

ЛЕКЦИЯ **ОСЛОЖНЕНИЯ**



ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ **БОЛЕЗНИ**

КАФЕДРА ФАКУЛЬТЕТСКОЙ
ХИРУРГИИ, ©, БГМУ

ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ

- самое частое осложнение ЖКБ, среди острых заболеваний ОБП - 2 место после ОА (18-20% экстренных хирургических больных. Женщины/мужчины 3,5-6,5:1.
- **Предрасполагающие факторы** - ЖКБ (90%)
- аномалии развития желчного пузыря
- дискинезии желчевыводящих путей (гипернарушение обратного всасывания, гипозастой)
- билиарная гипертензия
- дуоденобилиарный рефлюкс

Классификация острого холецистита

В.Г. Астапенко(1985), В.С. Савельева

По наличию конкрементов – калькулезный, бескаменный

По характеру морфологических изменений - катаральный, флегмонозный, гангренозный.

По наличию осложнений:

перфорация и желчный перитонит
острый холангит и панкреатит
околопузырный инфильтрат
паравезикальный абсцесс
желчные свищи

эмпиема и водянка желчного пузыря
реактивный гепатит и вторичный билиарный цирроз
холедохолитиаз и механическая желтуха
рубцовые стриктуры желчевыводящих путей



Повышение внутрипузырного давления до 200-300 мм водн.столба, вследствие нарушения оттока желчи из желчного пузыря в результате обтурации камнем, комочком слизи или спазма сфинктера пузырного протока

```
graph TD; A[Повышение внутрипузырного давления до 200-300 мм водн.столба, вследствие нарушения оттока желчи из желчного пузыря в результате обтурации камнем, комочком слизи или спазма сфинктера пузырного протока] --> B[Ишемия слизистой желчного пузыря, стаз в сосудах стенки]; B --> C[Нарушение слизистого барьера, проникновение и рост микроорганизмов (бактериохолия)]; C --> D[Экссудация в просвет желчного пузыря]; D --> E[Дальнейшее повышение внутрипузырного давления и нарастание повреждения слизистой]; E --> F[Формируется патофизиологический порочный «замкнутый круг»];
```

Ишемия слизистой желчного пузыря, стаз в сосудах стенки

Нарушение слизистого барьера, проникновение и рост микроорганизмов (**бактериохолия**)

**Механическая
теория**

Экссудация в просвет желчного пузыря

Дальнейшее повышение внутрипузырного давления и нарастание повреждения слизистой

Формируется патофизиологический
порочный «замкнутый круг»

Сосудистая теория возникновения острого холецистита (склеротические изменения в стенке желчного пузыря и снижение артериальной сети приводит к нарушению кровообращения и питания в стенке пузыря, что повышает риск некроза стенки).

Инфекционная теория – первично возникает рефлюкс желчи, затем вторично присоединяется инфицирование. В первые 1-2 сутки после начала приступа желчь у больных стерильная, с 72 часов у 20-30% больных возникает бактериохолия.

КЛИНИКА

- ❑ Печеночная колика (висцеральная боль и напряжение мышц в правом подреберье и подложечной области).
- ❑ Соматическая боль (раздражение межреберных нервов - иррадиация правое надплечье, надключичную область, лопатку)
- ❑ Диспепсия (тошнота, рвота, отсутствие аппетита, изжога, отрыжка, запоры)
- ❑ Температура тела субфебрильная, фебрильная, при деструктивных формах - нередко гектическая
- ❑ Пульс учащен, соответствует гипертермии
- ❑ Высокий лейкоцитоз, ускоренная СОЭ
- ❑ У 20-30% - иктеричность склер или желтуха

болезненность в точке проекции ЖП по методу Грея-Тернера: прямая линия от левой верхней подвздошной ости через пупок пересекает реберную дугу справа

АВТОРСКИЕ СИМПТОМЫ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

1. **Курвуазье** – пальпируется увеличенный, напряженный, резко болезненный ЖП.
2. **Ортнера-Грекова** – сравнительное поколачивание краем ладони по правой и левой реберным дугам (механизм – сотрясение воспаленной стенки желчного пузыря)
3. **Мюсси-Георгиевского** - сравнительное надавливание между ножками кивательной мышцы справа и слева (иррадиация болей по правому диафрагмальному нерву приводит к большей болезненности справа).

