Лекция по внутренним болезням.

ТЕМА: ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ И ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ.

В последние 10 лет частота этой патологии резко увеличилась. Заболевания желчного пузыря и желчевыводящих путей занимают 11% из общего числа заболеваний органов пищеварения (отметим, что в структуре всех заболеваний, заболевания органов пищеварения составляют 35-37%).

Классификация.

Существует более 40 различных классификаций. Рассмотрим одну из них:

1. Дискинезия желчевыводящих путей и желчного пузыря:

1. Гипотоническая гипокинезия

2. Гипертоническая гиперкинезия

2. Дискинезия желчного пузыря - нарушение состава желчи: нарушается соотношение холестерина , фосфолипидов и лецитина.

**Диагноз дискинезии может быть поставлен только после зондирования.**

3. Воспалительные заболевания:

1. Холецистит

а. Калькулезный (каменный)

б. Некалькулезный (бескаменный)

2. Холангит - воспаление внутри и внепеченочных желчных ходов.

4. Нарушение обмена веществ - желчно-каменная болезнь

5. Постхолецистэктомический синдром.

6. Врожденные дефекты и опухоли желчного пузыря, опухоль в области сфинктера Одди.

Рассмотрит подробно вышесказанную патологию.

ДИСКИНЕЗИИ.

Обособленно встречаются лишь в 6% случаев. Чаще всего сопровождают другие заболевания: хронический дуоденит и др. Встречаемость дискинезий - 170 на 1000 населения. Заболевание характеризуется моторно-тоническими нарушениями сфинктера желчевыводящих путей. Отметим, что в регуляции билиарного тракта участвует парасимпатическая нервная система - n. Vagus и симпатическая нервная система, таким образов, происходит спазм и расслабление желчного пузыря.

Этиопатогенетические факторы дискинезий.

1. Психоэмоциональные.
2. Нейрогуморальные.
3. Нейрорефлекторные.
4. Органические изменения желчных путей или двенадцатиперстной кишки или поджелудочной железы.

Причины гипокинетической дискинезии:

1. холецистостомия
2. недостаточность сфинктера Одди, который является воротами в гепатобилиарную систему.

Причины гипертонической гиперкинезии:

1. гипертония желчного пузыря
2. гипертония пузырного протока
3. спазм сфинктера Одди.

Хронический холецистит.

Подразумевает наличие воспалительных изменений желчного пузыря. В патогенез играют роль:

1. фактор инфекции
2. застой желчи

Оба эти фактора действуют одновременно. Хронический холецистит может быть результатом ранее перенесенного острого холецистита. Хронический некакулькулезный холецистит признается не всеми учеными. Моржакко, Рысс - не признают. Скуйя, Галкин - признают. Считается, что некалькулезный холецистит является предстадией (преморбидным состоянием) калькулезного холецистита. Некалькулезный холецистит развивается вследствие ретроградного заброса панкреатического сока в желчный пузырь, что приводит к ферментативному хроническому холециститу (ферменты проникают из вирсунгова протока).

Основные причины развития хронического холецистита.

1. Колибациллярная и кокковая инфекция. Пути распространения: чаще всего ретроградный путь из двенадцатиперстной кишки, реже - гематогенный и лимфогенный.
2. Дополнительные причины:
3. дискинезии
4. гиподинамия , редкие приемы пищи или сочетанная патология ЖКТ
5. паразитарные инфекции. Необходимо учитывать, что воспалительная инфильтрация слизистой желчного пузыря может вовлекать париетальные листки брюшины, что приводит к образованию спаек с соседними органами и изменению клиники хронического холецистита.
6. Кроме того причинами хронического холецистита , как калькулезного так и некалькулезного могут быть: ожирение и беременность, так как при этих состояниях сдавливается желчный пузырь.

Клиника холецистита.

