

ПЕРВЫЙ МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМ. И.М.СЕЧЕНОВА
КАФЕДРА ГОСПИТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Механическая желтуха.

Выполнил студент 5 курса

Лечебного факультета

45 группы

Володичев Владимир Викторович

Москва, 2011г.

-
- **Механическая желтуха**- угрожающее жизни состояние, развивающееся вследствие нарушения естественного пассажа желчи из печени по желчным протоками далее в 12-перстную кишку на любом уровне, проявляющееся комплексом симптомов (желтушность кожных покровов, слизистых оболочек, потемнение мочи, обесцвечивание кала, кожный зуд, могут наблюдаться боли в животе, повышение температуры тела), возникающее как осложнение заболеваний гепатопанкреатодуоденальной зоны. Результатом прогрессирования желтухи является быстрое развитие печёночной недостаточности, а при отсутствии какой-либо медицинской помощи летальный исход.

ПРИЧИНЫ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

- ▣ Желчекаменная болезнь (холедохолитиаз, синдром Бувере и Мирицца, постхолецистэктомический синдром)
- ▣ Опухоли (рак ПЖ, рак ФС, рак холедоха или 12 перстной кишки, опухоли Клацкина, метастазы в гепатодуоденальную связку)
- ▣ Нечастые болезни (стриктуры желчных протоков, склерозирующий холангит, индуративный головчатый панкреатит, папиллит, стеноз фатерова соска или ятрогенные повреждения холедоха)
- ▣ Экзотические (описторхоз или аскаридоз и т.д.)

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- Жалобы на желтушность кожных покровов и склер, обесцвеченный стул, мочу цвета пива, кожный зуд, боли, часто сопровождаемые увеличением температуры тела до 39—40 °С без каких-либо закономерностей в появлении (признак холангита)
- Боли при обтурации жёлчных протоков камнями: локализованы в правой подрёберной области; спастические, резкие; иррадиируют за грудину, в правые лопатку и подмышечную область. Желтуха появляется спустя 1—2 дня в последствии разрешения печёночной колики
- Боли при опухолях головки поджелудочной железы, БДС, жёлчных протоков локализованы в подложечной области: тупые, иррадиируют в спину. В 20% случаев опухолевая обструкция протекает без болей.

ОСМОТР ЗАБОЛЕВШИХ

- Кожные покровы окрашиваются в канареечный цвет, постепенно принимающий землистый оттенок
- На веках образуются отложения холестерина (ксантома) в виде чётко очерченных желтоватых образований, размерами примерно 6 мм, выступающих над поверхностью кожи
- Выявляют расчёсы кожи, гематомы в местах незначительных травм
- Печень увеличена, особо значительно при опухолях жёлчных путей
- При опухолях головки поджелудочной железы в правой подрёберной области пальпируют безболезненный растянутый жёлчный пузырь (симптом Курвуазье)
- При обструкции камнями пальпация печени болезненна, могут быть положительными симптомы Ортнера (поколачивание краем ладони по правой рёберной дуге вызывает боль) и Мёрфи (непроизвольная задержка дыхания на вдохе при давлении на правую подрёберную область). Жёлчный пузырь традиционно не пальпируют вследствие его сморщенности. Увеличение жёлчного пузыря вероятно лишь при водянке и эмпиеме.

ДИАГНОСТИКА

- УЗИ. Жёлчные протоки расширены. При блокаде БДС диаметр общего жёлчного протока превышает 0,8—1 см. Могут быть выявлены конкременты в жёлчном пузыре, однако достоверность определения камней в общем жёлчном протоке невысока. В редких случаях возможны диагностические ошибки, когда опухоль жёлчного пузыря интерпретируют как скопление конкрементов. При опухоли головки поджелудочной железы или псевдотуморозном панкреатите размеры органа увеличиваются. Выявляют очаговые поражения печени (метастазы, эхинококковые кисты)
- Релаксационная дуоденография. Рентгенологический признак индуративного панкреатита или злокачественной опухоли поджелудочной железы, прорастающей в двенадцатиперстную кишку, — симптом Фростберга (деформация внутреннего контура нисходящей части двенадцатиперстной кишки в виде зеркально отражённой цифры 3). Может быть выявлен дивертикул двенадцатиперстной кишки в области БДС
- Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография показана при сомнительных результатах УЗИ в случаях, когда предполагается блокада внепечёчных жёлчных путей. Для канюлирования общего жёлчного протока и протока поджелудочной железы используют фиброволоконный дуоденоскоп. После введения в проток рентгеноконтрастного вещества выполняют серию снимков. Исследование незаменимо в диагностике опухолей и вколоченных камней БДС. Применяя эту методику, можно диагностировать опухоли поджелудочной железы небольших размеров. Возможно цитологическое исследование эпителия и содержимого протока поджелудочной железы
- Чрескожная чреспечёчная холангиография показана при блокадах жёлчных путей в области ворот печени: определяют состояние внутрипечёчных протоков, протяжённость их окклюзии. Под местной анестезией через кожу и ткань печени под контролем УЗИ в один из расширенных внутрипечёчных протоков проводят длинную тонкую иглу для введения контрастного вещества
- Сканирование печени с радиоактивным изотопом золота или технеция, спленопортографию и целиакографию используют при опухолях и паразитарных поражениях печени для определения вероятности её резекции и объёма операции.

