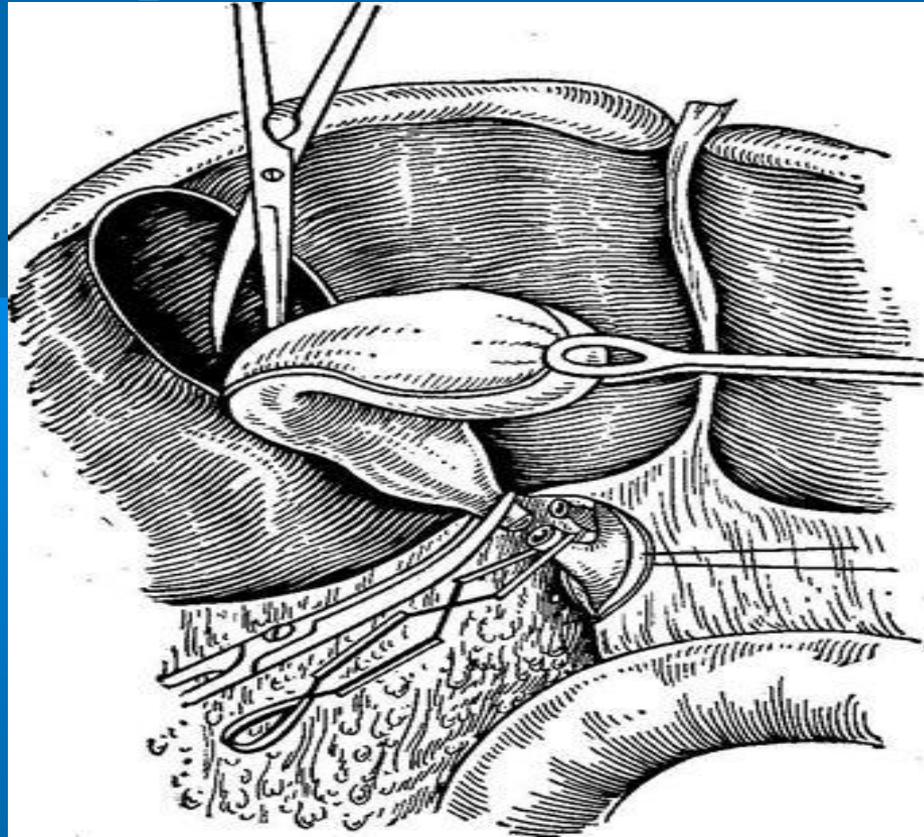
Преимущества холецистэктомии от шейки :
бескровное удаление ЖП, профилактика миграции камней из ЖП в протоки, профилактика холангита.



□ **Далее** – ушивание (диатермокоагуляция ложа ЖП)
*ревизия желчевыводящих путей... +
интраоперационная холангиография по показаниям.*

Открытая холецистэктомия:

б) антеградная холецистэктомия от дна – при трудностях идентификации элементов печеночно-дуоденальной связки (при наличии плотного воспалительного инфильтрата в области шейки) и опасности повреждения желчных протоков и перевязки общей печеночной артерии.



Открытая холецистэктомия:

Антеградная холецистэктомия от дна позволяет ориентироваться в расположении пузырного протока и артерии, что позволяет избежать ятрогенных повреждений ЖВП.

Операция технически проще, но возможно затекание гнойного содержимого из ЖП в холедох, развитие холангита в п/опер. периоде, опасность миграции конкрементов в холедох, опасность кровотечения в ходе операции.

Острый холецистит

В современных условиях улучшение результатов оперативного лечения ОХ, уменьшение летальности достигается путем индивидуализации лечения – кому-то выполняется открытая холецистэктомия, кому-то холецистостомия, другим ЛХЭ, эндоскопические операции на БДС.

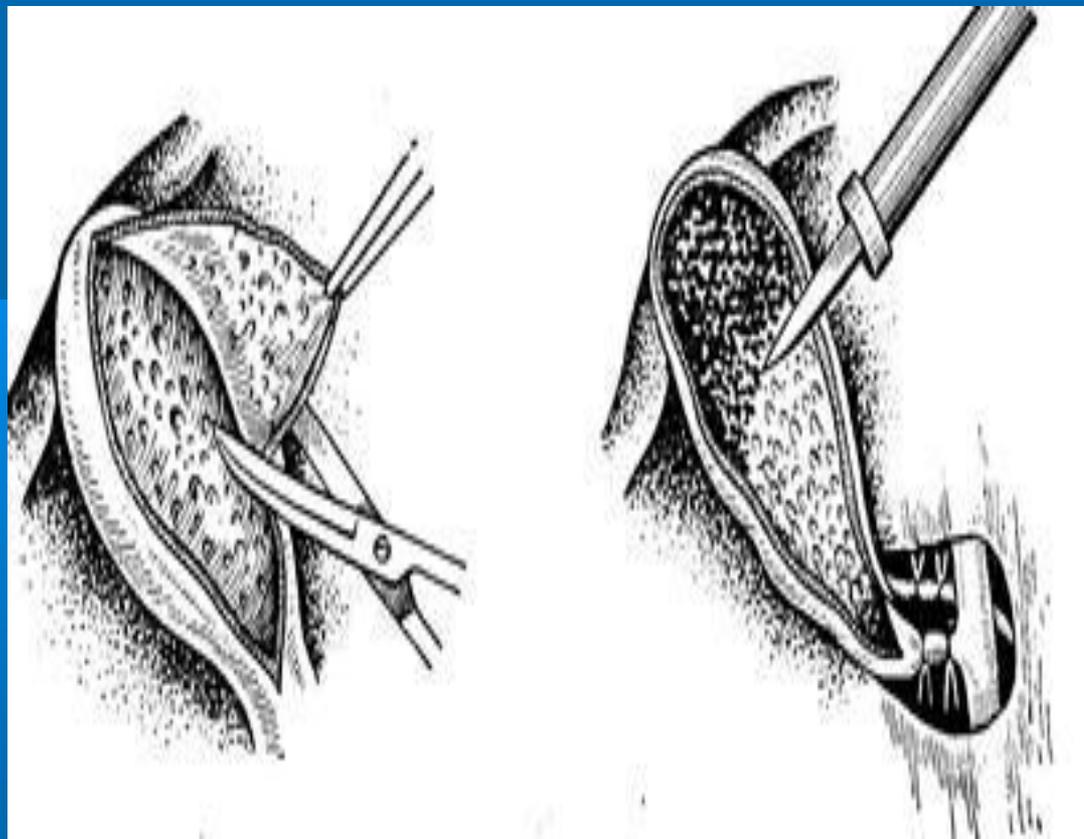
Виды холецистэктомии

Открытая холецистэктомия: от шейки, от дна, по Прибраму.

При выполнении холецистэктомии по поводу ОХ иногда возникают большие трудности при отделении задней стенки ЖП от его ложа и мобилизации шейки. Технические проблемы обусловлены выраженной воспалит. инфильтрацией в сочетании со старыми рубцовыми изменениями тканей. «Войти в слой» между стенкой пузыря и паренхимой печени практически бывает невозможно. В результате при мобилизации задней стенки происходит повреждение паренхимы печени с интенсивным кровотечением, а выделение шейки опасно травмой ВЖП.

Холецистэктомия по Прибраму

Прибрам в 1927 г. предложил в таких случаях иссекать переднюю стенку ЖП, а слизистый слой задней стенки «выжигать» электроножом, после чего края мышечного слоя задней стенки пузыря сопоставить.



Интраоперационная диагностика патологии ЖВП

- Ее осуществляют пальпаторно, визуально, ревизия металлическим зондом Доллиоти (фторопластовые зонды) через холедохотомическое отверстие (*сначала промывают холедох теплым р-ром новокаина для снятия спазма сфинктера Одди*), путем интраоперационной холангиографии через дренаж или пункцию холедоха, выполнения интраоперационного УЗИ обследования специальным датчиком, холедохоскопии.
- *При отсутствии конкрементов и стеноза БДС зонд диаметром 3-4 мм свободно проходит в просвет 12 п.к. и легко пальпируется через ее стенку.*

Интраоперационная холангиография

Варианты: 1) норма 6-8 мм; 2) расширение холедоха более 8 мм (*из-за стеноза, наличия холедохолитиаза, механической желтухи*).



Интраоперационная холангиография

Она не показана при отключенном ЖП (при наличии вколоченного камня в области шейки ЖП, когда диаметр протока не превышает 6 мм по данным УЗИ, отсутствие в анамнезе приступов холецистита с желтухой).



Показания для холедохотомии при открытой операции

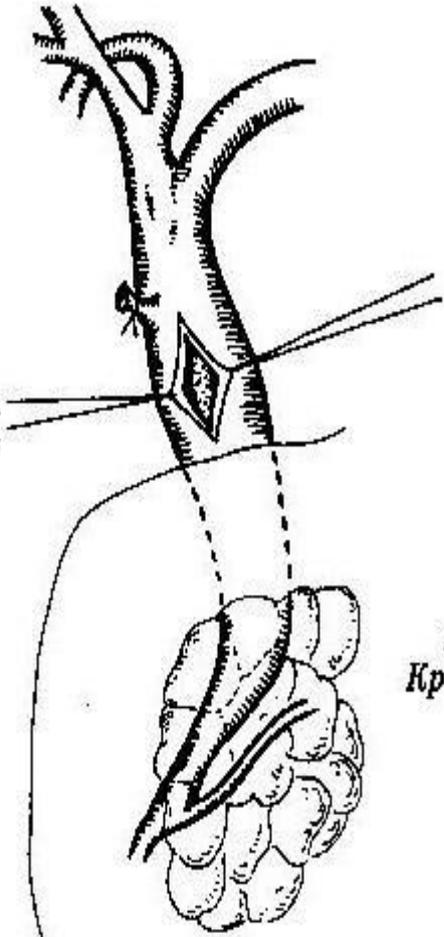
- *Сочетание ОХ с поражением внепеченочных желчных путей требует расширения объема операции - холедохотомии - вскрытия общего желчного протока.*
- **Показания:** *мех. желтуха при поступлении и в момент операции, гнойный холангит, расширение холедоха (норма 0,6-0,8 см), камни в протоках, определяемые пальпаторно и выявленные при холангиографии, стриктура БДС.*

