

# 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

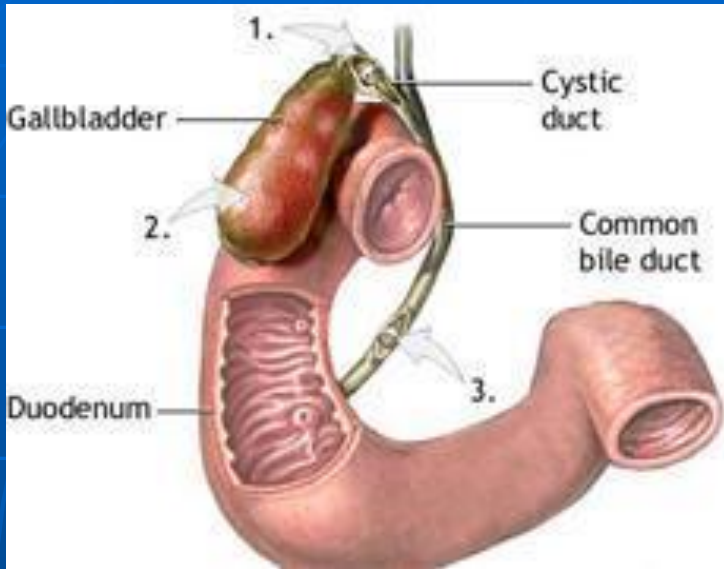


Желчный пузырь играет важную роль в переваривании пищи. Он представляет собой резервуар, где накапливается желчь, которую вырабатывает печень. Поскольку желчь содержит большое количество холестерина, при ее застаивании и сгущении, а также при повышении содержания холестерина в желчи начинается выпадение 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

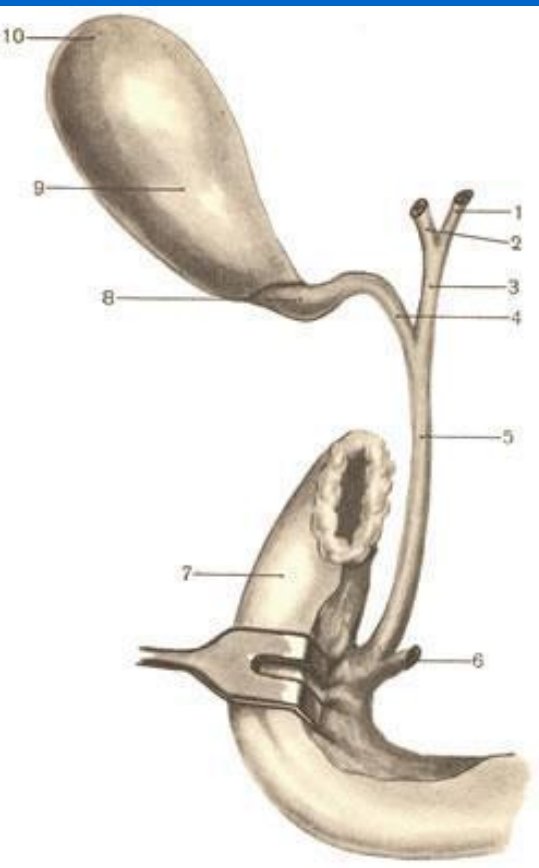
К внепеченочным желчным протокам относятся: правый и левый печеночный, общий печеночный, пузырный и общий желчный

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

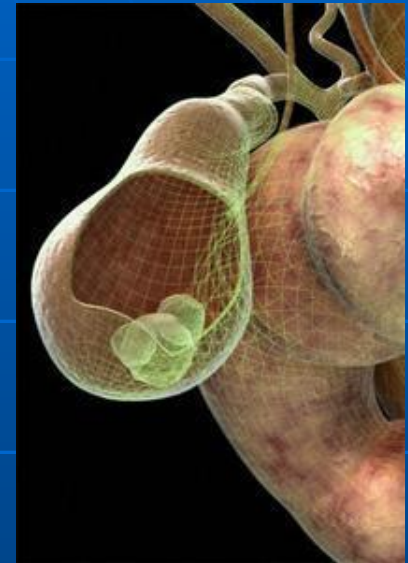
Неосложненный острый холецистит:

