

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «КРАСНОЯРСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
ПРОФЕССОРА В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО»**

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

КАФЕДРА ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ ИМ. ПРОФ. М.И. ГУЛЬМАНА

РЕФЕРАТ

ХОЛЕДОХОЛИТИАЗ

Выполнил ординатор Бургарт В.Ю.

**Проверил: д.м.н. профессор кафедры
общей хирургии им. Проф. М.И. Гульмана**

Кочетова Л.В.

Красноярск 2019

Холедохолитиаз

1. Введение

Общий желчный проток (ductus choledochus) в норме имеет 6-8 см в длину и 0,4-1,2 см в ширину. Различают четыре его отдела: супрадуоденальный, ретродуоденальный (проходит позади горизонтальной части двенадцатиперстной кишки), ретропанкреатический (расположен позади головки поджелудочной железы) и интрамуральный (в медиальной стенке нисходящей части duodenum).

Дистальный отдел холедоха обычно сливается с главным протоком поджелудочной железы, образуя печеночно-поджелудочную ампулу, открывающуюся на вершине большого дуоденального сосочка (БДС) в просвет двенадцатиперстной кишки. Другие варианты взаимоотношений холедоха и d.pancreaticus должны быть учтены при выполнении оперативных вмешательств в этой области.

Как и ампула, papilla (Фатеров сосочек) имеет собственный гладкомышечный аппарат - так называемый сфинктер Одди. При воздействии пищи, кислого желудочного сока, жиров на слизистую двенадцатиперстной кишки

Холедохолитиаз - наличие конкрементов в общем желчном протоке. Это частое (в 8-23% случаев) осложнение желчнокаменной болезни, миграция камней облегчена при широком пузырном протоке образовании везикобилиарных свищей. Первичное образование конкрементов в d.choledochus встречается гораздо реже и возможно в условиях стаза желчи или на лигатуре.

В состав камней входят: холестерин, пигменты желчи, соли Ca^{2+} . Основную роль в литогенезе играет снижение содержания желчных кислот и лецитина по отношению к холестерину, холестаза и появление первичных ядер преципитации (бактерий, слущенных клеток эпителия) при инфицировании желчи.

2. Клиническая картина

Течение холедохолитиаза может длительное время быть бессимптомным даже при множественных конкрементах. И только при окклюзии желчного протока резко нарушается эвакуация желчи, что приводит к обтурационной желтухе и *желчной гипертензии* (проявляется тупыми болями в правом подреберье).

Наиболее часто конкременты холедоха обнаруживаются в месте слияния пузырного и общего печеночного протоков и в области дуоденального сосочка («вентильный» камень - дает клинически проявления ремиттирующего характера).

Особенно опасны ущемленные камни БДС, так как вызываемая ими обтурация холедоха и блокада панкреатического протока приводит к желчной гипертензии и осторому либо хроническому *панкреатиту*.

Серьезным осложнением холедохолитиаза (желчнокаменной болезни) при прогрессировании инфекции желчных путей является развитие *острого гнойного холангита*. Он характеризуется внезапным повышением температуры тела до фебрильных цифр, потрясающим ознобом, острыми болями, рвотой и локальным напряжением мышц передней брюшной стенки при пальпации.

3. Методы диагностики

К предоперационным методам диагностики холедохолитиаза относятся:

- *чрескожное УЗИ*
- *холецистохолангиография* - имеет много противопоказантй
- *трансдуоденальная ретроградная панкреатохолангиография* (при помощи эндоскопической канюляции большого дуоденального сосочка) - дает ценную информацию о поражении магистральных желчных путей, но опасна развитием осложнений со стороны поджелудочной железы

- *чрескожная чреспеченочная холангиография*
- *компьютерная томография*

Наиболее значимые сведения о состоянии холедоха получают при **интраоперационной** диагностике, необходимой при любом вмешательстве на желчных путях:

- трансиллюминация* - наиболее простой метод
 - холангиография* - рекомендована как рутинный метод
 - УЗсканирование* - большинство хирургов рассматривают этот метод в качестве очень информативного и более безопасного по сравнению с холангиографией, позволяющий, к тому же, обнаружить рентгенонегативные и мелкие конкременты
 - фиброхоледохоскопия* - метод выбора при неясной картине поражений холедоха
- Показаниями для ревизии желчных путей во время холецистэктомии являются:* наличие во время операции или в анамнезе желтухи, расширение холедоха (более 7-8 мм), пальпируемые изменения в холедохе и в области БДС, изменения в протоках, выявленные при холангиографии.