Холедохолитотомия

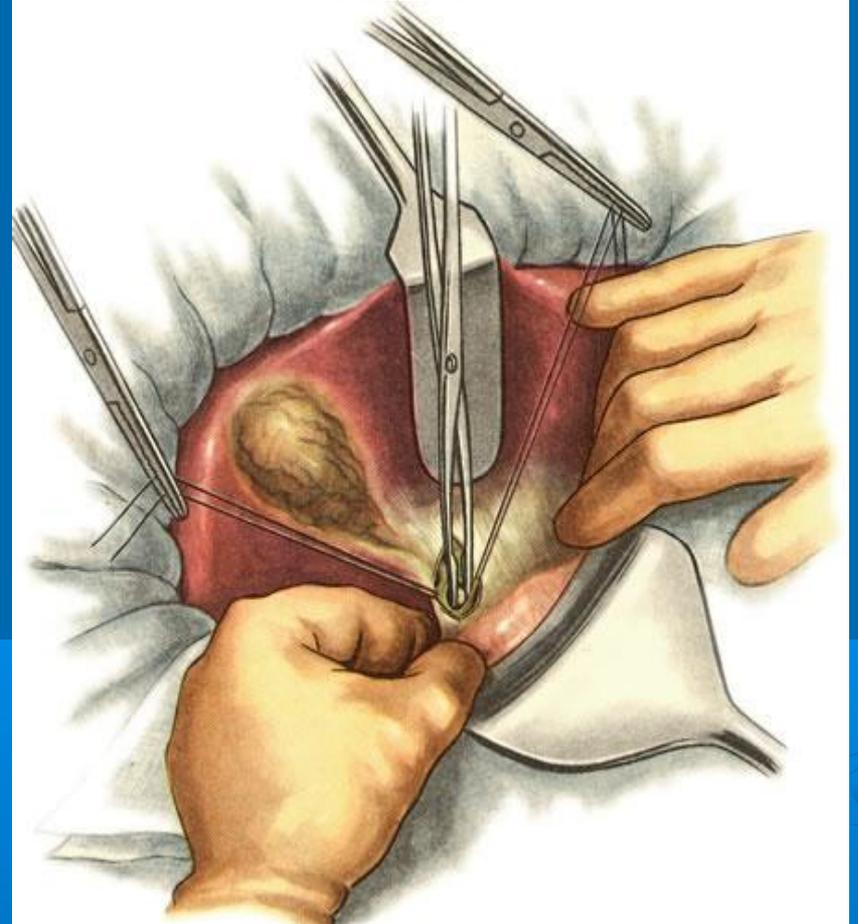


□ При выявлении камней в холедохе выполняют холедохолитотомию, дренирование холедоха — снятие билиарной гипертензии, удаление инфицированной желчи и для проведения в последующем холангиографии в послеопер. периоде.

Холедохолитотомия



*Холедохолитотомия.
Края протока взяты
на держалки*



Глухой шов холедоха после холедохотомии

- Ушивание раны общего желчного протока наглухо при ОХ многие считают недопустимым.
- **Во-первых**, потому, что в условиях воспалительной инфильтрации и сопутствующей желчной гипертензии возможно прорезывание швов и просачивание желчи через швы протока; **во-вторых**, еще и потому, что при глухом швы холедоха исключается возможность выявления в п/опер. периоде оставленных камней в протоках и недиагностированного стеноза БДС, поскольку невозможно произвести контрольную холангиографию; **в третьих** — возможность развития холангита.

Показания к наружному дренированию:

- *Сопутствующий панкреатит*
- *Эндохоледохоэральные манипуляции (зондирование)*
- *Папиллосфинктеротомия*
- *Шов на холедохе*
- *Механическая желтуха*
- *Холангит*

Срок пребывания дренажа 2 недели, затем послеоперационная фистулохолангиография или перекрывание холедоха на час, затем 3 часа, сутки. Нет болей – удаление.

Способы наружного дренирования

В России в основном применяют 2 метода наружного дренирования *холедоха* :

1) по *А.В. Вишневскому* (в сторону печени – дренаж с боковым отверстием); 2) по *Холстеду-Пиковскому* (через культю пузырного протока) .

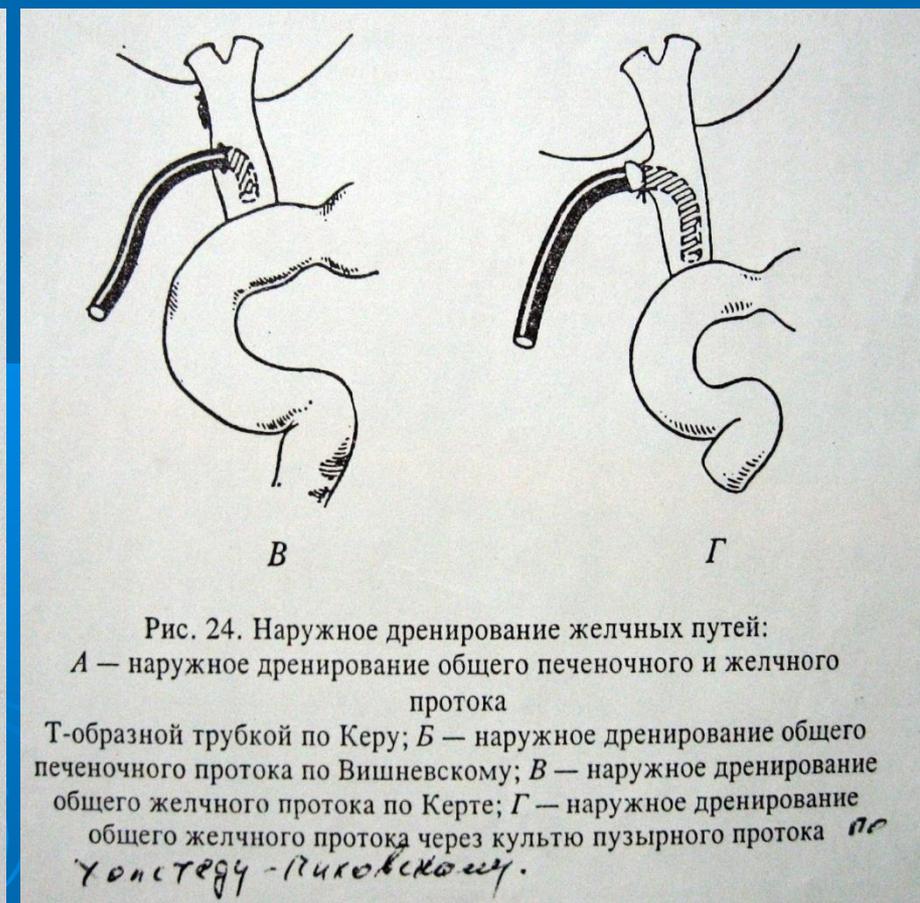
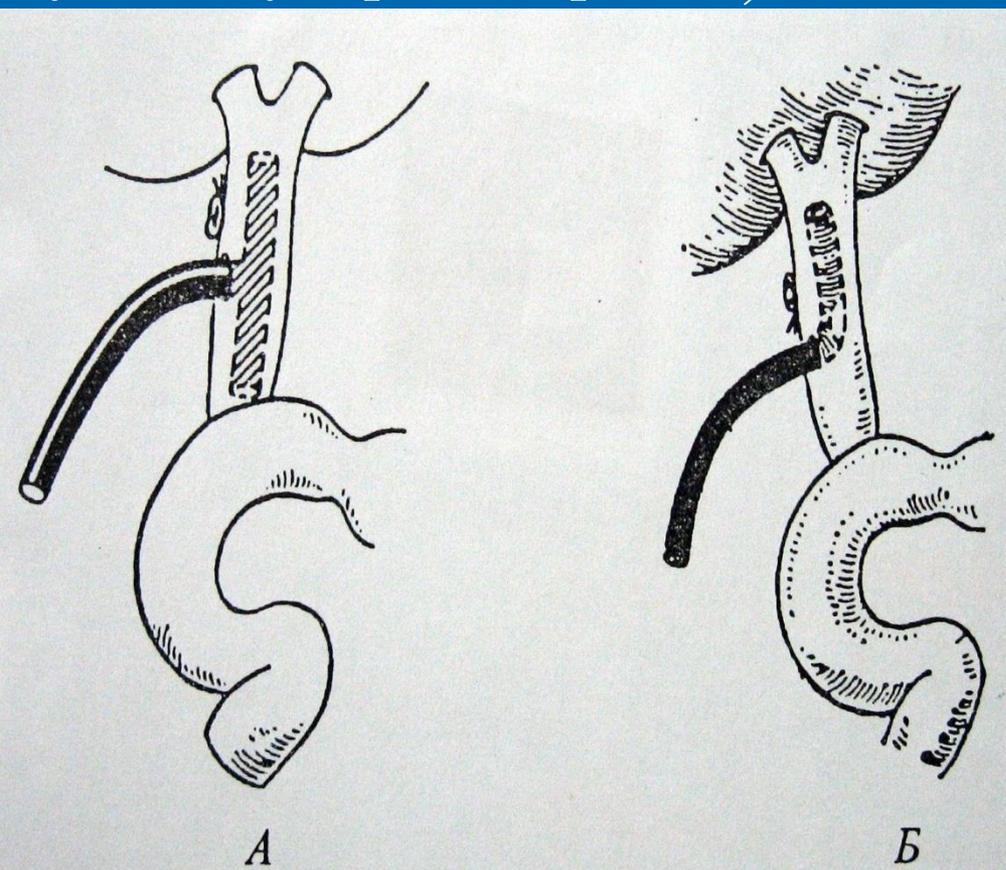


Рис. 24. Наружное дренирование желчных путей:
А — наружное дренирование общего печеночного и желчного протока Т-образной трубкой по Керу; Б — наружное дренирование общего печеночного протока по Вишневскому; В — наружное дренирование общего желчного протока по Керте; Г — наружное дренирование общего желчного протока через культю пузырного протока по Холстеду-Пиковскому.

Пути окончания холедохотомии

2) внутреннее дренирование - наложение желчно-кишечного (билиодигестивного) анастомоза.

Внутреннее дренирование применяется для ликвидации холангита, желчной гипертензии, обеспечения адекватного оттока желчи по ЖВП.

Клинически это проявляется улучшением состояния, исчезновением желтухи и болей, высокой т-ры, лейкоцитоза, билирубина и др.

Билиодегистивные анастомозы:
(внутреннее дренирование)

Показания к папиллосфинктеротомии:

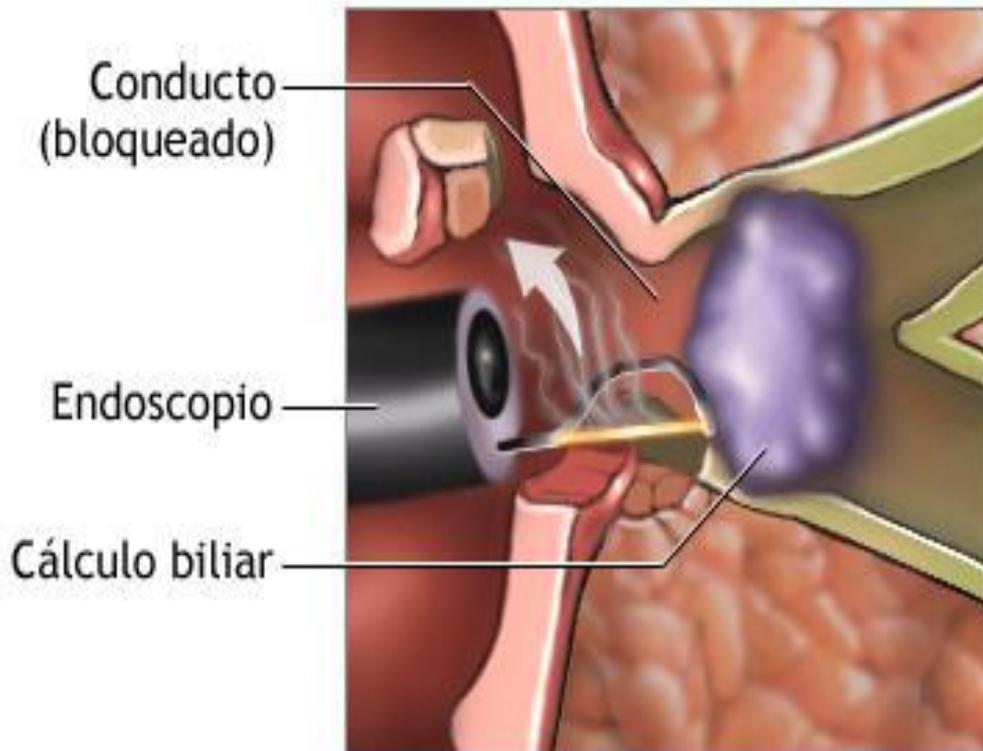
- Стриктура до 2 см
- Ущемленный камень БДС
- С целью эндоскопической литоэкстракции



