

ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИ- ЧЕСКИЙ СИНДРОМ

- Кафедра госпитальной хирургии
- Профессор В.А.Гольбрайх

«Умножая свои знания,

мы умножаем

свои

проблемы...»»

*Синдром после холецистэктомии -
группа патологических состояний,
наблюдавшихся у больных после
холецистэктомии*

Малле-Ги, 1948 г.

ХРОНОЛОГИЧЕСКИЕ ВЕХИ В ЛЕЧЕНИИ ЖКБ.

1680

G.ZAMBECCARI

**ПРОИЗВЕДЕНА ПЕРВАЯ
ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ У
СОБАКИ**

1735 J.L.PETIT

**ПРОИЗВЕДЕНА
ХОЛЕЦИСТОСТОМИЯ**

1881 W.HALSTED

**ПРОИЗВЕДЕНА
ХОЛЕЦИСТОТОМИЯ С
УДАЛЕНИЕМ КАМНЕЙ**

1882

C.LANGENBUCH

**ПЕРВАЯ
ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ**

1884 Е.В.ПАВЛОВ

**ПЕРВАЯ В РОССИИ
ХОЛЕЦИСТОТОМИЯ**

Хронология лечения ЖКБ

1889

Ю.Ф.КОСИНСКИ
Й

ПЕРВАЯ
ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ В
РОССИИ

1937 P.L. MIRIZZI ПРИМЕНЕНИЕ ИОХГ

1950 J.LUDWIG

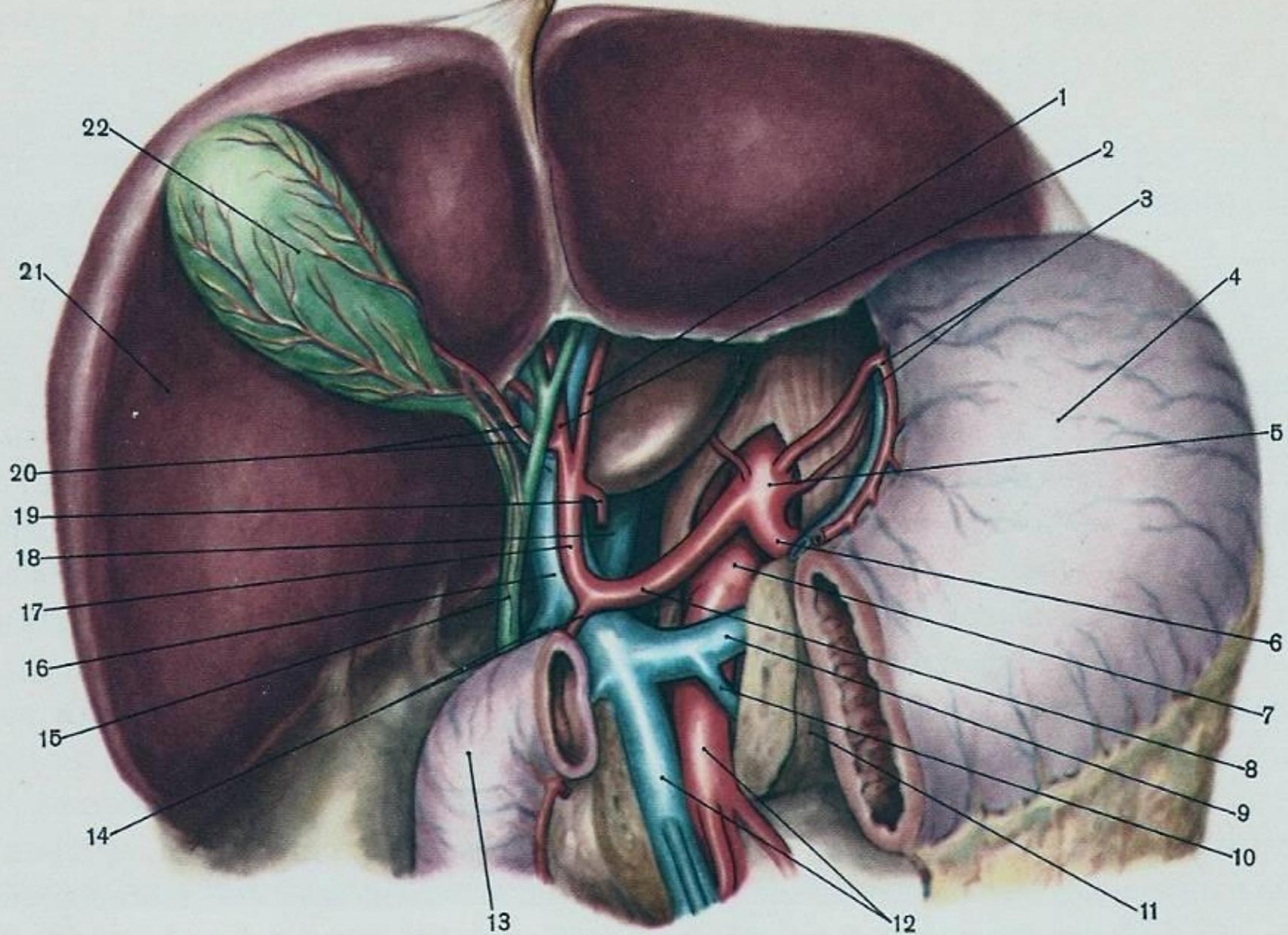
ПЕРВОЕ УПОМИНАНИЕ ОБ
УЗИ ПРИ ЖКБ

1987 R.MOURET

ВПЕРВЫЕ В МИРЕ ЛХЭ

1991

В РОССИИ ВЫПОЛНЕНА



551. Кровеносные сосуды печени и желчного пузыря (желудок и поджелудочная железа частично иссечены).

ТОПОГРА- ФИЯ И СХЕМА СТРОЕНИЯ ЖЕЛЧЕ- ВЫВОДЯ- ЩИХ ПУТЕЙ

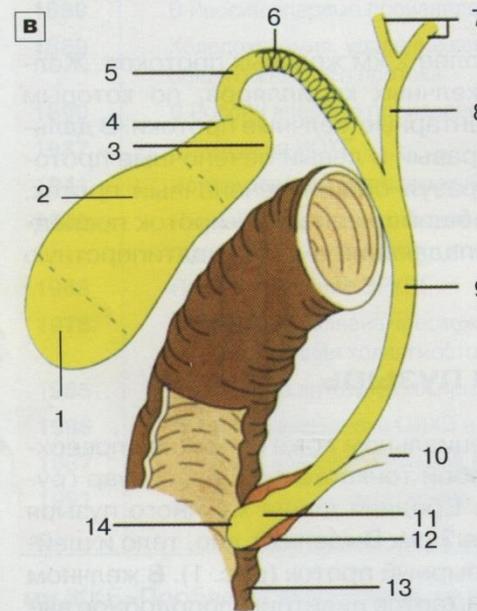
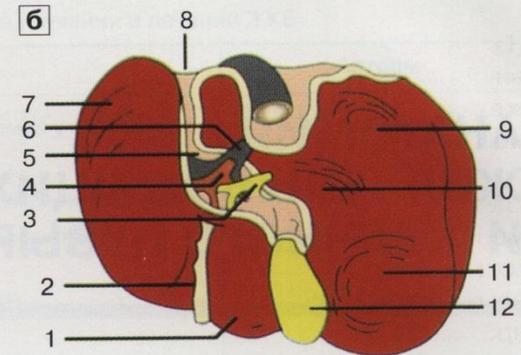
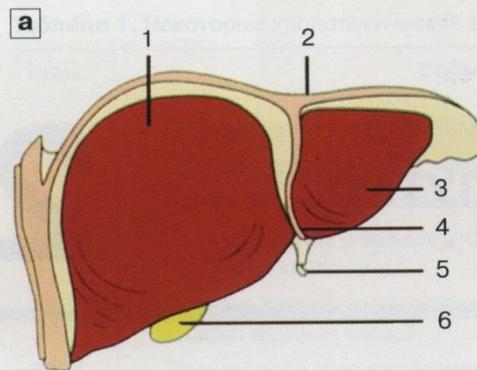
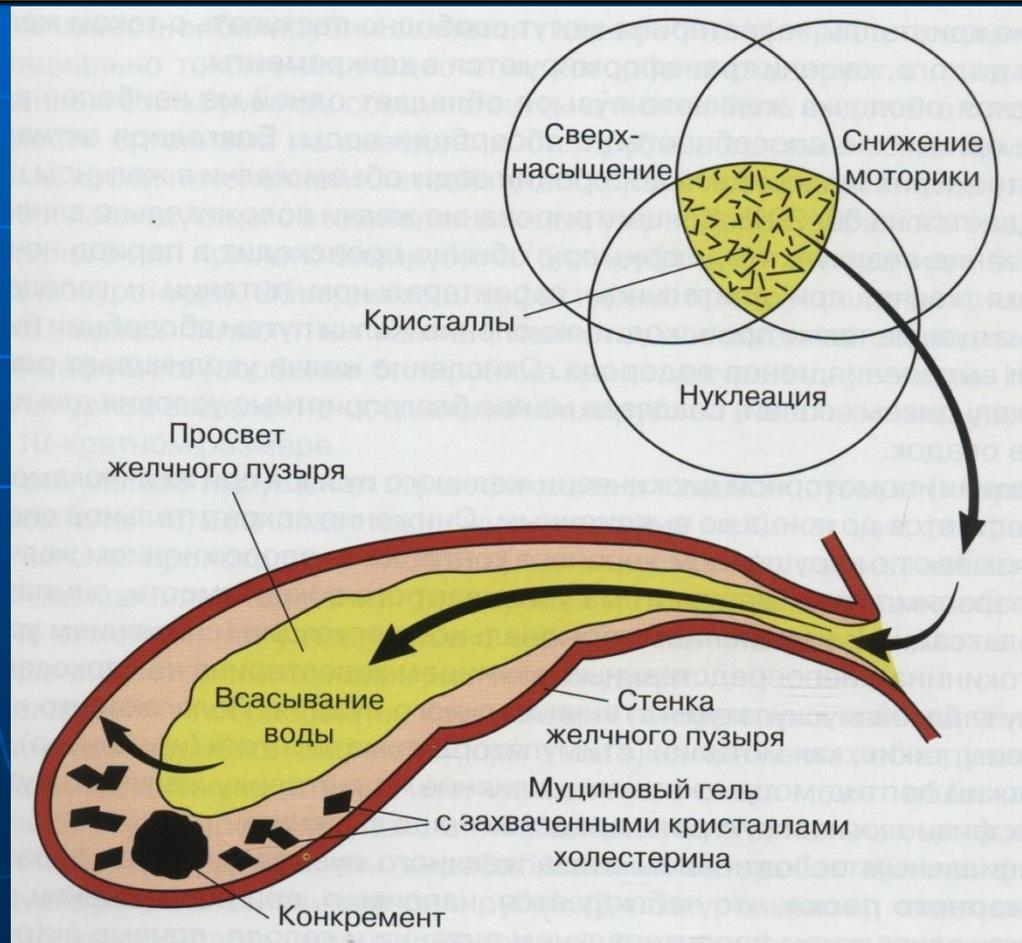


