Л N 9 ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

 Классификация

1. врожденные заболевания 5. функционнальные 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 желчеотделе-

 ния, 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 взимодействия между нервными и гуморальными

 механизмами желчеотделения

 - нарушение взаимоимодействия 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 пальпа-

 ции - 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, реф-

 лексы 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 отсут-

ствует порция В (пузырная порция).

Холеграфия - округлой фориы пузырь небольших размеров. После прис-

 тупа 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; бо-

 лезненность 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, доу-

 денальное зондирование с атропином, амилнитритом, противо-

 воспалительные (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 | холеграфия |

 | | зондирование | | давление

-----|-----|------------------|-------------------|-----------------

 1. | нет |после повторного |большой ЖП, плохо |сниж.Давл.в ЖП

 | |введения желчегон.|опорожняется. |< 80 мм вод.ст.

 | |порция В "+",конц.| |

-----|-----|------------------|-------------------|-----------------

 2. |часто|боль после введен.|малый,округлый, |пов.Давл. в ЖП

 | |желчег.,порция В |опорожняется |> 120 мм вод.ст.

 | |ч/з некотор. 6ре- |медленно+ боль. |

 | |мя, мало желчи. | |

-----|-----|------------------|-------------------|-----------------

 3. |есть |боль приступ., В |холедох широкий, |пов. Давл.

 | |после атропина, |сф.Одди раскрывает-|

 | |амилнитрита,нитро-|ся после атропина. |

 | |глицерина. | |

-----|-----|------------------|-------------------|-----------------

 4. | нет | Нет В |не заполнен ЖП,за- |сниж. Давл. в

 | | |полняется после |холедохе

 | | |морфина. |

 | | | |

 | | | |

-----|-----|------------------|-------------------|-----------------

 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 - зонди-

 рованние (выясняем,функцианируют ли ж.протоки)

 (Проба Гекинда 1942 г.) -> синька проходит через ? ,обесцвечи-

 вается 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 пожило-

 го возраста,при пальпации - увел.ЖП. Зондированние -

 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.зондиро-

 вании желчи нет.

 Лечение: - оперативное.

 Абсцесс печени: гектическая t,диагносцируется чаще при скенирова-

 нии 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 гру-

 дных позвонков и на 3 см справа.

Накома -зона повышенной чувствительности в затылочной обл.в месте

 прикрепления трапецивидной мышцы(зона большого затылоч-

 ного нерва).

Мюсси-Георгиевского -френикус-симптом.