4. Хирургическое лечение

Предложение рассекать Фатеров сосочек высказал С. Langenbuch в 1884 г.

Впервые папиллотомию при удалении камня выполнил в 1891г. М. Burney, а в 1894 г. Th. Cocher сшил слизистые оболочки холедоха и двенадцатиперстной кишки после рассечения сосочка. В нашей стране первую папиллосфинктеротомию (ПСТ) выполнил В.В. Виноградов в 1955 г.

Оперативные доступы.

Для выполнения операций на холедохе традиционными являются *верхне-срединную лапаротомию* и косой разрез в *правом подреберье по Кохеру*. Первая менее травматична, легче выполняема, дает возможность ревизии брюшной полости и выполнения симультанных операций. Второй предпочтителен при оперировании тучных больных.

За последние десятилетия огромное значение приобрел *лапароскопический* доступ, более щадящий и позволяющий оперировать больных старческого возраста.

Достаточно давно М.И. Прудковым (для холецистэктомии) разработана также методика операций из так называемого “мини-доступа” - *минилапаротомии с элементами “открытой” лапароскопии*. Значительно меньший лапаротомный разрез (это самый малоинвазивный метод), позволяющий наблюдать за ходом вмешательства прямо визуально (хирургу удобнее, и не требуется бригады эндоскопистов), в сочетании с использованием эндоскопических инструментов всего из двух-трех точек введения. Важнейшими преимуществами этого метода является простота перехода на широкую лапаротомию в осложненном случае и большие возможности интраоперационной диагностики.

Папиллосфинктеротомия (ПСТ).

Суть операции состоит в рассечении верхней (обычно) общей стенки БДС и двенадцатиперстной кишки с целью расширения терминального отдела ампуллы.

Существует несколько вариантов доступа к Фатерову сосочку: эндохоледохеальный, *трансдуоденальный*, внеслизистый ретропанкреатический и ретроперитонеальный. Наиболее удобен второй, папиллу находят используя зонд и рассекают на его оливке (комбинированный доступ по E. Archibald - 1924 г.).

Папиллотомия показана при: ущемленном камне БДС, множественном или внутрипеченочном холедохолитиазе, остаточных и резидуальных камнях холедоха, замазкообразной массе в желчных протоках. А также при подозрении на опухоль, ограниченном (менее 2 см) стенозе папиллы или стойком функциональном спазме сфинктера Одди с гипертензией в желчновыводящих путях.

Противопоказания: дуоденостаз и нарушения моторной функции двенадцатиперстной кишки, острый панкреатит (не обусловленный ущемленным камнем БДС), выраженные воспалительные изменения стенки двенадцатиперстной кишки, дилатация (при атонии) холедоха и протяженный тубулярный стеноз терминального (!) отдела холедоха (ТОХ).

Преимущества - возможность ревизии устья вирсунгова протока. К тому же, операцию заканчивают папиллосфинктеропластикой, то есть проходимость БДС восстанавливается наиболее физиологическим способом, а не удаленные мелкие камни свободно выйдут из желчных протоков.

Практически не травматичной является и **антеградная санация холедоха** (одновременно с холецистэктомией). Она показана при необтурирующих конкрементах, фиксированных замазкообразной пристеночной желчью. Через культю пузырного протока может проводиться гидродинамическое удаление мелких камней холедоха, фиброхоледохоскопия в случае неясной патологии d. choledochus, а также внутреннее дренирование желчных протоков.

Холедохолитотомия является необходимой для установки дренажа Кера.

Ее проводят при невозможности провести ПСТ (см. противопоказания).

Через папиллотомную рану проводят литотрипсию и удаляют одиночные камни холедоха.

Холедоходуоденоанастомоз (ХДА) - альтернатива ПСТ, хотя иногда их выполняют как взаимодополняющие мероприятия. В особых случаях хирурги накладывают холедохоюно, холедохотрансверзальный и другие анастомозы.

Показаниями к супрапапиллярной холедоходуоденостомии и другим билиодигестивным анастомозам при холедохолитиазе являются: воспалительные изменения или протяженные стриктуры ТОХ с явлениями желчной гипертензии, атония холедоха

ХДА *не проводится* при протяженных супрапапиллярных стриктурах холедоха и дивертикулах двенадцатиперстной кишки в области БДС. При недостаточности анастомоза и других осложнениях некоторые хирурги считают необходимым разобщение ХДА и выполнения папиллосфинктеротомии с пластикой.