Рис. 1. Топография и схема строения желчевыводящих путей (по Ш. Шерлок, Дж. Дули. Заболевания печени и желчных путей: Практич. рук. М.: Гэотар Медицина, 1999). а – печень и желчный пузырь, вид спереди: 1 – правая доля, 2 – диафрагма, 3 – левая доля, 4 – серповидная связка, 5 – круглая связка, 6 – желчный пузырь. б – печень и желчный пузырь, вид снизу: 1 – квадратная доля, 2 – круглая связка, 3 – желчный проток, 4 – печеночная артерия, 5 – ворота печени, 6 – воротная вена, 7 – желудочное вдавление, 8 – борозда венозной связки, 9 – почечное вдавление, 10 – двенадцатиперстокишечное вдавление, 11 – ободочнокишечное вдавление, 12 – желчный пузырь. в – желчный пузырь и желчные протоки: 1 – дно желчного пузыря, 2 – тело желчного пузыря, 3 – карман Хартмана, 4 – шейка, 5 – пузырный проток, 6 – спиральная заслонка Хайстера, 7 – печеночные протоки, 8 – общий печеночный проток, 9 – общий желчный проток, 10 – панкреатический проток, 11 – фатерова ампула, 12 – сфинктер Одди, 13 – двенадцатиперстная кишка, 14 – большой сосочек двенадцатиперстной кишки.

СХЕМА ПАТОГЕНЕЗА ОБРАЗОВАНИЯ ХОЛЕСТЕРИНОВЫХ КАМНЕЙ



ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ХОЛЕЛИТИАЗА

1. **ЖЕНСКИЙ ПОЛ** – УСКОРЕНИЕ СИНТЕЗА ХОЛЕСТЕРИНА В РЕЗУЛЬТАТЕ ПОВЫШЕНИЯ АКТИВНОСТИ СОА-РЕДУКТАЗЫ ПЕЧЕНИ
2. **ОЖИРЕНИЕ** – НАРУШЕНИЕ ОПОРОЖНЕНИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ, СТАЗ ЖЕЛЧИ
3. **БЕРЕМЕННОСТЬ** – ОЖИРЕНИЕ, ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ ТРИГЛИЦЕРИДОВ, СНИЖЕНИЕ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ
4. **ДИАБЕТ** – ПОВЫШЕНИЕ СЕКРЕЦИИ ХОЛЕСТЕРИНА И УСКОРЕНИЕ ПРОХОЖДЕНИЯ ЧЕРЕЗ КИШЕЧНИК

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ХОЛЕЛИТИАЗА

5. **ОРАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ ХОЛЕСТЕРИНА** – **ПОВЫШЕНИЕ СЕКРЕЦИИ**
6. **ЭСТРОГЕНЫ** – **ПОВЫШЕНИЕ ВЫДЕЛЕНИЯ ХОЛЕСТЕРИНА В ЖЕЛЧЬ, СНИЖЕНИЕ СИНТЕЗА ЖИРНЫХ КИСЛОТ**
7. **ЦЕФТРИАКСОН** – **ОСАЖДЕНИЕ НЕРАСТВОРИМОЙ СОЛИ КАЛЬЦИЙ-ЦЕФТРИАКСОН**

ПРИНЦИП 5 “F”

(J.Deaver,1930)

1. FEMINE - ЖЕНЩИНА

2. FAT - ПОЛНАЯ

3. FERTILE - БЫВШАЯ

БЕРЕМЕННОЙ

4. FORTY - 40 ЛЕТ,
СТАРШЕ

5. FAIR - БЛОНДИНКА

Осложнения ЖКБ

- 1.механическая желтуха,
- 2.перитонит,
- 3) перипузырный инфильтрат или абсцесс,
- 4)холедохолитиаз,стеноз БДС,
- 5)с-м Мирizzi,
- 6) желчнокаменная ОКН.

Синдром Мириззи (Аргентина)

- Стеноз общего желчного протока: холецистит, холангит, механическая желтуха.
- 1 тип – сужение проксимального отдела холедоха, 2 тип – холецистодуоденальный свищ

**БЕЗВРЕДНЫЙ
ЖЕЛЧНЫЙ КАМЕНЬ –
ЭТО МИФ.**

У.Мейо

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ ЖКБ

- 1. КАМНИ В ЖЕЛЧНОМ ПУЗЫРЕ И, ТЕМ БОЛЕЕ, В ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКАХ ТРЕБУЮТ НЕЗАМЕДЛИТЕЛЬНОГО ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ.**

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ ЖКБ

2. **НЕХИРУРГИЧЕСКИЕ
МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ЖКБ
ИМЕЮТ ОГРАНИЧЕННЫЕ
ПОКАЗАНИЯ.**

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ ЖКБ

3. **ТХЭ ОСТАЕТСЯ
СТАНДАРТОМ ПРИ
СРАВНЕНИИ
ЭФФЕКТИВНОСТИ НОВЫХ
МЕТОДОВ
ХИРУРГИЧЕСКОГО
ЛЕЧЕНИЯ**

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ЖКБ

- 1. Растворение камней в желчном пузыре (литолитическая терапия).
- . Основными препаратами, применяемыми для растворения камней в желчном пузыре, являются урсодезоксихолевая кислота (Урсосан) и хенодезоксихолевая кислота (Хенофальк). Урсосан и Хенофальк снижают в желчи уровень веществ, способствующих образованию камней (холестерин) и повышает уровень веществ, растворяющих камни (желчные кислоты). Литолитическая терапия эффективна только в случае наличия небольших холестериновых камней, на ранних стадиях заболевания. ОКТАГЛИН – для контактного растворения камней

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ЖКБ

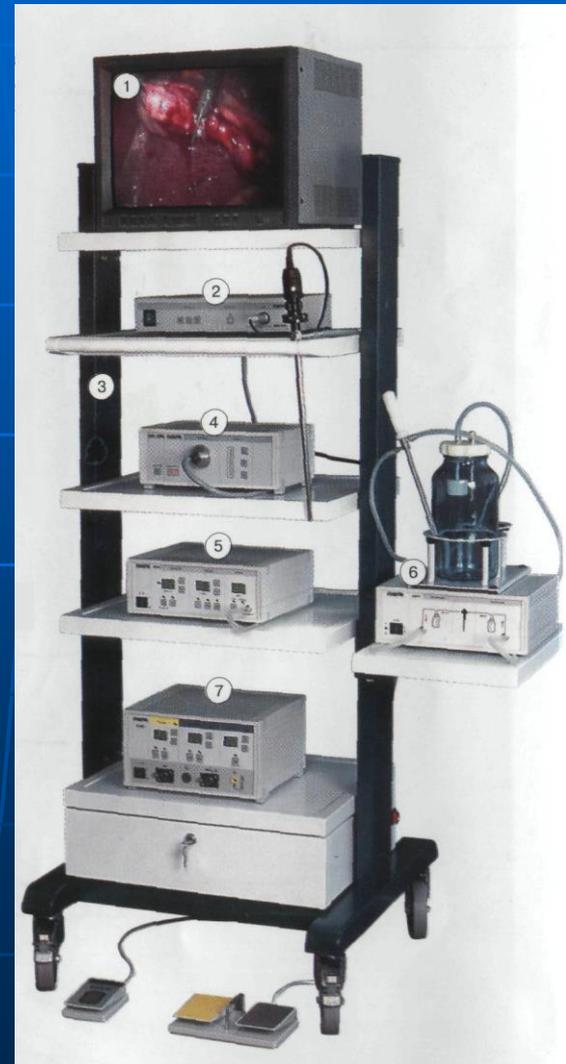
- 2. Дробление камней в желчном пузыре (экстракорпоральная литотрипсия)
- Метод экстракорпоральной литотрипсии основан на воздействии высокого давления на камень в желчном пузыре. Повышенное давление создается ультразвуком. Оно разрушает камень и дробит его на более мелкие части, которые впоследствии растворяют с помощью медикаментов (Урсосан или Хенофальк). Эффективен в случае наличия небольших холестериновых камней, на ранних стадиях заболевания.

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ЖКБ

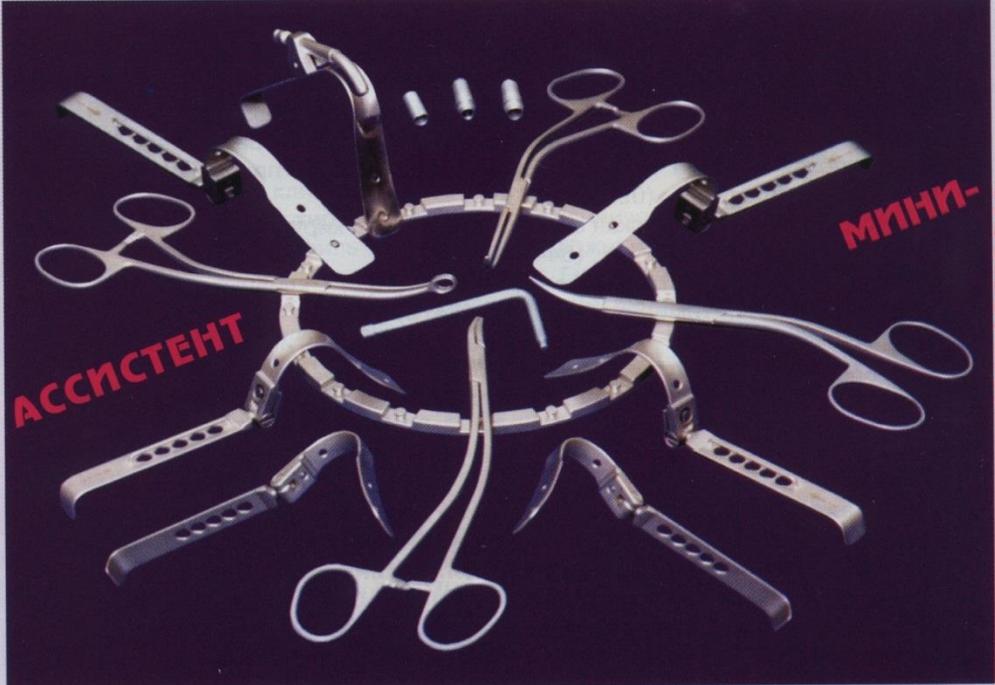
- Удаление желчного пузыря (холецистэктомия):
 - 1) традиционная,
 - 2) лапароскопическая,
 - 3) холецистэктомия из минидоступа

ЭНДОХИРУРГИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС

1. ВИДЕОМОНИТОР
2. ВИДЕОКАМЕРА
ОКО ЭВК-103
3. ПРИБОРНАЯ СТОЙКА
4. КСЕНОНОВЫЙ
ОСВЕТИТЕЛЬ
ОКО ОК-300
5. АСПИРАТОР-
ИРРИГАТОР
6. ИНСУФЛЯТОР
7. АППАРАТ ЭЛЕКТРО-
ХИРУРГИЧЕСКИЙ
ВЫСОКОЧАСТОТНЫЙ



НАБОР ИНСТРУМЕНТОВ ЛИГА-7



МИНИ-АССИСТЕНТ

МИНИ-АССИСТЕНТ

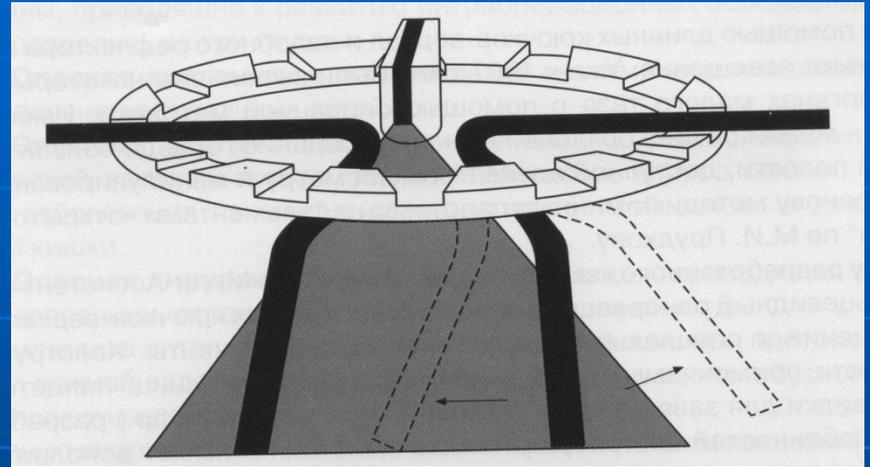
УНИФИЦИРОВАННЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ИНСТРУМЕНТЫ
И ПРИСПОСОБЛЕНИЯ ДЛЯ КЛАССИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ,
ХИРУРГИИ МАЛЫХ ДОСТУПОВ И БЕЗГАЗОВОЙ ЛАПАРОСКОПИИ

МИНИ-АССИСТЕНТ

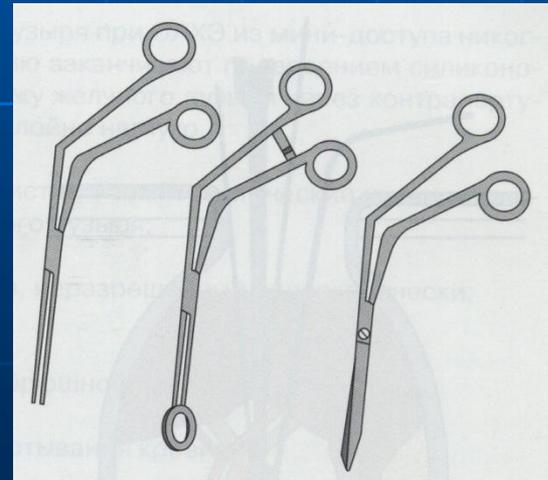
(Сертификат РОСС RU.UM02.B06524)

ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ ЛХЭ ИЗ МИНИ-ДОСТУПА

**НАЧАЛЬНЫЙ ЭТАП
ЛХЭ ИЗ МИНИ-
ДОСТУПА**

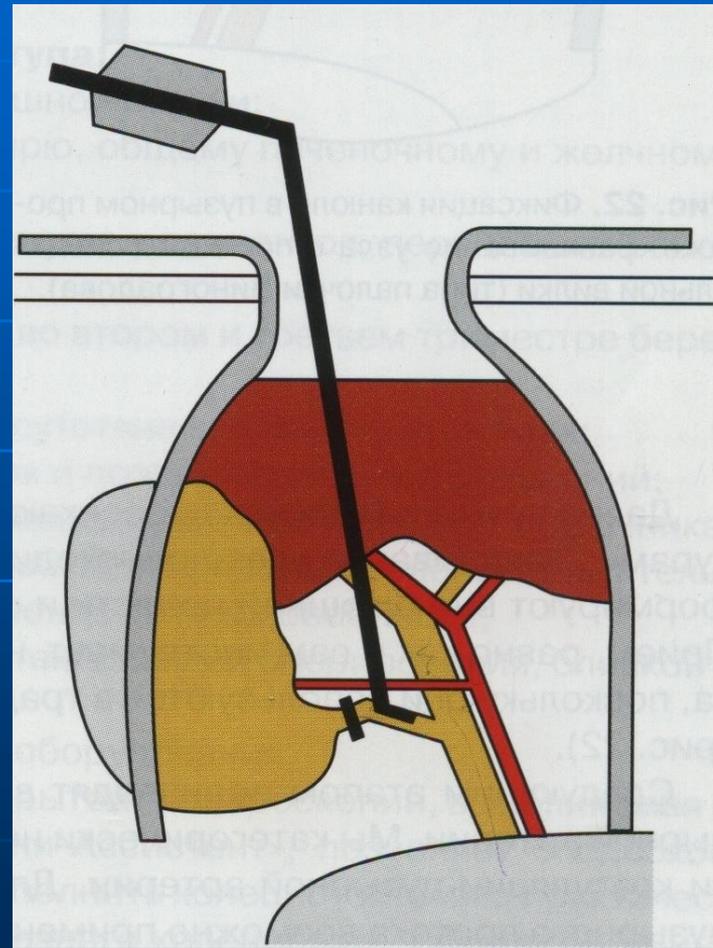


**ИНСТРУМЕНТЫ СО
СМЕЩЕННЫМ
ЦЕНТРОМ ДЛЯ
ДИСТАНЦИОННОГО
О
ОПЕРИРОВАНИЯ**



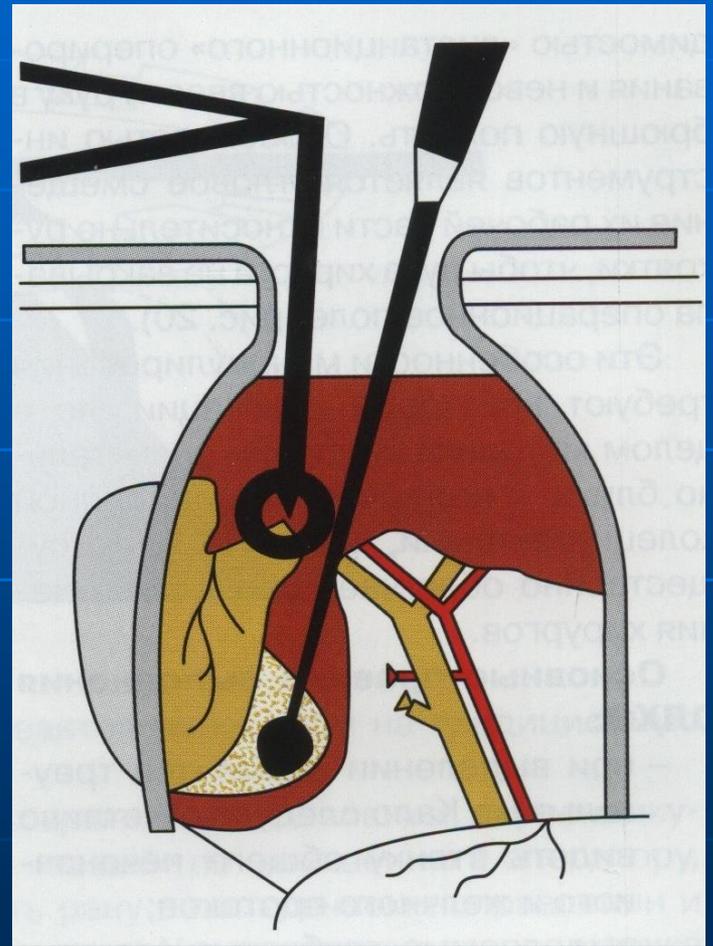
ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ ЛХЭ ИЗ МИНИ-ДОСТУПА

**КАНЮЛЯЦИЯ
ПУЗЫРНОГО
ПРОТОКА ДЛЯ
ИНТРА-
ОПЕРАЦИОННО
Й ХОЛАНГИО-
ГРАФИИ**



ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ ЛХЭ ИЗ МИНИ-ДОСТУПА

ПОСЛЕ ПЕРЕСЕЧЕНИЯ
И ПЕРЕВЯЗКИ
ПУЗЫРНОГО
ПРОТОКА И
ПУЗЫРНОЙ
АРТЕРИИ
ПРОИЗВОДЯТ
ОТДЕЛЕНИЕ
Ж.ПУЗЫРЯ ОТ ЛОЖА
С ПОМОЩЬЮ
ПОЭТАПНОЙ
ДИАТЕРМО-



Классификация ПХЭС

1. *Истинный синдром после холецистэктомии.*
2. *Остаточные жалобы после ХЭ вследствие еще одной болезни органов брюшной полости.*
3. *Остаточные жалобы вследствие заболевания, связанного с ЖКБ.*
4. *Технические погрешности выполненной операции.*
5. *Неадекватная коррекция имевшихся при первой операции патологических изменений.*
6. *Рецидив ЖКБ*
7. *Возникновение нового заболевания желудочно-кишечного тракта*

Триада Saint'a:

грыжи пищеводного отверстия и диафрагмы,
хронический калькулезный холецистит,
дивертикулез толстой кишки;

Триада Кастени:

грыжа пищеводного отверстия диафрагмы,
хронический калькулезный холецистит,
гастродуоденальные язвы;