Виды билиодегистивных анастомозов: (внутреннее дренирование)

1) эндоскопическая трансдуоденальная папиллосфинктеротомия;

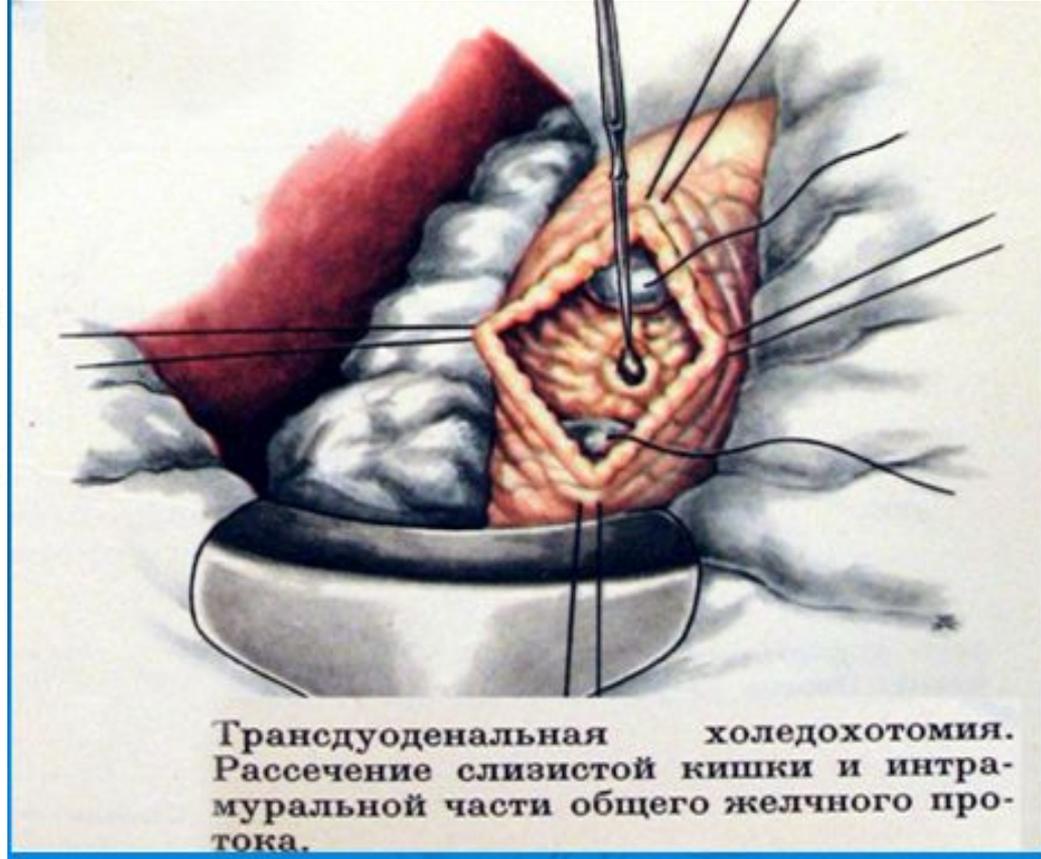
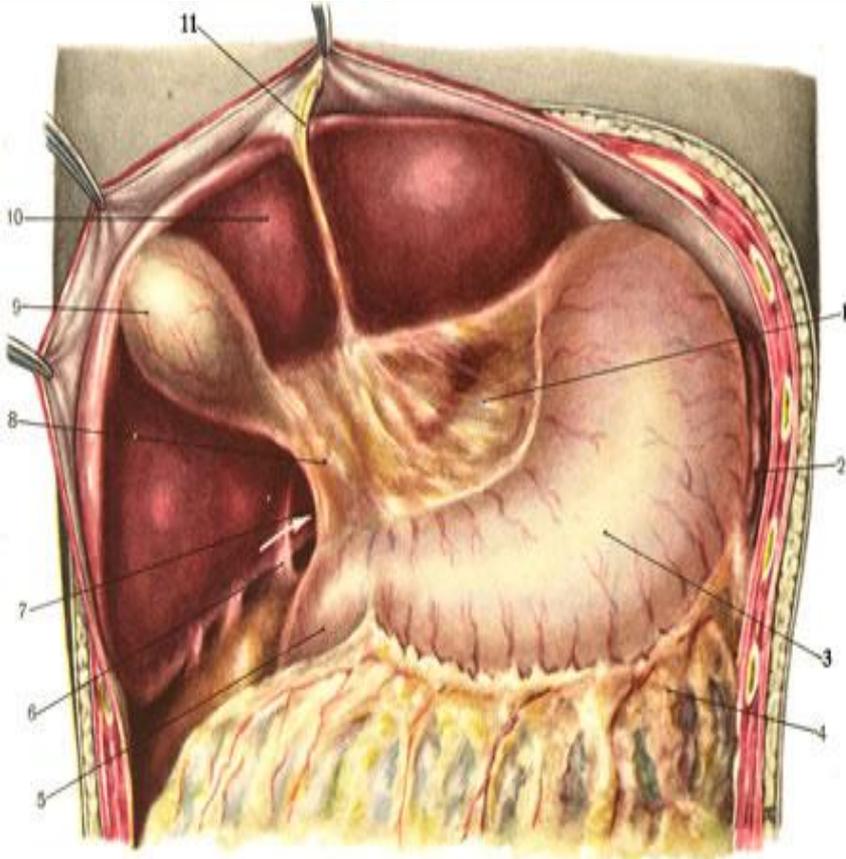
Esfinterectomía



Виды билиодегистивных анастомозов:

(внутреннее дренирование)

**3) открытая лапаротомная
трансдуоденальная папиллосфинктеротомия**
- восстановление нормального оттока желчи в
кишечник (стеноз БДС и ущемлен. камень БДС).



Трансдуоденальная холедохотомия.
Расщепление слизистой кишки и интра-
муральной части общего желчного про-
тока.

Билиодегистивные анастомозы:

(внутреннее дренирование)

В современных условиях эндоскопическая ретроградная папиллосфинктеротомия активно вытесняет открытые трансдуоденальные вмешательства на БДС, т.к. имеет ряд преимуществ (выявляет причину непроходимости желчевыводящих путей - патология 12 п.к., возможность ревизии устья панкреатического протока, возможность дозированной папиллотомии с сохранением сфинктера Одди, что обеспечив. физиолог. пассаж желчи в 12 п.к.).

Билиодегистивные анастомозы:

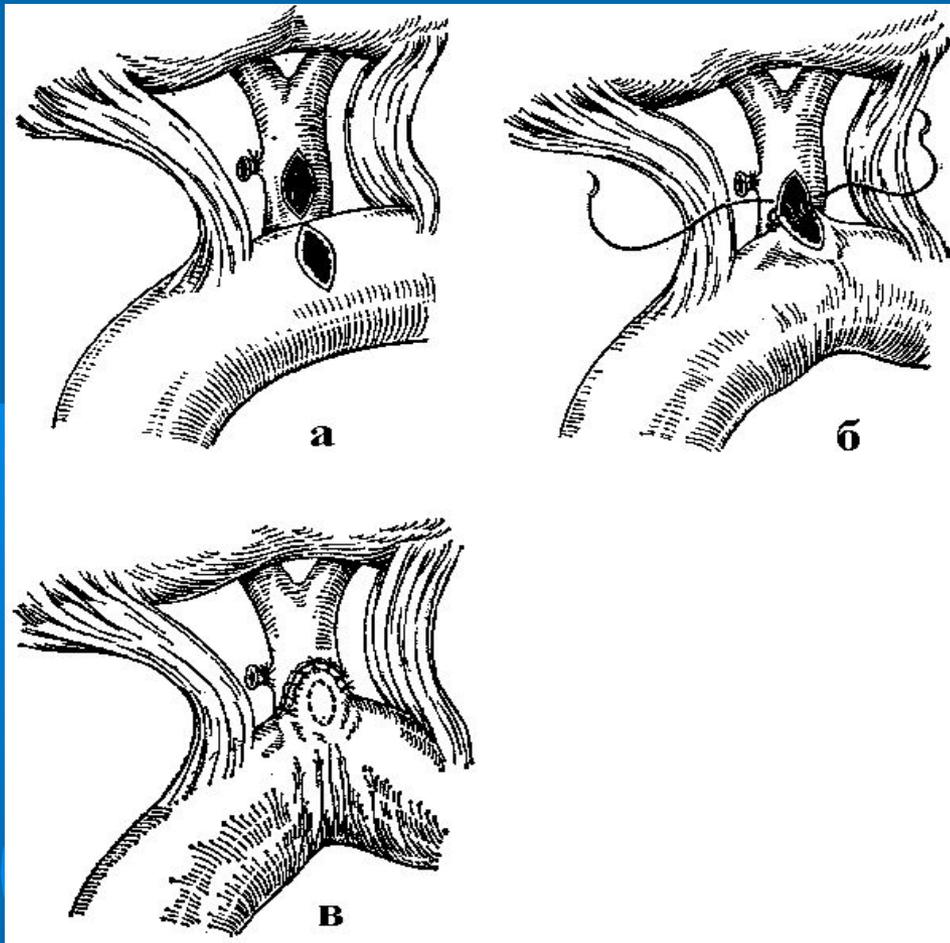
(внутреннее дренирование)