Дренирование желчных протоков необходимо проводить после любого вмешательства (хотя до сих пор некоторые авторы считают это не обязательным), так как воспалительная реакция тканей на операцию приводит к явлению *желчной гипертензии*. Повышение давления желчи в билиарном тракте опасно воспалительно-некротическими осложнениями со стороны печени, поджелудочной железы и позже развитием цирроза печени, склерозирования стенок желчных протоков и ампулярного аппарата.

Существует несколько видов наружных способов дренирования: через культю пузырного протока по Холстеду, дренажем-сифоном по Вишневному. Наиболее удобным принято считать Т-образный ларексный *дренаж Кера*, усики которого (длиной примерно по 1 см) располагаются вдоль холедоха, а сама трубка выводится наружу. По истечении трех суток обычно проводят постепенное увеличение давления на выходе дренажа, и еще через 2-3 дня дренаж извлекают.

Также обязательным считается дренирование подпеченочного пространства.

Послеоперационные осложнения.

Помимо желчной гипертензии и осложнений, возникающих во время операции (кровотечение, рассечения мелких желчных протоков, травмы окружающих органов), серьезными послеоперационными осложнениями являются развитие *острого панкреатита* (чаще - геморрагического) и панкреонекроза.

В случае наложения глухого шва холедоха нередко развивается его несостоятельность (по этому от него практически отказались), и в этом случае необходима релапаротомия.

Осложнения холедоходуоденостомии являются состояния с нарушением правильной эвакуации желчи (образование “слепого кармана” дистальнее анастомоза, стаза желчи и камней в нем), а также *рефлюкс-холангит* (для предупреждения которого хирурги прикрывают анастомоз лоскутом слизистой).

Опасное отдаленное осложнение папиллосфинктеротомии - *рубцовый рестеноз сосочка*, то есть фиброзные изменения сократительного аппарата БДС вследствие рассечения его стенки.

Особое место среди неспецифических осложнений занимает *лигатурный холедохолитиаз*, для борьбы с которым считается необходимым использования определенных типов нитей.

5. Заключение

До сих пор существуют различные точки зрения на возможность выполнения оперативных вмешательств на желчных путях, БДС и двенадцатиперстной кишки. Хирург обязан знать не только показания и противопоказания к операции, но и риск осложнений, на которые он идет. Операционная команда должна быть подготовленной к возможному переходу с лапароскопического на расширенный лапаротомный доступ.

Наиболее информативным и безопасным методом выявления конкрементов в желчных путях считается интраоперационное УЗИ.

Оптимальным вариантом при обнаружении камней холедоха можно считать одномоментную с ЛХЭ антеградную папиллосфинктеротомию (ПСТ), удаление конкрементов и коррекцию изменений терминального отдела холедоха. В ситуациях, когда литоэкстракцию выполнить не удастся, приемлимым является наружное дренирование холедоха по Холстеду с последующей отсроченной ПСТ.

Очень перспективным направлением билиарной хирургии являются лапароскопические операции из “мини-доступа”, так как они имеют ряд преимуществ.

6. Литература

Учебная литература:

- «Хирургические болезни» под редакцией акад. М.И.Кузина (Москва 1995 г.)
- М.В.Кукош, Г.И.Гомозов «Трансдуоденальные вмешательства при осложненном холецистите» (Нижегородская Государственная Медицинская Академия 1995 г.)
- Р.М.Евтихов, А.М.Шулутко, В.А.Журавлев «Хирургические болезни» (Иваново 1998 г.)
- «Экстренная абдоминальная хирургия» под редакцией проф. Б.И.Мирошникова (Санкт-Петербург 1994 г.)
- Б.А.Королев, Д.Л.Пиковский «Экстренная хирургия желчных путей» (Москва 1990 г.)

Оригинальные статьи:

- В.П.Стрекаловский - Институт хирургии им. А.В.Вишневского РАМН «Лапароскопическая холецистэктомия и холедохолитиаз» («Эндоскопическая хирургия»; №6, 1999 г.)
- К.В.Пучков - кафедра факультетской хирургии РГМУ им. Н.И.Пирогова «Радикальные оперативные вмешательства на холедохе при холедохолитиазе и механической желтухе» (№2, 1997 г.)
- А.М.Шулутко - кафедра хирургии лечебного факультета ММА им. Сеченова «Возможности минилапаротомии с элементами открытой лапароскопии в хирургическом лечении холецистохоледохолитиаза» (№1, 2000 г.)
- Н.М.Кузин - факультетская хирургическая клиника им.Н.Н.Бурденко «Лапароскопическая и традиционная холецистэктомия: сравнение непосредственных результатов» («Хирургия» №2, 2000 г.)