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

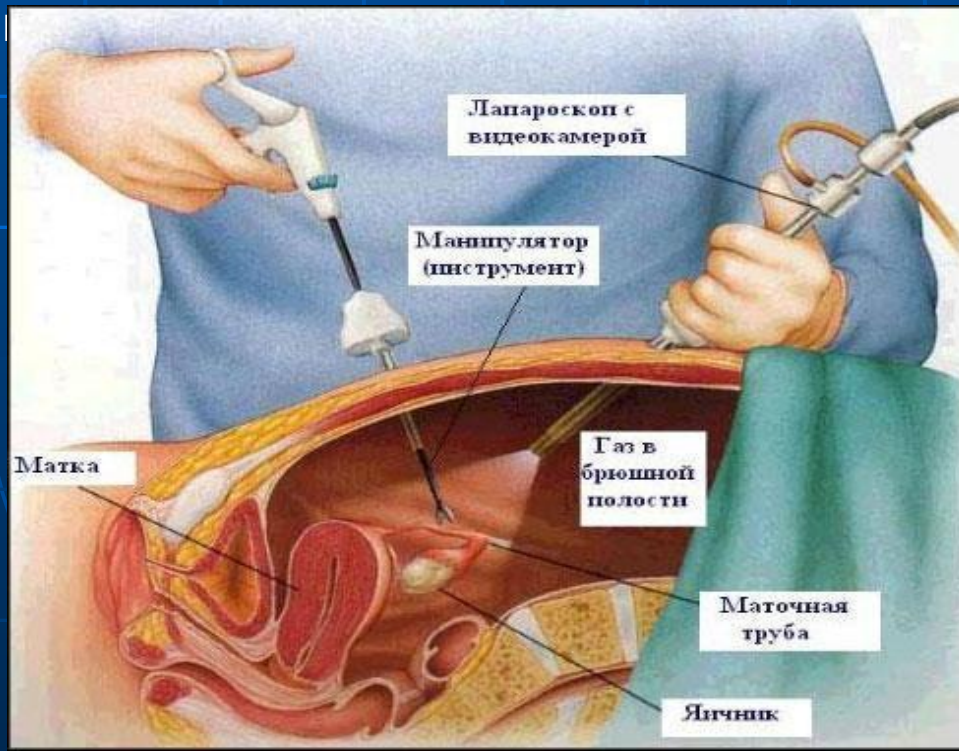
- А) Больные с местным или желчным перитонитом: после 1,5 – 2- часовой экспресс-подготовки в условиях реанимационного отделения подвергаются экстренным операциям независимо от времени суток.
- Б) У ряда больных, несмотря на проведение интенсивной терапии, добиться стихания процесса не удастся. Эти больные 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.

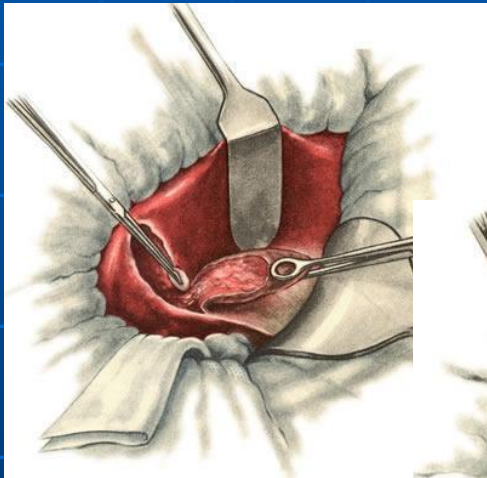
Теоретические преимущества этого метода по сравнению с традиционной открытой холецистэктомией заключаются в уменьшении срока госпитализации и в связи с этим в снижении стоимости лечения, раннем возвращении на работу, уменьшении боли и отсутствии косметического дефекта. Неразрывная проблема, которая беспокоит 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