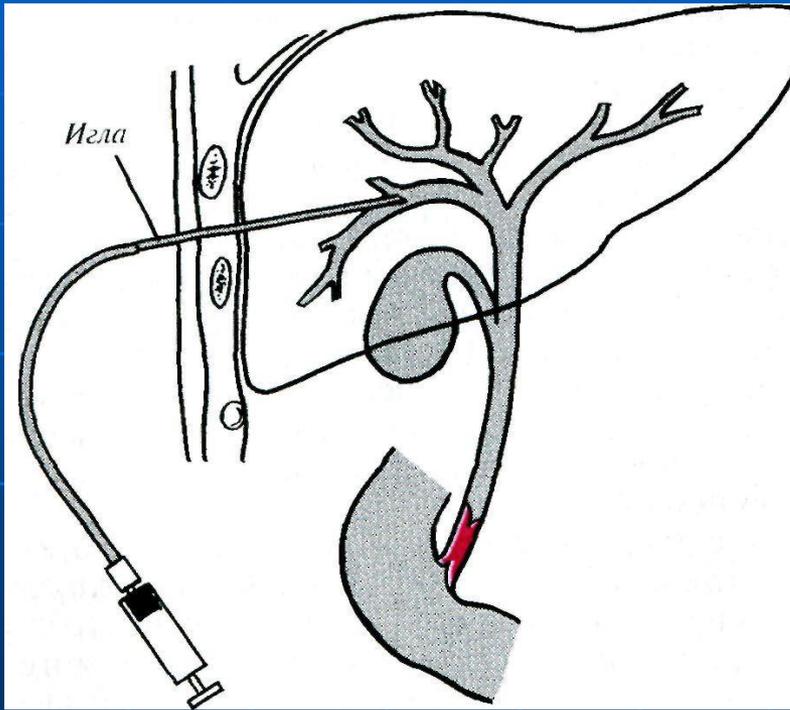
Триада Wiek'a:

Хронический калькулезный холецистит, грыжа
пищеводного отверстия диафрагмы, хронический
аппендицит

ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

- УЗИ
- Эндоскопическая ультрасонография
- Компьютерная томография
- Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография
- Чрезкожная чрезпеченочная холангиография
- Сцинтиграфия

Чрезкожная чрезпеченочная холангиография



Ф

Г

Д

С

+

Р

=

*Рентгенологическое
исследование*

Э

Р

Х

П

Г

ЭРХПГ

Эндоскопическая Ретроградная ХолангиоПанкреатоГрафия

Пузырный проток

Холедох

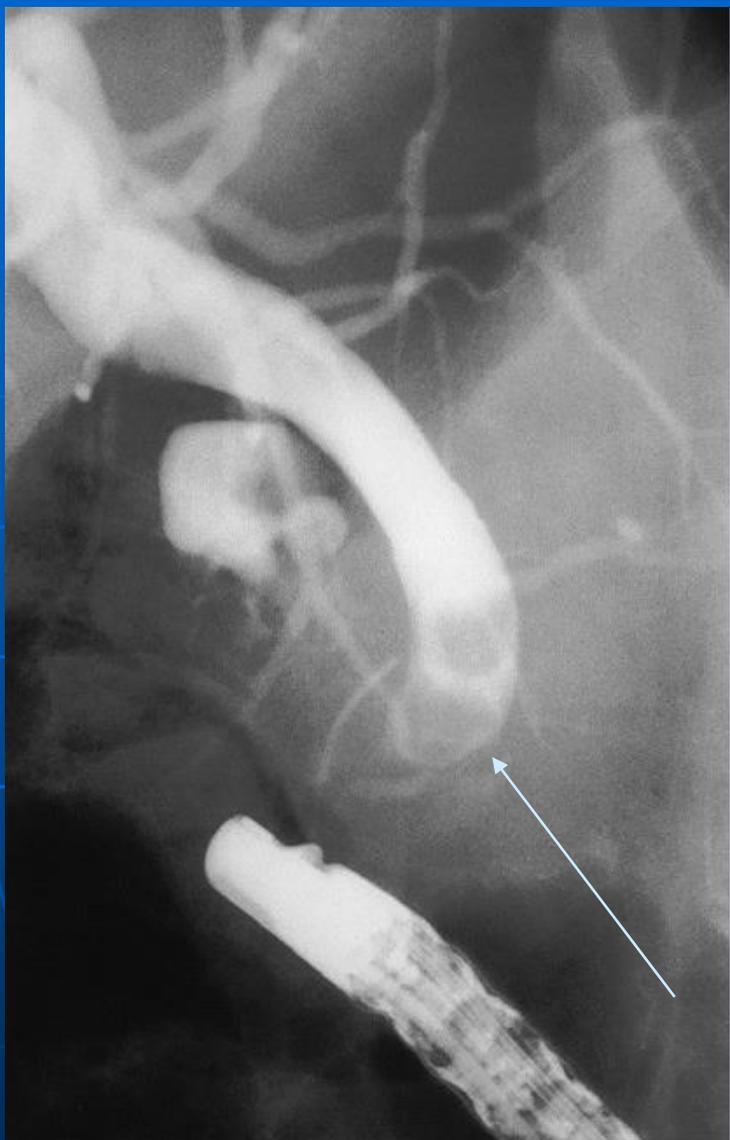
Желчный пузырь
с конкрементами

Эндоскоп

ВИРСУНГОВ
ПРОТОК

Введение
контраста через
сфинктер Одди.





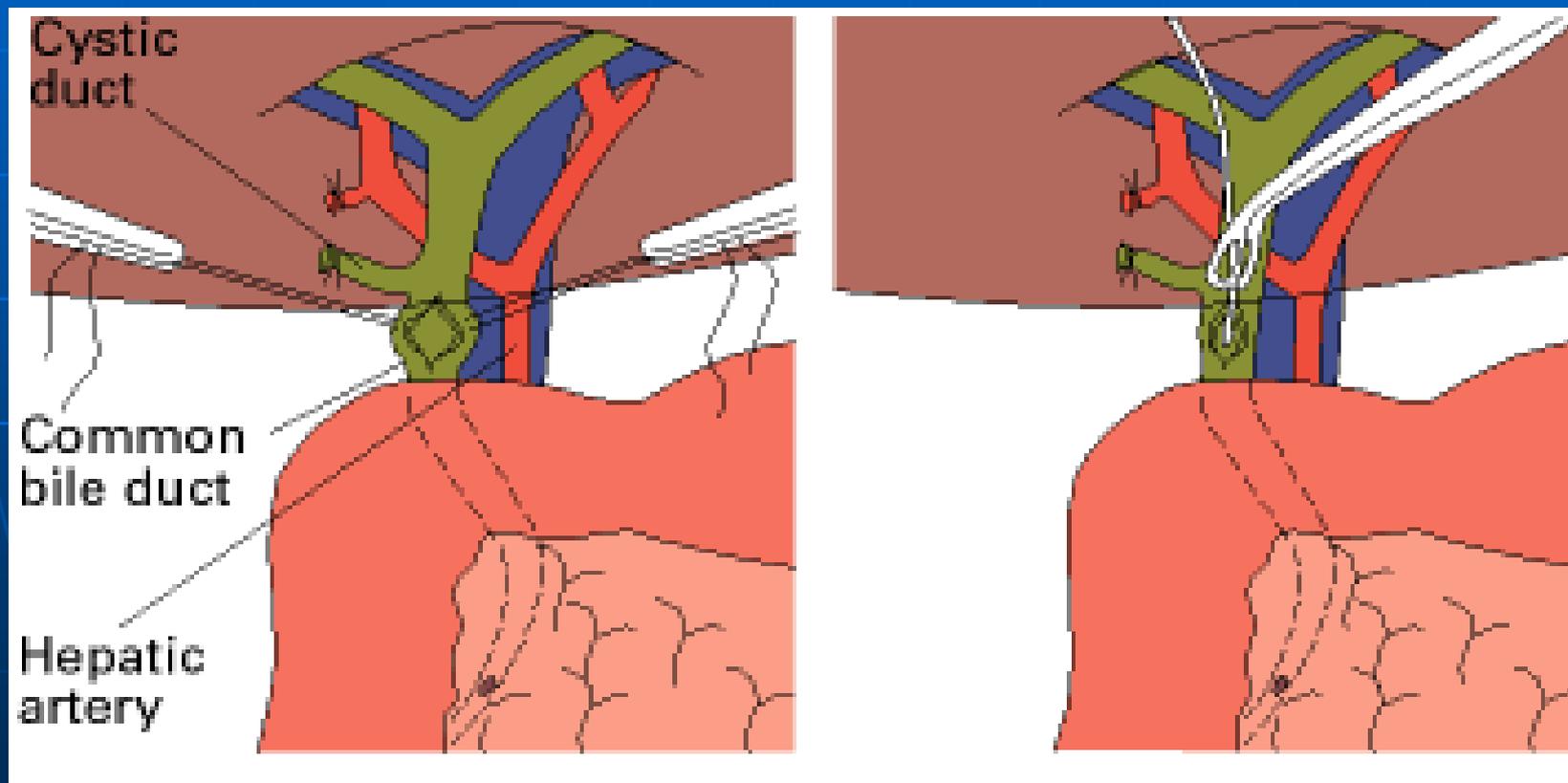
ЭРХПГ Холедохолитиаз

Компьютерная томография

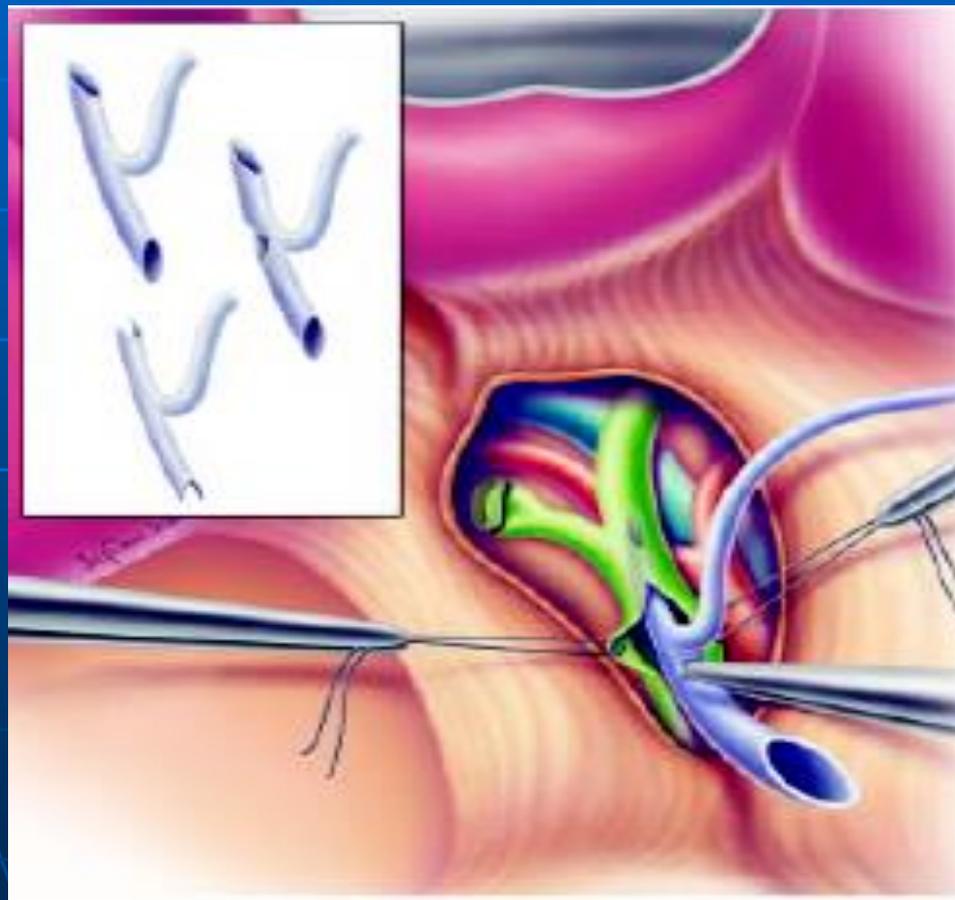
Расширение внутрипеченочных желчных протоков



