

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН  
АНДИЖАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
КАФЕДРА ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ  
6-7 КУРСА И УРОЛОГИИ**

**«Хронический калькулезный холецистит»**

Этиопатогенез, Клиника, диагностика, осложнения,  
принципы консервативного и оперативного лечения.

**«Холецистопанкреатит»**

Этиопатогенез, Клиника, Диагностика, Осложнения,  
принципы консервативного и оперативного лечения.

*МЕТОДИЧЕСКАЯ РЕКОМЕНДАЦИЯ  
ДЛЯ АССИСТЕНТОВ ХИРУРГИЧЕСКИХ КАФЕДР*

Андижан - 2005 г.

**«УТВЕРЖДАЮ»**

Проректор по учебной  
работе АГМИ, профессор  
\_\_\_\_\_ К.К.Косимов

**«УТВЕРЖДАЮ»**

Председатель ЦПМК по  
«хирургии» профессор  
\_\_\_\_\_ Ф.Н.Нишонов

**«Хронический калькулезный холецистит»**

Этиопатогенез, Клиника, диагностика, осложнения,  
принципы консервативного и оперативного лечения.

**«Холецистопанкреатит»**

Этиопатогенез, Клиника, Диагностика, Осложнения,  
принципы консервативного и оперативного лечения.

*МЕТОДИЧЕСКАЯ РЕКОМЕНДАЦИЯ  
ДЛЯ АССИСТЕНТОВ ХИРУРГИЧЕСКИХ КАФЕДР*

Андижан - 2005 г.

**«УТВЕРЖДАЮ»**  
**Заведующий кафедрой**  
**хирургических болезней 6-7 курса и**  
**урологии, проф: \_\_\_\_\_ Нишанов**  
**Ф.Н.**

**РЕГЛАМЕНТ**  
учебного времени кафедры  
хирургических болезней 6-7 курса и урологии

	<b>Продолжительность, мин</b>	<b>Время</b>
1. Переключка.	5	8 <sup>00</sup> - 8 <sup>05</sup>
2. Проверка готовности студентов к теоретической части занятия.	120	8 <sup>05</sup> - 10 <sup>35</sup>
3. Перерыв.	10	8 <sup>50</sup> - 9 <sup>00</sup>
	10	9 <sup>45</sup> - 9 <sup>55</sup>
	10	10 <sup>25</sup> - 10 <sup>35</sup>
4. Осмотр больных по теме занятия. Самостоятельная курация больных. Интерпретация клинических симптомов.	45	10 <sup>35</sup> - 11 <sup>20</sup>
5. Обеденный перерыв.	40	11 <sup>20</sup> - 12 <sup>00</sup>
6. Семинарское занятие. Разбор теоретических вопросов, ситуационных задач, тестов.	90	12 <sup>00</sup> - 13 <sup>30</sup>
7. Перерыв	10	12 <sup>45</sup> - 12 <sup>55</sup>
	10	13 <sup>30</sup> - 13 <sup>40</sup>
8. Разбор практических навыков.	55	13 <sup>40</sup> - 14 <sup>35</sup>

**ОБЩИЕ ПРАВИЛА ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ**  
**ОЦЕНКА ТЕОРЕТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ**

До прихода на кафедру студенты должны переписать полную тематику занятий предстоящего цикла и приходить на каждое занятие подготовленными.

На теоретическом занятии ассистент обязан опросить каждого студента по заданной теме и выставить оценку по рейтинговой системе. Студенту задаются вопросы по теме занятия, если ответ студента не удовлетворяют преподавателя, он может задавать дополнительные вопросы.

За каждое занятие максимальный балл составляет 100; в том числе:

№	Успеваемость и баллы	Оценка	Качество оценки	Степень готовности
1	91 – 100	Отлично «5»	Анализирует, использует, понимает и знает.	4-степень: степень изобретательности.
2	86 – 90	Очень хорошо «5»	Анализирует, использует, понимает и знает.	3-степень: степень знания и опыта.
3	71 – 85	Хорошо «4»	Использует, понимает и знает.	3-степень: степень знания и опыта.
4	65 – 70	Полный удовлетворительный «3»	Знает, понимает	2-степень: степень успеваемости.
5	55 – 64	удовлетворительный т.е. выполняет минимальные требования «3»	Знает.	1-степень: степень представления.
6	54 – 41	Не удовлетворительный, требует дополнительной работы «2»	Плохо знает	0-степень: степень слабого представления.
7	40 – 30	Не удовлетворительный, требует много дополнительной работы «!»	Не знает.	0-степень: не имеет представления .
8	30	«0»	Балл посещаемости	0-степень.

### **КУРАЦИЯ БОЛЬНЫХ СТУДЕНТАМИ** (самостоятельная работа студентов).

Студенты во время курации выясняют жалобы, анамнез и проводят объективное обследование больного, работают с историей болезни больного.

Данные больного записываются студентами в журнал субординатора.

Ассистент обходит своих студентов во время курации, корригирует физикальное обследование больного, отвечает на возникшие вопросы, представляет студентам новые анализы, курируемых ими больных, обеспечивает их тонометром, термометром и визирует записи студентов в журнале субординатора.

### **ПРОВЕДЕНИЕ СЕМИНАРСКОГО ЗАНЯТИЯ**

Каждое семинарское занятие кто-нибудь из студентов готовит доклад по теме занятия на этот день (темы докладов ассистент заранее распределяет между студентами).

Доклад студента должен содержать обширную информацию по данной теме, он должен включать новые данные о диагностике и лечении заболеваний, взятые из современных литературных источников, Интернета и т.д.

После выслушивания доклада студенты должны задать докладчику вопросы, касающиеся разбираемой темы. Ассистент может корректировать вопросы и ответы студентов. В оставшееся время студенты должны решать тематические тесты и ситуационные задачи.

Занятие проводится в форме беседы. Основная цель семинарского занятия - закрепление теоретического материала.

## **РАЗБОР ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ**

Преподаватель объясняет студентам методику выполнения практических манипуляций у хирургических больных. Используются хирургические инструменты, зонды, катетеры и другие наглядные пособия. Методику инструментальных манипуляций можно объяснять на больном, которому показана эта процедура или схематично на рисунках, слайдах или таблицах; также могут быть использованы видеоматериалы.

## **НАГЛЯДНЫЕ ПОСОБИЯ**

1. Таблицы
2. схемы
3. слайды
4. цветные рисунки
5. компьютерные программы
6. научные статьи
7. рентгенограммы.
8. Видеофильм.

## **Тема занятия**

### **«Хронический калькулезный холецистит»**

Этиопатогенез, Клиника, диагностика, осложнения, принципы консервативного и оперативного лечения.

### **«Холецистопанкреатит»**

Этиопатогенез, Клиника, Диагностика, Осложнения, принципы консервативного и оперативного лечения.

