

# **Заболевания желчного пузыря и желчных протоков**

*Доцент Колоцей В.Н.*

**Желчнокаменную болезнь** рассматривают как полиэтиологичное заболевание. Причины камнеобразования до настоящего времени не полностью изучены. К основным факторам следует отнести следующие:

1. Нарушение физико-химического состава желчи и усиление ее литогенности вследствие гиперхолестеринэмии, снижения концентрации фосфолипидов и желчных кислот.
2. Воспаление стенки желчного пузыря, усиливающее кристаллизацию билирубина в пузырной желчи.
3. Застой желчи вследствие дискинезии желчевыводящих путей, дуоденостаза или нарушений опорожнения желчного пузыря.
4. Инфекции желчных путей и желчного пузыря.

# Различают следующие формы желчнокаменной болезни:

- ✓ **Латентная форма** (камненосительство). Считают, что в возрасте 18 лет 5% практически здоровых людей имеют камни в желчном пузыре и желчевыводящих протоках. К 60 годам число камненосителей (без клинических признаков болезни) увеличивается до 20%. При этом доказано, что у 50-60% камненосителей в сроки от 10 до 15 лет после обнаружения камней развиваются другие формы ЖКБ и ее осложнения. Поэтому латентную форму следует рассматривать как период течения желчнокаменной болезни.
- ✓ **Диспепсическая форма** (первично-хронический холецистит), характеризующаяся функциональными расстройствами деятельности желудочно-кишечного тракта (метеоризм, чувство тяжести в эпигастрии, изжога, горечь во рту, неустойчивый стул).

- ✓ **Печеночная (желчная) колика** — для нее характерны периодические схваткообразные боли в правом подреберье, особенно после погрешностей в диете или физической нагрузке.
- ✓ **Хронический рецидивирующий холецистит**. При этом каждый рецидив заболевания следует рассматривать как острое заболевание, требующее активного лечения в условиях хирургического стационара.
- ✓ **Хронический резидуальный холецистит** — в отличие от рецидивирующей формы полного благополучия в межприступный период у больных не наблюдается.
- ✓ **Прочие формы** (стенокардитическая, синдром (триада) Сента — сочетание желчнокаменной болезни, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы и полипоза толстого кишечника, вероятно, генетической природы).

# Острый холецистит

## Этиология и патогенез

- Врожденные факторы (функциональные и анатомические), затрудняющие выделение желчи в 12-перстную кишку
- Малоподвижный образ жизни
- Нарушение пассажа желчи; инфекция и камни
- Сенсibiliзация организма и другие заболевания органов пищеварительного тракта
- Нарушение пассажа желчи, связанное с функциональными или органическими изменениями
- Инфекция. Наиболее реальным путем инфицирования желчных путей является энтерогенный (вследствие дуодено-билиарного рефлюкса)

В патогенезе острого холецистита большое значение придается нарушению проходимости пузырного протока, в связи с чем возникает особая форма заболевания — острый обтурационный холецистит, при котором, по данным Б.А. Королева и Д.Л. Пиковского, у 96% больных бывают флегмонозные и гангренозные изменения стенки желчного пузыря.

# Классификация острого холецистита

каменный и бескаменный

- катаральный
- флегмонозный
- гангренозный (с перфорацией и без нее)
- осложненный

К осложнениям относят: перитонит, инфильтрат, абсцесс, гепатит, холангит, желтуха, панкреатит, печеночно-почечная недостаточность, сепсис и др.

# Клиника и диагностика острого холецистита

Заболевание, как правило, начинается после нарушения режима питания, приема большого количества жирной, мясной и грубой пищи, особенно в сопровождении спиртных напитков

- Первым проявлением острого холецистита является внезапная нарастающая постоянная боль в правом подреберье и в эпигастрии с иррадиацией в правые надключичную область, лопатку, плечо и в поясницу. Иногда боли иррадиируют в область сердца и могут симулировать приступ стенокардии или даже инфаркт миокарда — явление, впервые отмеченное С.П. Боткиным и названное холецистокардиальным синдромом. Если ОХ вызван обтурацией пузырного протока камнем, склонным к перемещению, боли бывают очень сильными, нередко приступообразными. Особенно сильные боли отмечены при миграции камня по общему желчному протоку, что объясняется не только повреждением слизистой оболочки камнем, спазмом шейки пузыря или сфинктера Одди, но и резким повышением гидростатического давления в протоках.