При калькулезном холецистите клиника более выражена, чем при некалькулезном. В основе патологических проявлений лежит боль, которая зависит от типа дискинезии. При гипотонической дискинезии боли постоянные, тупые, ноющие. При гипертонической дискинезии боли интенсивные, схваткообразные, кратковременные, недлительные, связанные с приемом острой, жирной пищи, газированных напитков, алкоголя. При вовлечении брюшины в патологический процесс и развитии перихолецистита боль распространяется на всю правую половину (болит “ вся печень”). Кроме того, боль усиливается при поворотах, подъемах тяжести. Иррадиация болей: вправо, в подключичную, подлопаточную области, в область сердца. Рвота: при обострении, при гипомоторной дискинезии приносит облегчение, при гипермоторной дискинезии рвота облегчения не приносит. Отмечается чувство горечи во рту, отрыжка горьким при гипомоторной дискинезии. Может быть кратковременная желтуха за счет спазма сфинктера Одди + болевому синдрому сопутствует субфебрилитет и подзнабливания. Часто отмечаются астенический жалобы.

Основные симптомы.

Сбор анамнеза у больного с некалькулезным холециститом занимает главное место.

Желчный пузырь пальпируется в следующих случаях:

1. осложненный желчный пузырь по типу водянки
2. выраженная гипотония
3. симптом Курвуазье, то есть рак головки поджелудочной железы (как правило) вызывает сдавление холедоха и вызывает желтуху без каких-либо болезненных проявлений.

При обострении положительными будут следующие симптомы:

|  |  |
| --- | --- |
| Симптом | смысл |
| Керра | болезненность в проекции желчного пузыря на вдохе |
| Мерфи | болезненность в проекции желчного пузыря при надутом животе |
| Ортнера-Грекова | боль при покалачивании правой реберной дуги ребром ладони. |
| Лепене | болезненность при покалачивании по правому подреберью. |
| Пекарского | болезненность при надавливании на мечевидный отросток грудины |
| Френикус-симптом | болезненность при надавливании между ножками m. sternocleidomastoideus |

Зоны гиперестезии (Захарьева-Геда) : боль возникает при надавливании на поперечные отростки 7, 8, 9 грудных позвонков.

Желчнокаменная болезнь - это болезнь благополучия, болезнь нашего века. У каждого десятого после 60-70 лет имеются камни в желчном пузыре. ЖКБ составляет 5-10%. Еще в 6 веке ЖКБ описал Гален. В 1814 Шеврен (Франция) описал холестериновые камни - “холе” - желчь, стерос - плотный. В России Федоров внес большой вклад в изучение ЖКБ.

ЖКБ = камень + движение камня + инфекция.

Желчный пузырь находится под гормональным воздействием. Стимуляция секреции желчи осуществляется холецистокинином, гастрином, глюкагоном. Стимуляция и выделение желчи осуществляется секретином и вазоактивным интестинальным гормоном (вазоактивный интестинальный пептид). Торможение и выделение желчи осуществляется соматостатином, панкреатическим полипептидом, вазоактивными интестинальными пептидами.

Желчь представляет собой коллоидный раствор, находится в растворенном состоянии активные вещества входят в состав мицеллы. Основные вещества: холестерин, фосфолипиды, лецитин, соли желчных кислот. Соотношение этих компонентов определяет растворимость и мицеллярность. Холатохолестериновый коэффициент: 1.3 : 1. Если содержание желчных кислот уменьшается, то повышается содержание холестерина и развивается дискриния, а затем камни.

Схема литогенеза.

1. Повышается содержание холестерина, то есть насыщение желчи холестерином резко возрастает.

2. Инициирующий фактор - пищевой дисбаланс, что ведет к воспалению стенок желчного пузыря, затем происходит выделение слизи с гликопротеидами и образование комочков слизи, в которых откладывается холестерин.

3. Изменение баланса факторов, ингибирующих выпадение холестерина: лецитина и желчных кислот.

Триангулярная схема (Mall)

При увеличении содержания холестерина увеличивается угол треугольника.

