

medfish.ru



ЛЕКЦИЯ **ЖЕЛЧНО-** **КАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ**

**КАФЕДРА ФАКУЛЬТЕТСКОЙ
ХИРУРГИИ, ©, БГМУ**

Желчнокаменная болезнь (холелитиаз) - образование конкрементов (камней) в полости желчного пузыря или реже в протоках, которое приводит к возникновению комплекса патологических изменений в организме.

Заболеваемость 20% женщин, 10% мужчин.
Женщины:мужчины – 2:1.

1% - в странах Африки (наиболее низкая)

10 – 15% населения Западной Европы

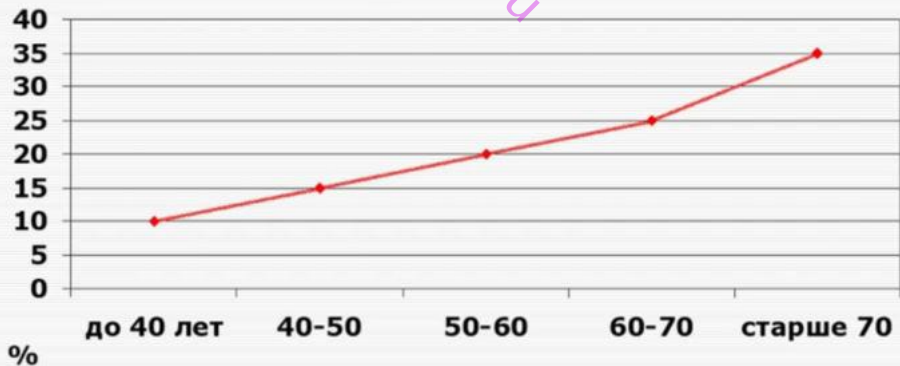
>40% - в Швеции (наиболее высокая)

30 млн. больных ЖКБ – в США

500 000 холецистэктомий ежегодно в США

5-25% населения, 110 000 холецистэктомий
ежегодно в России

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА



1/4 населения старше 60 лет
1/3 населения старше 70 лет

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ИСТОРИЯ ВОПРОСА

1931 г. Pablo Luis Mirizzi (Аргентина) предложил интраоперационную холангиографию – РГ холедоха после введения рентгеноконтрастного вещества.

1968 г. - W.S. McCune и др. выполнили ЭРХПГ. 1973 г. - K.Kawai и др. и M. Classen и др. - ЭПСТ.

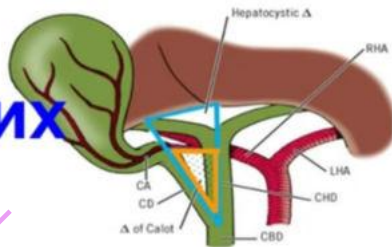
А.А. Шалимов разработал ряд оперативных методик наружного и внутреннего дренирования желчных путей.

1985 г. Muhe (Боблинген, Германия), 1987 г. - Ph. Mouret (Лион, Франция) впервые выполнили лапароскопическую холецистэктомию. В СССР в январе 1991 г. – проф. Галлингер Юрий Иосифович.

1981 г. впервые выполнена минилапаротомная холецистэктомия М.И. Прудковым

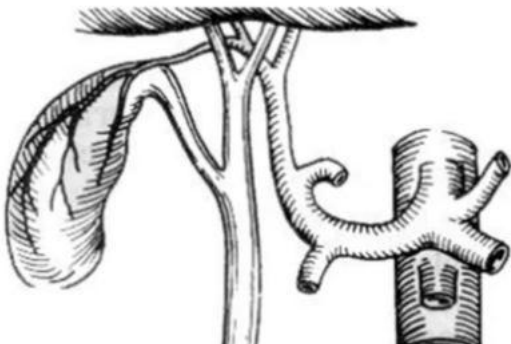
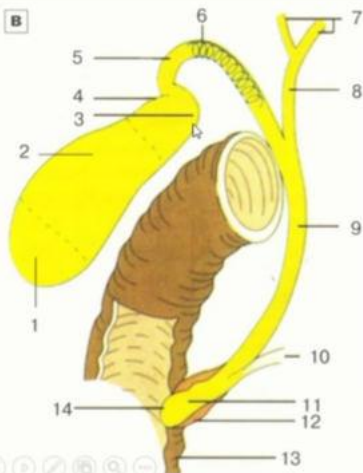
2007 г. – первая холецистэктомия по технологии N.O.T.E.S. – J. Marescaux, EATS (European Association for Transluminal Surgery), Strasbourg, France.

