



ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕЧЕНИ И

ЖЕЛЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ (ЖВС)

ЖАЛОБЫ:



1. Диспептические- отрыжка (воздух – болезни печени; горечью - холециститы), тошнота (после жирной пищи), рвота, ↓аппетита, метеоризм, расстройства стула – поносы, запоры.

2. Болевые- интенсивные – желчно- каменная болезнь (ЖКБ), умеренные – воспаление желчного пузыря (ЖП) и желчевыводящих путей (ЖВП)-тупые, ноющие, тяжесть, распирающие, иррадиируют в правую лопатку, плечо

ЖАЛОБЫ:



- 3. Синдром внутрипеченочного холестаза** (желчные пигменты в крови) - интенсивный зуд, желтуха, геморрагический синдром;
- 4. Синдром интоксикации**- головная боль, раздражительность, ↓памяти, внимания, расстройства сна.
- 5. Нарушение инактивации эстрогенов**- телеангиоэктазии (сосудистые звездочки), гинекомастия у мужчин.

ЖАЛОБЫ:

6. ↓ **Ад** - ваготонический эффект желчных кислот.

7. **Отеки и асцит** -
гипоальбуминемия → гипоонкия,
вторичный гиперальдестеронизм.



ОСМОТР



1. Желтушность кожи и иктеричность слизистых оболочек.
2. Следы расчесов, увеличение области правого подреберья, телеангиоэктазии, кровоизлияния.
3. ↓ веса (алкоголизм), ЖКБ – чаще гиперстенические женщины.
4. Асцит.
5. Расширение вен передней брюшной стенки «голова медузы».

ОСМОТР

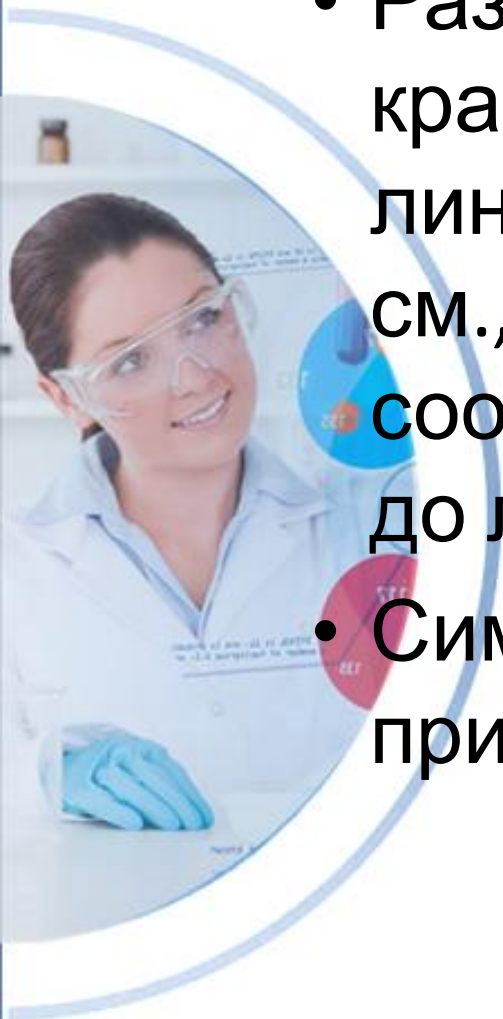


6. При печеночной недостаточности - состояние тяжелое, нарушение сознания, неприятный «печеночный» запах.

7. При холестериновой ЖКБ- отложения холестерина на веках (ксантомы) и коже (ксантелазмы).

Перкуссия печени.

- Размер от верхнего до нижнего ее края по правой срединноключичной линии 10 см., по срединной линии 8 см., от верхнего края печени, соответствующего срединной линии, до левой границы печени 6 см.
- Симптом Ортнера – болезненность при поколачивании по реберной дуге.



ПАЛЬПАЦИЯ



- аккуратно на выдохе рука (в кожной складке) погружается в брюшную полость; на вдохе печень выходит из-под края реберной дуги и доступна для пальпации. Оценивают край печени- гладкость, консистенцию, чувствительность при пальпации. (в N- край мягкий, ровный, поверхность гладкая, безболезненны).

↑плотности - цирроз, опухоль.