Прободной холецистит

- протекает с явлениями местного или разлитого перитонита,
- выделяют четыре фазы течения заболевания:

- 1.шоковую,**
 - 2. мнимого благополучия,**
 - 3. печеночной недостаточности,**
 - 4. гнойных осложнений**
-

Фаза мнимого благополучия (до 20-24 часов)

- ☐ исчезает боль,
 - ☐ нормализуется АД,
 - ☐ пульс частый,
 - ☐ температура субфебрильная,
 - ☐ исчезает напряжение брюшной стенки,
 - ☐ болезненность в правой половине живота сохраняется.
-

Эмпиема желчного пузыря



- ☐ обтурация желчного протока камнем,
- ☐ скопление гноя в желчном пузыре,
- ☐ при гибели инфекции - водянка,
- ☐ при вовлечении соседних органов - инфильтрат.

консервативное лечение острого холецистита

- направлено на ликвидацию воспалительных явлений, снятие интоксикации и восстановление оттока желчи :

1. новокаиновые блокады круглой связки печени (реже паранефральная блокада); местная гипотермия;
 2. инфузионная спазмолитическая терапия (глюкозо-новокаиновая смесь, растворы - физиологический, Рингера, Рингера-Локка);
 3. спазмолитики (дюспаталин);
 4. дезинтоксикационная терапия;
 5. антибиотики;
 6. антигистаминные;
 7. сердечно-сосудистые средства.
-

ВЫБОР ПОКАЗАНИЙ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ

Экстренные показания (в течение 1-2 часов) - при перфоративном или гангренозном холецистите с клиникой перитонита и тяжелой общей интоксикацией

Срочные показания (24-48 часов после поступления) - при неэффективности интенсивной терапии

Плановые показания (спустя 2-3 недели после приступа) при купировании острого воспаления)

острый холангит - воспаление

желчных протоков - может перейти в гнойный холангит (летальность до 40%) с развитием холангитических абсцессов печени, билиарного сепсиса.

Этиология:

1. Желчная гипертензия (холедохолитиаз, стриктуры) $\longrightarrow$ инфицирование
2. Рефлюкс (несостоятельность БДС, в т.ч. после ЭПСТ) $\longrightarrow$ инфицирование
3. Аутоиммунный процесс (Болезнь Делбе – ПСХ)

Воспаление $\longrightarrow$ рубцовый процесс $\longrightarrow$
стриктура $\longrightarrow$ билиарный цирроз

Классификация холангита

V. по степени распространения воспалительного процесса в желчных путях:

- а) сегментарный (вне- и внутрипеченочный),
- б) распространенный
- в) тотальный;

VI. по характеру имеющихся осложнений:

- а) холангиогенные абсцессы печени
 - б) септические осложнения
 - в) некроз и перфорация гепатикохоледоха;
 - г) поражение паренхимы печени в виде перихолангиолита, фиброза портальных трактов с формированием вторичного билиарного цирроза печени;
-
- д) острая печеночная недостаточность.

КЛИНИКА

Триада Шарко (у 70%):

- ☐ боль в правом подреберье
- ☐ высокая температура с ознобом
- ☐ медленно прогрессирующая желтуха (и ее клинические признаки)

Для острого гнойного обтурационного холангита характерна **пентада Рейнольдса** :

- ☐ лихорадка
- ☐ желтуха
- ☐ боль
- ☐ спутанность сознания
- ☐ артериальная гипотония

интоксикация, увеличение печени, изменение биохимических показателей и лабораторных данных. холемические кровотечения и печеночная недостаточность.

У больных с бактериальным холангитом, показана экстренная декомпрессия желчных путей:

- ☐ эндоскопическое назобилиарное дренирование через БДС
 - ☐ эндоскопическая папиллосфинктеротомия в изолированном виде или в сочетании с назобилиарным дренированием
 - ☐ чрескожная чреспеченочная холангиостомия.
 - ☐ Альтернативный способ – лапаротомия, холедохотомия, холедохостомия.
-

Абсцессы печени

- ☐ холангиогенные (билиарный путь);
- ☐ сосудистое русло.