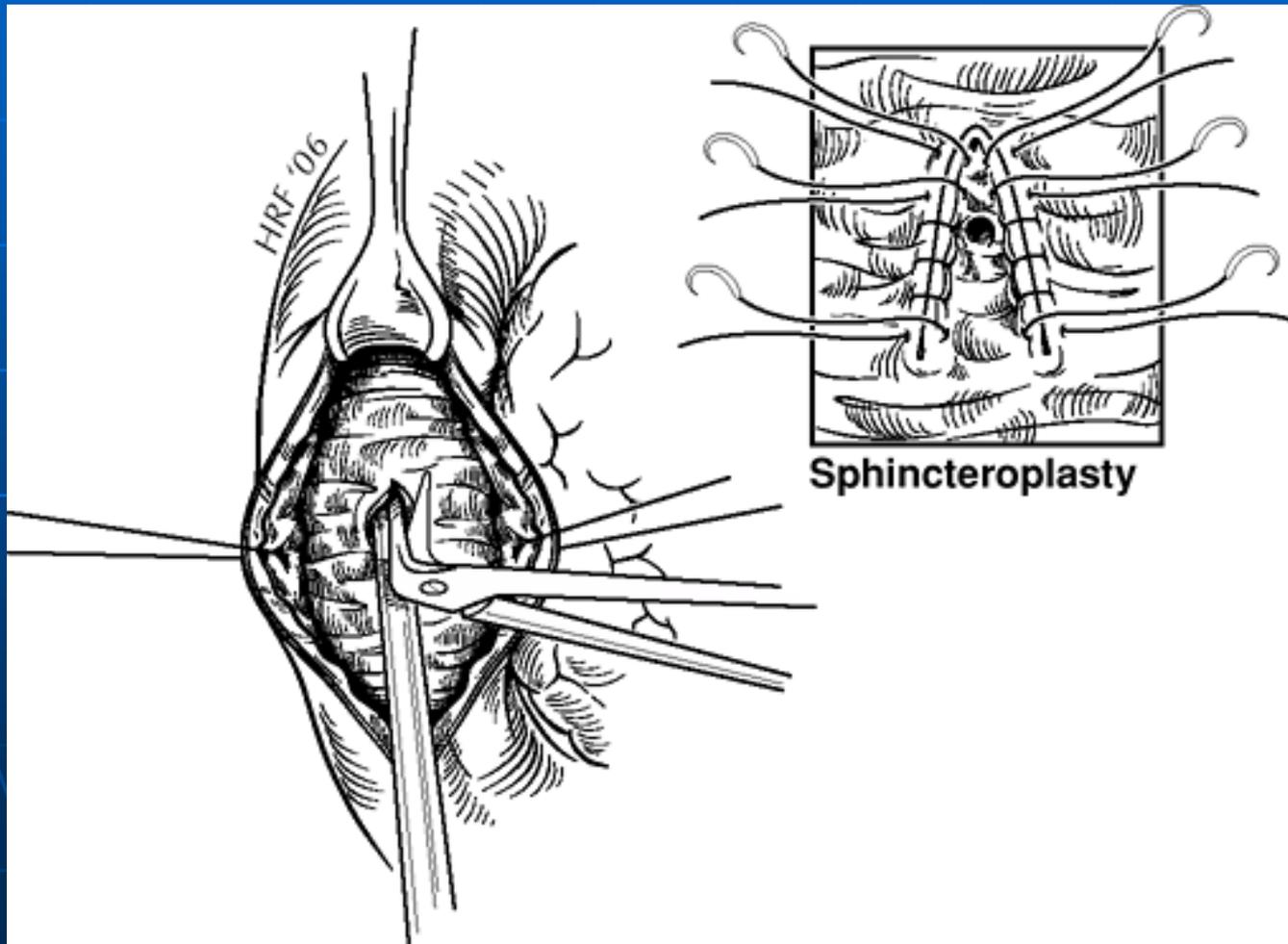
Супрадуоденальная холедохолитотомия



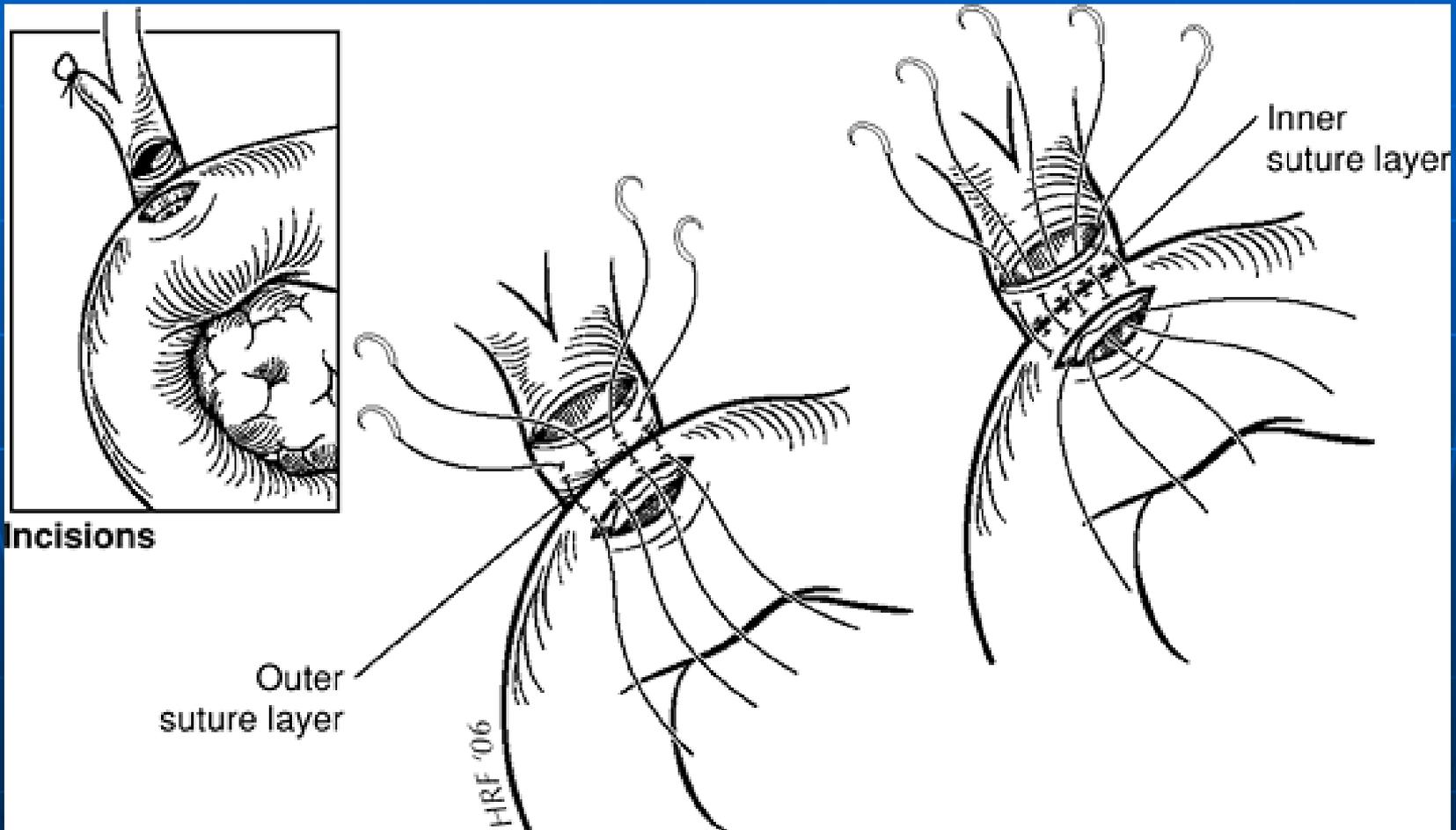
Дренирование по Керу



Трансдуоденальная папиллотомия



Холедоходуоденоанастомоз



Факторы риска повреждения желчных протоков (R. F. Martin).

Опасная анатомия:

- **Анатомические варианты и аномалии развития ВЖП;**
- **Жировая клетчатка в воротах печени.**

Факторы риска повреждения желчных протоков (R. F. Martin).

Опасные патологические процессы:

- Острый холецистит;
- Склероатрофический желчный пузырь;
- Синдром Мирizzi;
- Опухоли и кисты печени;
- Цирроз печени;