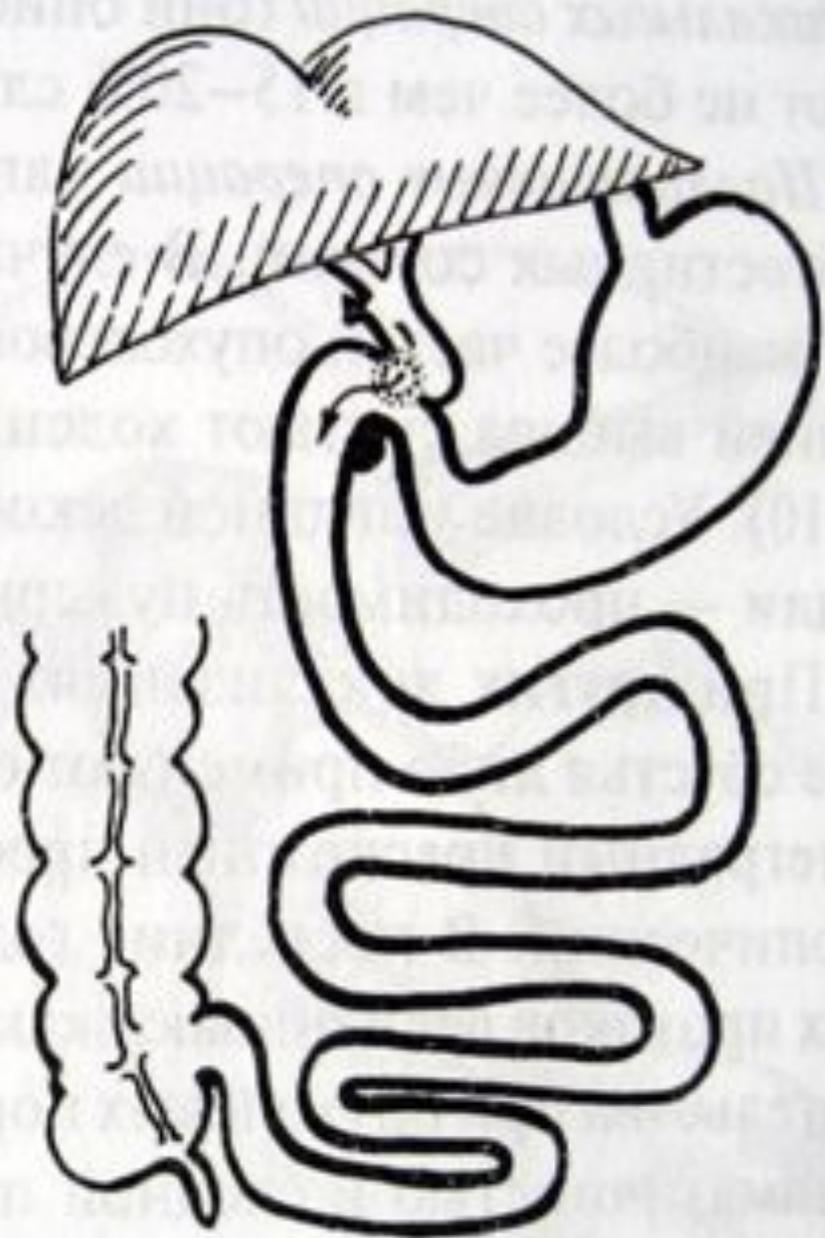
Супрадуодеальную холедоходуоденостомию (ХДА) применяют - при стриктуре дистального отдела холедоха *более 2 см*, расширение холедоха *более 1,5- 2 см*, (*если стриктура менее 2 см надо выполнять папилосфинктеротомию*), при множественных камнях в желчн. протоках, вторичный склерозирующий холангит, дисхолия («замазка» в холедохе), тубулярные стенозы при хроническом панкреатите.

Ширина анастомоза должна быть не менее 2 см из-за опасности его сужения в п/опер. периоде.

Виды билиодегистивных анастомозов: (внутреннее дренирование)

**1) открытая (лапаротомная)
супрадуоденальная ХДА по Юрашу** (холедох
вскрывается продольно, а 12 п.к. поперечно),



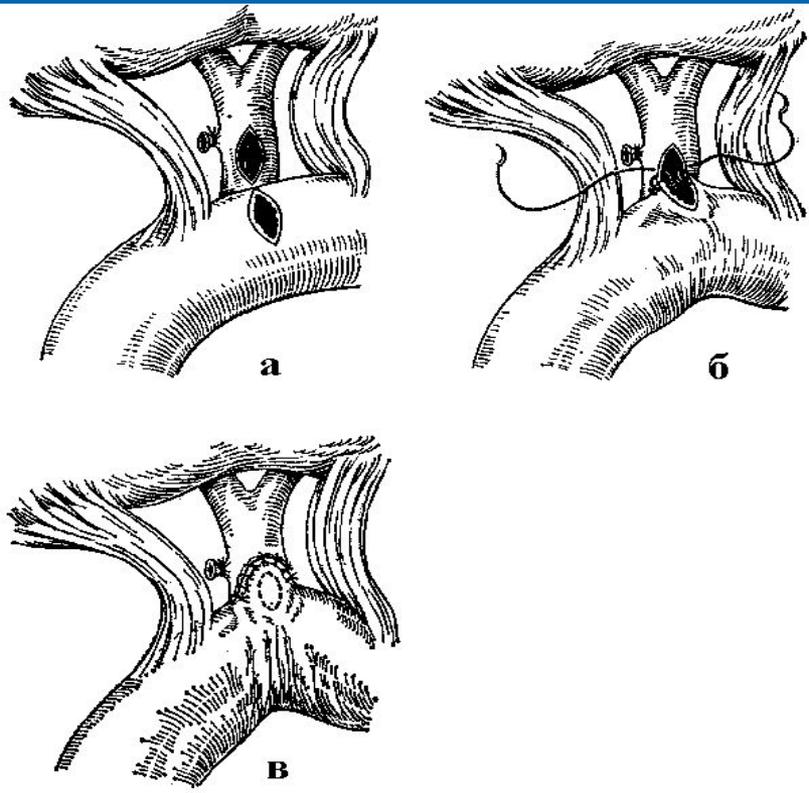


19-8. Холедоходуоденостомия (схема операции).

Билиодегистивные анастомозы:

(внутреннее дренирование)

Недостатки ХДА: неритмичное отделение желчи, остаточная патология терминального отдела холедоха, рефлюкс-холангит, рубцовый стеноз анастомоза.

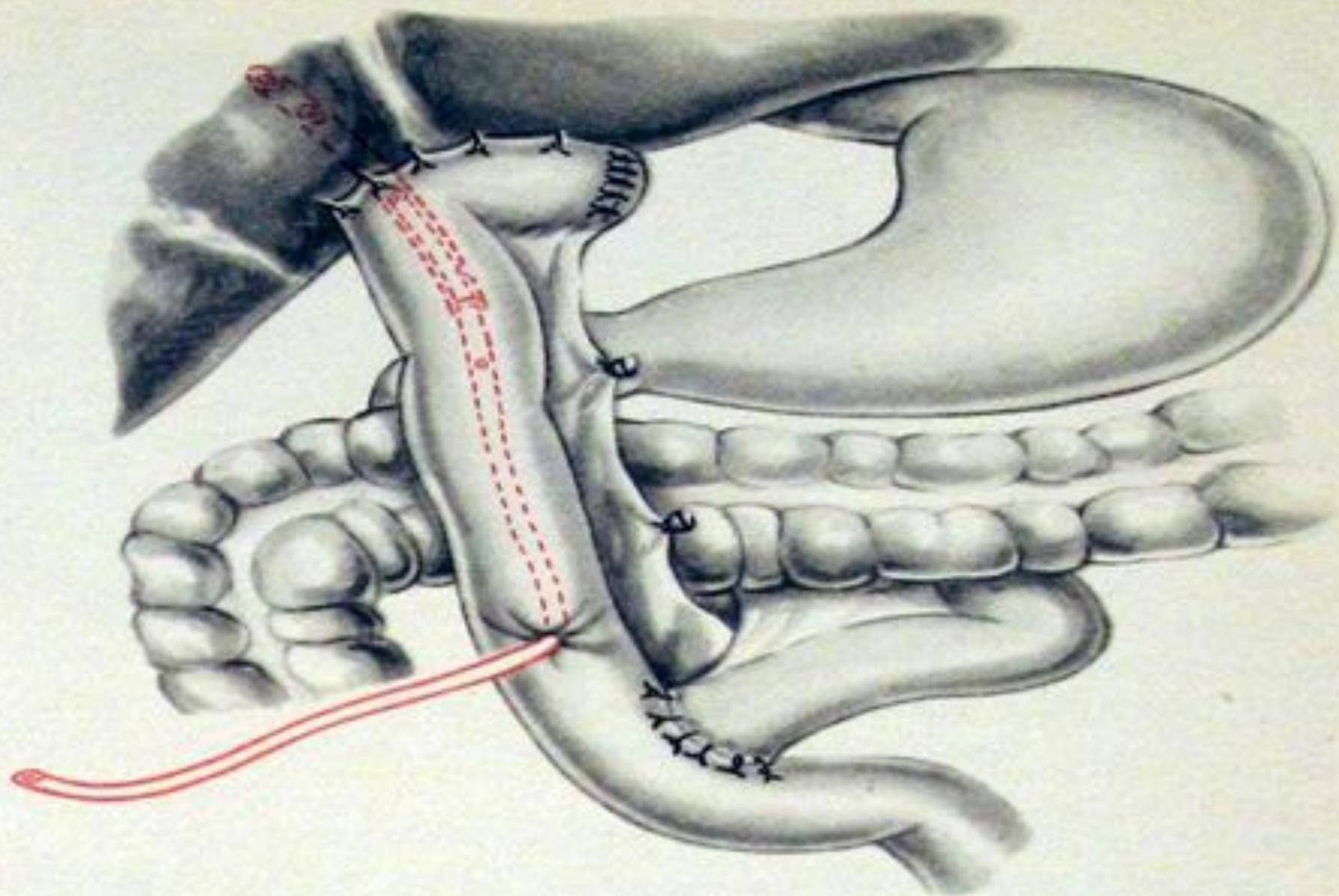


Билиодегистивные анастомозы:
(внутреннее дренирование)

2. Супрадуодеальная холедоходуоденостомия (ХДА) по Флеркену (холедох продольно, 12 п.к. также продольно по оси.

3. Холедохоеюноанастомоз или гепатикоеюноанастомоз по Ру

В современных условиях - операция выбора.



Гепатикоеюностомия на скрытом дренаже по Е. В. Смирнову (схема).

Завершение операции

- Далее ревизия ложа ЖП, санация правого подпеченочного пространства растворами антисептиков, ушивание ложа пузыря, дренирование бр. полости (*для контроля гемостаза, желчеистечения, введение а/б в брюшную полость послеопер. периоде*), ушивание раны бр. стенки.
- ЖП - на гистологию.

Для сведения. Операции на ЖП, желчных протоках, производимых при ОХ и его осложнениях, должны обязательно заканчиваться дренированием брюшной полости. Это связано с тем, что в послеоперац. периоде может возникнуть кровотечение из ложа пузыря и культы пузырной артерии и через швы холедохотомической раны. Возможно истечение желчи из культы пузырного протока вследствие преждевременного отторжения лигатуры.