- Частым симптомом острого холецистита является многократная, не приносящая облегчения рвота содержимым желудка, а затем с примесью желчи. Этот симптом, по данным литературы, отмечен у 50-70% больных.

- Иногда присоединяются вздутие живота, задержка стула и газов, повышение температуры до 38-39 °С.

- Для деструктивных (флегмонозных и гангренозных) холециститов характерна наиболее тяжелая клиническая картина с нарастанием интоксикации, учащением пульса, выраженными воспалительными изменениями в крови (увеличением СОЭ, нарастанием лейкоцитов с резким нейтрофильным сдвигом влево).

- К специальным приемам исследования при остром холецистите относят выявление ряда симптомов, среди которых важнейшими являются симптомы Мерфи, Кера, Грекова-Ортнера, Мюсси-Георгиевского и Щеткина-Блюмберга.
- Большое значение в диагностике острого холецистита имеет лабораторное исследование: общий анализ крови и мочи, включая уробилин и желчные пигменты; исследование амилазы в моче, билирубина, ферментов (АСЛ, АСТ, ЩФ, ГГТ) и глюкозы плазмы крови.
- Из инструментальных методов диагностики в первую очередь выполняют ультразвуковое исследование (УЗИ) желчного пузыря. УЗИ при остром холецистите информативно до 90-92% клинических наблюдений.

## **УЗИ-признаками острого холецистита являются:**

Утолщение стенки желчного пузыря (более 4 мм).

Наличие двойного контура стенки желчного пузыря.

Выявление жидкости в правом подреберье.

Наличие ЭХО-признаков околопузырного инфильтрата.

Калькулез в желчном пузыре или желчевыводящих протоках.

Расширение холедоха более 10 мм в диаметре (признак желчной гипертензии).

При сомнениях в проходимости желчных протоков выполняют МР-холангиографию

В сложных случаях диагностики применяют лапароскопическое исследование, при котором можно обнаружить:

1. Наличие напряженного желчного пузыря.
2. Изменение цвета желчного пузыря (гиперемию, реже — в пятна темного цвета), наложения на нем фибрина.
3. Наличие воспалительного инфильтрата в подпеченочном пространстве.
4. Воспалительный выпот или гной в подпеченочном пространстве.
5. Бляшки стеатонекроза при холецистопанкреатите.

Нередко диагностическая лапароскопия дополняется лечебными мероприятиями (декомпрессивной холецистостомией, дренированием брюшной полости, блокадой круглой связки печени и др.).

# Лечение острого холецистита

Лечение ОХ может быть консервативным и оперативным. При отсутствии убедительных показаний к экстренной операции (перитонит, острый обтурационный холецистит) лечение начинают с консервативных мероприятий

- 1) назначают постельный режим;
- 2) показан голод в течение 2-3 суток; пить чаще разрешают, исключая сладкие и газообразующие напитки;
- 3) назначают холод (грелку со льдом) на область правого подреберья;
- 4) используют парентеральное введение растворов (5% раствор глюкозы с инсулином, раствор Рингера, белков) в объеме около 1,5 л, внутривенно;
- 5) применяют спазмолитики (подкожно — атропин 0,1% — 1,0; папаверин 2% — 1,0-2,0 мл; платифиллин 0,2%, 1,0 мл; но-шпу 2% — 2,0 и др.);
- 6) используют десенсибилизирующие и антигистаминные средства (внутримышечно — димедрол 1% — 1,0 или пипольфен 2,5% — 1,0);
- 7) из обезболивающих средств в/м назначают кеторол или анальгин 50% -2,0;
- 8) антибиотики широкого спектра действия.