Клиника зависит от:

- ☐ обширности очага поражения,
- ☐ длительности заболевания,
- ☐ вирулентности микрофлоры,
- ☐ защитных сил организма.

Основные признаки: высокая температура, общее недомогание, ознобы, проливной пот, боль в правом подреберье.

Диагностика: анамнез, клиника, лабораторные показатели. УЗИ. КТ.

Желчно-каменная болезнь . Холедохолитиаз



Механическая желтуха

- в результате обтурации общего желчного протока чаще в области БДС) имеет клинические признаки:

- ☐ кожный **зуд** (желчные кислоты)
- ☐ пожелтение (**иктеричность**) кожных покровов, склер, слизистых оболочек
- ☐ **увеличение** размеров печени и желчного пузыря
- ☐ Обесцвечивание (**ахолия**) кала (нет билирубина);
- ☐ **потемнение** мочи (цвета пива, чая)
- ☐ **Болевая** (холедохолитиаз, стриктура),
- ☐ **Безболевая** (tumor)

Танатогенез механической желтухи

Холестаз → сдавление расширенными желчными протоками сосудистого русла на уровне МЦР → ишемия паренхимы печени → цитолиз (повреждение) гепатоцитов (АСТ, АЛТ)

Нарушение всех функций печени, в т.ч:

Конъюгационной
Детоксикационной
Белоксинтезирующей

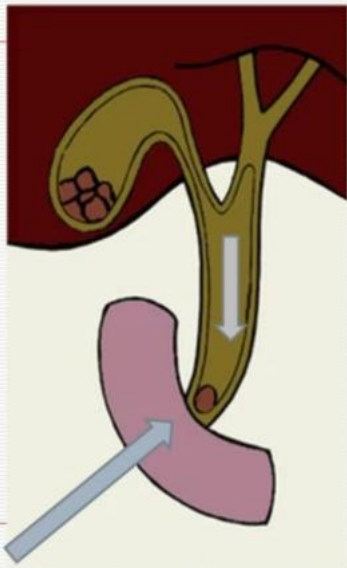
**гепатопривный
синдром**

Синдром печеночно-клеточной недостаточности (**синдром** малой печеночной недостаточности, гепатодепрессивный **синдром**) – группа биохимических признаков, свидетельствующих о значительном снижении различных функций печени, в первую очередь синтетической.

летальный исход

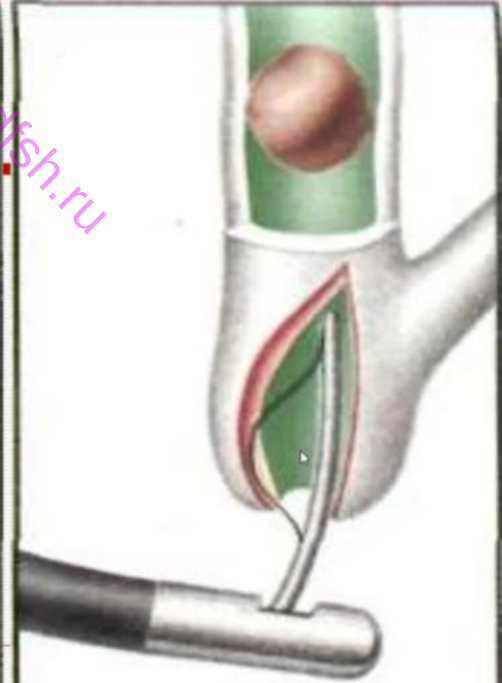
Клиника холедохолитиаза

- Болевой приступ в правом подреберье
- Механическая желтуха через 12-24 ч.
- Особая форма – вентильный холедохолитиаз, характеризующийся перемежающейся желтухой



Лечение холедохолитиаза

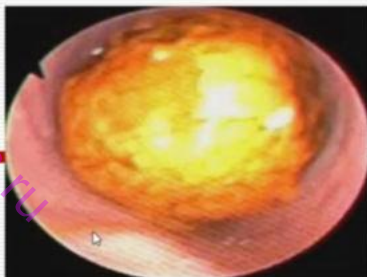
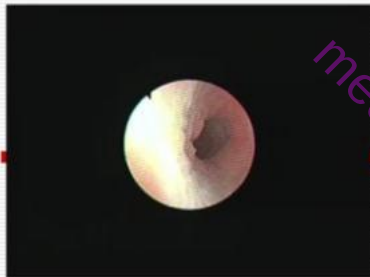
- ☐ Холангиолитиаз устраняется с помощью эндоскопических методов после выполнения ЭРХПГ. Выполняется эндоскопическая папиллосфинктеротомия в сочетании с удалением камней из холедоха петлей Дормиа, катетером Фогарти
- ☐ Лапаротомия с холедохотомией – альтернативный метод лечения.