БИОХИМИЧЕСКИЙ ТЕСТ КРОВИ

- Содержание билирубина превышает 1,6—2 мг% (20 мкмоль/л); увеличение за счёт непрямой и прямой фракций
- Активность ЩФ повышена
- Тимоловая проба в основной массе случаев отрицательна; положительна лишь в случае осложнения механической желтухи паренхиматозным гепатитом
- Активность аминотрансфераз чаще всего нормальна или некординально повышена
- Холестерина повышен.

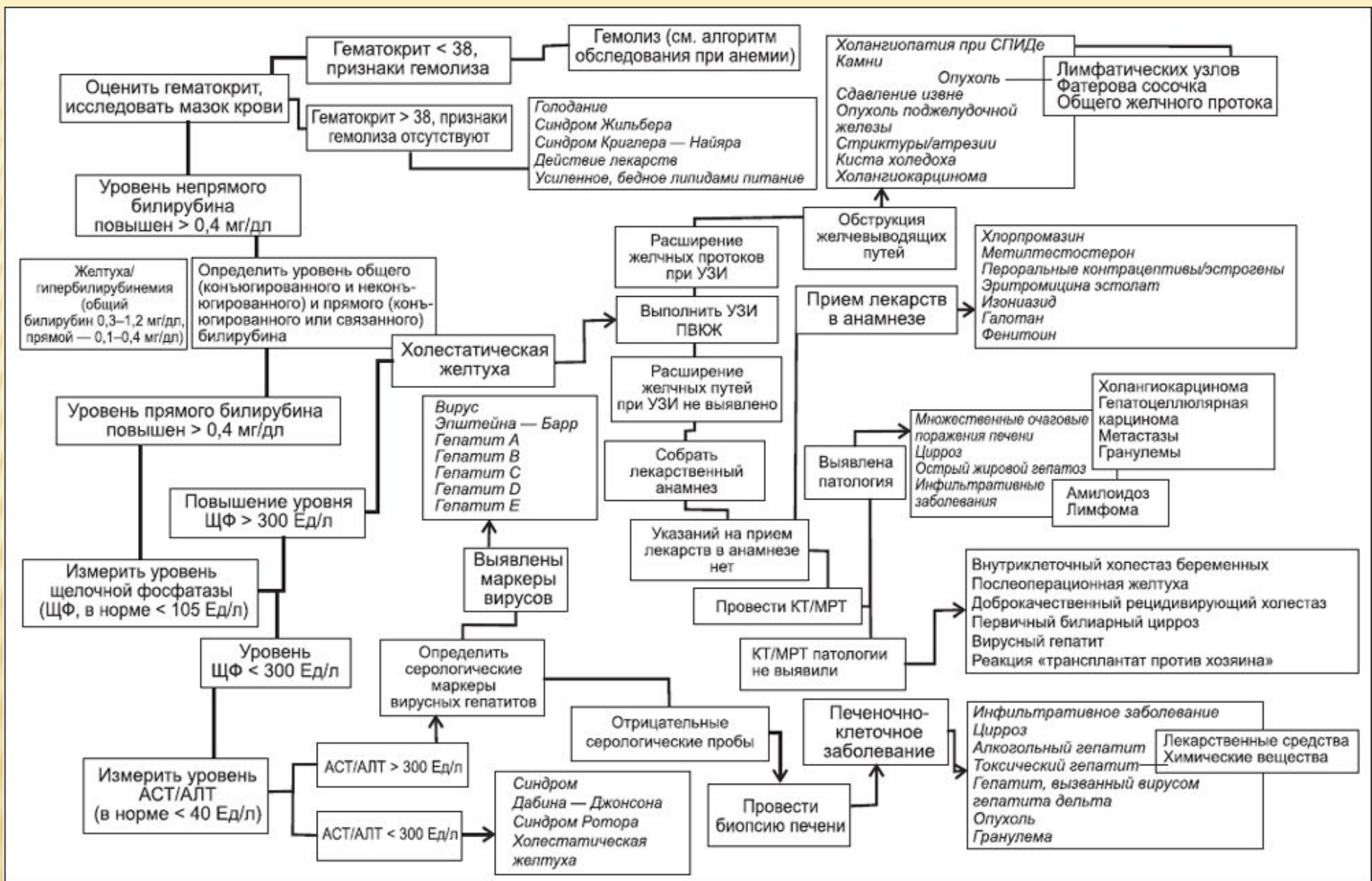


Рисунок 2. Диагностический алгоритм при желтухе и гипербилирубинемии (модифицировано по [1])

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

■ Гемолитическая желтуха

Заболевание носит семейный характер, протекает длительно, с периодическими обострениями, провоцируется охлаждением, интоксикациями

Боли традиционно отсутствуют, желтуха умеренная, окраска кожи лимонно-жёлтая, кожного зуда нет

Обычно увеличены и печень, и селезёнка. Жёлчный пузырь не увеличен

Сохраняется окраска стула

Характерна анемия различной степени тяжести

Уровень билирубина повышается преимущественно за счёт непрямой фракции.

Содержание холестерина в крови не меняется

■ Паренхиматозная желтуха

Типичны предвестники: мышечные боли, лихорадка, диспепсические явления и т.п. Боли в правой подрёберной области тупые, обнаруживаются вслед за желтухой (обусловлены растяжением глиссоновой капсулы печени)

Окраска кожи шафранная

Одновременно увеличиваются и печень, и селезёнка. Жёлчный пузырь не увеличивается

Резко повышается активность АЛТ (достигает тысяч единиц) и тимоловой пробы.

Активность ЩФ близка к норме. Содержание холестерина в крови нормальное или повышено при лёгких формах (120—240 мг%), снижено в тяжёлых случаях на высоте заболевания.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Симптомы	Надпеченочная	Печеночная		
