Л N 9 ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Классификация

1. врожденные заболевания 5. функциональные заб. ж. путей

2. травмы с поврежд. печени и ж.путей 6. воспалительные заболевания

3. паразитарные заболевания 7. ЖКБ

4. опухоли 8. портальная гипертензия.

Функциональные заболевания печени:

дискинезии ж. путей; в основе нарушение механизма желчеотделения, нарушение пассажа желчи в 12 п. киш.

Этиология дискинезий: - заболевания ЦНС

- внешние чрезвычайные раздражения

- рефлексы с других органов

- эндокринные нарушения

- нарушения питания

- врожденные особенности желчных путей.

Патогенез: - нарушение взаимодействия между нервными и гуморальными механизмами желчеотделения

- нарушение взаимодействия между n. vagus и симп. нервом

- нарушение гуморальной регуляции

- нарушение нервной и гумор. мех. с внешними факторами (холеретики, пища).

Классификация дискенезий

- атонический желчный пузырь

- гипертонический желчный пузырь

- гипертония и спазм сфинктера Одди

- атония и недостаточность сфинктера Одди.

1. АТОНИЧЕСКИЙ ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ

1908 г. Ашофф - застойный желчный пузырь

Причина: - врожденная недостаточность ж.пузыря, снижение общего мышечного развития (астенизация), лабильная НС; слабо развит мышечный слой ж.пузыря, сниж. тонус вагуса, мало холецистокинина, секретина.

Ж. пузырь больших размеров, свисает, не способен к сокращению, стенка тонкая, слизистая атрофична. Часто спускается в правый подвздошный угол.

Клиника: - чувство тяжести в правом подреберье, колющие или ноющие боли, горечь во рту, t нет, воспаления нет, при пальпации - увеличен желчный пузырь.

Диагностика: - с помощью зондирования; при даче желчегонного можно получить порцию В.

- холеграфия: большой, не очень контрастный, ж.пузырь, медленно опорожняющийся.

- эндоскопия, УЗИ.

Лечение: - Операция; применение спазмолитиков – паранефральная новокаиновая блокада (10 - 12 дней) -> тонизирует и ум. спазм.

Усиленное питание (желчегонные)

Зондирование с дачей холекинетиков (M2SO4)

Закаливание, увел. общего тонуса организма

Санаторно-курортное лечение.

2. ГИПЕРТОНИЧЕСКИЙ ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ

Причина: гипертрофия и спазм сф. Люткинса, клапана Гейстера, рефлексы с других органов, нарушение питания.

Клиника: - после приема жирной пищи - частые приступы желчной колики (через 40 мин.), быстро проходят, сопровождаются диспептическими расстройствами: тошнота, рвота, горечь во рту, t нет, воспалительного синдрома нет.

Пальпаторно - болезненный желчный пузырь - симптом Грекова - Ортнера (перкутоная боль в области ж.п. при легком поколачивании ребром по правой реберной дуге) - симптом Мюсси-Георгиевского (френкус-симптом) Функциональные пробы печени не нарушены.

При дуоденальном зондировании - болевой приступ, долго отсутствует порция В (пузырная порция).

Холеграфия - округлой фориы пузырь небольших размеров. После приступа опорожнение ж. пузыря почти полностью.

Эхография - стенка утолщена, напряжена во время сокращения.

Лечение: назначение спазмолитиков, седативных, новокаиновая блокада, исключение желчегонных, жирной пищи, лечение сопутствующих заболеваний, санаторно-курортное лечение. Если нет улучшения, то через 3-4 месяца - операция.

3. ГИПЕРТОНИЯ И СПАЗМ СФИНКТЕРА ОДДИ

Причина: врожденное чрезмерное развитие сф. Одди, рефлексы с других органов, болезнь Боткина.

Клиника: приступы болей после острой, жирной пищи; боли - упорные, сильные; диспептичеиские расстройства, горечь во рту; болезненность в правом подреберье; печень в норме, желчный пузырь не пальпирутся, воспалительного синдрома и перитонита нет.

Формы: 1. желтушная (увел. давление 30 мм рт. ст., застой желчи -> желчь попадает в кровь

2. болевая

3. лихорадочная и холангит

4. бессимптомная.

При дуоденальном зондировании порции В нет, появляется только после дачи атропина. Atropini в/в, nitroglycerini под язык -> сниж. боль -> порция В есть.

При лихорадочной форме есть воспаление (увел. лейкоцитов).

Холеграфия: расширение холедоха в виде карандаша ( увел. 0,6 - 0,8 )

Эхография: (УЗИ) увеличение ж.пузыря, расширение холедоха.

Лечение: паранефральная новокаиновая блокада, спазмолитики, доуденальное зондирование с атропином, амилнитритом, противовоспалительные (лихорадочная форма).

Операция: холедоходуоденальный анастомоз, папиллосфинктеротомия. (с помощью эндоскопа, трансдуоденально )

4. АТОНИЯ И НЕДОСТАТОЧНОСТЬ СФ. ОДДИ

Причина: врожденная слабость сф. Одди; прохождение камней; после холецистэктомии.

Клиника: тяжесть в правом подреберье, диспептические расстройства, болей нет, печень в N, t в N, энзимогепатограмма - N, воспаления и перитонита нет.

Диагностика: при дуоденальном зондировании нет порции В(пузырь не заполнен) и функция отсутствует.

Холеграфия: Ж.П. не заполнен,при введении морфина-> спазм сф. Одди-> заполнение ж.путей.

УЗИ - Ж.П. не заполнен, тонкая стенка.

Лечение: - новокаиновая блокада, желчегонные средства, пища.

- морфин курсами.

- общеукрепляющая терапия.