#### ***Цель занятия:***

1. Изучить этиологию, патогенез, клинику и диагностику больных с хроническим калькулезным холециститом. Научиться правильной постановке диагноза согласно современной классификации. Уметь провести дифференциальный диагноз.
2. Изучить этиологию, патогенез, клинику и диагностику больных с холецистопанкреатитом. Научиться правильной постановке диагноза согласно современной классификации. Уметь провести дифференциальный диагноз.
3. Знать основные принципы консервативного и хирургического лечения больных с хроническим калькулезным холециститом и холецистопанкреатитом.
4. Установить основные принципы профилактики, трудовой экспертизы.

#### ***Контрольные вопросы:***

1. Этиология и патогенез хронического калькулезного холецистита.
2. Клиника, дифференциальный диагноз хронического калькулезного холецистита.
3. Принципы хирургического лечения хронического калькулезного холецистита.
5. Этиология и патогенез холецистопанкреатита.
6. Клиника, дифференциальный диагноз холецистопанкреатита.
7. Принципы лечения холецистопанкреатита.

# ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

## ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

Желчнокаменная болезнь является распространенным заболеванием, развивающимся у людей в возрасте старше 40 лет. Особенно часто это заболевание наблюдают среди городского населения индустриально развитых стран Европы и Северной Америки. По данным большинства исследователей, около 10% мужчин и до 25% женщин стран Европы страдают желчнокаменной болезнью. У лиц старше 70 лет этот показатель возрастает до 30—40%. Значительно чаще болеют женщины.

Этиология и патогенез. Морфологическим субстратом желчнокаменной болезни являются конкременты желчного пузыря и желчевыводящих путей. Желчные конкременты состоят из обычных компонентов желчи — билирубина, холестерина, кальция. Чаще всего встречаются смешанные камни, содержащие в большей или меньшей пропорции указанные ингредиенты. При значительном преобладании одного из компонентов говорят о холестериновых (около 90%), пигментных или известковых конкрементах. Их размеры широко варьируют от 1—2 мм до 3—5 см; форма может быть округлой, овальной, в виде многогранника и т. д.

Основным местом образования желчных конкрементов является желчный пузырь, в очень редких случаях — желчные пути. Выделяют три основные причины их образования: нарушение обмена веществ, воспалительные изменения эпителия желчного пузыря и застой желчи. При нарушении обмена веществ основное значение имеет не столько величина гиперхолестеринемии, сколько изменение соотношения в желчи концентрации холестерина, фосфолипидов (лецитина) и желчных кислот. Желчь становится литогенной, т. е. пресыщенной холестерином, который легко выпадает из нарушенного коллоида желчи в виде кристаллов, при увеличении в ней концентрации холестерина и уменьшении концентрации фосфолипидов и желчных кислот. Известно, что желчнокаменная болезнь часто развивается у больных с такими заболеваниями обмена веществ, как диабет, ожирение, гемолитическая анемия.

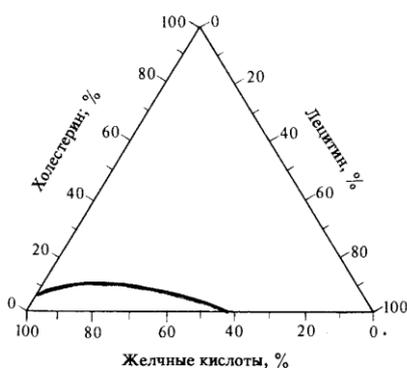


Рис. Треугольная система координат Адмиралда и Смолла.

Если показатель соотношения холестерина, желчных кислот и лецитина (фосфолипидов) находится в зоне, очерченной кривой линией, то такая желчь не литогенна, т. е. холестерин в ней находится в растворенном

состоянии. При прочих соотношениях компонентов желчи холестерин выпадает в виде кристаллов.

Повреждения стенки желчного пузыря также имеют немаловажное значение в генезе желчнокаменной болезни. У подавляющего большинства больных желчь является инфицированной. Инфекция приводит к повреждению стенки желчного пузыря, слущиванию ее эпителия. При этом возникают так называемые первичные ядра преципитации (бактерии, комочки слизи, клетки эпителия), служащие основой для выпадения в виде кристаллов основных составных частей желчи, находившихся до этого в коллоидном состоянии. Кроме того, повреждение стенки желчного пузыря нарушает процесс всасывания некоторых компонентов желчи, изменяет их физико-химическое соотношение, что способствует камнеобразованию. Длительный застой желчи играет определенную роль в литогенезе, облегчая выпадение в кристаллы составных частей будущего конкремента, их длительное нахождение в просвете пузыря. Кроме того, при холестазах может повышаться и концентрация холестерина, билирубина, кальция, что увеличивает литогенность желчи. Этому способствуют прием богатой холестерином пищи, ожирение, прием оральных контрацептивов.

Клиническая картина и диагностика. Желчнокаменная болезнь может протекать бессимптомно, и конкременты в желчном пузыре обнаруживают как случайную находку при обследовании пациентов по поводу другого заболевания, при операциях на органах брюшной полости или во время вскрытия. Наиболее часто желчнокаменная болезнь проявляется печеночной (желчной) коликой. Боли

возникают чаще всего после погрешности в диете (жирная, острая пища), при физической нагрузке, психоэмоциональном напряжении, тряской езде. Боли носят интенсивный режущий, колющий, раздражающий, реже приступообразный характер. Причинами возникновения болевого приступа являются ущемление конкремента в шейке желчного пузыря или пузырьном протоке, повышение давления вследствие нарушения оттока желчи. Боли локализуются в правом подреберье и эпигастральной области за счет иррадиации в чревное сплетение, отдают в поясничную область, правую лопатку, правое предплечье (раздражение ветвей правого диафрагмального нерва), реже возникает иррадиация болей в область сердца, симулирующая приступ стенокардии — симптом Боткина (холецистокоронарный симптом). Часто приступ печеночной колики сопровождается тошнотой и многократной рвотой с примесью желчи, не приносящей больному облегчения. Колика может длиться от нескольких минут до нескольких часов. Больные при этом беспокойны, часто меняют позу, стараясь найти удобное положение, при котором уменьшается интенсивность боли. Температура тела во время приступа остается нормальной, отмечается умеренная тахикардия — до 100 ударов в 1 мин. Язык влажный, обложен беловатым налетом. При осмотре обращает на себя внимание некоторое вздутие живота, правая половина брюшной стенки отстает в акте дыхания. При пальпации живота возникает резкая болезненность в правом подреберье, особенно в месте проекции желчного пузыря. Защитное напряжение мышц отсутствует или выражено незначительно, выявляют положительные симптомы Орнера, Георгиевского—Мюсси (болезненность при надавливании между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы). Симптомов раздражения брюшины нет. Количество лейкоцитов в крови нормальное. Приступ болей проходит самостоятельно или после введения спазмолитических средств, способствующих восстановлению оттока желчи.