Желчь имеет свойства керосина, а значит герметичных билиодигистивных анастомозов не бывает Д Д Пиковский

Послеоперационное лечение

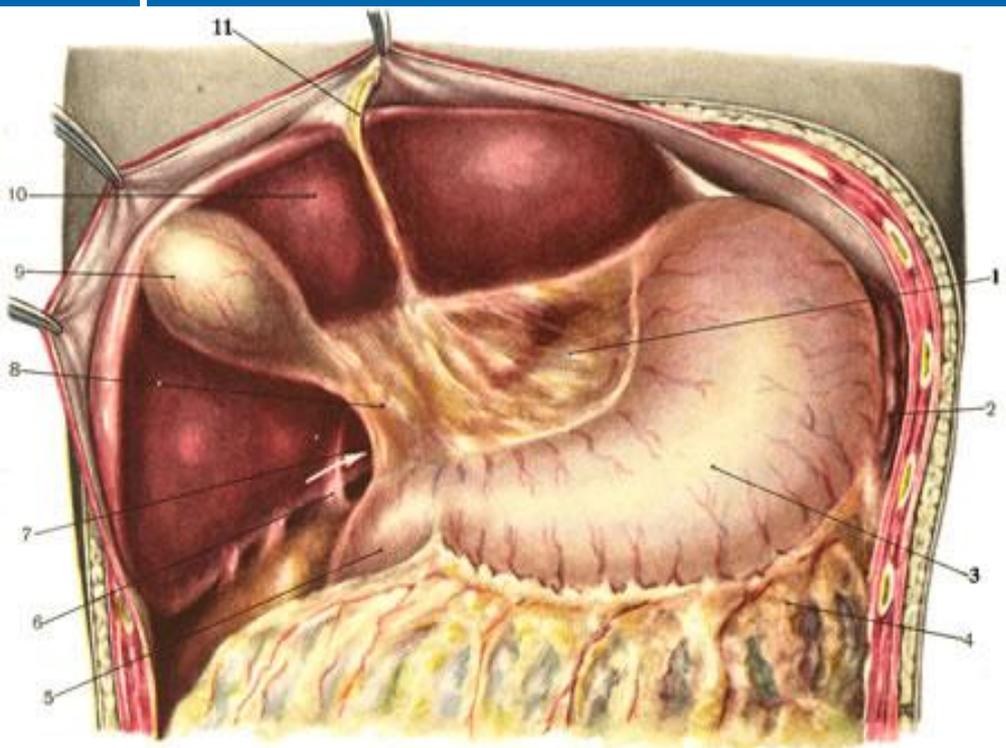
- 1. Голод (**в желудке уже 3 литра!!!**), аспирация из желудка, постельный режим, ЛФК, ингаляции.
- 2. Инфузионная терапия до 2,5-3 л жидкости в/в (5% р-р глюкозы, физ. р-р, стереофундин, нормофундин и др.).
- 3. Наркотики (промедол 2-3 дня, кеторол 3 дня).
- 4. В/в антибиотикотерапия (*цефалоспорины + фторхинолоны + метрогил + флуконазол*).
- 5. Лечение сопутствующей патологии- **пожилые больные!!! Противоязвенное лечение (нексиум)**.
- 6. Антикоагулянты – *клексан, фраксипарин* (ТЭЛА), бинтование конечностей.
- 7. Местное лечение раны, уход за дренажами.

Послеоперационное лечение

- *Контрольные анализы на следующий день и на 6-7 сутки после операции, а также за сутки перед выпиской.*
- *Швы снимают на 7-10 сутки.*
- *Средний срок пребывания в стационаре 10-12 суток.*
- *Общая продолжительность нетрудоспособности 15-30 дней.*

Холецистостомия

□ Это – наложение наружного свища на ЖП - паллиативная малотравматичная операция. Показания: пожилые больные с ОХ, у которых риск выполнения холецистэктомии чрезмерно велик в связи с тяжелыми сопутств. заболев. и при массивном воспалит. инфильтрате вокруг



626. Свищ желчного пузыря. Подшивание стенки пузыря вокруг дренажа к париетальной брюшине.

Холецистостомия

- Ее выполняют только пожизненным показанием, с тем чтобы окончательную операцию выполнить позже через 1-2 мес.
- Эта операция позволяет ликвидировать острые воспалит. изменения в стенке ЖП и удалить камни. (*Холецистэктомия 2 ч., стомия 20мин !!!*).
- *В настоящее время ее выполняют в 15-20%.*

Противопоказания к холецистостомии :

- распространенный перитонит,*
- гангрена ЖП*

Недостатки холецистостомии:

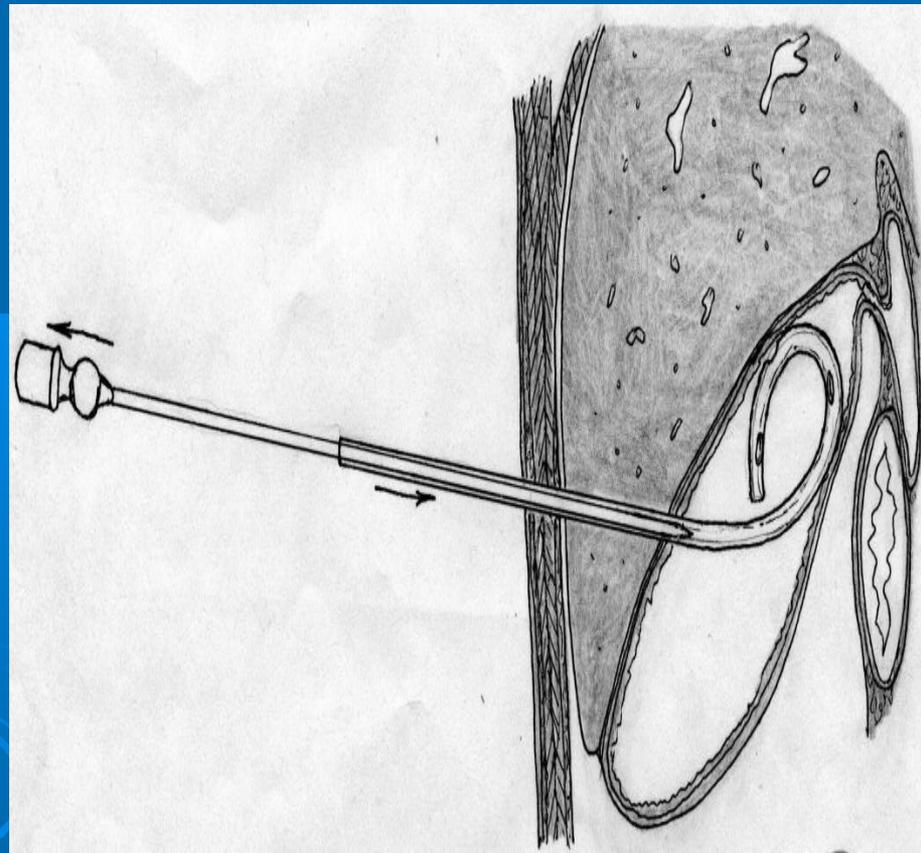
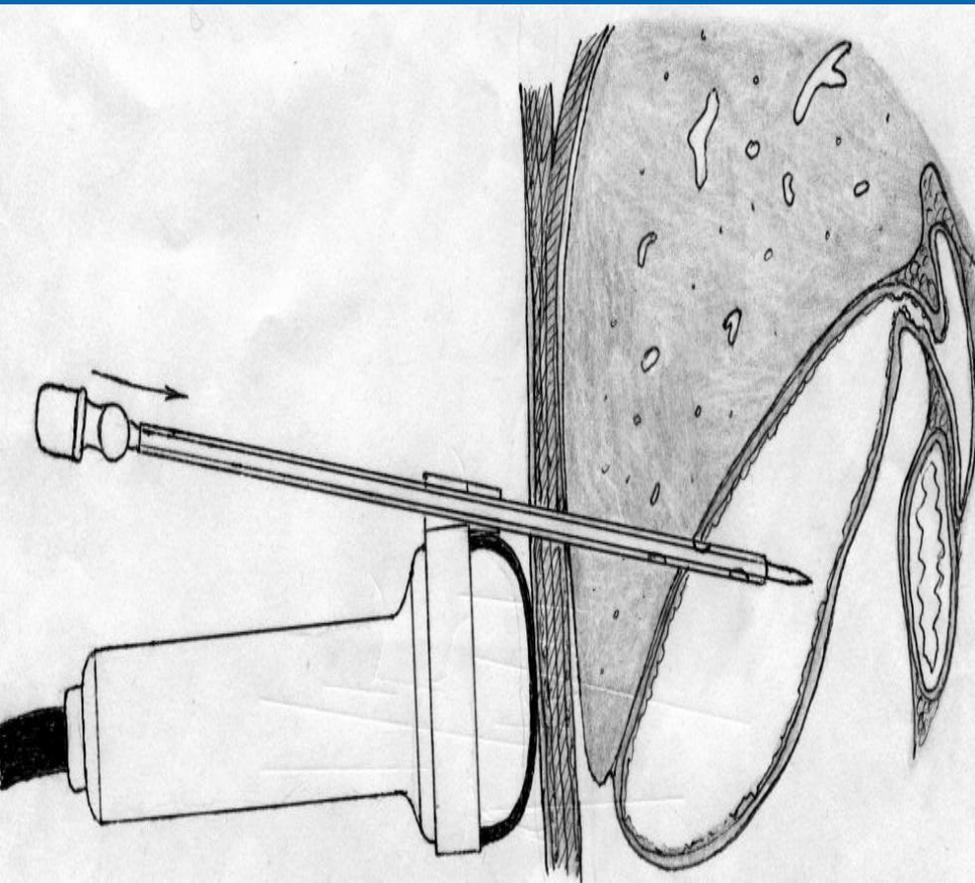
- частое развитие холелитиаза,*
- стойких послеоперационных желчных свищей и холецистита.*

Цель операции холецистостомии:

- *удаление конкрементов из ЖП (холецистолитоэкстракция), введение трубки в ЖП для снятия внутрипузырной гипертензии и отведения наружу инфицированной желчи, что устраняет нарушение кровотока в стенке ЖП, предотвращая тем самым возникновение и прогрессирования в нем деструктивных изменений.*

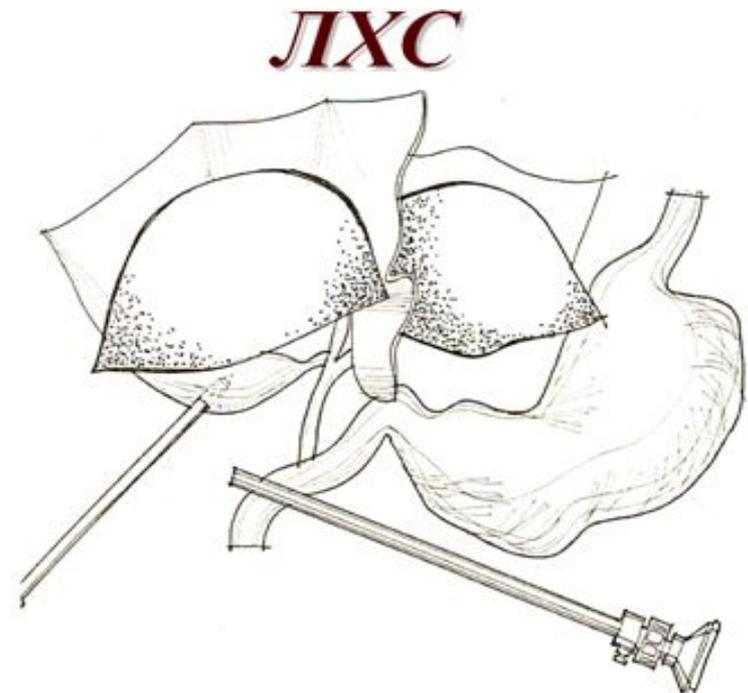
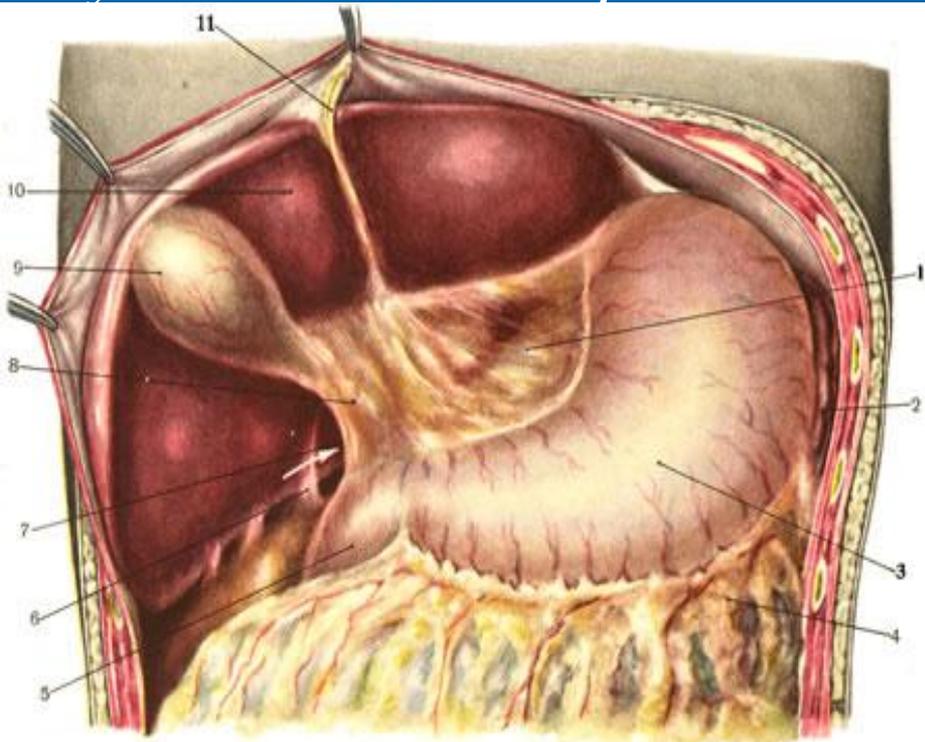
Способы холецистостомии:

1) навигационная пункция ЖП путем чрескожного дренирования под УЗИ контролем;



Способы холецистостомии:

2) лапароскопическая холецистостомия с оставлением в полости ЖП баллонного катетера, благодаря которому обеспечивается герметичность стомы и формируется доступ в полость ЖП для его активной санации и удаления конкрементов.



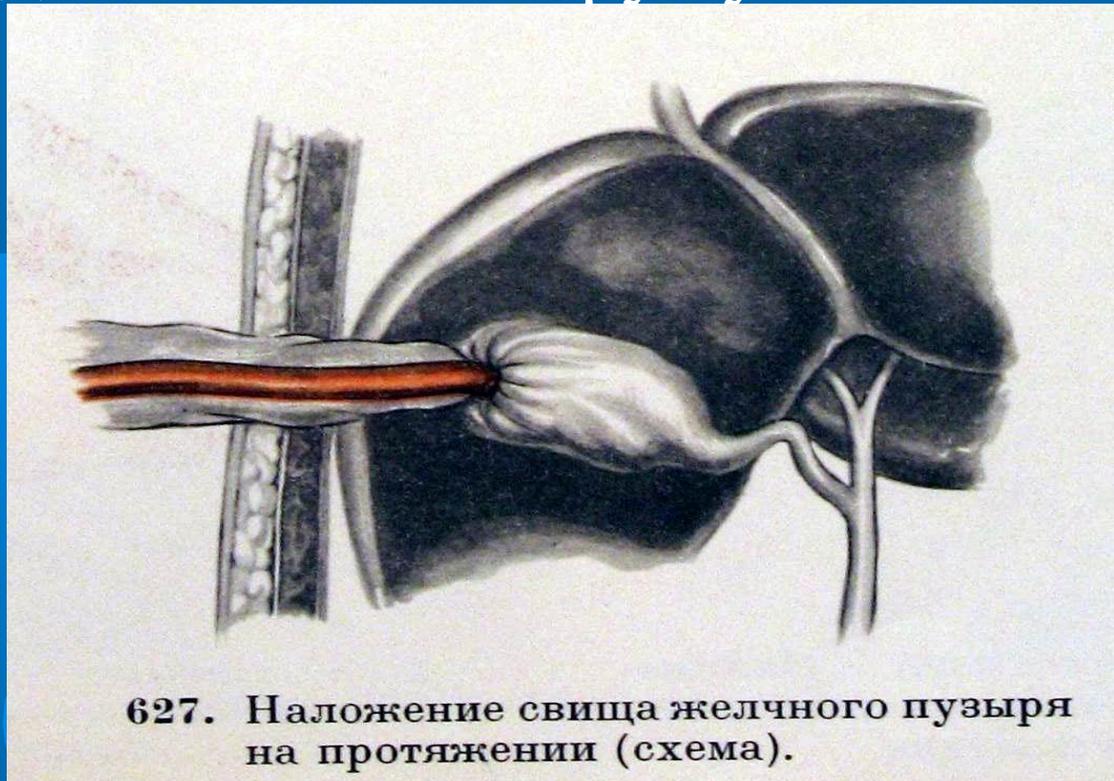
Способы холецистостомии:

3) открытая холецистостомия под м/а - лапаротомия из мини доступа (вскрывают ЖП, удаляют гной и камни, дренаж в ЖП и формируют холецистостому подшиванием дна ЖП к париетальной брюшине так, чтобы оно было изолировано от свободной бр. полости).



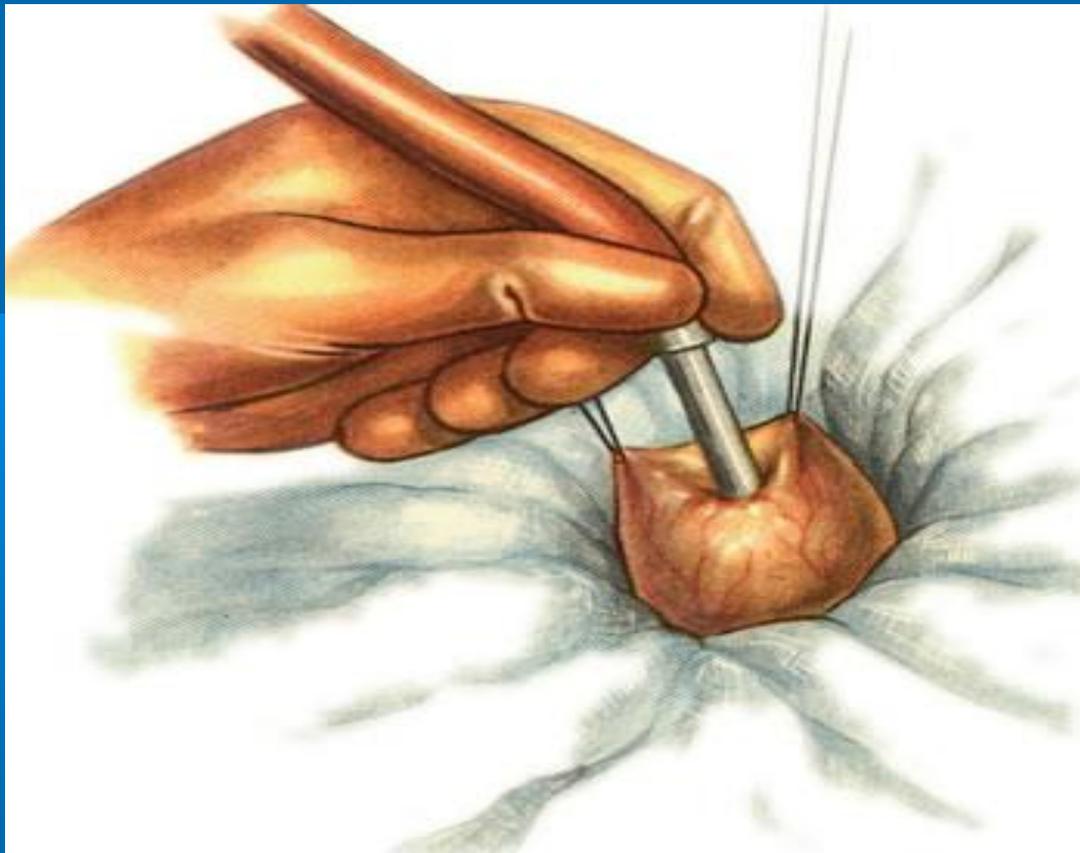
Открытая холецистостомия

- ЖП не всегда бывает настолько мобильным, чтобы можно было подшить его к бр. стенке. В этих случаях дренировать ЖП можно с помощью дренажной трубки, окружив его тампоном, который выводится вместе наружу.



Холецистостомия

С удалением дренажа свищ закрывается самостоятельно при условии, если холедох проходим. В отдаленные сроки после операции, как правило, в ЖП вновь образуются конкременты и больных приходится оперировать повторно.



Послеоперационное лечение

- *Голод 3-4 дня.*
- *Аспирация из желудка.*
- *Инфузионная терапия в объеме 2,0-2,5 л. жидкости в сутки 3-4 дня (физ. р-р, р-р глюкозы, р-р Рингера и др.);
Обезболивающие.*
- *Коррекция метаболических нарушений, улучшение реологии крови и микроциркуляции (в/в электролитные – стереофундин, нормофундин), белковые р-ры, аминокислоты, кровезаменители, сосудорасшир. препараты, плазма);*

Послеоперационное лечение

- *Антибактериальная терапия* (цефтриаксон 2,0; цефоперазон 2 гр. + метронидазол 100 мл) 2 раза в сутки, фторхинолоны (ципрофлоксацин 400-800мг 2 раза в день в/в) + метронидазол 100 мл 2 раза в день в/в. Альтернатива: нетилмицин 4 гр. + метронидазол 100 мл; цифепим 4 гр. в сутки + метронидазол 100 мл 2 раза в день.



Послеоперационное лечение

- Противоязвенная и антисекреторная терапия.
- Профилактика тромбоэмболических осложнений: ранняя активизация больных, бинтование н/конеч., ЛФК, гепарин, клексан, фраксипарин;
- Местное лечение раны,
- Уход за дренажами.
- Ингаляции, массаж.

II. Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) – современный, малотравматичный метод холецистэктомии при ОХ.



Показания к ЛХЭ

- ОХ до 48 ч от начала заболевания.

Однако окончательная возможность выполнить ЛХЭ устанавливается во время лапароскопии.

Преимущества ЛХЭ: косметический эффект операции, операция переносится легче, уменьшается число п/операц. осложнений, не будет массивного спаечного процесса в бр. полости, сокращаются сроки пребывания больных в стационаре, снижается опасность развития п/операцион. грыжи.

В ходе ЛХЭ иногда может возникнуть необходимость перехода к открытой операции.

Противопоказания к ЛХЭ

- перитонит, механическая желтуха, выраженные серд-легочные нарушения, нарушение свертывающей системы крови, воспалит. изменения перед. бр. стенки, спаечный процесс бр. полости.