medfish.ru

medfish.ru

1-in Korb 2-00



Ведение больного с холедохостомой

- ❑ Ежесуточное определение дебита желчи, выделяемой из холедохостомы.
 - ❑ При нормальной проходимости желчных путей к 5-7 суткам дебит желчи уменьшается (желчь поступает естественным путем).
 - ❑ На 10 сутки холедохостома пережимается.
 - ❑ На 14-15 сутки удаление холедохостомы (вокруг трубки успевает развиться адгезивный процесс).
 - ❑ Если после пережатия трубки боль, желтуха, гипертермия – в холедохе препятствие
фистулография через холедохостому ➡
-

Классификация стриктур желчных протоков

I. По происхождению:

1. Воспалительные
 - а) Первичные стриктуры, в т.ч. Болезнь Дельбе
 - б) Вторичные воспалительные стриктуры
2. Травматические рубцовые стриктуры

II. По протяженности:

1. ограниченные (до 2 см)
2. протяженные (свыше 2 см)

III. По локализации:

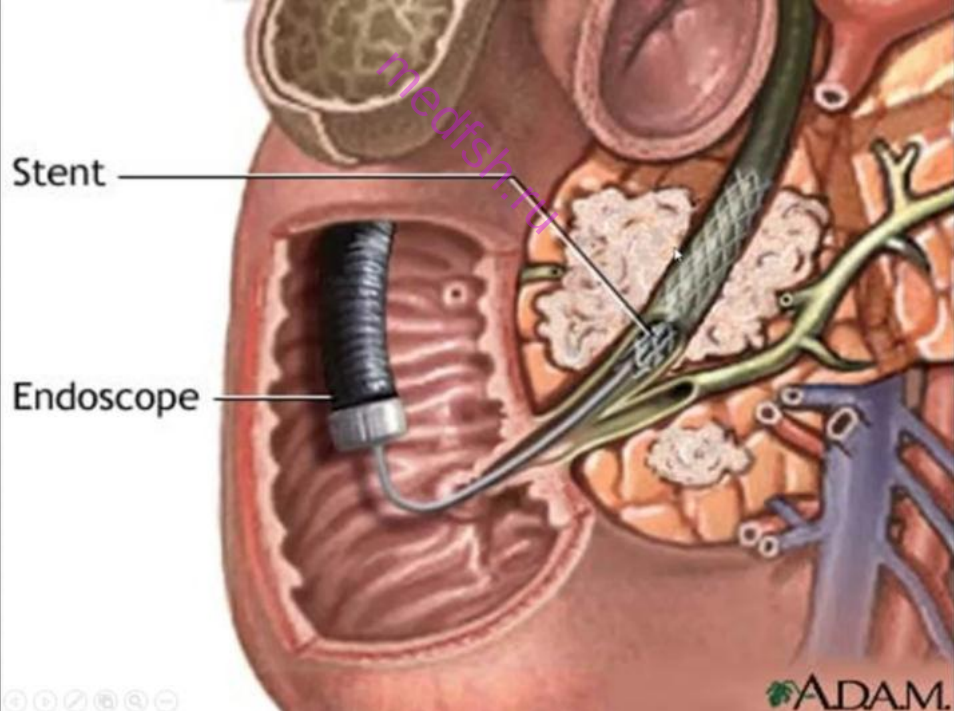
1. высокие (выше места впадения пузырного протока)
 - 0 уровень – бифуркация и до 1 см от бифуркации
 - 1 уровень – 1-2 см от бифуркации
 - 2 уровень – больше 2 см от бифуркации
- ~~2. низкие (расположенные ниже этого уровня)~~

I. Восстановительные операции (восстановление проходимости протоков)

1. ~~Эндобилиарные вмешательства под УЗИ или R – контролем (бужирование, баллонная дилатация, стентирование протоков).~~
2. Пластика стриктуры
3. Иссечение стриктуры с наложением анастомоза.