	Гемолитическая	Печеночно-клеточная	Холестатическая	Энзимопатическая
Механизм развития	Повышение образования билирубина	Нарушение захвата, конъюгации и экскреции билирубина, регургитация билирубина	Нарушение экскреции и регургитация билирубина	Нарушение захвата, конъюгации и экскреции билирубина
Возраст	Любой		Чаще средний	Чаще молодой
Анамнез	Длительность и возобновляемость заболевания, недавнее переливание крови	Контакт с больным ОВГ, прием лекарств	Беременность	Без особенностей, или наличие желтухи у близких родственников
Продромальный период	Отсутствует	Выражен при острых гепатитах	Отсутствует	
Боль	Нет	Нет или незначительная	Отсутствует	
Лихорадка	Отсутствует	Имеется	Отсутствует	
Зуд кожи	Отсутствует		Выраженный	Отсутствует
Печень	Нормальных размеров или немного увеличена	Всегда увеличена, различных размеров и плотности		Нормальных размеров
Селезенка	Увеличена	Может быть увеличена		Не увеличена
Билирубинемия	Незначительная, не более чем в 3–5 раз, за счет непрямого билирубина	Различной степени, за счет прямого билирубина	Различной степени, за счет прямого и непрямого билирубина	Различной степени, преимущественно за счет непрямого билирубина
Пигмент в кале	Резко повышен	Норма или снижен	Снижен или отсутствует	Норма
Активность АлАТ	Нормальная	Повышена		Нормальная
Тимоловая проба	Нормальная	Повышена	Чаще нормальная	Нормальная
Щелочная фосфатаза	Нормальная	Нормальная или повышена	Резко повышена	Нормальная
Холестерин	Норма	Норма или снижен	Чаще повышен	Норма
Билирубинурия	Отсутствует	Имеется		Отсутствует