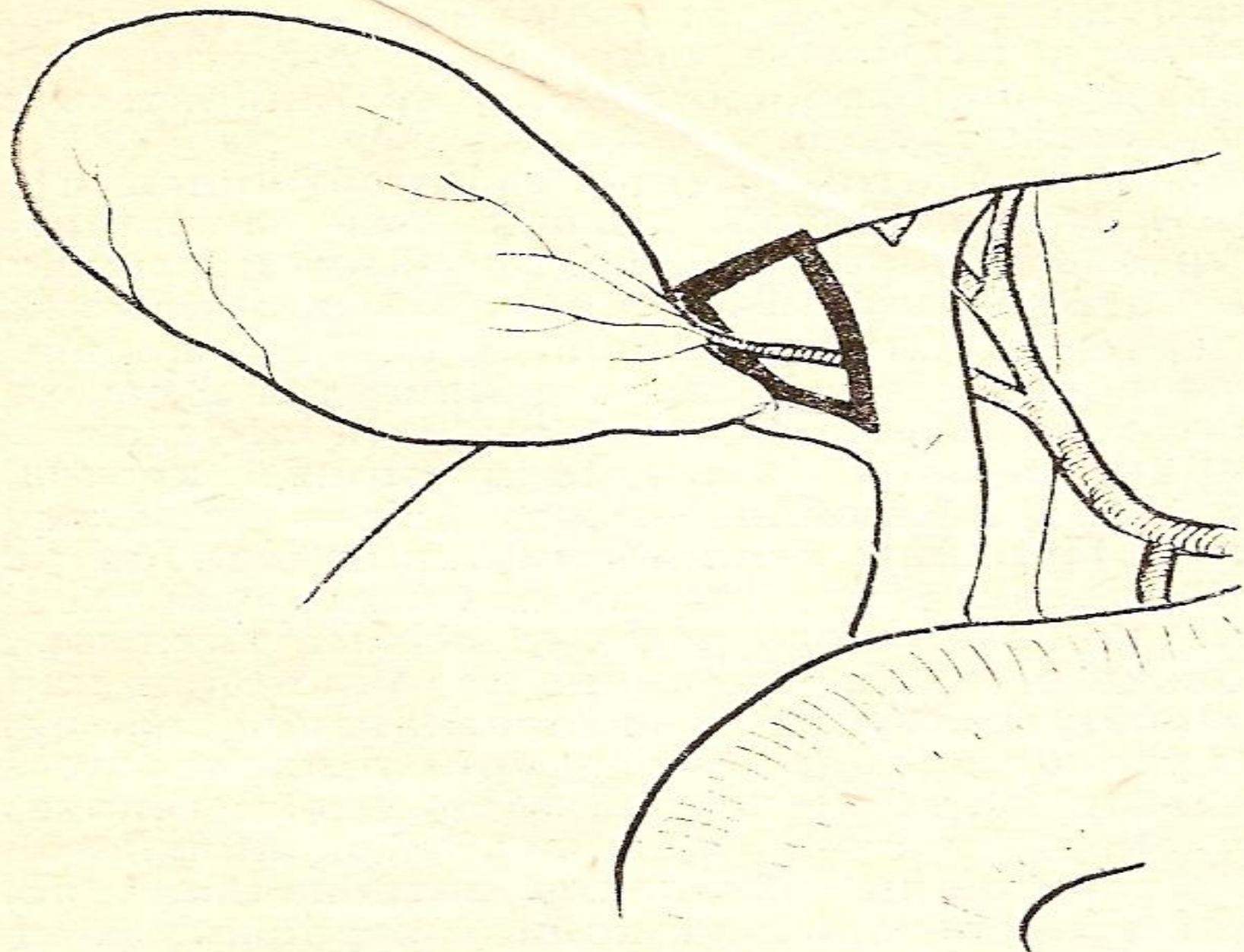


Рис. 1. Треугольник Кало

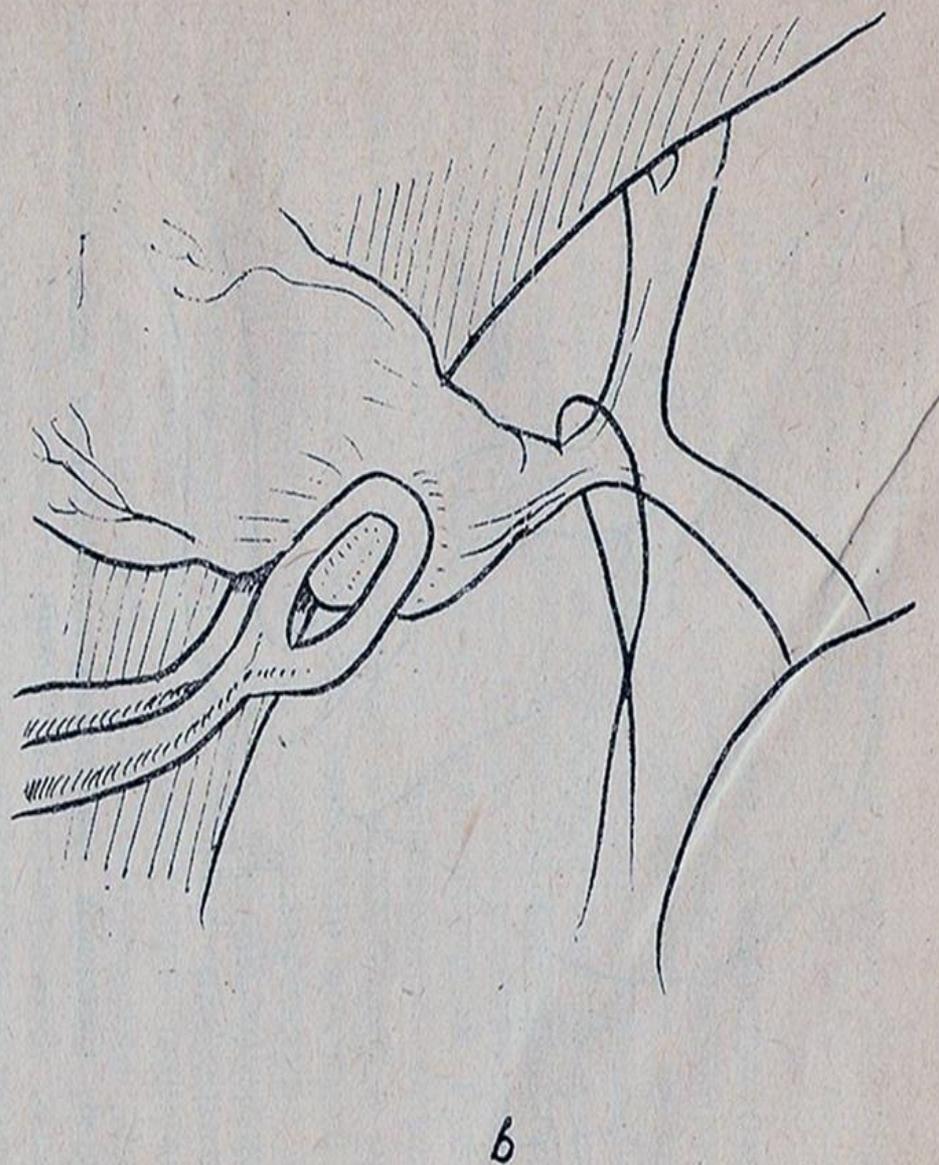
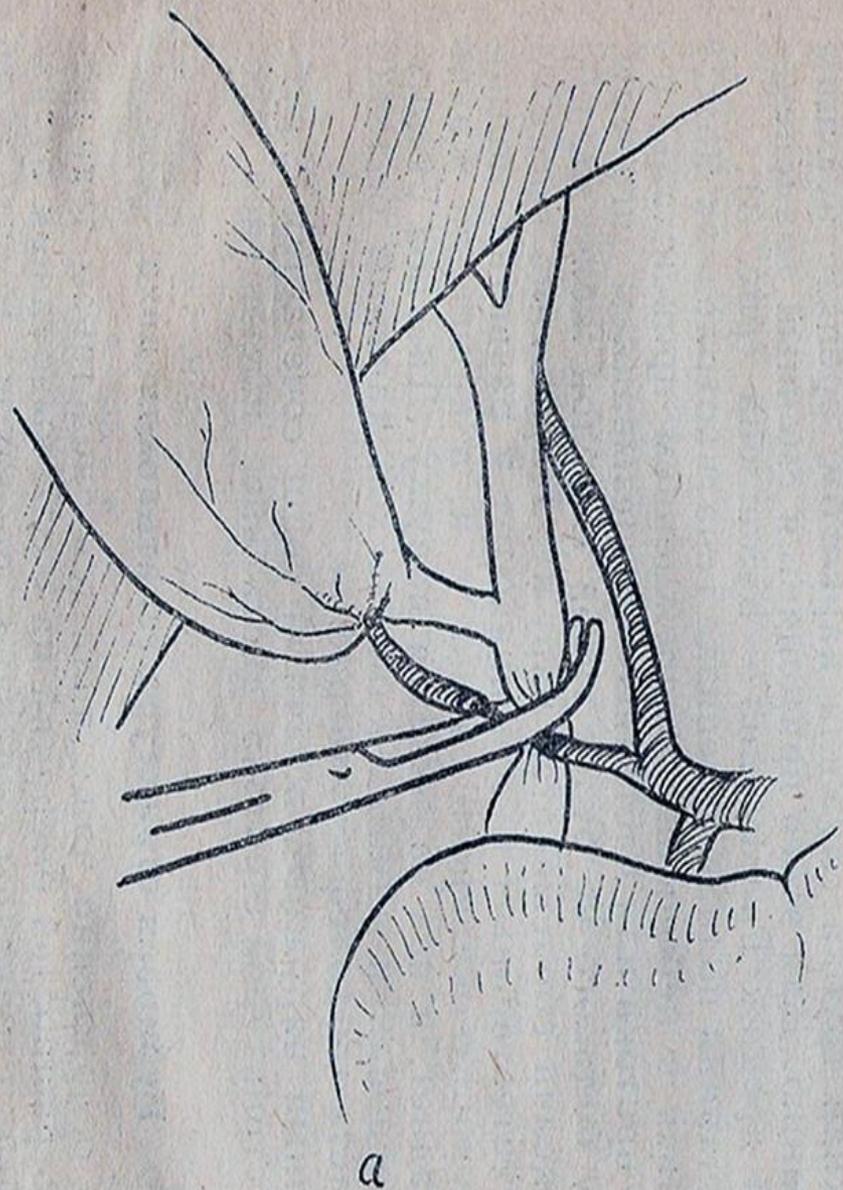
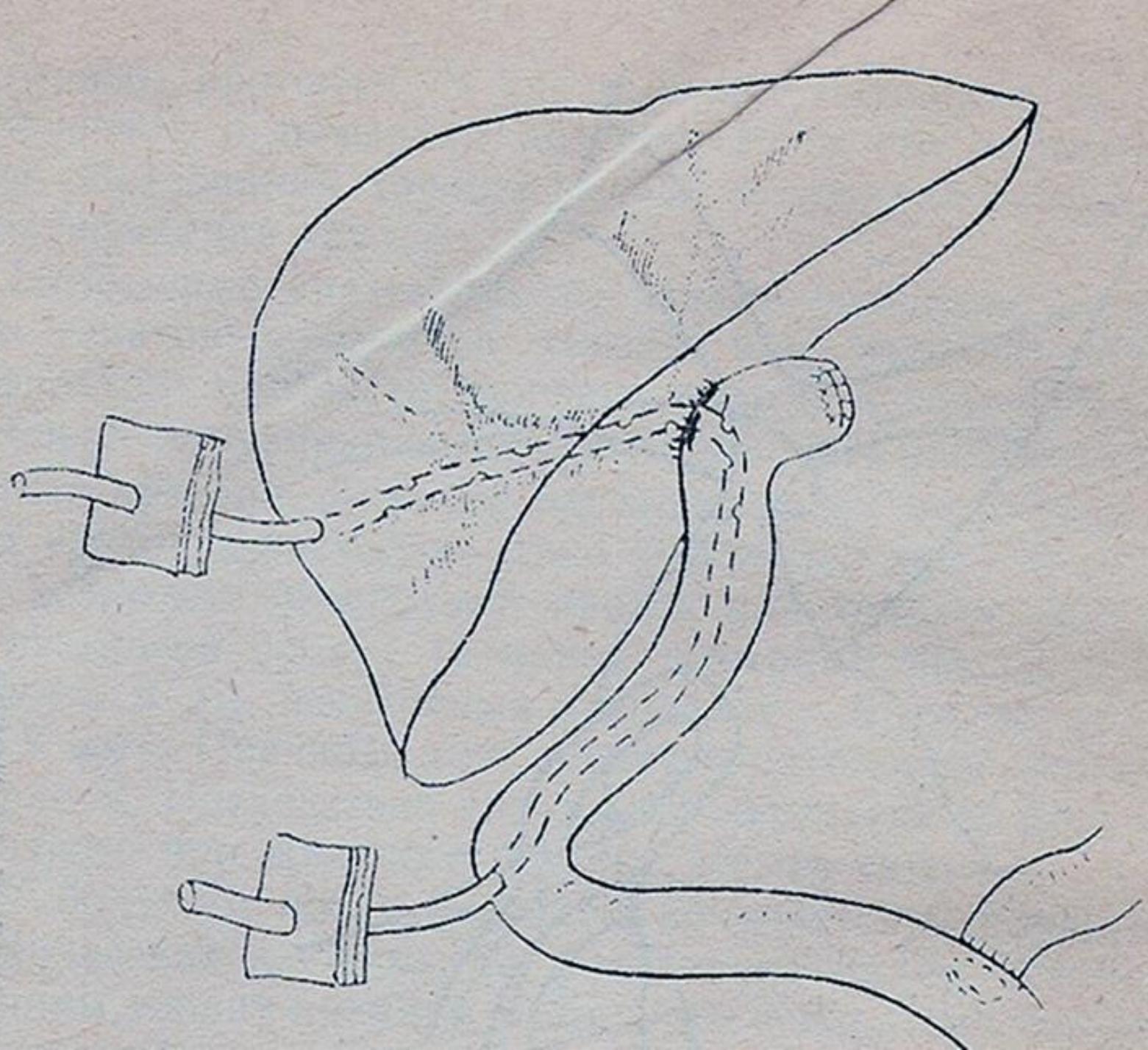
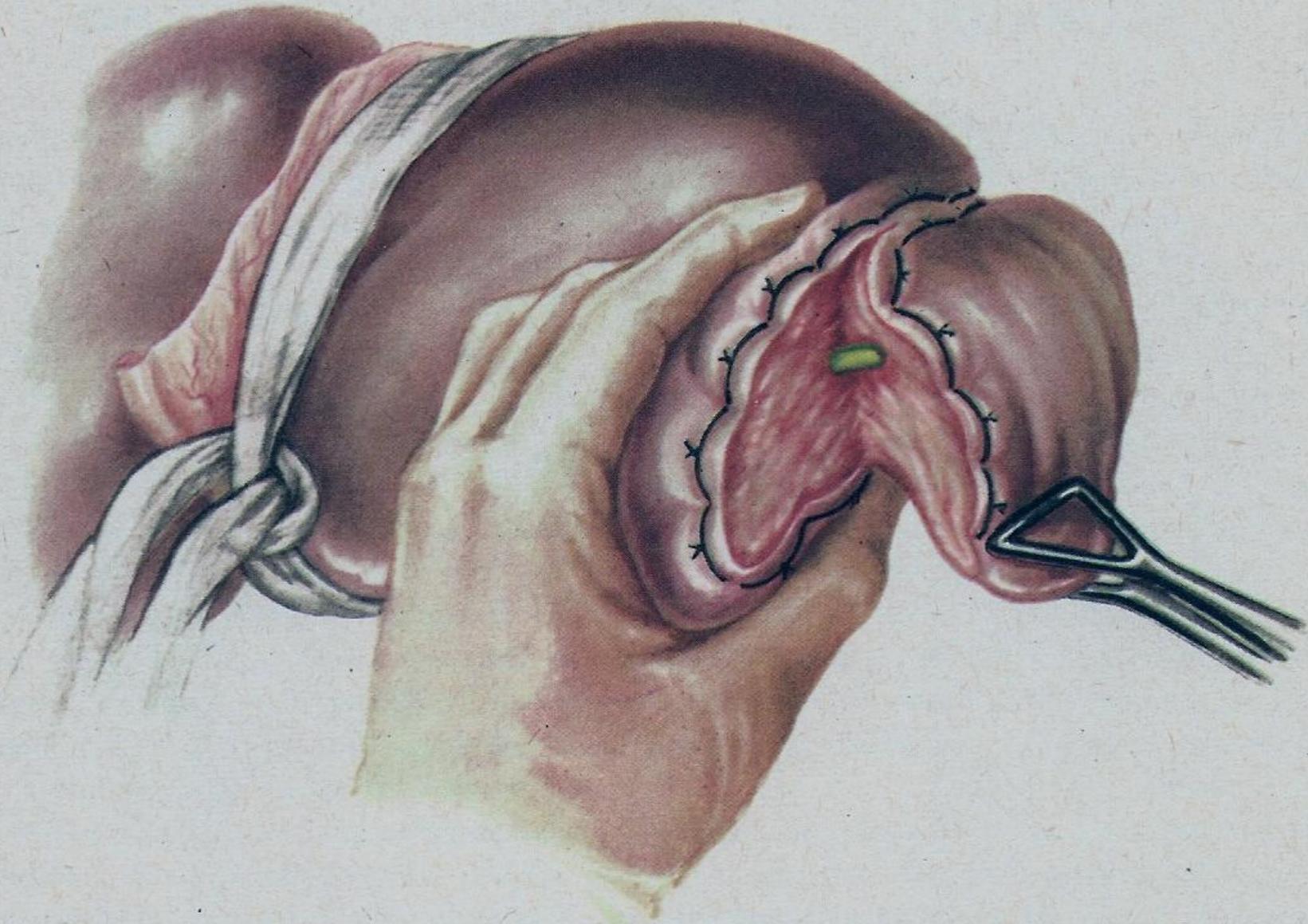