- лечение других заболеваний.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| форма | боль | Дуоденальное зондирование | Холеграфия | давление |
| 1 | Нет | после повторного введения желчегон. порция В "+",конц. | большой ЖП, плохо опорожняется. | сниж.Давл.в ЖП < 80 мм вод.ст. |
| 2 | Часто | боль после введен. желчег., порция В ч/з некотор. 6ре мя, мало желчи. | малый, округлый, опорожняется медленно+ боль | пов. Давл. в ЖП > 120 мм вод.ст. |
| 3 | Есть | боль приступ., В после атропина, амилнитрита, нитроглицерина. | холедох широкий, сф. Одди раскрывается после атропина. | пов. Давл. |
| 4 | нет | Нет В | не заполнен ЖП, заполняется после морфина | сниж. Давл. В холедохе |

ЖЕЛЧНО-КАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ.

Это образование камней в желчных протоках.

10% населения 75% в ЖП

75% старше 40 лет 23% в Ж.протоках

М:Ж = 1:7 1% в печени

Чаще у полных, питающихся мясом 25% на секции

Количество: 1:1000

Причины: -возраст > 40 лет (сниж. обмена, полнота, сниж. подвижности)

-пол (особенности обмена, беременность, полнота)

-малоподвижный образ жизни

-нарушение функции внутренних органов

-нарушения в эндокринной системе(гипотиреоз, сниж. ф-ции половых желез)

-неправильное питание(переедание, мясо, жиры)

-инфекция желчных протоков

-дискинезия ж. путей, усиленный гемолиз крови

-наличие в протоках инородных тел, паразитов

Патогенез: 1.застой желчи в ж. путях, кристаллизация

2.присоединение воспалительного процесса(восп. стенки)

3.инфицированние желчи

4.наличие слизи

5.нарушение обмена, чрезмерное выделение холестерина, усиленный распад Нb, усиленное образование Вr

КАМНИ: 1.большие

2.гравий

3.песок

4.замазка

10% -холестериновые-белые, перламутровые, плавают, горят, R-неконтр.

6% -пигментные- Вr, черные, тонут, R-неконтрастные

4% -известковые- белые, тонут, R-контрастные

80% -смешанные

Кончаловский -слизистая ЖП неспособна выделять коллоид, защищающий от выпадения камней.

Боткин -нарушение состава и защитной ф-ции коллоида(лецитин, соли жирных кислот).

Федоров -метаболизм + воспаление.

Роль микроэлементов: сниж. Сu, Мn, Тi -> выпадение камней.

Клиника: 1.Инфицированние камней-> холецистит.

2.Нарушение оттока желчи.

3.Нарушение пассажа желчи по желчным путям.

4.Камни могут ранить желчные протоки.

Печеночная колика: спазм желчных протоков-> боль, иррадиирующая в

правую руку и лопатку (с-м холецистита)

Патанатомия: гипертрофия, атрофия, пролежни, свищи, спайки, деформация, склероз, сужение протока, холангит, оддит, омелотворение в стенке пузыря, гепатит.

Лечение: -спазмолитики (в т.ч. нитроглицерин)

-паранефральная новокаиновая блокада Через 2-3 дня - плановое обследование, лучше с дачей синьки

- зондированние (выясняем, функционируют ли ж.протоки)

(Проба Гекинда 1942 г.) -> синька проходит через ? ,обесцвечивается в печени и не поступает в ж.пути.

Холеграфией в ряде случаев ЖП не выявляется.

ОСЛОЖНЕНИЯ:

1.Водянка ЖП на фоне закупорки протока камнем.

Клиника: тяжесть, тошнота, рвота, пальпируется увеличенный ЖП, нет восп. синдрома. При зондировании нет порции В.

Лечение: - оперативное.

2.Эмпиема ЖП.

Клиника: сильные боли, диспептические расстройства,"+" синдром воспаления, увел. t, пальпаторно- увеличенный болезненный ЖП, напряжение мышц, энзимогепатограмма в N, печень- N, при зондировании нет порции В, на холеграмме пузырь отсутствует.

Лечение: - оперативное.

3.Рак ЖП и протока. - диагностика сложна

Клиника: постоянные боли в правом подреберье чаще у лиц пожилого возраста, при пальпации - увел. ЖП. Зондирование - небольшая порция В. Выявляются атипичные клетки.

Холеграфия - дефект заполнения.

Лечение: - оперативное.

4.Механическая желтуха. - закупорка, сужение холедоха. Часто камни застревают в области холедохова соска.

Клиника: за день - два -> приступ печеночной колики.

Диагностика: желтушная окраска склер, зуд кожных покровов, сниж. Рs, увел. печени.

Синдром холестаза: увел. Вr в крови, отсутствие стеркобилина, увел. холестерина в крови, сниж. Fе в крови. При дуод. зондировании желчи нет.

Лечение: - оперативное.

Абсцесс печени: гектическая t, диагносцируется чаще при скенировании и ангиографии.

Лечение: АБ-терапия, форсированный диурез, переливание крови, плазмы.

СИМПТОМЫ ПРИ ХОЛЕЦИСТИТЕ:

Грекова-Ортнера - перкуторная боль в обл. ЖП при легком поколачивании ребром ладони по правой реберной дуге.

Мерфи -усил. боли в момент ощупывания ЖП при глубоком вдохе.

Курвуазье -увел. ЖП, при пальпации- удлинение по части дна.

Пекарского -болезненность при надавливании на мечевидный отросток.

Боаса -болезненность при пальпации околопозвоночных зон IX-XI грудных позвонков и на 3 см справа.

Накома -зона повышенной чувствительности в затылочной обл.в месте прикрепления трапецивидной мышцы(зона большого затылочного нерва).

Мюсси-Георгиевского - френикус-симптом.