II. Реконструктивные операции (наложение билиодигестивных анастомозов)

1. Анастомозы внепеченочных желчных протоков:
 - а) с двенадцатиперстной кишкой (ХДА)
 - б) с тощей кишкой (гепатико-, холедохоеюноанастомозы по Ру или по Брауну).
2. Анастомозы внутрипеченочных желчных протоков с сегментом тощей кишки, исключенной по Ру или желудком при высоких стриктурах

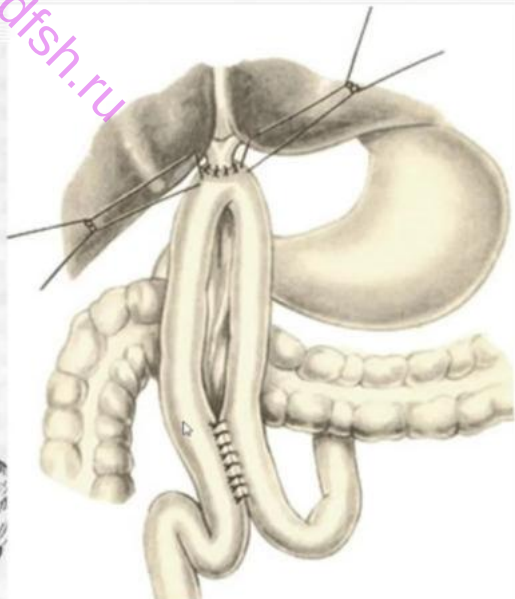
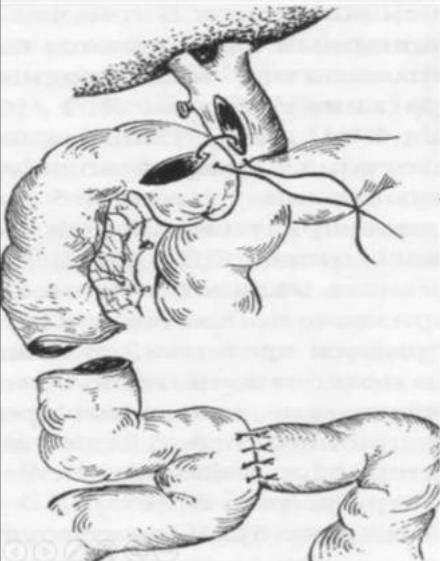


Stent

Endoscope

Гепатикоеюноанастомоз

medfish.ru

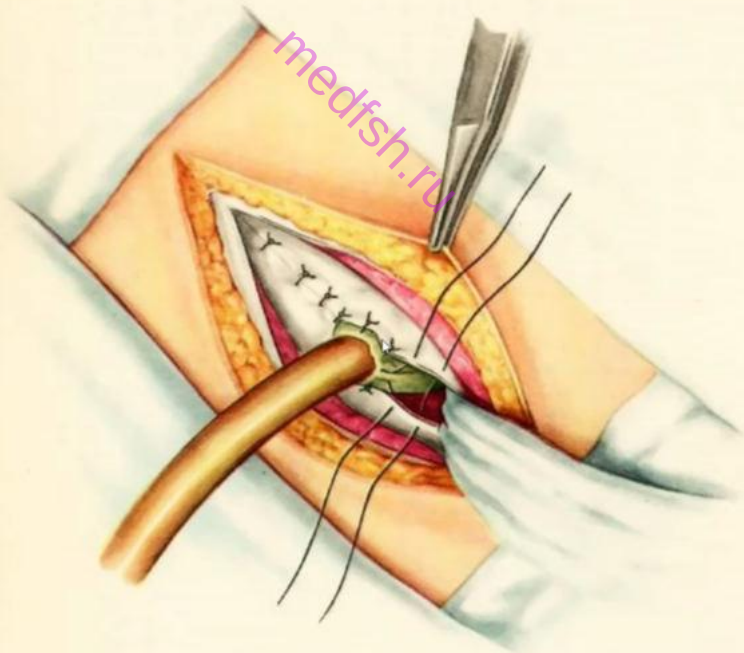




Холецисто- толстокишечный СВИЩ



medfish.ru



medish.in