Осложнения ЛХЭ: *кровотечения, травма полых органов и сосудов забрюшинного пространства, травма желчных протоков.*



ЭНДОХИРУРГИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС

КОМПЛЕКТАЦИЯ:

■ Монитор SONY 14", 20"



■ Видеокамера КРВ1001

Cyber Vision™



■ Осветитель КРО1001



■ Акваторатор КРА1001



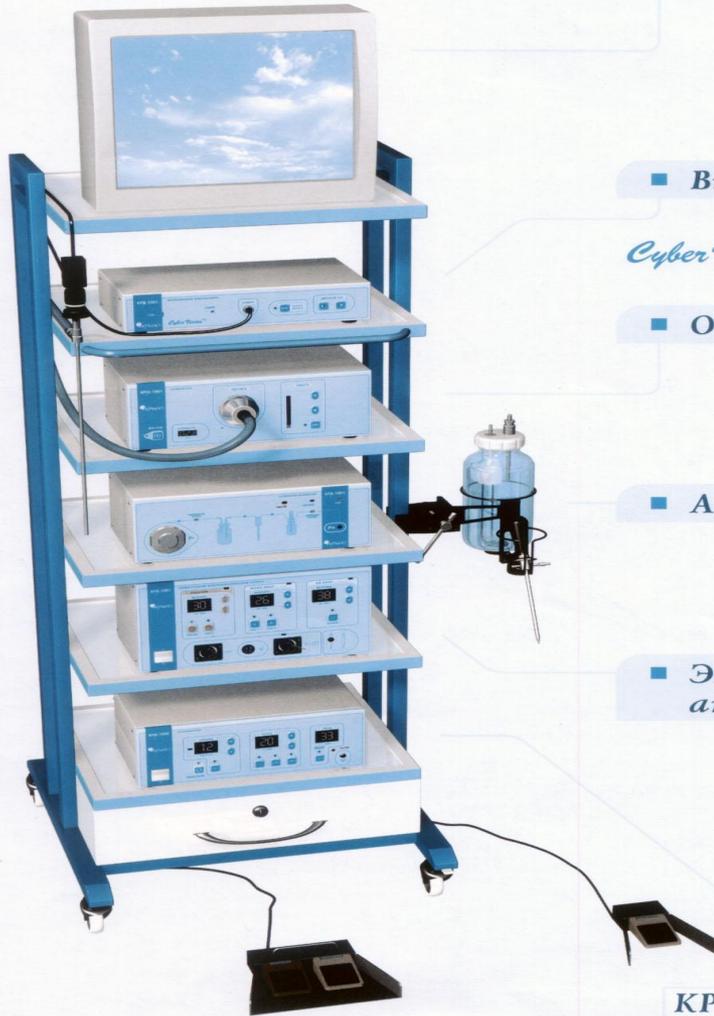
■ Электрохирургический аппарат КРЭ1001



■ Инсуффлятор



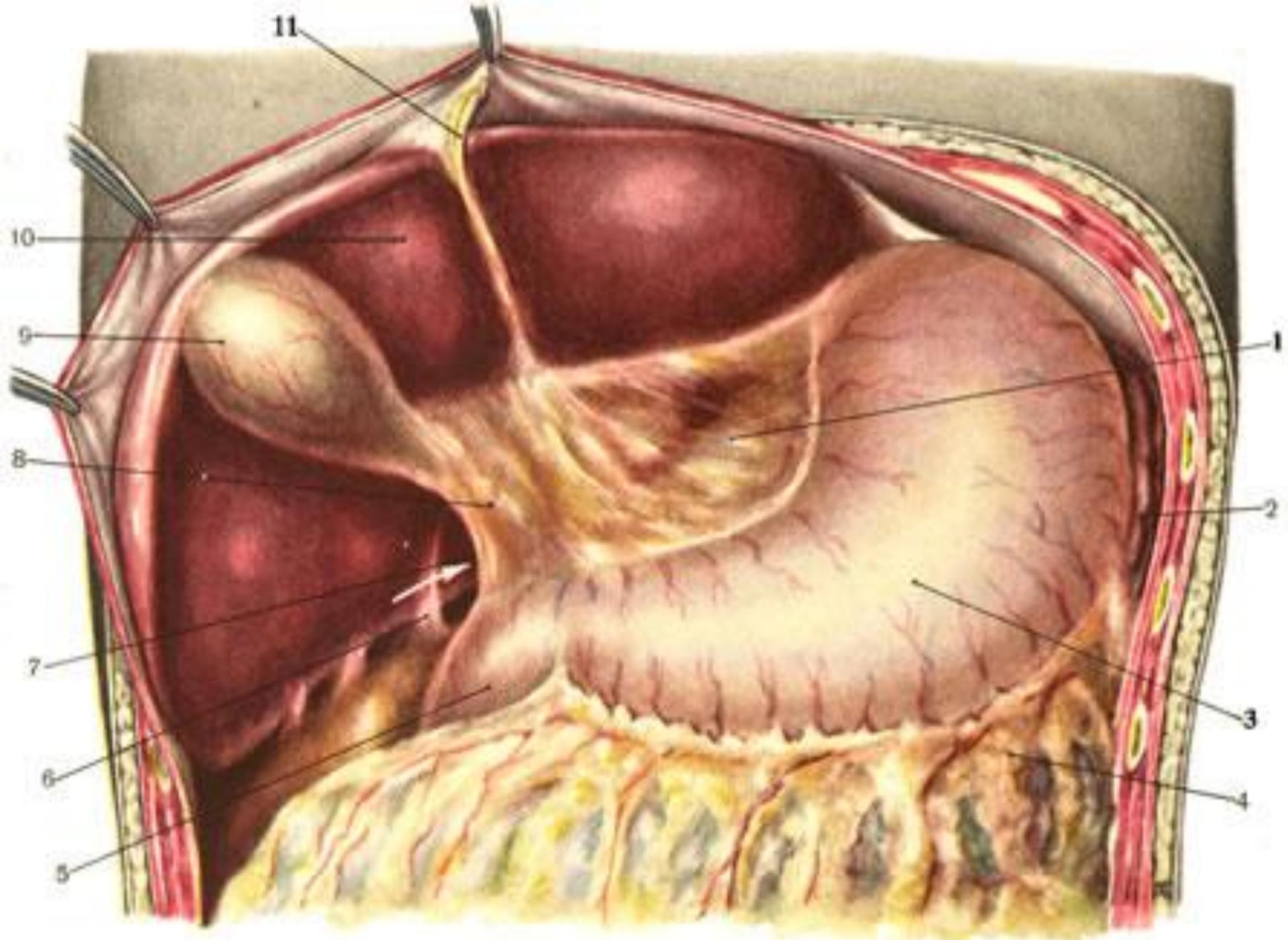
КРИ1001

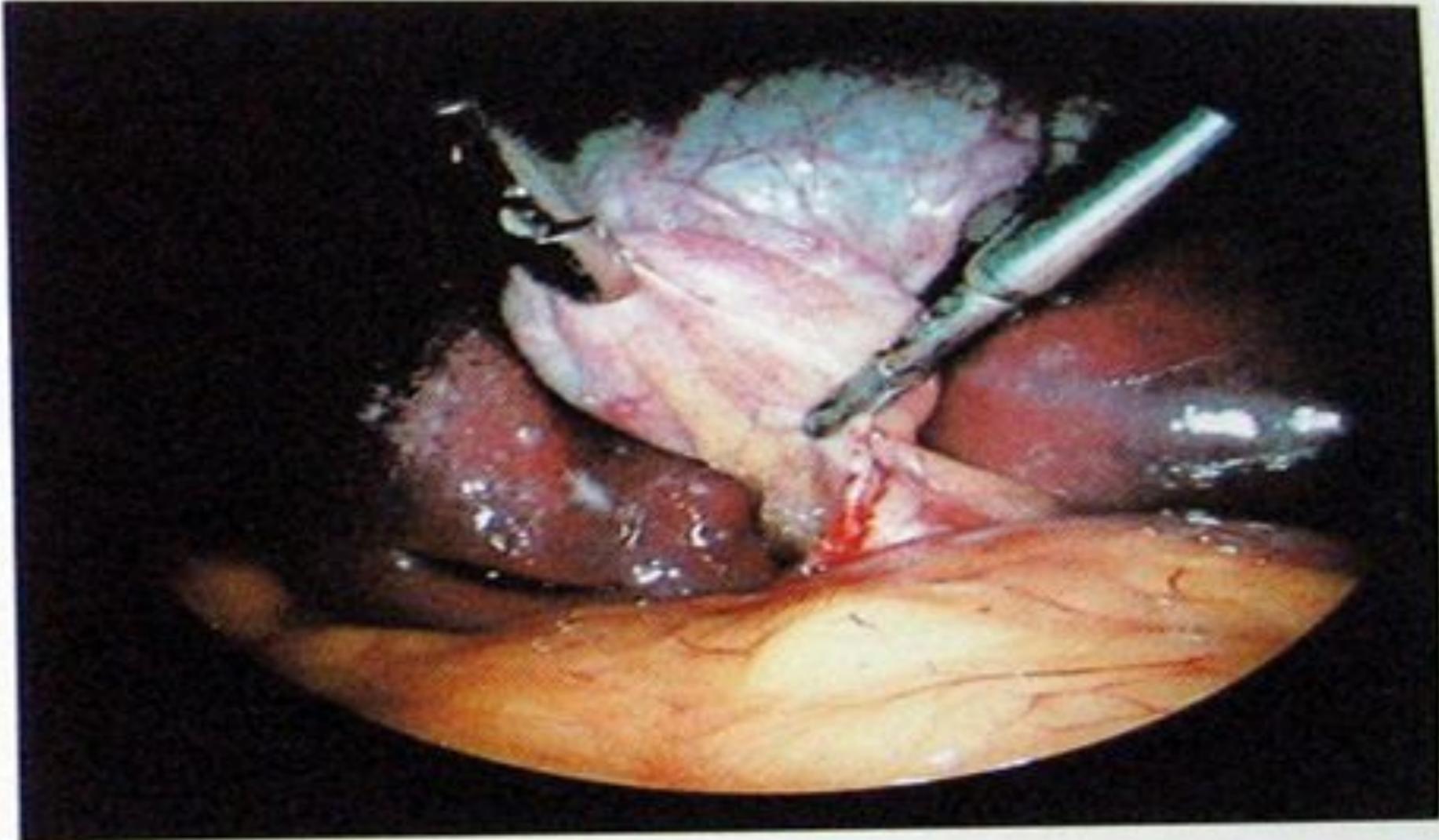


ЭНДОХИРУРГИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС

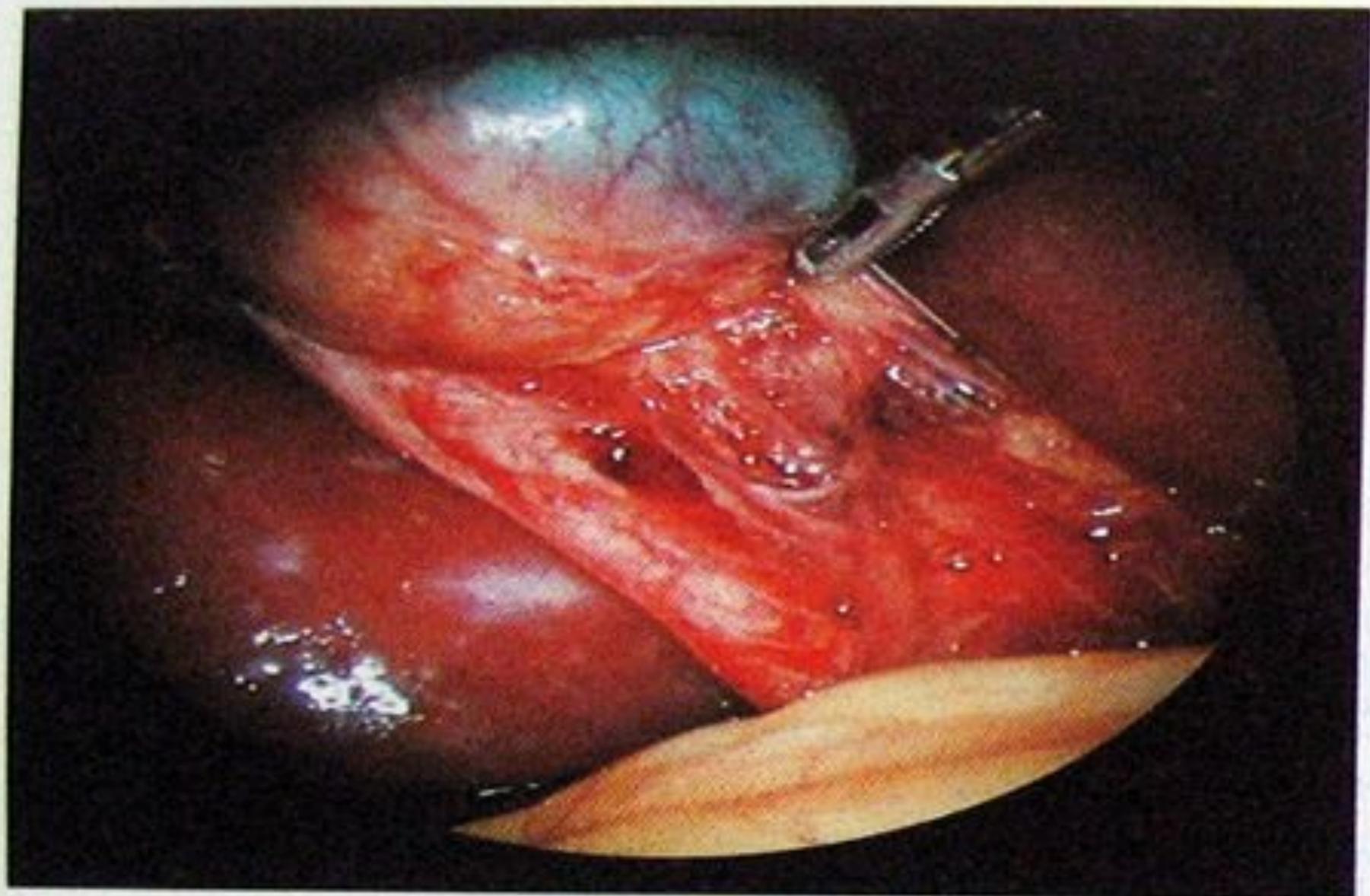




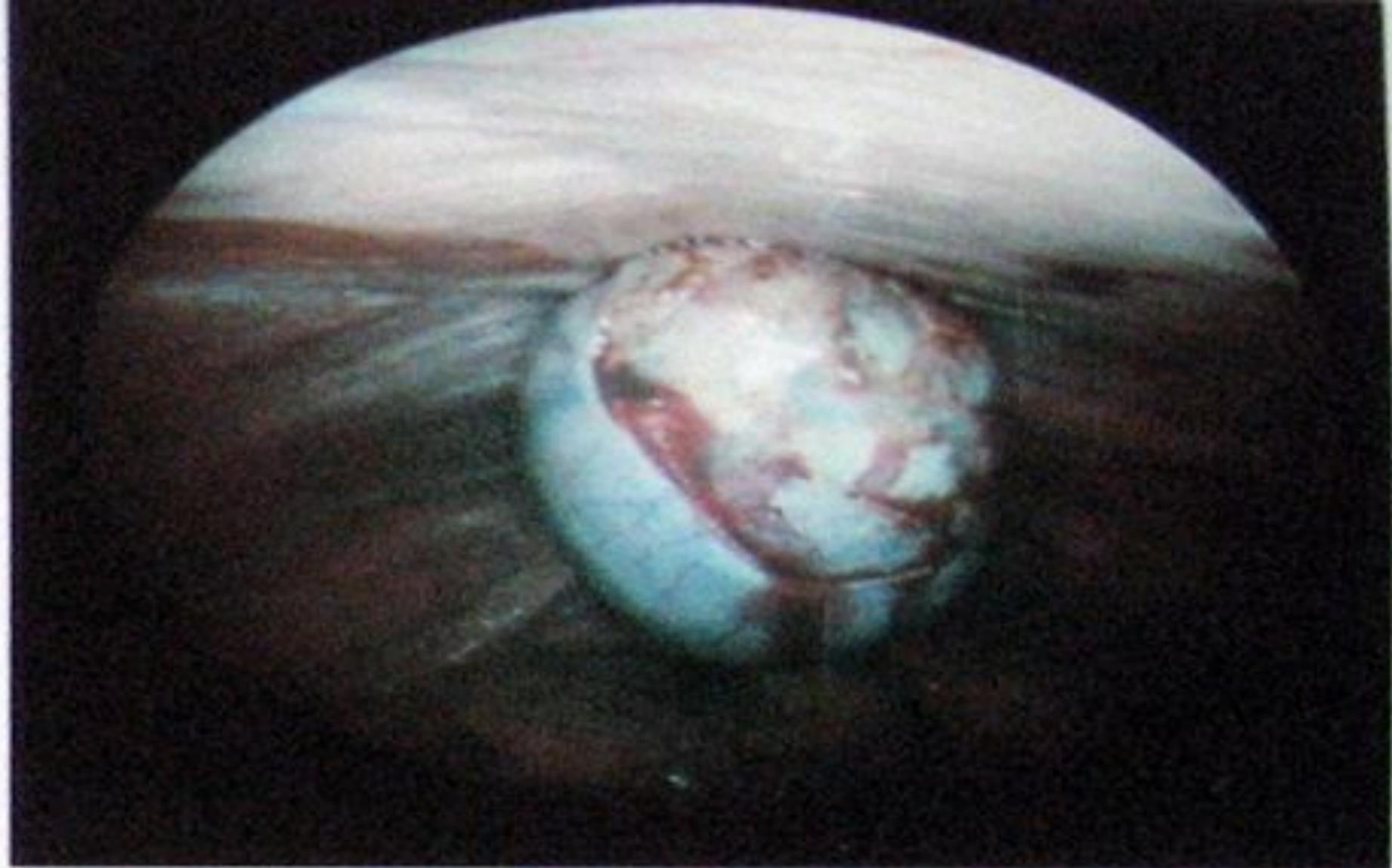




При помощи секционного инструмента удаляется соединительно-тканый слой (адвентиция) вокруг пузырного протока и пузырной артерии.



Пузырный проток и пузырная артерия освобождаются и идентифицируются.



Положение дна желчного пузыря в пупочном доступе перед окончательным удалением.

Холецистэктомия из минилапаротомного доступа

Является эффективным и безопасным методом хирург. лечения ОХ. Число осложнений, летальность и сроки реабилитации значительно лучше, чем при открытом оперировании. Сравнение с ЛХЭ: одинаковые результаты по числу осложнений и летальных исходов. Длительность операции немного выше при ЛХЭ. Минилапаротомия с использование комплекта инструментов Мини-Ассистент особенно эффективна при наличии противопоказаний к пневмоперитонеуму, отсутствии у хирурга достаточного опыта ЛХЭ при деструктивных формах ОХ, сроках выполнения операции более 72 часов от начала заболев., необходимости манипуляций на протоках. Может быть использована в качестве метода конверсии при возникновении технических трудностей при лапароскоп. операции.

Прогноз при ОХ

Своевременное выполнение операции и рациональная интенсивная терапия в п/операц. периоде обеспечивают благоприятный исход хирург. лечения больных ОХ.

У больных угрозимой группы (пожилые больные, больные с перитонитом и с другими осложнениями) прогноз в основном зависит от характера и степени компенсации сопутствующих заболеваний.

Послеоперац. летальность при ОХ - 1,5%, достигая у лиц пожилого возраста 10 и более %.

Причины летальных исходов

- ТЭЛА, прогрессирование серд-сосуд. и легочных нарушений, внутрибрюшные осложнения.
- Имеет значение соблюдение принципа «операция впереди осложнений», т.е. чаще надо выполнять плановые операции при ЖКБ –(ЛХЭ).
- Это спасает больных от тяжелых осложнений.

Хронический холецистит

- Это хроническое воспаление ЖП.
- В большинстве случаев развивается на фоне ЖКБ (*первичный*), может также возникнуть после О.Х. (*вторичный*).
- Чаще встречается у женщин.
- Различают калькулезный и бескаменный ХХ.

Клиника хронического холецистита