### ХРОНИЧЕСКИЙ КАЛЬКУЛЕЗНЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ

Клиническая картина и диагностика. После прекращения приступа печеночной колики пациенты могут чувствовать себя здоровыми (бессимптомная стадия хронического холецистита). Однако нередко у них сохраняются тяжесть и тупые боли в правом подреберье, усиливающиеся после еды, особенно при

погрешности в диете, метеоризм, понос после жирной пищи, чувство горечи во рту и изжога, связанные с дуоденогастральным и гастроэзофагальным рефлюксами. Первично-хронический калькулезный холецистит протекает с указанными симптомами без приступов печеночной колики.

Осложнения. Осложнениями калькулезного холецистита являются холедохолитиаз, холангит, рубцовые стриктуры терминального отдела общего желчного протока, внутренние билиодигестивные свищи, водянка желчного пузыря.

Холедохолитиаз — наличие при желчнокаменной болезни конкрементов в общем желчном протоке — одно из наиболее частых осложнений желчнокаменной болезни. У лиц пожилого и старческого возраста холедохолитиаз наблюдают в 2—3 раза чаще. Конкременты в общий желчный проток попадают в подавляющем большинстве случаев из желчного пузыря. Миграция их возможна при коротком широком пузырном протоке, пролежне в области шейки желчного пузыря или кармана Гартмана с образованием широкого свища между желчным пузырем и общим желчным протоком. У некоторых больных (1—4%) возможно первичное образование конкрементов в желчевыводящих путях.

Холедохолитиаз может длительное время протекать бессимптомно. Даже при множественных конкрементах в общем печеночном и общем желчном протоках нарушения пассажа желчи возникают далеко не всегда. Желчь как бы обтекает конкременты, находящиеся в терминальном отделе общего желчного протока, она свободно поступает в двенадцатиперстную кишку. При миграции конкрементов в наиболее узкие отделы зоны общего печеночного и общего желчного протоков — его терминальный отдел и в ампулу большого сосочка двенадцатиперстной кишки возникает препятствие оттоку желчи в кишечник, что клинически проявляется обтурационной желтухой.

Желтуха является основным клиническим признаком холедохолитиаза. Иногда она носит ремиттирующий характер при наличии так называемого вентильного камня терминального отдела общего желчного протока или большого сосочка двенадцатиперстной кишки. При окклюзии камнем терминального отдела общего желчного протока возникает желчная гипертензия, что клинически

выражается тупыми болями в правом подреберье и желтухой. При дальнейшем повышении давления во внепеченочных желчных протоках просвет последних расширяется и конкремент как бы всплывает в проксимальные отделы зоны общего печеночного и общего желчного протоков, желтуха уменьшается и может вовсе исчезнуть.

Холангит — острое или хроническое бактериальное воспаление внутри- и внепеченочных желчных путей. Возникает чаще всего при холедохолитиазе, а также при других заболеваниях, сопровождающихся механической желтухой, за счет холестаза и имеющейся в желчи инфекции. По характеру морфологических изменений в стенках желчных протоков выделяют катаральный и гнойный холангит, по клиническому течению — острый и хронический.

Клинически острый холангит характеризуется внезапным повышением температуры тела до фебрильных цифр, потрясающим ознобом, тяжестью и тупыми болями в правом подреберье, тошнотой и рвотой. При остром гнойном холангите боли имеют интенсивный характер, рано появляется желтуха, которая связана с поражением печеночной паренхимы, а также с холестазом. Желтуха, потрясающие ознобы, высокая температура тела — грозные предвестники септического состояния с последующей централизацией кровообращения, развитием септического шока и печеночно-почечной недостаточности. При физикальном исследовании больных отмечают болезненность в правом подреберье, умеренно выраженную мышечную защиту (при гнойном холангите). Симптомы раздражения брюшины при этом отрицательны. У большинства больных можно прощупать нижний край увеличенной болезненной печени. При прогрессирующем бурном течении гнойного холангита образуются мелкие гнойники в стенках желчных протоков, в толще паренхимы печени и на ее поверхности, что приводит к образованию множественных холангиогенных абсцессов печени, абсцессов в поддиафрагмальном или в подпеченочном пространстве. Прогноз в таких случаях неблагоприятный.

Хронический склерозирующий холангит — хроническое воспаление желчных путей, сопровождающееся утолщением и склерозом их стенок, которое приводит к обструкции протоков. В большинстве случаев это генерализованный процесс,

захватывающий все желчные пути. Различают вторичный склерозирующий холангит, возникающий на фоне желчнокаменной болезни, после хирургических манипуляций и цирроза печени, и первичный, этиология которого неизвестна. Дискутируется возможность аутоиммунного генеза его, связи с язвенным неспецифическим колитом, струмой Риделя.

Клинически заболевание проявляется безболевым обтурационным желтухой. Диагноз нередко становится ясным после исключения рака желчных путей. Результаты как оперативного, так и консервативного лечения неудовлетворительные. При консервативном лечении применяют стероидные гормоны, иммунодепрессанты, антибиотики. При оперативном лечении, когда позволяют анатомические условия, накладывают билиодигестивные анастомозы, в отдельных случаях производят трансплантацию печени.

При ущемлении конкремента в ампуле большого сосочка двенадцатиперстной кишки наряду с нарушением оттока желчи и обтурационным желтухой происходит нарушение оттока панкреатического сока, часто развивается острый или хронический панкреатит.

Рубцовые стриктуры большого сосочка двенадцатиперстной кишки и терминального отдела общего желчного протока возникают при повреждении слизистой оболочки сосочка конкрементами, воспалительным процессом. Стриктуры могут быть ограниченными по протяженности от нескольких миллиметров до 1,0—1,5 см и тубулярными, при которых концентрическое сужение терминального отдела общего желчного протока возникает на протяжении 2,0—2,5 см и более. Такое условное подразделение стриктур удобно в плане выбора оптимального способа коррекции этого осложнения во время операции.

Рубцовые стриктуры, как правило, не имеют патогномоничных клинических симптомов. При выраженном стенозе терминального отдела общего желчного протока с нарушением пассажа желчи и панкреатического сока появляются симптомы холецистопанкреатита, острого или хронического панкреатита, обтурационной желтухи, холангита. Нередко стриктуры сочетаются с холедохолитиазом.

Внутренние билиодигестивные свищи. Возникают при длительном нахождении камней (особенно крупных) в желчном пузыре и образовании вследствие этого пролежня его стенки и близлежащего полого органа, тесно спаянного с пузырем за счет перихолецистита. Наиболее часто формирование свищей происходит между желчным пузырем и двенадцатиперстной кишкой или печеночным изгибом толстой кишки. Значительно реже формируются свищи между желчным пузырем и желудком или между желчным пузырем и зоной общего печеночного и общего желчного протоков.