ЭНЗИМОПАТИЧЕСКИЕ ЖЕЛТУХИ



ЛЕЧЕНИЕ

- **Диета.** Стол № 5а. В рацион обязательно включают молочные продукты (творог), овощи, фрукты, ягоды, соки. Содержание легкоусвояемых углеводов не должно превышать физиологическую норму. Обильное питьё. Питание дробное, небольшими порциями. Блюда отварные и протёртые.
- **Лекарственная терапия:**
Применяют для предоперационной подготовки и в в последствииоперационном периоде, т.к. основной метод лечения — хирургический.
- При интоксикации
- Гемодез реополиглюкин, 5% р-р глюкозы, 0,9% р-р NaCl в/в до 2 л/сут. Объём трансфузии определяют возрастом заболевшего и состоянием ССС
- Форсированный диурез: фуросемид 20—40 мг в/в в последствии инфузии.
- Витамины Вг В6, В,2 в/м (в разных шприцах) или эссенциале 1—2 г в/в капельно в 5% р-ре глюкозы, аскорбиновая кислота в/в в 5% р-ре глюкозы, рибоксин 200мг в/в медленно струйно 2 р/сут, кокарбоксилаза 0,1 г/сут в/м.
- При кожном зуде — холестирамин по 4—8 г 2—3 р/сут.
- Для профилактики кровотечений — викасол по 3 мл 1% р-ра в/м (инъекции начинают за 4—5 дней до операции), переливание замороженной плазмы.
- Папаверина гидрохлорид до 2 мл 2% р-ра или но-шпа по 2—4 мл 2% р-ра, или феникаберан по 2 мл 0,25% р-ра в/м 3 р/сут.

- При холангите — тетрациклина гидрохлорид по 0,1 г в/м 2—3 р/сут или вибрамицин (доксциклина гидрохлорид) по 0,1—0,2 г в 200—300 мл 5% р-ра глюкозы или 0,9% р-ра NaCl в/в капельно (на протяжении 1—2 ч) 1 р/сут. Хирургическая детоксикация
- При длительной механической желтухе и начинающейся гепаторенальной недостаточности (олигурия, высокое содержание мочевины и билирубина) хирургическая детоксикация предшествует основной операции
- Наружное дренирование жёлчных протоков в последствии выполнения чрескожной чреспечёночной холангиографии. Возможно крово- и желчеистечение из места вкола иглы в печень
- Эндоскопическая холецистостомия (наружное дренирование жёлчного пузыря во время лапароскопии). Возможен жёлчный перитонит
- Эндоскопическая папиллосфинкте-ротомия, выполняемая с целью отхождения камня БДС
- Дренирование грудного лимфатического протока и лимфосорбция. В в последствииидующем вероятно развитие иммуносупрессии, поскольку на колонке с сорбентами оседает большое численность лимфоцитов
- Ксеноспленоперфузия — использование селезёнки свежезабитой свиньи для удаления токсинов. Кровь заболевшего пропускают или через целый орган, или через фрагменты ксенотрансплантата селезёнки. Возможен иммунологический конфликт
- Плазмаферез — эксфузия крови заболевшего, центрифугирование её и в последствииидующий возврат собственных эритроцитов. Необходимость в донорской плазме в большом количестве ограничивает широкое применение плазмафереза.

□ Хирургические операции:

- При механической желтухе вследствие обструкции камнями.
- Холецистэктомия, холедохолитотомия, зондирование жел-чевыводящих путей. В зависимости от операционных находок операция может быть завершена несколькими путями:
- При сохранённой проходимости БДС выполняют временное наружное дренирование общего жёлчного протока (к примеру, Т-образным дренажем по Керу)
- При умеренном стенозе БДС выполняют его бужирование, а потом временное наружное дренирование общего жёлчного протока
- При выраженном стенозе БДС производят папиллосфинктеротомию и временное наружное дренирование общего жёлчного протока. Данное вмешательство не рекомендуют при сопутствующем панкреатите, поскольку оно может вызвать его обострение, вплоть до панкреонекроза
- При стенозе БДС, сочетанием с отёком головки поджелудочной железы,
- выполняют супрадуоденальную холедоходуоденостомиюбок в бок. Условие для выполнения операции— достаточная ширина (>2 см) общего жёлчного протока, необходимая для создания большого соустья. В другом случае узкий анастомоз мешает опорожнению общего жёлчного протока от забрасываемого в него дуоденального содержимого, что поддерживает холангит. Гнойный холангит во время операции — противопоказание к наложению соустья, поскольку увеличивает риск несостоятельности швов.
- При опухоли головки поджелудочной железы и псевдотуморозном панкреатите
- Паллиативная операция: передиободочная холецистоеюностомия (операция Монастырского), дополняемая межкишечным анастомозом по Брауну. Показание к операции: метастазы опухоли в печень или врастание её в крупные сосуды забрюшинного пространства. При псевдотуморозном панкреатите эта операция полностью излечивает заболевшего