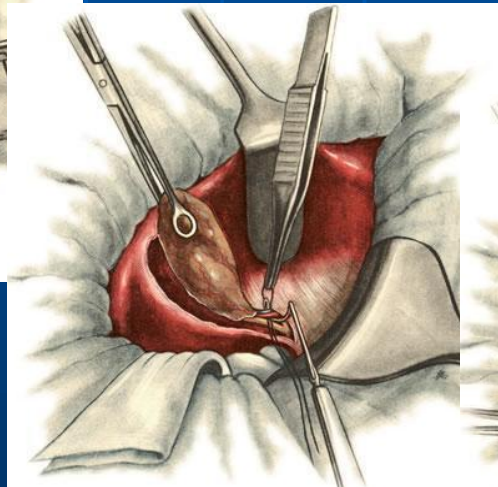


**Открытая холецистэктомия.** Показанием к операции являются: желчнокаменная болезнь, острые и хронические холециститы, доброкачественные и злокачественные опухоли желчного пузыря. Операцию производят чаще под наркозом, реже под местной анестезией. Имеется два способа удаления желчного пузыря: **от дна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

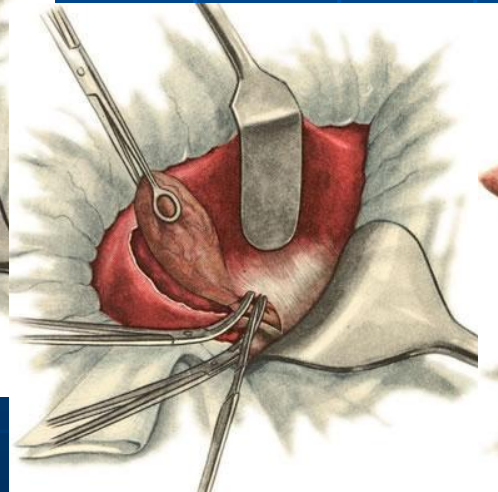
### **Техника от дна к шейке**



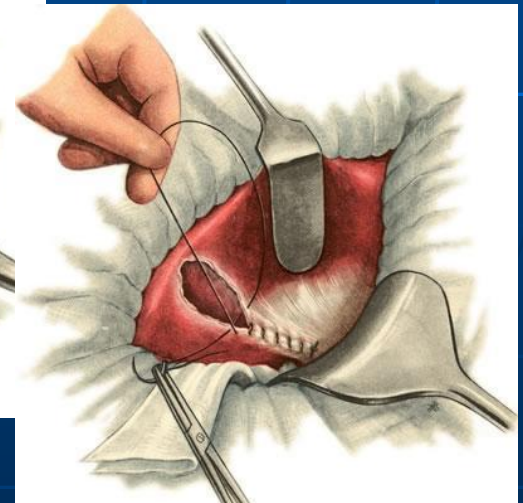
**Выделение  
желчного  
пузыря из  
его ложа.**