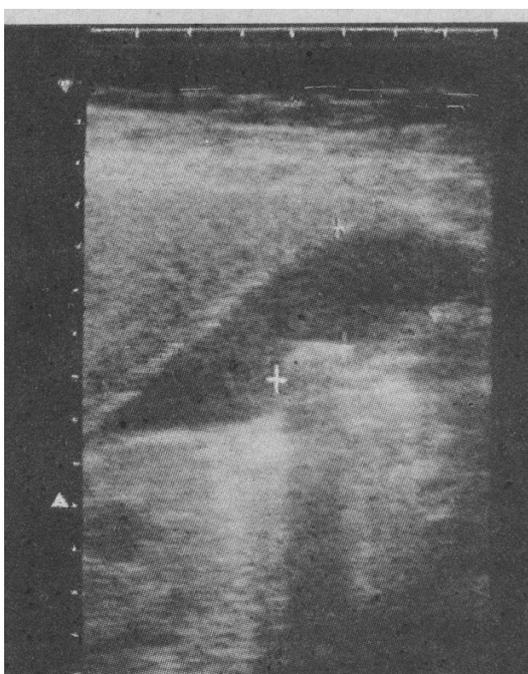
Клинические проявления внутренних билиодигестивных свищей скудные, поэтому поставить диагноз до операции удается далеко не у всех больных. Известны случаи развития острой обтурационной непроходимости кишечника, вызванной крупным конкрементом, мигрировавшим в просвет кишечника. Конкременты меньших размеров свободно проходят по кишке и выходят вместе с калом, что может быть обнаружено самим пациентом. При забросе инфицированного кишечного содержимого в просвет желчного пузыря и желчных протоков возникают симптомы холангита. При холецистохоледохоальном свище происходит миграция конкрементов из желчного пузыря в просвет общего желчного протока с развитием симптомов холедохолитиаза. При формировании свища из краев соустья возникает кровотечение, проявляющееся меленой.

Обзорная рентгенография органов брюшной полости у больных с пузырно-дуоденальным или пузырно-толстокишечными свищами позволяет выявить аэрохолию (наличие газа в желчном пузыре или желчных протоках).

В связи с тесной морфофункциональной взаимосвязью между желчным пузырем, желчными протоками и поджелудочной железой, а также различными патологическими состояниями, затрудняющими отток панкреатического сока (холедохолитиаз, стриктура большого сосочка двенадцатиперстной кишки, холангит и т. п.), к изменениям в желчных путях присоединяются изменения в поджелудочной железе, что клинически проявляется холецистопанкреатитом. При этом наряду с симптомами, характерными для холецистита и его осложнений, появляются клинические признаки хронического, реже острого панкреатита. Этим симптомам

следует уделять пристальное внимание, чтобы в дооперационном периоде обследования больного или во время операции выявить причину, вызвавшую развитие панкреатита, и ее устранить.

Водянка желчного пузыря развивается при небольшой вирулентности микробной флоры желчи и окклюзии шейки желчного пузыря или пузырного протока конкрементом. В желчном пузыре происходит всасывание составных частей желчи, бактерии погибают, содержимое желчного пузыря становится бесцветным, приобретает слизистый характер. При физикальном исследовании больных можно пропальпировать дно увеличенного, растянутого, безболезненного желчного пузыря. При наличии вирулентной инфекции стенки желчного пузыря утолщаются, а в



просвете его формируется гной. В таких случаях поражение желчного пузыря расценивается как хроническая эмпиема его.

Основным способом диагностики желчнокаменной болезни и ее осложнений является ультразвуковое исследование. При этом в просвете желчного пузыря определяют плотные эхоструктуры, перемещающиеся при изменении положения тела (рис. 121). Достоверность данного метода исследования достигает 96—98%. Информативность

ультразвукового исследования в диагностике холедохолитиаза значительно ниже.

Информативность холецистохолангиографии в диагностике холелитиаза составляет 70—85%, при этом наиболее полная информация может быть получена при инфузионной методике внутривенного введения контрастного вещества. Прямым признаком холедохолитиаза является наличие дефектов наполнения на фоне контрастированного желчного пузыря (рис. 122). Холедохолитиаз с помощью указанных методов исследования диагностируется не более чем у половины больных с этим осложнением желчнокаменной болезни. При повышении уровня билирубина в

крови свыше 0,02—0,03 г/л резко нарушается функциональное состояние гепатоцитов, поэтому указанные методы холецистохолангиографии неприменимы.

Наиболее информативными способами диагностики холедохолитиаза и стриктур терминального отдела общего желчного протока являются ретроградная панкреатохолангиорентгенография, чрескожная чреспеченочная холангиография, а также контрастное исследование желчных путей под контролем ультразвукового исследования или лапароскопии.

Единственно возможным способом излечения больного при хроническом калькулезном холецистите является хирургическое лечение. До сих пор не существует лекарственных препаратов, способных вызывать растворение конкрементов в желчном пузыре и желчных протоках. В последнее время в научной литературе появились сведения об успешном растворении мелких холестериновых конкрементов препаратами, синтезированными на основе солей желчных кислот. Недавно появились два новых способа лечения калькулезного холецистита:



экстракорпоральная ударно-волновая литотрипсия и лапароскопическая холецистэктомия. Преимущества первого метода заключаются в неоперативном разрушении желчных конкрементов, что особенно важно у лиц пожилого и старческого возраста, и возможности повторного выполнения этой процедуры. Однако далеко не все конкременты поддаются дроблению, а у 10—25% больных приходится выполнять эндоскопическую папиллотомию для удаления их из желчных

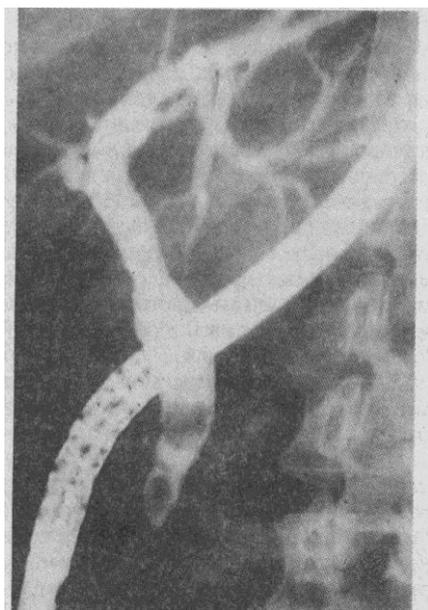
протоков, куда фрагменты конкрементов попадают из желчного пузыря. Кроме того, повышенная литогенность желчи и измененная стенка желчного пузыря создают условия для повторного образования конкрементов.