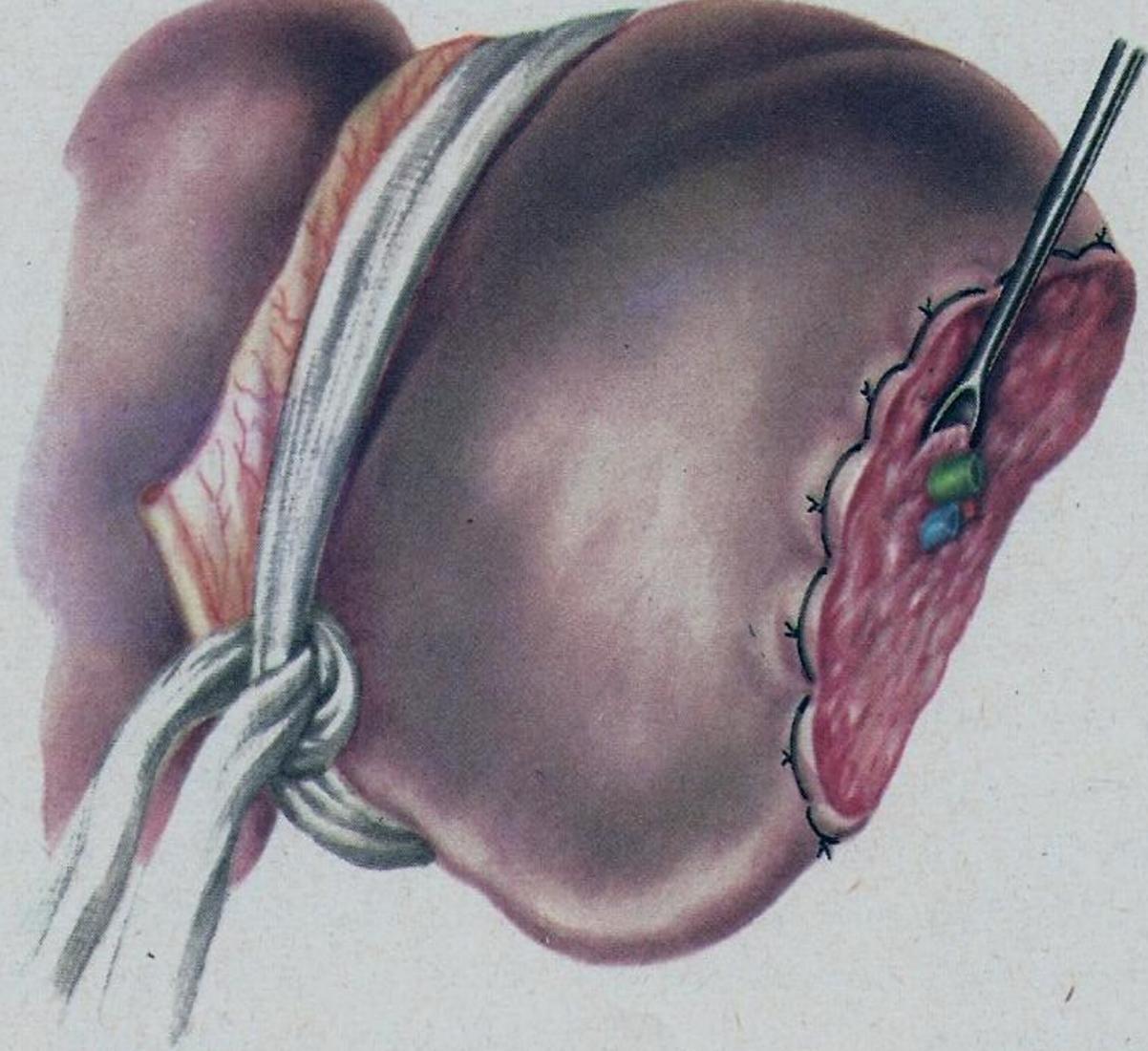
Рис. 2. Повреждение магистральных желчных протоков