**Перевязка  
пузырной  
артерии и вены.**



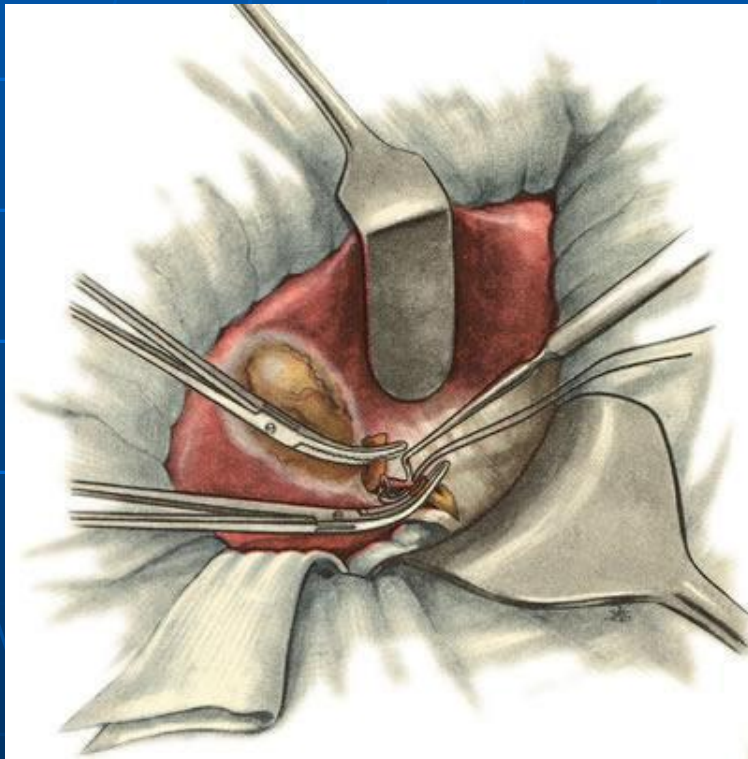
**Пересечение  
пузырного  
протока.**



**Перитонизация  
ложа пузыря**

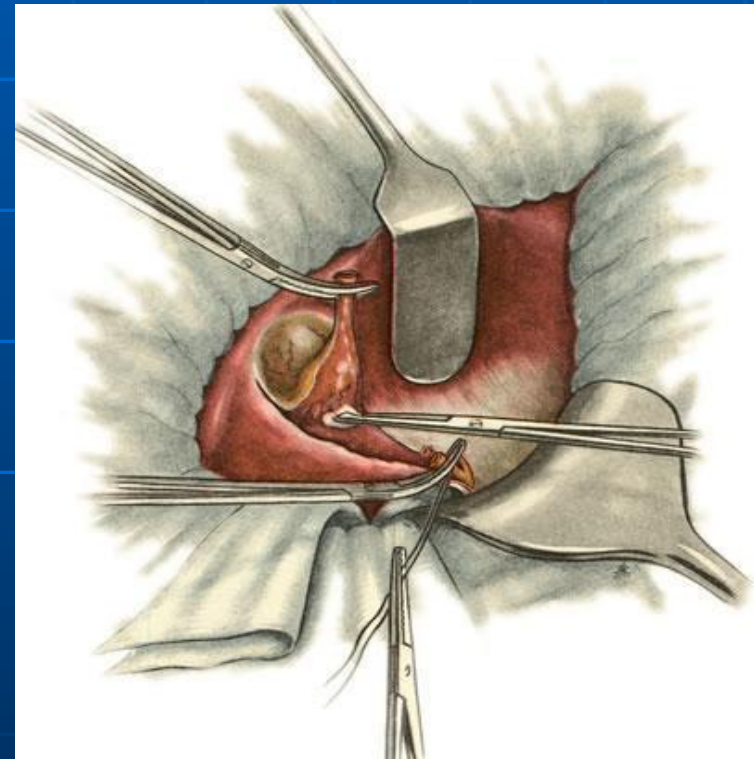
# Техника от шейки ко дну (ретроградная холецистэктомия)