Чем больше содержание холестерина, тем быстрее он выпадает в осадок. Происходит слияние и рост комочков слизи, что ведет к образованию камней. Холестериновые камни рыхлые. Возникновение микротрещин при воспалении приводит к тому, что внутрь камня проникает кальций, вода, билирубин, и образуется пигментный центр. Чисто холестериновые камни рентген неконтрастны.

Если камень находится в дне или теле желчного пузыря, то это немая зона. Клиники нет. Это камненосительство. Если камень находится в пузырном протоке, то будут приступы печеночной колики, которые могут быть при присоединении инфекции.

Отметим, что симптомы зависят от места, где остановился камень при движении.

Осложнения.

1. Водянка
2. Эмпиема
3. Перфорация
4. Развитие перитонита
5. Частичная или полная закупорка холедоха, что ведет к развитию восходящей инфекции, холангиту. Если не проводить терапию, то разовьется холангиогепатит, а затем вторичный билиарный цирроз печени. Кроме того, если камень в холедохе, то он создает препятствие оттоку желчи , нарушается отток ферментов поджелудочной железы, так как в 80% субпапиллярный ствол находится между вирсунговым протоком и холедохом, что ведет к развитию панкреатита.

Факторы риска ЖКБ,

1. чаще страдают блондинки
2. полные люди
3. гиподинамичные люди
4. после 40 лет
5. наличие генетической предрасположенности
6. дискинезия
7. прием гормональных препаратов, содержащих эстрогены.

Клиническая классификация ЖКБ.

1. Хроническая болевая форма
2. Хроническая диспепсическая форма
3. Печеночная (желчная ) колика.
4. Латентная:
5. стенокардитическая. От этой формы умер Боткин.
6. Атралгическая
7. диэнцефальная

Триада Сеймта:

ЖКБ + хиатальная грыжа +дивертикулез толстой кишки.

Постхолецистэктомический синдром.

Причины его возникновения.

I.

1. Билиарная диспепсия
2. билиарная дискинезия

II Органические поражения желчных путей

1. остаточный камень в холедохе
2. стриктура холедоха
3. стеноз сфинктера Одди

III Состояния, не обусловленные патологией желчных путей:

1. синдром раздраженной толстой кишки
2. панкреатит
3. гепатит
4. дуоденит
5. язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки

Дифференциальный диагноз: ЖКБ дифференцируют с:

1. хроническим некалькулезным холециститом, острым гангренозным холециститом - эмпиемой. При это буду острофазовые реакции, сильные боли, лихорадка.
2. Правосторонней печеночной коликой: при этом будет иррадиация в пах, бедро, то есть вниз.
3. Язвенной болезнью , локализованной в луковице: есть анамнез, данные обследования.
4. Острым панкреатитом: иррадиация в спину, опоясывающие боли.
5. Острым аппендицитом: если боли в правой подвздошной области уменьшаются, то это деструкция отростка.
6. Раком желчных путей и желчного пузыря. Начало постепенное, постепенно развивается желтуха.

Диагностика заболеваний желчного пузыря.

Холециститы: лейкоцитоз, ускоренная СОЭ, эозинофилия, если есть паразитарная инфекция, то в моче: увеличение желчных пигментов и уробилина, в биохимическом анализе крови: признаки холестаза, увеличение щелочной фосфатазы, гамма-глутаминтранспептидазы, лецинаминопептидазы, альфа2 и гамма-глобулиновых фракций, снижение альбумина при длительной желтухе, умеренное увеличение АЛТ и АСТ.

Дуоденальное зондирование.

Трехфракционный метод Мейцера и Лайона.

Порции:

А - содержимое двенадцатиперстной кишки

В - содержимое желчного пузыря

С- пузырная желчь.

Важно обращать внимание на количество желчи в порции В. Нормальное количество желчи - 30-35 мл. Если порция В не получена, то желчный пузырь отключен или сестра делает что-то неправильно.

Пяти фракционный уругвайский метод.

Определяют количество полученной желчи, состояние сфинктера Одди.

1 фаза - фаза холедоха - фаза общего желчного протока. Количество желчи 20-35 мл.