- Радикальная операция (при злокачественной опухоли): панкреатодуоденальная резекция.
- При злокачественных опухолях печени.
- Радикальная операция — резекция печени может быть выполнена в единичных случаях.
- Паллиативные операции
- Туннелизация опухоли и постоянное сквозное чреспечёночное дренирование общего жёлчного протока с выведением обеих концов трубки наружу, позволяющее вымывать детрит из трубки и заменять её при закупорке
- Подкапсульная холангиоеюностомия (создание анастомоза центрального опухоли между одним из поверхностно расположенных протоков печени и тонкой кишкой)
- Частичная гепатэктомия с внутрипечёночной холангиею-ностомией (резекция в пределах половины левой доли печени с наложением анастомоза между появляющимся в области разреза крупным жёлчным протоком и петлёй тонкой кишки). Через анастомоз может быть проведён сквозной дренаж.
- При карциноме БДС
- Радикальная операция — панкреатодуоденальная резекция
- Условно радикальная операция -папиллэктомия (используют при печёночной недостаточности, не позволяющей выполнить радикальное вмешательство)
- Паллиативная операция — холецистоеюностомия.
- При парафатериальном дивертикуле двенадцатиперстной кишки производят его резекцию. Для профилактики несостоятельности швов на заднемедиальной стенке кишки выполняют аспирацию её содержимого через назодуоденальный зонд, устанавливаемый во время операции.

- При рубцовых стриктурах общего жёлчного протока выполняют их иссечение с восстановлением его целостности анастомозом конец в конец, или наложением холедохоеюноа-настомоза конец в бок. Для предупреждения рецидива стриктуры анастомозы выполняют на временных каркасных дренажах общего жёлчного протока, сохраняемых до 12 мес в последствии операции
- Т-образный дренаж по Керу
- Чреспечё-ночный дренаж, оба конца которого выведены на брюшную стенку (центральный — выходящий из печени, периферический — из общего жёлчного протока или петли тонкой кишки, с которой наложено соустье). Такое устройство дренажа позволяет его замену в случае его обтурации замазкой.
- При эхинококкозе печени
- При эхинококковой кисте, прорвавшейся в жёлчные протоки, удаляют эхинококковую кисту, вскрывают и опорожняют от паразитов общий печёночный проток, восстанавливают его целостность и производят наружное дренирование
- При эхинококковой кисте, сдавливающей общий жёлчный проток извне, выполняют закрытую эхинококкэктомию (удаление паразита с его зародышевой оболочкой и тампонаду полости пряжей сальника на ножке).
- При альвеококкозе печени
- Радикальная операция — резекция печени, чаще всего гемигепатэктомия. Операция невозможна при локализации альвеококка в области ворот печени
- Паллиативная операция: постоянное сквозное чреспечёночное дренирование общего жёлчного протока с выведением обоих концов трубки наружу; в некоторых случаях сочетают с криодеструкцией паразита.
- При атрезии желчевыводящих путей: гепатико-, а при вероятности холедоходуodenостомия на каркасном дренаже.
- При врождённой кисте общего жёлчного протока производят или холедоходуodenостомию по способу бок в бок, или создание соустья между кистой и бравшей тонкой кишки, образованной по методу Ру (Y-образный анастомоз). Нельзя иссекать кисту или дренировать её наружу.

ТЕСТЫ

□ Для механической желтухи, обусловленной холедохолитиазом, характерно(А):

1. Гипербилирубинемия за счёт прямой фракции
2. Отсутствие стеркобилина в кале
3. Повышение уровня щелочной фосфатазы
4. Значительное повышения уровня трансаминаз, гамма-ГТ

А - верно 1,2,3; Б - верно 1,3; В - верно 2,4; Г - верно только 4; Д - верно всё.

✓ Укажите клинические формы механической желтухи(Д):

1. Желтушно-болевая форма
2. Желтушно-панкреатическая форма
3. Желтушно-холециститная форма
4. Желтушно-септическая форма

А - верно 1,2,3; Б - верно 1,3; В - верно 2,4; Г - верно только 4; Д - верно всё.

■ Методом выбора в лечении неосложнённой желчнокаменной болезни является (Г):

- А. Лекарственное растворение камней
- Б. Ударно-волновая литотрипсия
- В. Эндоскопическая холедохолитотомия
- Г. Холицистэктомия
- Д. Холецистостомия

□ Окраска кожных покровов при обтурационной желтухе (Б):

А. Лимонно-желтая

Б. Желтовато-зеленая

В. Шафраново-желтая

Г. Бронзовая