Опыт лапароскопической холецистэктомии пока еще невелик, хотя первые результаты ее вполне обнадеживающие. Эта манипуляция неприменима при выраженном спаечном процессе в области желчного пузыря и крупных конкрементах

в его просвете. Показанием к хирургическому лечению калькулезного холецистита, кроме безуспешности и бесперспективности консервативного лечения, является реальная возможность развития осложнений, в том числе рака желчного пузыря, который развивается почти у 5% больных, страдающих калькулезным холециститом.

Рис. Множественные холестериновые камни желчного пузыря. На фоне контрастированного желчного пузыря видны множественные «плавающие» дефекты наполнения. Холецистограмма.

Рис. Холедохолитиаз, стриктура терминального отдела общего желчного протока. Отмечается значительное расширение общего желчного протока, в терминальном его отделе — два дефекта наполнения (камни), контрастное вещество не поступает в двенадцатиперстную кишку, дистальный отдел общего желчного протока резко сужен. Ретроградная панкреатохолангиорентгенограмма.



Основным типом операции при хроническом калькулезном холецистите является холецистэктомия. Желчный пузырь после ориентировки в патологических изменениях выделяют чаще «от шейки» с отдельной перевязкой пузырной артерии и пузырного протока. При выраженных воспалительных и рубцовых процессах в области шейки желчного пузыря и печеночно-двенадцатиперстной связки, когда трудно

дифференцировать ее элементы, прибегают к удалению желчного пузыря «от дна». Во всех случаях необходимо субсерозное удаление желчного пузыря с последующей перитонизацией остатками его брюшинного покрова ложа желчного пузыря. Эта мера необходима в качестве профилактики кровотечения и желчеистечения из добавочных желчных ходов в области ложа желчного пузыря.

Во время холецистэктомии, несмотря на предоперационное исследование, должна быть проведена тщательная ревизия внепеченочных желчных протоков в связи с возможностью наличия холедохолитиаза, стриктуры большого сосочка

двенадцатиперстной кишки и т. д. Наиболее простым и информативным способом интраоперационного исследования является холангиография. Для этого через культю пузырного протока в общий желчный проток вводят специальную канюлю или полиэтиленовый катетер, через которые вводят контрастное вещество (верографин и т. п.). До операции под туловище больного подкладывают специальный плоский ящик с рентгеновской кассетой. После введения в просвет желчных путей контрастного вещества выполняют снимок с помощью передвижного рентгеновского аппарата (рис. 124). На снимке можно определить диаметр желчного протока (в норме до 8—10 мм), дефекты наполнения, прохождения контрастного вещества в двенадцатиперстную кишку. При холедохолитиазе обнаруживают расширение просвета общего желчного протока, округлые или полигональные дефекты наполнения контрастного вещества в его просвете. При вклинении камня в области ампулы большого сосочка двенадцатиперстной кишки или его рубцовой стриктуре поступление контрастного вещества в двенадцатиперстную кишку затруднено или вовсе отсутствует. Желчные протоки обычно расширены. В этих случаях нельзя ограничиться только холецистэктомией, необходимо вмешательство на внепеченочных желчных путях. При подозрении на нарушение пассажа желчи, симптомами которого являются расширение просвета общего желчного протока, желтуха к моменту операции или в анамнезе, применяют другие интраоперационные способы исследования, например интраоперационную холангиоскопию, при которой прохождение контрастного вещества по желчным путям контролируют на экране рентгеновского аппарата. Этот метод исследования позволяет изучить все фазы прохождения контрастного вещества и четко определить даже мелкие конкременты.

Простым способом диагностики холедохолитиаза является трансиллюминация. Для этого под печеночно-двенадцатиперстную связку помещают источник света и определяют на общем красноватом фоне тканей темные пятна конкрементов. Трансиллюминация не всегда информативна при мелких конкрементах, особенно при локализации их в области терминального отдела общего желчного протока и большого сосочка двенадцатиперстной кишки. В настоящее время имеются приспособления для интраоперационного ультразвукового сканирова-

ния печени, желчных протоков, поджелудочной железы. Этот метод проще и безопаснее, чем рентгенологическое исследование, а по достоверности и полноте информации он превосходит их, так как позволяет визуализировать не только желчные ходы и конкременты, но и рядом расположенные сосуды, кисты, опухоли и т. п.

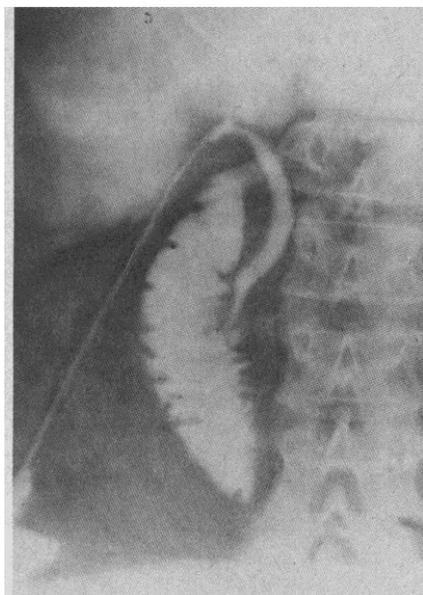


Рис. Интраоперационная холангиограмма. Общий желчный проток не расширен, дефектов наполнения в нем нет, контрастное вещество свободно поступает в двенадцатиперстную кишку.

При серьезных подозрениях на холедохолитиаз выполняют диагностическую супрадуоденальную холедохотомию на протяжении 1—1,5 см. Иногда не определяемые пальпаторно до холедохотомии конкременты общего желчного протока хорошо ощущаются на зонде, введенном в его просвет. С помощью специального набора зондов Дольотти различного диаметра можно установить проходимость терминального отдела общего желчного протока и большого сосочка двенадцатиперстной кишки. Свободное прохождение зонда №4—5 (номер зонда соответствует диаметру его сливы в миллиметрах) подтверждает отсутствие стриктуры терминального отдела общего желчного протока.

Наибольшая степень достоверности выявления конкрементов зоны общего печеночного и общего желчного протоков может быть достигнута при фиброхоледохоскопии. Для этого через холедохотомическое отверстие вводят специальный гибкий оптический прибор — фиброхоледохоскоп и осматривают просвет желчевыводящих путей на фоне введения в их просвет стерильного изотонического раствора хлорида натрия. С помощью этого прибора можно осмотреть правый и левый печеночный протоки, общий печеночный и общий желчный протоки, включая и большой сосочек двенадцатиперстной кишки. Кроме конкрементов и стриктур общего желчного протока, можно выявить мак-

роскопические признаки холангита: гиперемию, отечность, фибриновые налеты или изъязвления слизистой оболочки протоков в зависимости от характера воспалительных изменений (катаральный, гнойный холангит).