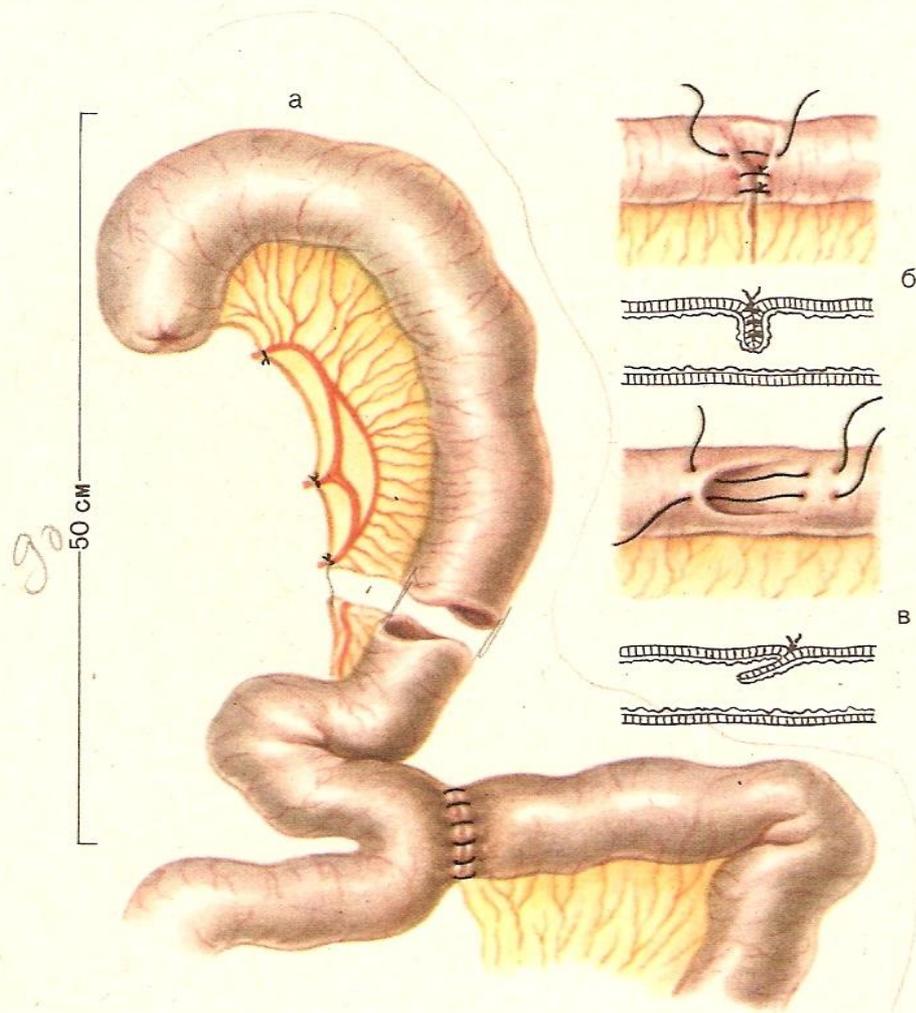
103

Операция Лонгмайра—Сенфорда. Выделен желчный ход.



104

Операция Лонгмайра—Сенфорда. Удаление паренхимы печени во-
круг желчного хода.

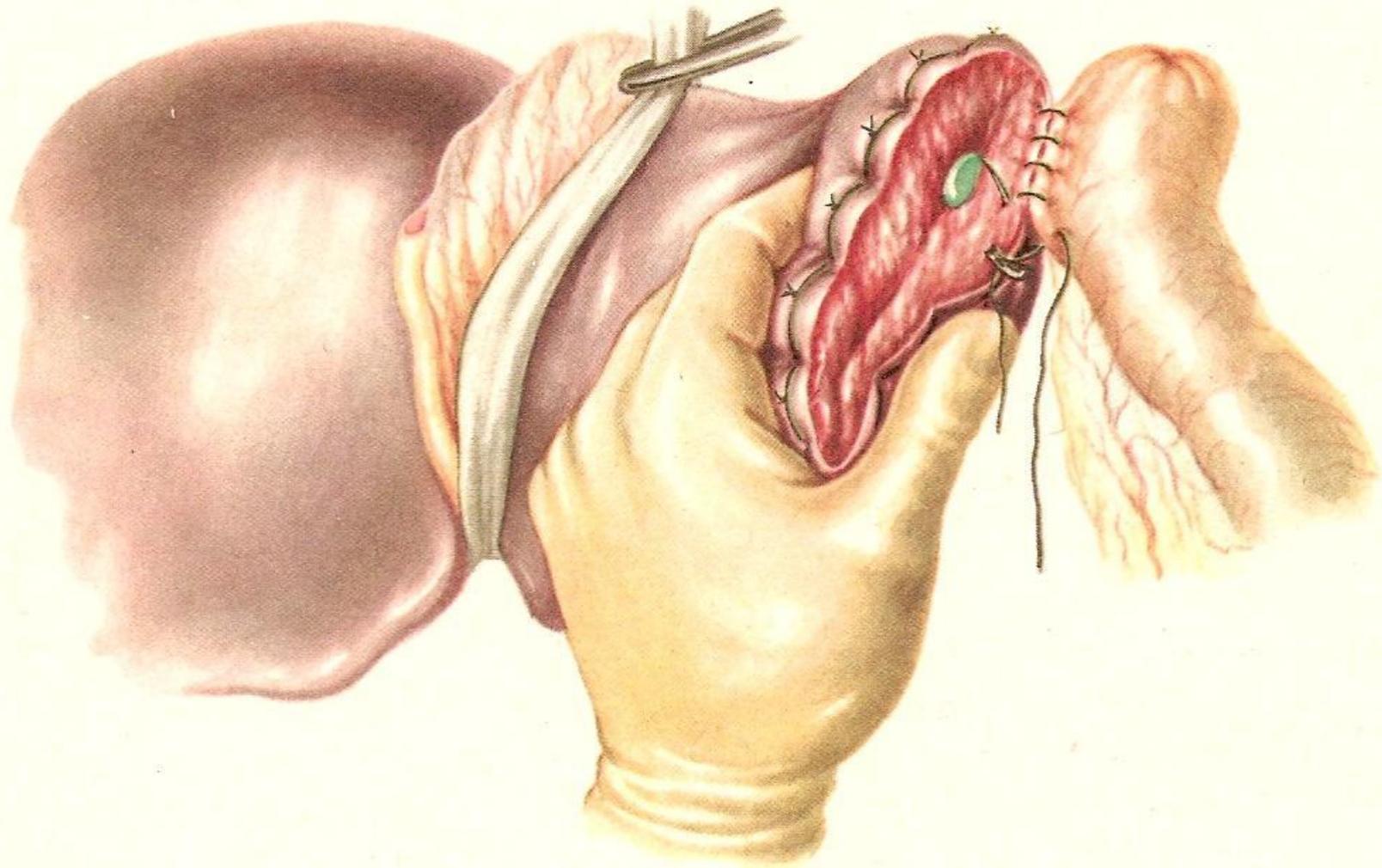


105

ср 42 1

Операция Лонгмайра—Сенфорда.

а — формирование изолированной петли тонкой кишки; б — образование клапанов в стенке тонкой кишки по методу Коула; в — образование клапанов в стенке кишки по методу Рейнольдса.



106

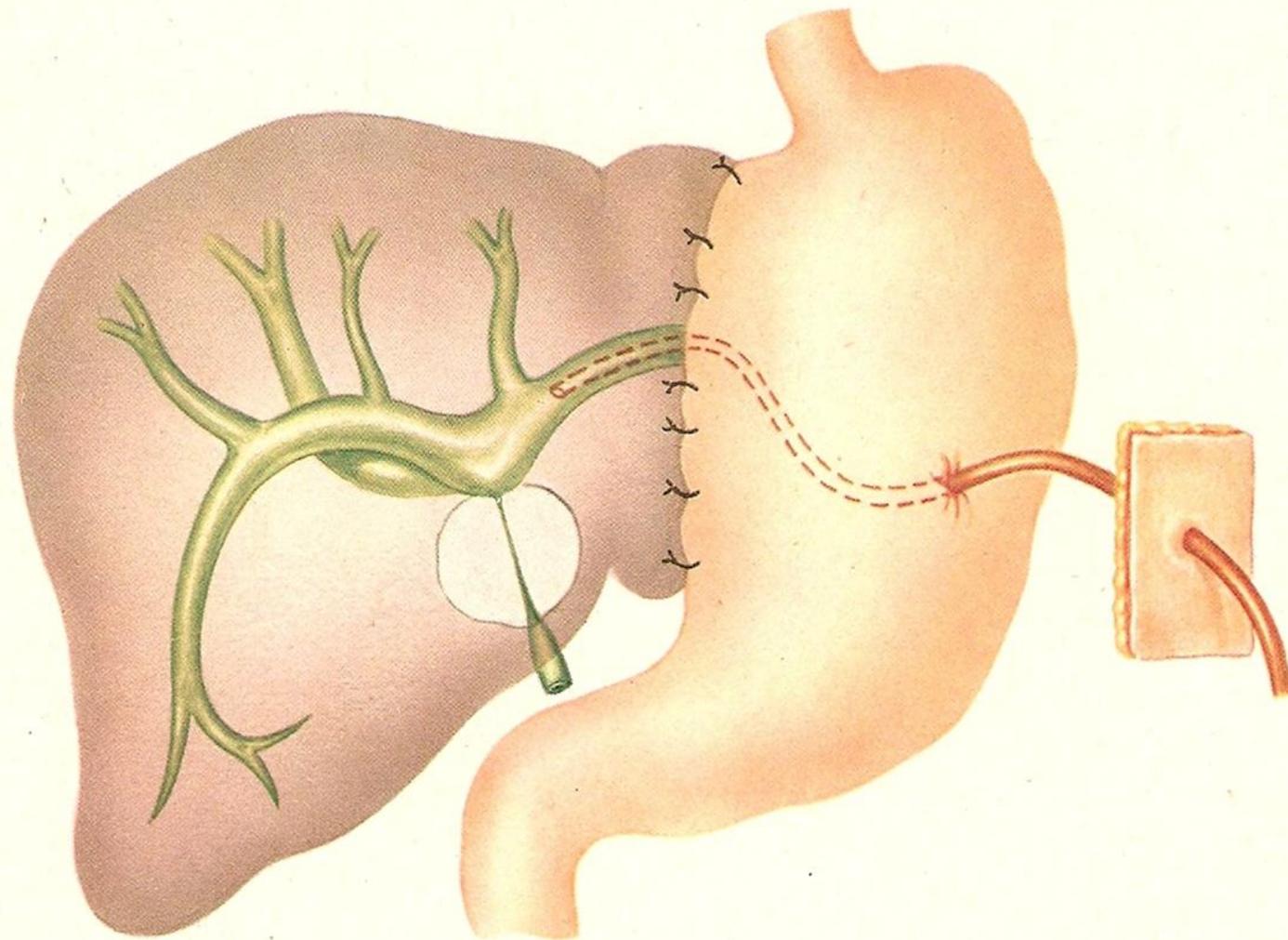
Операция Лонгмайра—Сенфорда. Подшивание изолированной петли тонкой кишки к краю раны печени.



107

Операция Лонгмайра—Сенфорда.

а — желчный проток вшивают в изолированную петлю тонкой кишки; б — окончание формирования холангио-еюноанастомоза.



108

Схема операции Долиотти—Фольятти.