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**

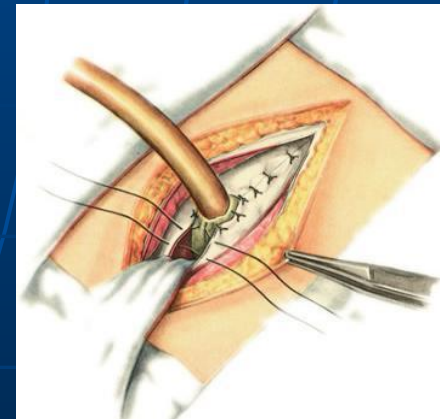
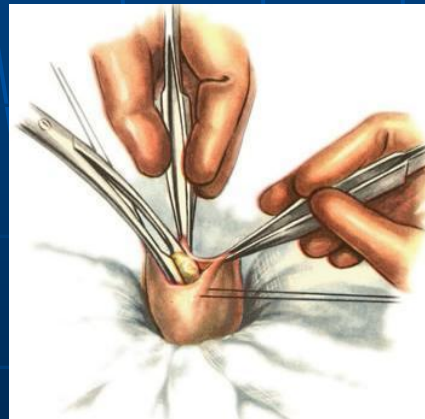
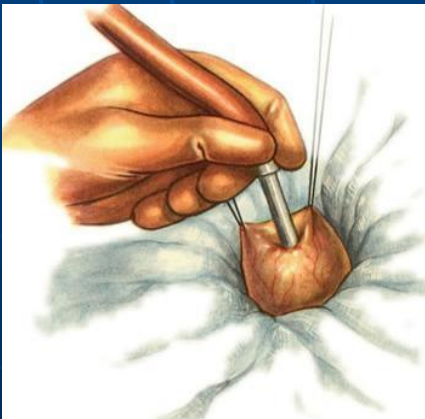
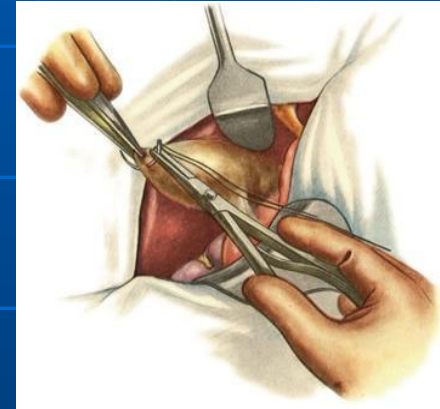
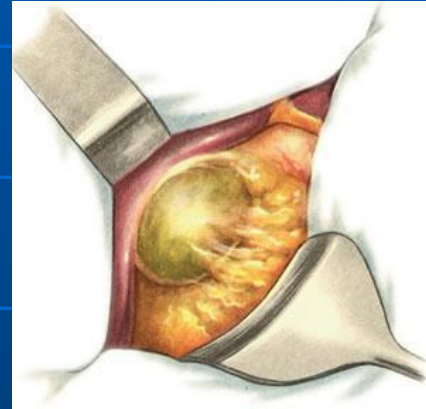
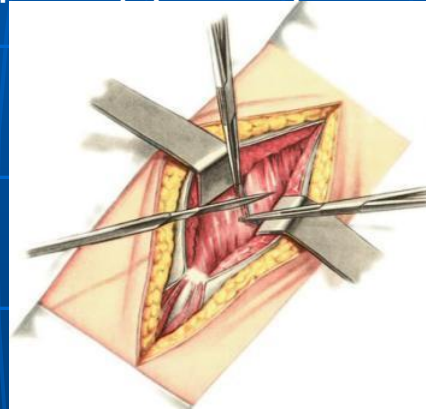
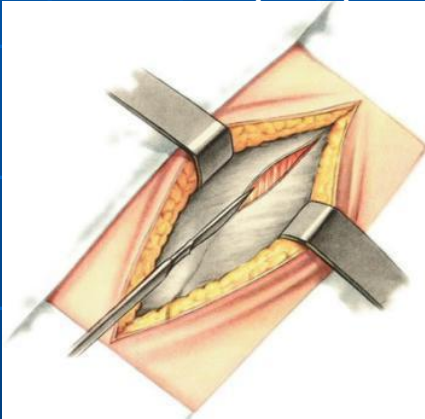


**Выделение  
пузыря из ложа.**

**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.**

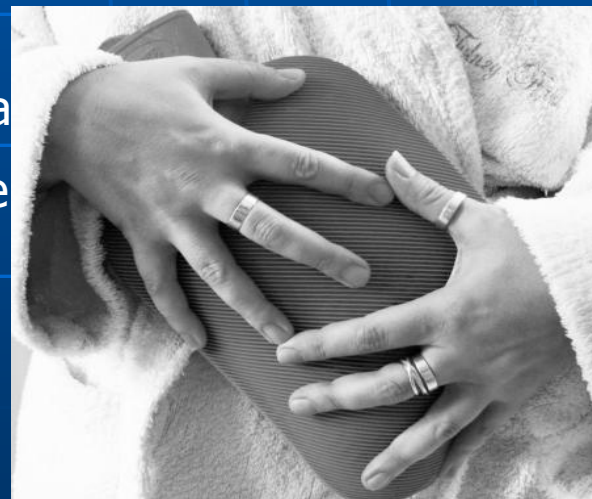


# Поздние послеоперационные осложнения

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.

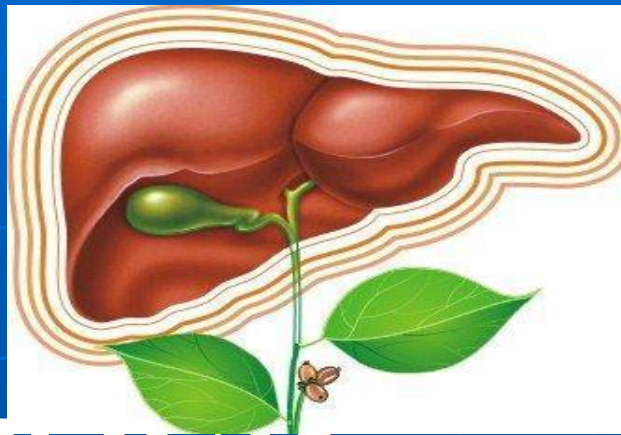


В. Болевые приступы неустановленной причины

## 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!!!**