Бугристая, неровная - онкология

ЛАБОРАТОРНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ



**1. При печеночной недостаточности -
↓ содержания белков**

(печень синтезирует белки крови: альбумины – 65–85 г/л, глобулины– 35–65 г/л, фибриноген – 2–4 г/л.).

Синдром интоксикации- печеночная энцефалопатия.

ЛАБОРАТОРНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ



2. Синдром воспаления ↑ фибриногена, глобулиновых белков, белков острого воспаления.

3. Синдром холестаза - ↑ билирубина, желчных кислот, щелочной фосфатазы, ↑ АЛТ, коэффициент де Ритиса ≤ 1 .

4. Синдромом недостаточности гепатоцитов – гипопротейнемия, диспротеинемия, ↑ токсических метаболитов (остаточного азота, аммиака, креатинина).

ЛАБОРАТОРНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

5. Синдром цитолиза – повреждение мембраны печеночных клеток – ↑ ферментов гепатоцитов - трансаминаз– аланиновая (АЛТ) и аспарагиновая (АСТ), лактатдегидрогеназа (ЛДГ), щелочная фосфатаза и др.



Инструментальное исследование



- 1. Холеграфия** - Контраст в/в, перорально-визуализируется ЖП и ЖВП.
- 2. Ретроградная холангиопанкреатография** - под эндоскопическим контролем вводят контраст в общий желчный проток → ЖП → ЖВП, поджелудочная железа.
- 3. Биопсия печени**- в области IX м/р по передней подмышечной линии.

Инструментальное исследование



4. УЗИ- ЖП- грушевидное образование, расширение- при водянке, ↑толщина стенок- воспаление, наличие замазкообразной желчи; камни, размер.

Расширение общего желчного протока+ вязкая желчь- признак воспаления.

Опухолевые образования, абсцессы, паразитарные (эхинококковые) кисты.

Изменения структуры- цирроз, жировой гепатоз, воспаление печеночной ткани.

Инструментальное исследование



5. Лапароскопия- эндоскопической осмотр, осматривается поверхность печени и ЖП-кисты, опухоли, абсцессы; прицельная биопсия при подозрении на онкологию.

Инструментальное исследование



6. Исследование дуоденального содержимого- натошак, глотку анестезируют, резиновый зонд с овальной оливой, (45 см - желудка, 70 см – до двенадцатиперстной кишки на правом боку). Первая порция– дуоденальное содержимое. Вводят вещество, стимулирующее сокращение сфинктера Одди (поступление желчи прекращается), через 5 мин выделение желчи должно восстановиться. Более быстрое или медленное поступление желчи свидетельствует о его патологии

Инструментальное исследование



А порция- из желчного протока и шейки пузыря.

В- из желчного пузыря.

С печеночная порция.

Общий анализ желчи- лейкоциты (воспаление), паразиты; ↑холестерина, билирубина, бактерии- в зависимости от порции желчи- определяется локализация процесса.

ХРОНИЧЕСКИЙ ХОЛЕЦИСТИТ

- воспаление желчного пузыря.

ЭТИОЛОГИЯ: кишечная палочка, Staph, Str, энтерококки, протей, дрожжевые грибы, синегнойная палочка, шигеллы, смешанная инфекция.

Пути попадания м/ф:

1 гематогенный, 2 лимфогенный,
3 контактный из кишечника через
общий желчный проток.



СПОСОБСТВУЮЩИЕ ФАКТОРЫ:



- 1) нарушение режима питания (ритм, количество и качество), 2) психоэмоциональные факторы,
- 3) гиподинамия, 4) **иннервационные нарушения,**
- 5) запоры, 6) беременность,
- 7) нарушение обмена веществ, приводящие к изменению химических свойств желчи (ожирение, атеросклероз, сахарный диабет),
- 8) органические нарушения путей оттока желчи.