АНАТОМИЯ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

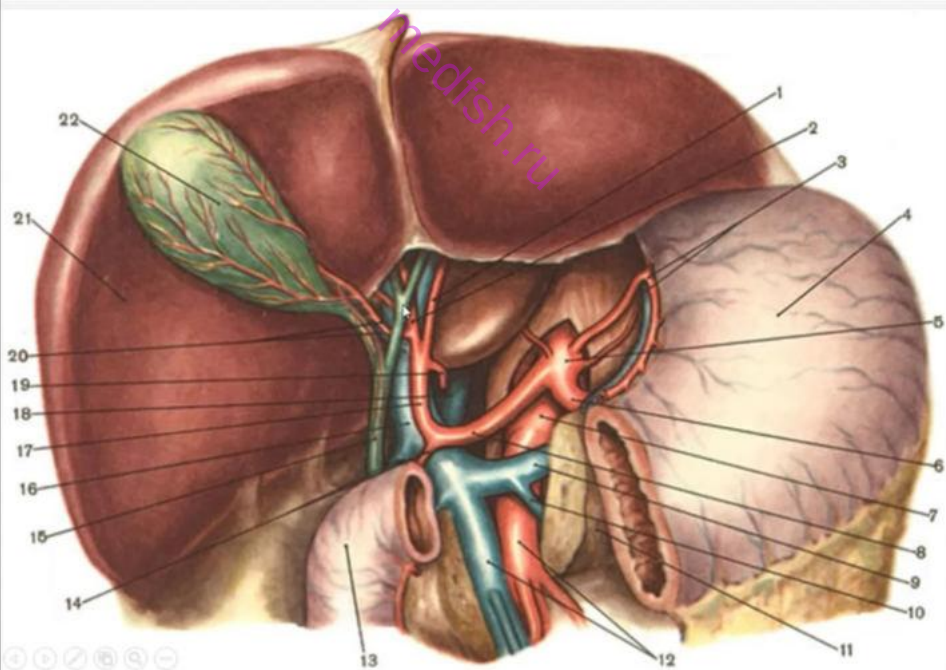


Треугольник Кало (Calot) 

Зона Мусмана (Moosman) 



medfish.ru



1-2015 09:47:20

medfish.ru

Camera 02

ПАТОГЕНЕЗ КАМНЕОБРАЗОВАНИЯ

- одномоментное наличие 3 основных патологических процессов

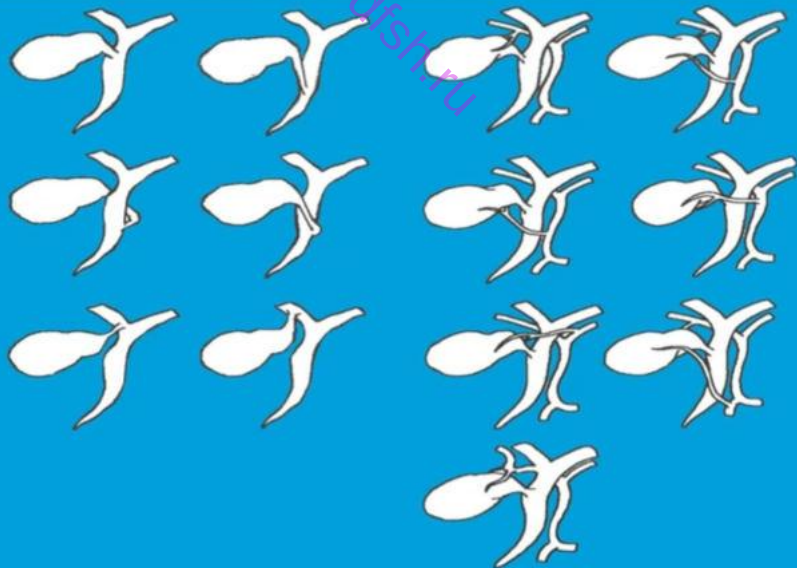
- пресыщению желчи холестерином, либо пресыщению соединениями билирубина, снижение секреции и поступления в желчь желчных кислот и фосфолипидов,
 - выделение слизистой оболочкой желчного пузыря слизи, содержащей гликопротеиды, при этом появляются центры кристаллизации (нуклеации);
 - дискинезия желчевыводящих путей – застой желчи, сниженная сократительная способность желчного пузыря
 - дискриния (нарушение соотношения составных частей желчи)
 - инфицирование желчи
 - нарушение обмена веществ
-

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ХОЛЕЛИТИАЗА

- ☐ Женский пол
- ☐ Возраст
- ☐ Ожирение
- ☐ Беременность
- ☐ Снижение массы тела
- ☐ Парентеральное питание
- ☐ Адинамия
- ☐ Лекарственные препараты
- ☐ Другие заболевания (Сахарный диабет, болезнь Крона, подагра, эндокринные расстройства)
- ☐ Особенности анатомии и аномалии желчного пузыря.



ВАРИАНТЫ АНАТОМИИ ПУЗЫРНОГО И ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ



Принцип пяти «F» «Дэйвера» (1930):

- ☐ **F**emale (женщина)
 - ☐ **F**at (полная)
 - ☐ **F**orty (40 лет и старше)
 - ☐ **F**ertile (имевшая беременность)
 - ☐ **F**air (блондинка)
-

КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ЖКБ

1. Латентная форма (каменосительство)
2. Первично-хронический холецистит
3. Печеночная (желчная) колика
4. Хронический рецидивирующий калькулезный холецистит
5. Хронический резидуальный холецистит
6. Прочие формы:
 - а) Стенокардитическая форма – холецистокардиальный синдром С.П. Боткина
 - б) Синдром Сейнта - сочетание ЖКБ с диафрагмальной грыжей и дивертикулезом толстой кишки
 - в) Триада Кастена – сочетание с грыжей пищевода отверстия диафрагмы, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.