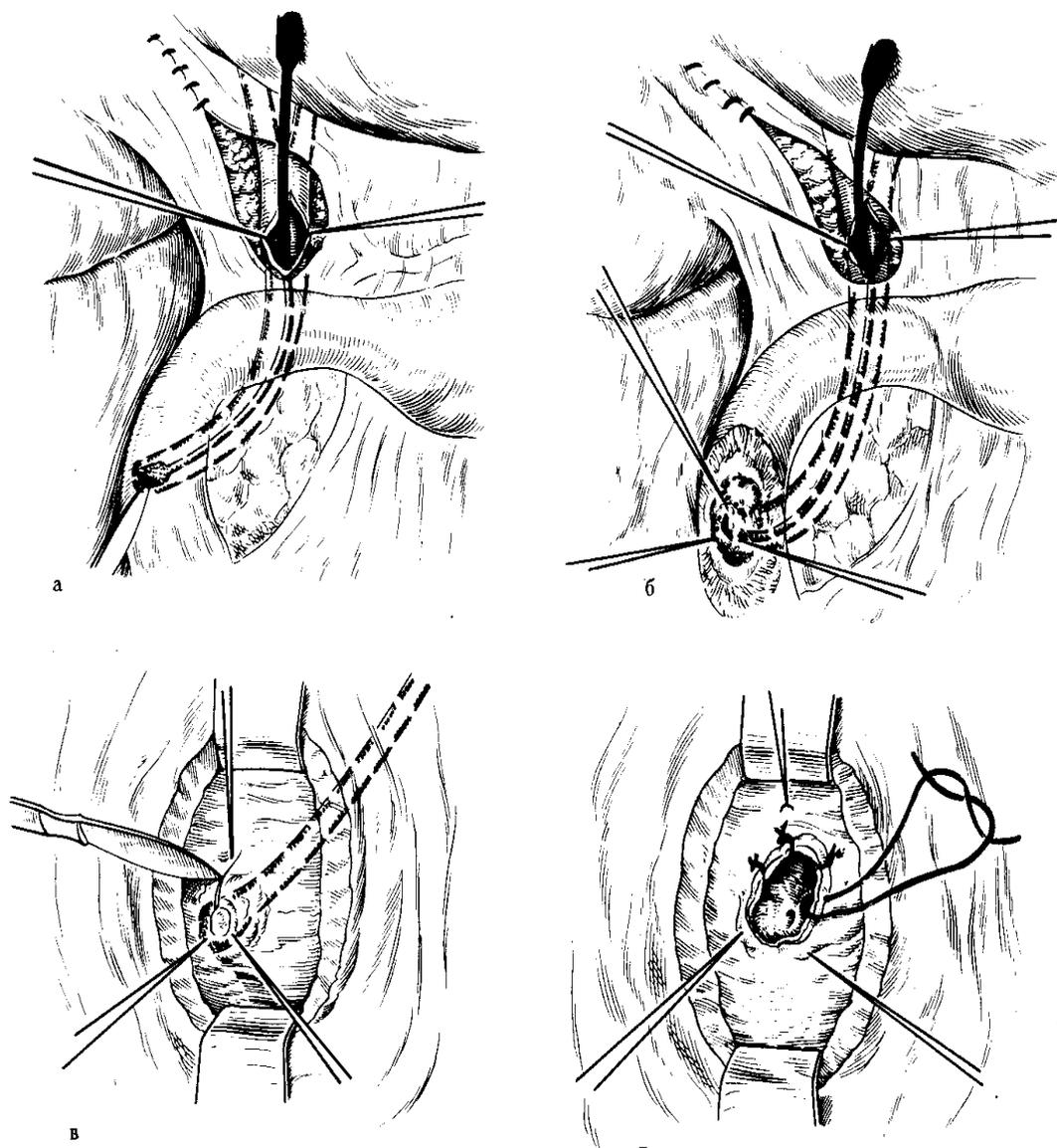


Рис. Папиллосфинктероластика.

а — холедохотомия, введение зонда в просвет общего желчного протока; б — рассечение передней стенки вертикальной ветви двенадцатиперстной кишки над большим сосочком двенадцатиперстной кишки; в — рассечение верхней стенки большого сосочка двенадцатиперстной кишки; г — сшивание слизистых оболочек общего желчного протока и двенадцатиперстной кишки.

При холедохолитиазе производят супрадуоденальную холедохотомию, удаление конкрементов специальными щипчиками, окончатými зажимами или зондом Фогарти. После их удаления производят холангиографию, холангиоскопию или холедохоскопию для выявления неудаленных конкрементов. Если хирург уверен, что все конкременты удалены, проходимость желчных путей сохранена и отсутствует холангит, то оперативное пособие можно завершить «глухим» швом общего желчного протока. Однако при этом сохраняется возможность подтекания желчи между швами. Поэтому более целесообразно операцию закончить временным дренированием общего желчного протока через культю пузырного протока или через холедохотомическое отверстие Т-образным дренажем. Этот дренаж обеспечивает надежную декомпрессию желчных путей, хорошо фиксируется в просвете общего желчного протока.

а — рассечение в продольном направлении двенадцатиперстной кишки и общего желчного протока; б — формирование задней «губы» анастомоза; в — формирование передней «губы» анастомоза; г — заверченный вид операции (передняя стенка анастомоза частично удалена).

Если в просвет большого сосочка двенадцатиперстной кишки вклинена конкремент, то удаление его через холедохотомическое отверстие, как правило, невозможно. В этом случае прибегают к дуоденотомии и рассечению большого сосочка двенадцатиперстной кишки, что позволяет извлечь конкремент. Вклинение его часто сочетается со стриктурой сосочка и терминального отдела общего желчного протока. При небольших ограниченных стриктурах оптимальной операцией является папиллосфинктеротомия с папиллосфинктеропластикой. Для этого большой сосочек двенадцатиперстной кишки рассекают по его верхнему контуру (во избежание повреждения протока поджелудочной железы) на протяжении 0,8—1,5 см. Затем отдельными швами сшивают слизистую оболочку передней стенки общего желчного протока со слизистой оболочкой задней стенки двенадцатиперстной кишки (рис. 125). При протяженных тубулярных стриктурах терминального отдела общего желчного

протока папиллосфинктеротомия невыполнима, поэтому для обеспечения адекватного оттока желчи накладывают супрадуоденальный холедоходуоденоанастомоз (рис. 126). Эта операция менее физиологична, чем папиллосфинктеропластика, так как ниже анастомоза образуется «слепой мешок», в котором застаиваются желчь, пища, слизь, что может привести к развитию камней и холангита. Вследствие неустранимого препятствия оттоку панкреатического сока сохраняются или появляются симптомы хронического панкреатита. В этих случаях сочетание холедоходуоденостомии и папиллосфинктеропластики позволяет значительно улучшить функциональные результаты операции.

