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.