УЗ-ДИАГНОСТИКА

Скрининг-метод, информативность до 98%) - размеры ЖП, толщина стенок, наличие инфильтрата, степень деструкции стенки. Конкременты в протоках в 70-80%, оценка Δ протоков.

а) эндоскопическое УЗИ - камни холедоха - 93%; внутрипротоковое УЗИ через канал эндоскопа - 98%.

б) интраоперационное УЗИ - особенно при ЛХЭ.



Холецистохолангиография

непрямая ХХГ (основана на способности клеток печени выделять с желчью контрастное вещество, которое попадая в желчные пути позволяет получить их изображение):

- а) пероральная (диагностическая точность 80-85%)
- б) внутривенная (60%)
- в) инфузионная

прямая ХХГ

- а) эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) при канюляции большого дуоденального сосочка
- б) при чрескожной пункции печени в расширенные внутрипеченочные протоки (ЧЧПХГ) под контролем рентгентелевизионной установки
- в) при пункции желчного пузыря под контролем лапароскопа или УЗИ
- г) интраоперационно (через катетер-дренаж или пункционно)
- д) через фистулу (дренаж общего желчного протока)

КТ и Магнитно-Резонансная Холангиопанкреатография

Холецистохолан- гиография



ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ РЕТРОГРАДНАЯ ХОЛАНГИОПАНКРЕАТОГРАФИЯ

Является «золотым стандартом», позволяющая не только оценить состояние внутри- и внепеченочных желчных путей, протоковой системы поджелудочной железы и пр., но и провести ряд лечебных мероприятий, направленных на устранение причин билиарной гипертензии у больных с ЖКБ.



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

СООТНОШЕНИЕ ПЛАНОВЫХ И ЭКСТРЕННЫХ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ И ЕЕ ОСЛОЖНЕНИЙ В РБ



МЕЖДУНАРОДНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОТБОРУ ПАЦИЕНТОВ С ЖКБ ДЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ (Программа Euricterus)

Клиника	Данные инструментальных исследований	Показания
Нет симптомов	ЖКБ ЖКБ+нефункционирующий ж. пузырь	Нет (2 балла) +/- (3 балла)
Есть симптомы	ЖКБ ЖКБ+нефункционирующий ж. пузырь То же+дилатация холедоха	+/- (3 балла) +/- (4 балла) +++ (5 баллов)
Печеночная колика, впервые возникшая	ЖКБ ЖКБ+нефункционирующий ж. пузырь То же+дилатация холедоха	+/- (4 балла) ++ (5 баллов) +++ (6 баллов)
Рецидивирующая	ЖКБ ЖКБ+нефункционирующий ж. пузырь То же+дилатация холедоха	+/- (4 балла) ++ (5 баллов) +++ (6 баллов)
Острый холецистит	ЖКБ ЖКБ+любые другие	++ (5 баллов) +++ (6 баллов)
Острый панкреатит	ЖКБ ЖКБ+любые другие	++ (6 баллов) +++ (7 баллов)
Рецидивирующий панкреатит	ЖКБ ЖКБ+любые другие	++ (7 баллов) +++ (8 баллов)
Желтуха	Любые камни	+++ (8 баллов)

Хирургическое лечение желчнокаменной болезни и ее осложнений

(СПОСОБЫ УДАЛЕНИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ)

- 1. Традиционная лапаротомная холецистэктомия**
- 2. Видеолапароскопическая холецистэктомия**
- 3. Минилапаротомная ("Открытая лапароскопическая«) холецистэктомия.**
- 4. Однопортовая холецистэктомия (SILS – single incision laparoscopic surgery).**
- 5. Внутривисцеральные (транслюминарные) холецистэктомии - транс-гастральные, ректальные, вагинальные холецистэктомии (N.O.T.E.S.).**

Показания к холедохотомии:

- 1) расширенный более чем на 13 мм холедох;
- 2) пальпируемые (при открытой операции) или выявленные на дооперационном этапе конкременты;
- 3) холангит.
- 4) желтуха (при исключении другой этиологии);
- 5) мелкие конкременты в пузыре в сочетании с широким пузырным протоком.

Операцию холедохотомии заканчивают наружным или внутренним дренированием.

Наружное дренирование (по Вишневскому, Керу, Холстеду-Пиковскому).

Внутреннее - холедоходуоденоанастомоз, реже - холедохогастро-, -" -еюно-анастомозы.

Преобладающий двухэтапный подход к лечению холецистохоледохолитиаза подразумевает эндоскопическую санацию гепатикохоледоха после эндоскопической папиллосфинктеротомии с последующей холецистэктомией.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ РЕТРОГРАДНАЯ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТО- МИЯ