ПАТОГЕНЕЗ:



Застой желчи → изменение холатохолестериновый индекс (↓ уровня желчных кислот + ↑ холестерина) → раздражение слизистой оболочки желчного пузыря желчью с измененными физико-химическими качествами, травматизация конкрементами → повреждение стенок желчного пузыря → раздражение панкреатическими ферментами, затекающими в общий желчный проток; попадание желчи в протоки поджелудочной железы является пусковым фактором

КЛАССИФИКАЦИЯ:



I. По форме:

- бескаменный
- каменный

II. По степени тяжести

- легкая форма (обострения 1-2 раза в год),
- средней тяжести (обострения 5-6 раз в год),
- тяжелая форма (обострения 1-2 раза в месяц с продолжительными желчными коликами).

КЛАССИФИКАЦИЯ:

III. По стадиям заболевания

1. обострения,
2. стихающего обострения,
3. ремиссии (стойкой, нестойкой)

IV. По наличию осложнений

1. неосложненный
2. осложненный



КЛАССИФИКАЦИЯ:

v. По характеру течения

1. рецидивлирующий

2. монотонный

3. перемежающийся



ОСЛОЖНЕНИЯ:



1. образование камней,
2. холангит,
3. перфорация желчного пузыря,
4. водянка,
5. эмпиема желчного пузыря,
6. перихолецистит.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ



острый (катаральный) холецистит - отек и гиперемия → хронический – утолщение стенок, увеличение пузыря в размерах, багрово-синюшный цвет, при лапароскопии-покрыт фибрином.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА:



1. Болевой синдром- в правом подреберье, иррадиация- в правую лопатку, правую половину грудной клетки ключицу поясницу:
 - ноющая боль, чувство тяжести- гипокинезия ЖВП;
 - резкая схваткообразная- гиперкинезия ЖВП;
 - если возникла при тряске- ЖКБ
 - спровоцирована обильной, жирной, острой пищей, газированными напитками- холецистит, холагнит.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА:



2. Диспепсический синдром- тошнота, рвота, отрыжка, чувство горечи во рту по утрам, изменение аппетита, плохая переносимость жиров, алкоголя и др.

3. Воспалительный синдром (при обострении)- ↑температуры, лабораторные признаки воспаления.

4. Нарушение функции кишечника- вздутие живота, запоры.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА:

5. Холестатический синдром.

Возникает при закупорке желчных протоков, развивается механическая желтуха

6. Холецисто-кардиальный синдром.

Боли в области сердца, сердцебиение

7. Астено-невротический синдром.



ДИАГНОСТИКА:



1. Сбор анамнеза.
2. Осмотр- желтушность кожных покровов, слизистых (иктеричность).
3. Пальпация- напряжение мышц брюшной стенки и область наибольшей болезненности (пересечение правой реберной дуги и наружного края правой прямой мышцы живота).

ДИАГНОСТИКА:



Симптомы:

1. Курвуазье- пальпируется увеличенный желчный пузырь,
2. Ортнера – Грекова- болезненность при поколачивании по правой реберной дуге;
3. Кера- болезненность при пальпации в точке желчного пузыря на высоте вдоха,
4. Мюсси-Георгиевского- болезненность при надавливании между ножками грудинно-ключичнососцевидной мышцы справа.

ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

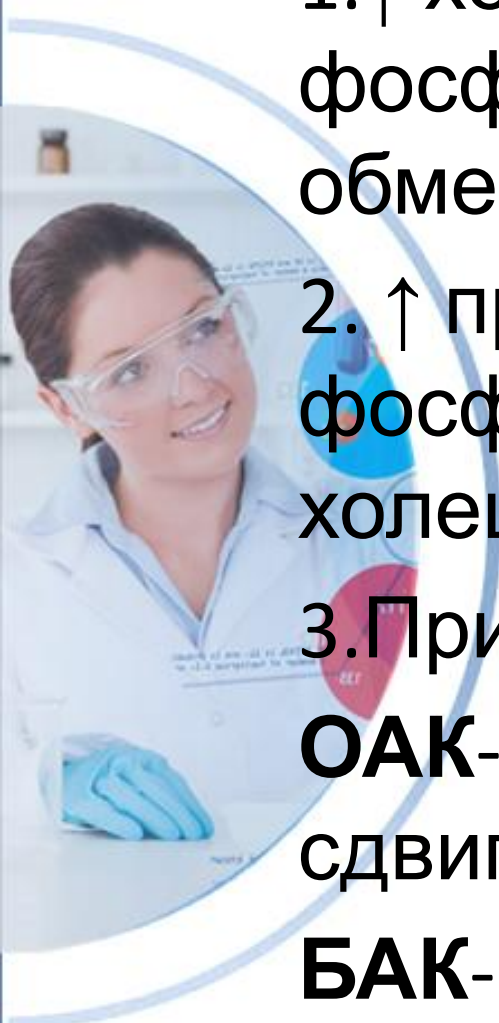
1. ↑ холестерина, триглицеридов, фосфолипидов- нарушение липидного обмена

2. ↑ прямого билирубина, щелочной фосфатазы – калькулезный холецистит.