Холецистэктомия — основное оперативное вмешательство, выполняемое при остром холецистите. Удаление желчного пузыря может представлять значительные трудности в связи с выраженными воспалительными изменениями в нем и окружающих его тканях. Поэтому рекомендуют удалять пузырь «от дна». Холецистэктомия должна быть дополнена интраоперационным исследованием внепеченочных желчных протоков (холангиографией). При обнаружении холедохолитиаза или стеноза терминального отдела общего желчного протока производят те же манипуляции, которые принято делать в аналогичных случаях при плановых операциях у больных хроническим калькулезным холециститом (холедохотомия, T-образный дренаж и др.). В брюшной полости оставляют дренаж для контроля за крово- и желчеистечением.

Холецистостомия с удалением конкрементов и инфицированного содержимого желчного пузыря показана в редких случаях в качестве вынужденной меры при общем тяжелом состоянии пациента и массивном воспалительном инфильтрате вокруг желчного пузыря, особенно у лиц пожилого и старческого возраста. Эта операция позволяет лишь ликвидировать острые воспалительные изменения в стенке желчного пузыря. В отдаленные сроки после операции, как правило, в желчном пузыре вновь образуются конкременты и больных приходится оперировать повторно.

Летальность после холецистэктомии, выполненной по поводу острого холецистита, составляет 6—8%, достигая у лиц пожилого и старческого возраста 15—20%.

## БЕСКАМЕННЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ

Выделяют острый и хронический бескаменный холецистит.

Острый бескаменный холецистит. Этиология его связана с бактериальной инфекцией, повреждающим действием панкреатического сока на слизистую оболочку желчного пузыря при рефлюксе его из протока поджелудочной железы в желчные протоки и желчный пузырь, с различными препятствиями оттоку желчи из желчного пузыря (длинный извитой пузырный проток, спазм сфинктера Люткенса и т. п.). Клинические проявления острого бескаменного холецистита аналогичны таковым при остром калькулезном холецистите, так же как и степень морфологических изменений в стенке желчного пузыря (катаральный, флегмонозный, гангренозный холецистит). В диагностике и выборе способа лечения больного решающее значение принадлежит данным объективного обследования пациента, динамике клинической картины болезни на фоне проводимого лечения. При деструктивных формах холецистита выполняют срочное оперативное лечение — холецистэктомию с интраоперационным исследованием проходимости желчных протоков (холангиография). Необходимость интраоперационной холангиографии диктуется тем, что при бескаменном холецистите иногда можно обнаружить мелкие конкременты в желчных протоках, рубцовый стеноз большого сосочка двенадцатиперстной кишки. Довольно часто острый бескаменный холецистит сочетается с воспалительными изменениями в поджелудочной железе (холецистопанкреатит). Увеличенная головка поджелудочной железы может сдавливать терминальный отдел общего желчного протока, вызывая желчную гипертензию. В этих случаях во время операции необходимо дренировать желчные пути.

Хронический бескаменный холецистит. Клиническая картина бескаменного хронического холецистита сходна с таковой при хроническом калькулезном холецистите. Однако боли в правом подреберье не столь интенсивны, но отличаются длительностью, почти постоянным характером, усилением после погрешности в

диете. Для диагностики наиболее информативными являются ультразвуковое исследование и холецистохолангиография. Сходную клиническую картину могут давать многие заболевания других органов пищеварительной системы — гастрит, язвенная болезнь, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, хронический колит и т. п. Поэтому при подозрении на хронический бескаменный холецистит необходимо тщательное разностороннее обследование больного. При длительном упорном течении хронического бескаменного холецистита, при неэффективности консервативного лечения показана холецистэктомия.

### **Ситуационные задачи.**

1. Больной, 46 лет, 4 года назад в плановом порядке по поводу желчнокаменной болезни, хронического калькулезного холецистита была выполнена операция холецистэктомии. Из анамнеза заболевания известно, что пациентка страдала приступами острых болей в правом подреберье, которые иногда сопровождались потемнением мочи. Послеоперационный период протекал без осложнений. 2 нед тому назад после погрешности в диете у больной возникли острые боли в верхней половине живота, повышение температуры тела до 37,5 °С, озноб и субиктеричность склер. При обследовании, по данным УЗИ, выявлено умеренное расширение гепатикохоледоха. Наиболее вероятный предварительный диагноз. Какое дополнительное диагностическое вмешательство необходимо для уточнения диагноза?
2. У больной, 50 лет, в течение 1,5 мес отмечено стабильное нарастание желтухи, анемии с периодическими подъемами температуры тела. При пальпации обнаружен увеличенный безболезненный желчный пузырь. Больная отмечает резкое похудание, отвращение к мясным блюдам. Какое заболевание можно предположить?
3. При выполнении больному, 69 лет, плановой операции по поводу ЖКБ, холедохолитиаза, хронического холангита хирург обнаружил, что гепатикохоледох расширен до 2,5 см, не напряжен, с множеством камней, стенки его не утолщены, буж № 4 свободно проходит в двенадцатиперстную кишку, головка поджелудочной железы умеренно уплотнена. Как необходимо завершить вмешательство?
4. У больной, 75 лет, страдающей ИБС, осложненной эпизодами мерцательной аритмии, гипертонической болезнью, бронхиальной астмой, при УЗИ органов брюшной полости выявлены 3 крупных

конкремента в желчном пузыре. Приступов желчной колики, желтухи в прошлом не отмечала. Сделайте предложения по лечению.

5. На 2-е сутки после лапароскопической холецистэктомии по поводу ЖКБ, хронического калькулезного холецистита у больного развилась желтуха, имеющая тенденцию к быстрому прогрессированию. Какая из причин возникшего осложнения представляется наиболее вероятной?
6. Больная, 50 лет, госпитализирована в хирургический стационар с жалобами на выраженную слабость, головокружение, периодическую рвоту, похудание, умеренные боли в верхней половине живота, желтуху. Страдает в течение 4 мес. За медицинской помощью не обращалась. При обследовании выявлена опухоль поджелудочной железы, прорастающая в двенадцатиперстную кишку, кровоточащая. В анализе крови: гемоглобин 80г/л, билирубин –150 мкмоль/л. Выберите лечебную тактику.
7. Больная 52 лет, лечилась в хирургическом отделении по поводу обострения хронического панкреатита, получала консервативную терапию. Выписана в удовлетворительном состоянии, но при пальпации в эпигастральной области сохранялась выполненность с нечеткими границами. Через 3 нед на фоне приступа кашля самочувствие внезапно ухудшилось, появились острые боли в животе, наблюдался коллапс. При повторном осмотре имеются признаки раздражения брюшины и уменьшение в размерах пальпируемого ранее образования. Какой диагноз наиболее вероятен?
8. Больной М., 64 лет, оперирован по поводу деструктивного калькулезного холецистита. На операции при пункции желчного пузыря эвакуировано 80 мл мутной желчи с хлопьями. Далее при выделении острым путем желчного пузыря из своего ложа обнаружен просвет диаметром 5 мм, из которого поступала прозрачная желчь. Последний расценен как незаращенный печеночно-пузырный ход, выполнены его прошивание и перевязка. В послеоперационном периоде отмечено ухудшение общего состояния больного, с 3-х суток - нарастание билирубинемии, интоксикации. Какое осложнение необходимо исключить в первую очередь?
9. Через 48 ч после лапароскопической холецистэктомии больная жалуется на боли в животе, чувство вздутия, тошноту. Какие лечебно-диагностические действия наиболее рациональны?
10. Больная, 36 лет, поступила с жалобами на озноб и боли в правом подреберье. Заболела 2 сут назад. При УЗИ выявлены конкременты в желчном пузыре до 0,5 см в диаметре, перипузырная инфильтрация. Какой должна быть тактика хирурга?