2 фаза - фаза закрытого сфинктера Одди. Время 3-5 минут. Если меньше - гипотония. Если время больше - гиперкинезия.

3 фаза - аналогична фазе А при трехфракционном методе. Это фаза открытого сфинктера Одди или дуоденальной желчи. Время 2-4 минуты. Желчь светлая. Эта фаза до появления темной желчи. Количество желчи - 3-5 мл.

4 фаза - фаза желчного пузыря. Время 20-30 минут. Количество желчи 30-50 мл.

5 фаза - фаза С. Печеночная фаза. Время 20-30 минут. Количество не более 50 мл (примерно 20).

Кроме того, определяют лейкоциты, но главное - эпителиодные клетки. По их количеству судят о наличии воспалительного процесса в различных зонах. Если эпителиодные клетки мелкие, то воспалительный процесс во внутрипеченочных желчных путях. Если эпителиодные клетки удлиненные, то воспалительный процесс в холедохе. Если эпителиодные клетки широкие, то воспалительный процесс в желчном пузыре. Чистых лейкоцитов в желчи нет, так как они там погибают.

Количество эпителиоидных клеток:

А - 200- 300

В - 300 - 400

С - 300

У больных в порции В до 8-9 тысяч эпителиоидных клеток.

Ранее использовалось хромотическое дуоденальное зондирование с метиленовым синим. Сейчас этот метод не применяют.

1. Рентген: определяются функциональные особенности желчного пузыря, спайки, конкременты и др. С помощь обзорной рентгенограммы определяют конкременты.
2. Холецистография: сейчас применяется редко.
3. Холангиография: внутривенно дают контраст, который выявляет патологию желчевыводящих путей.
4. Сонография
5. КТ
6. ЯМРТ
7. ЧЧХ - чаще делают хирурги. Выявляют конкременты и др.
8. Ретроградная панкреатохолангиография.

Лечение.

Главная задача - устранить симптомы заболевания и предотвратить образование камней на стадии дискринии.

Диета: стол №5. Прием пищи 4-6 раз в день. Диета молочно-растительная. Исключают жирную пищу. Необходимы блюда, богатые овощами и фруктами, желчегонные средства: при некалькулезном холецистите назначают холекинетики и холеретики. При калькулезном холецистите эти препараты противопоказаны.

Холекинетики: ксилит, сорбит, английская соль, смесь Бурже , 20 мл - 40% глюкозы - слепое зондирование. Натощак за 1 час до еды выпивается 50 г 40% глюкозы. Затем ложатся на правый бок с грелкой.

Холеретики - аллохол, холосас, холензим, травма берберина, сульфаты. Минеральная вода - Ессентуки - 4, Боржоми. Если есть повышение температуры и воспаление, то назначают антибиотики. Делают посев желчи. При кокковой флоре назначают фурозолидон. При смешанной флоре - трихопол не более 5 дней. Палочки - бисептол 2 раза в день.

Холангит - антибиотики широкого спектра действия: тетрациклин по 0.2 4 раза, гентамицин - 80 мг 2 раза в день. Для растворения камней используют литолитические препараты, содержащие хемодезоксихолевую и хемоурсодезоксихолевую кислоту. Препараты - хемодиол, хемофальк. Растворимы только холестериновые камни.

Кроме этого, используются хирургические методы лечения:

1. холецистэктомия
2. дробление камней с помощью ультразвука

При дискринии назначают натощак 100-150 г свежих фруктов или овощей - морковь, кислая капуста.

Мансуров для улучшения желчеоттока и секреции желчных кислоты назначают фенобарбитал, зиксорин, так как они иницируют оксидазную систему.

Лиобил назначают для профилактики камней.

**Показания к госпитализации**:

1. острый холецистит
2. частые обострения с лихорадкой
3. обтурационная желтуха
4. некупируемые в течение нескольких дней приступы печеночной колики

**Показания к операции**:

1. если человеку до 50 лет, стадия ЖКБ латентная
2. если выраженный болевой синдром, обтурационная желтуха, то проводят консервативную терапию, а затем - операция.