3. При обострении:

ОАК- обострение лейкоцитоз со сдвигом влево, ↑СОЭ.

БАК- ↑ острофазовых показателей, ↑АЛТ, коэффициент де Ритиса



ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ



1. Дуоденальное зондирование- порция В - мутная, лейкоциты, эпителий.
2. Бактериологическое исследование- проводят быстро и во всех порциях.
3. Рентген- пероральная холецистография, внутривенная холеграфия, ретроградная панкреатохолангиография- неравномерность, извитость, изменения пузырного протока, перегибы, расширения.
4. Компьютерная томография.

ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ



5. Фиброгастродуоденоскопия- состояние дуоденального сосочка
6. Лапароскопия.
7. УЗИ.
8. Радионуклидные исследования с одновременным исследованием печени

ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ



5. Фиброгастродуоденоскопия- состояние дуоденального сосочка

8 Лапароскопия.

9 УЗИ.

10 Радионуклидные исследования с одновременным исследованием печени

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ



1. Диета №5 (искл. жареное, копченое, газнапитки, специи, холодные закуски).
Дробное питание протертой пищей. Если рвота, то необходимо парентеральное питание.
2. В тяжелых случаях- НПВС, холод на правое подреберье, а/б (Гр-).
3. При колике- спазмолитики
4. Витамины групп В, С, им/модуляторы.

5. Желчегонные препараты



I. Холеретики- ↑ образование желчи

1) Истинные- увеличивают секрецию желчи и желчных кислот

а) содержащие желчные кислоты: Холэнзим, холагол, холосас, дехолин.

б) синтетические: циквалон, оксафенамид.

2) фитотерапия- мята перечная, пижма, шиповник, бессмертник, кукурузные рыльца, валериана

3) Минеральная вода “Ессентуки” № 4 и 17, минеральные воды Железноводска, Карловых



II. Холекинетики- ↑тонус желчного пузыря и ↓тонус ЖВП: сульфат магния, сорбит, ксилит, холецистокинин, облепиховое и оливковое масла;

M-холинолитики, нитросорбит, эуфиллин

6. Тюбажи- 1-2 раза в месяц.

7. Физиотерапия- грелки, индуктотермию, парафин на правое подреберье, ДДТ, теплый торф.

8. Показано санаторно-курортное лечение.

ЖЕЛЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

- обменное заболевание гепато-билиарной системы, характеризующийся образованием камней в желчных, печеночных протоках общем желчном протоке или желчном пузыре.



Виды камней

1. Холестериновые (чаще всего)
2. Пигментные
3. Фосфатные
4. Кальцинаты



СТАДИИ



- 1 Физико-химическая-перенасыщение желчи холестерином, ↓желчных кислот и фосфолипидов. Желчь мутная, содержит хлопья.
2. Латентное камненосительство-консервативное лечение.
3. Стадия клинических проявлений- болевой синдром, оперативное лечение.

Лечение:



Хенотерапия: хенофальк, хенохол, урсофальк, лидофальк,

Показания:

- 1 камни, без кальция
- 2 желчный пузырь до 30% заполнен камнями
- 3 диаметр камня до 20 мм, не более 2 лет

Противопоказания к хенотерапии

- 1 Отключенный желчный пузырь
- 2 Диаметр камня более 20 мм
- 3 Известковые, фосфатные камни

Лечение:



Противопоказания к хенотерапии

1. Отключенный желчный пузырь.
2. Диаметр камня более 20 мм.
3. Известковые, фосфатные камни.
4. Желтуха, ↑ уровня трансаминаз.
5. Заболевания почек.
6. Гастропатология, сопровождающаяся поносом.
7. Беременность.