1. Что является абсолютным показанием к холедохотомии
- a) Хронический калькулезный холецистит
  - b) Рак печени
  - c) Обтурационная механическая желтуха
  - d) Эхинококк печени
  - e) Холедох 0.7 см
2. Появление болей в правой подвздошной области при нанесении толчков в левой подвздошной области - это симптом
- a) Ровзинга
  - b) Ситковского
  - c) Воскресенского
  - d) Раздольского
  - e) Бартомье-михельсона
3. Осложнения, возможные при остром холецистите и холангите /укажите неправильный ответ/
- a) Пневмония
  - b) Перитонит
  - c) Абсцесс печени
  - d) Пилефлебит
  - e) Межкишечный абсцесс
4. Лечение острого холецистита /укажите неправильный ответ/
- a) Грелка в правом подреберье
  - b) Покой
  - c) Спазмолитические средства
  - d) Антибиотикотерапия
  - e) Инфузионная терапия
5. У больного с эхинококкозом печени появилась повышенная тем-ра тела, желтушность кожных покровов. С чем связано появление желтушности
- a) Прорыв кисты в желчный проток
  - b) Киста расположена близко к желчным протокам
  - c) Большими размерами кисты
  - d) Прорыв нагноившейся кисты в брюшную полость
  - e) Произошло обызвествление кисты
6. Основные методы исследования при остром холецистите
- a) Объективный осмотр, анамнез, исследование крови, УЗИ
  - b) Зондирование 12-перстной кишки
  - c) "r"-скопия брюшной полости, ЭКГ, эндоскопия
  - d) Исследование желчного пузыря контрастным методом
  - e) "r"-скопия грудной и брюшной полости
7. Часто встречающиеся признаки острого холецистита
- a) Боли и напряжение мышц в правом подреберье, многократная рвота, t+38 c, тахикардия

- b) Сильные боли в эпигастральной части и рвота
- c) Многократная рвота, боли вокруг пупка, асимметрия живота
- d) Боли и напряжение мышц правой половины живота, частое дыхание, гиперлейкоцитоз
- e) Многократная рвота "кофейной гущей", слабость, снижение а/д, вздутие живота

#### 8. Принципы лечения острого холецистита

- a) Если консервативная терапия неэффективна – операция
- b) После установки диагноза срочно оперировать
- c) Консервативное лечение
- d) До операции необходимо физиотерапевтическое лечение
- e) Не оперируются во время приступа

#### 9. Признаки острого холангита

- a) Гектическая т-ра, ознобы, боли в области печени, желтушность кожи
- b) Рвота т+38 с, боли в правом подреберье, напряжение мышц передней брюшной стенки
- c) Субфебрильная т-ра, пальпируется желчный пузырь, ускорение соэ, лейкоцитоз, рвота
- d) Увеличение печени, появление жидкости в брюшной полости, зуд и желтушность кожи
- e) Нормальная т-ра, желтушность и зуд кожи, отсутствие аппетита, симптом курвуазье

#### 10. Что нетипично для предоперационной подготовки больного с механической желтухой

- a) Антикоагулянтная терапия
- b) Детоксикационная терапия
- c) Антибиотикотерапия
- d) До операции декомпрессия желчных путей
- e) Трансфузионная терапия

## Список литературы.

1. Дадвани С.А. и др. Желчнокаменная болезнь //.- М., Издательский дом Видар – М, 2000. – 144 с., ил.
2. Дегтерева А.А., Хмелевский Е.М. Лазерное обезболивание в раннем послеоперационном периоде. //Новое в лазерной медицине и хирургии: Межд. науч. конф. Тез. докл. - М., 1990. Т.1. с 24-25.
3. Дедерер Ю.М. и др. Холецистит у больных старческого возраста// Хирургия им. Н.И.Пирогова. 1986. №4. С. 103-105.
4. Дедерер Ю.М., Костинов Г.Г. Профилактика желчного перитонита при остром холецистите у больных пожилого и старческого возраста лечение перитонита. //Ультразвук в хирургии: Тез. докл. науч. конф. Омск, 1986. с 25 - 26.
5. Доценко Б.М. и др. Хирургическое лечение острого холецистита у больных группы повышенного риска// Хирургия им. Н.И.Пирогова. 1991 № 7 С. 92-102.
6. Железный М.И. и др. Ранняя плановая операция при остром холецистите у больных пожилого и старческого возраста// Клиническая хирургия. 1993. № 4. С. 54-55.
7. Нишанов Ф. Н. и др. Особенности лапароскопической холецистэктомии у тучных больных. //Анналы хирургической гепатологии. Тез.докл. VIII межд. науч. конф. хирургов гепатологов стран СНГ. Ташкент, 2000. Т.5. №2. с 130.
8. Омиров Р.Ю. и др. Одномоментная операция холецистэктомия и эхинококкэктомия печени. //Холецистит и его осложнения: Тез докл. Респ. науч-прак. с межд. участием. Бухара, 1997. с 40-41.
9. Омиров Р.Ю. и др. Эффективность комплексного послеоперационного лечения больных с острым холециститом. //Холецистит и его осложнения: Тез докл. Респ. науч-прак. с межд. участием. Бухара, 1997. с 21.

- 10.Паньков А.Г. и др. Опыт холецистэктомии из минилапаротомного доступа// Российский журнал гастроэнтерологии гепатологии, колопроктологии. 1999. №2. С. 81-82.
- 11.Петров В.П. и др. Активная хирургическая тактика при остром холецистите //Всероссийская конф. хирургов. Экстренная хирургия желчнокаменной болезни: Тез. докл. Есентуки, 1994. с 18.
- 12.Хирургические болезни. Под редакцией академика АМН СССР М.И. Кузина 1986 г.