# Оперативное лечение

экстренные операции – в 1-е сутки

срочные вмешательства – до 72 часов

отсроченные операции – через 12-13 дней

плановые операции – через 2-3 месяца

Деструктивные формы холецистита, включая окклюзионную его форму, осложненную перитонитом, необходимо оперировать в экстренном порядке. В срочных операциях нуждаются больные острым холециститом при безуспешности консервативной терапии а также при наличии механической желтухи и холангита. Отсроченные вмешательства показаны больным с купированным приступом заболевания, а также после предварительно выполненной декомпрессии желчевыводящих протоков (холецистостомий или эндоскопической папиллотомии).

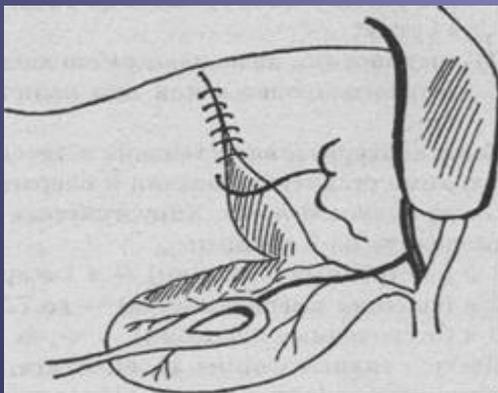
**Виды операций** – лапароскопическая холецистэктомия (вариант выбора) и открытая холецистэктомия (осложненные формы)

# Виды холецистэктомий

- Холецистэктомия от шейки



- Холецистэктомия от дна



# Хронический холецистит

- ✓ каменный и бескаменный, подразделяется на
- ✓ первичный (развивается без предшествующего острого приступа),
- ✓ резидуальный (в анамнезе отмечался один приступ острого холецистита),
- ✓ рецидивирующий (два и более приступов),
- ✓ осложненный (процесс в желчном пузыре осложнился водянкой, эмпиемой, склерозом, перипроцессом и рубцовыми деформациями, внутренними свищами, холангитом, гепатитом, панкреатитом или другими патологическими процессами).

# Клиника

- Ведущей жалобой является тупая, ноющая боль в правом подреберье, иррадиирующая в правую надключичную область, в лопатку или плечо.
- Течение хронического холецистита характеризуется периодичностью. При обострении процесса у больных наблюдается клиника острого воспаления желчного пузыря. В периоде ремиссии пациента могут беспокоить тупые боли в правом подреберье, непереносимость жирной, жареной, копченой и острой пищи, тошнота и отрыжка. Нередко присоединяется вторичное поражение поджелудочной железы с развитием хронического панкреатита.

# Диагностика и лечение

- ◎ УЗИ
- ◎ КТ
- ◎ МРТ
- ◎ ретроградная холепанкреатография через фибродуоденоскоп (РХПГ)

Лапароскопическая холецистэктомия

Экстракорпоральная литотрипсия  
является неэффективной

# Острый холангит

Сопровождается повышением температуры, увеличением печени и нарушением ее функций.

Триада Шарко:

- интенсивные боли в правом подреберье,
- высокая температура с ознобами,
- наличие желтухи.

В тяжелых случаях присоединяются

- гипотония
- токсическая энцефалопатия (пентада Рейнолдса).

# Лечение острого холангита

- открытая холецистэктомия, устранение механических препятствий для оттока желчи, наружное дренирование желчных протоков с антибактериальной противовоспалительной и дезинтоксикационной терапией в послеоперационном периоде

## *Альтернативно:*

- эндоскопическая папиллосфинктеротомия
- лапароскопическая холецистостомия

После стихания острых явлений -  
холецистэктомия

# Механическая желтуха

Наиболее частые причины:

- Холедолиятиаз
- Стеноз большого дуоденального сосочка
- Их сочетание

# Лечение механической желтухи

- 1) Эндоскопическая папиллотомия с экстракцией конкрементов, вторым этапом выполняют лапароскопическую холецистэктомию
- 2) Открытая холецистэктомия, холедохотомия, холедохолитотомия

# Операции на холедохе

- Билиодигестивный анастомоз ( по Флеркену, Юрашу-Виноградову, Финстереру и др.)
- Трансдуоденальная папиллосфинктеротомия
- Наружное дренирование холедоха ( по Вишневскому, Керу, Керте и др.)

# Дренирование холедоха по Керу и Керте