- *ноющая боль в пр. подреберье, постоянная или возникающая через 1-3 ч после приема жирной или жареной пищи.*
- *боль иррадирует в область пр. плеча, лопатки, напоминает печеночную колику,*
- *диспептические явления – ощущение горечи во рту, тошнота, метеоризм, рвота.*
- *При пальпации живота – боль в правом подреберье. Желчный пузырь в большинстве случаев не пальпируется, т.к. обычно он сморщен вследствие хронического рубцово-склеротического процесса.*

Клиника хронического холецистита

- Течение хронического холецистита длительное, и чередуется периодами обострения и ремиссии.
- Существуют несколько форм ХХ: рецидивирующая, латентная, гнойно-язвенная.
- Осложнения хронического холецистита: гепатит, панкреатит, хронический холангит. Нередко воспалительный процесс дает толчок к образованию камней в ЖП – если вначале был бескаменный холецистит

Диагностика хронического холецистита

- *Клинические*: жалобы; анамнез;
- клиника;
- объективные данные;
- *Инструментальные*: УЗИ – утолщение стенок пузыря, деформация;
- КТ гепатопанкреатобилиарной зоны;
- гепатосцинтиграфия;
- *Лабораторные*: клинические и биохимические показатели крови и желчи;

Лечение хронического холецистита

- Основным методом лечения хронического калькулезного холецистита является хирургический *в виде лапароскопической холецистэктомии.*



Консервативное лечение хронического холецистита

□ при невозможности оперировать больного из-за наличия тяжелых сопутств. заболеваний, а также при отказе больного от операции:

- *диета* -исключение острых и жаренных блюд;

- *желчегонные препараты* (холосас, холензим, одестон, холагол, лиобил и др.), отвары желчегонных трав (кукурузные рыльца, цветки бессмертника);

-*спазмолитики* – спазган, баралгин, максиган, спазмолгон; иногда антибиотики, тюбаж.

□ *НПВС* – найс, ибупрофен, *стимуляторы перистальтики* – метаклопрамид, домперидон.

Осложненный острый холецистит

Это холецистит осложненный

- перивезикулярным абсцессом,*
- инфильтратом в пр. подпеченочной обл.,*
- местным перитонитом,*
- разлитым желчным перитонитом,*
- механической желтухой, холангитом,*
- желчными свищами.*

Клиника деструктивного холецистита + клиника

осложнения. *Диагностика стандартная ...*

Хирургическая тактика – лапаротомия,
холецистэктомия, ликвидация осложнения.

Современные операции в желчной хирургии

- 1) эндоскопическая папиллосфинктеротомия - выполняется при помощи фибродуоденоскопа;
- 2) эндоскопическое извлечение камней при помощи спец. зондов, катетера Фогарти;
- 3) эндоскопическая дилатация термин. отдела холедоха;
- 4) лапароскоп. чреспеченочная холецистостомия;
- 5) прямая лапароскопич. холецистостомия;
- 6) лапароскопическая чрескожная, чреспеченочная холангиостомия;
- 7) лапароцентезная холецистостомия.