

Заболевания желчевыводящей системы и поджелудочной железы

Вопросы лекции

1. Хронические холециститы.
2. Дискинезии желчевыводящих путей.
3. Хронические панкреатиты.

Эпидемиология

- Заболевания ЖВП составляют 15-20% всех заболеваний органов пищеварения
- Ежегодно в мире делается более 25 млн холецистэктомий
- Хроническим холециститом чаще болеют женщины после 40 лет с избыточной массой тела



Хронический холецистит –

хроническое воспалительное заболевание стенки желчного пузыря, преимущественно бактериального происхождения, иногда сопровождающееся моторно – тоническими нарушениями или камнеобразованием

Этиология хронического бескаменного холецистита

- Бактериальная инфекция (кишечная палочка, стафилококки, стрептококки, энтерококки и др.)
- Вирусная инфекция (вирусы гепатита, гриппа и др.)
- Паразитарная инвазия (описторхоз, лямблиоз, аскаридоз)

Способствующие факторы

- Отягощенная наследственность
- Ожирение и сахарный диабет
- Врожденные аномалии развития билиарного тракта
- Психоэмоциональные перегрузки и стрессы
- Голодание и редкие приемы пищи
- Воспалительные заболевания смежных органов пищеварения и дисбактериоз

Патогенез

- Ведущая роль отводится инфекции (гематогенный, лимфогенный, энтерогенный или восходящий)
- Начало заболевания часто связано с нарушением моторной функции (застой желчи)
- Нарушение трофики стенки желчного пузыря у больных атеросклерозом
- Дуоденальная гипертензия с дуоденобилиарными рефлюксами
- Иммунные механизмы (антитела перекрестно реагируют с бактериальными антигенами и антигенами ткани желчного пузыря)

Гипермоторная дискинезия

- гиперактивность блуждающего нерва
- асинхронная работа сфинктеров и спазм протоков
- затруднение оттока желчи в двенадцатиперстную кишку

Гипомоторная дискинезия

- гиперактивность симпатической нервной системы
- длительное снижение тонуса желчевыводящей системы
- застой желчи в желчевыводящей системе (растягивание желчного пузыря)

Патогенез ЖКБ



Дисхолия - нарушение физико-химических свойств желчи

- Концентрация желчи в пузыре в 10 раз больше, чем в печени
- Нормальная желчь состоит из билирубина, холестерина, фосфолипидов, желчных кислот
- В норме желчные кислоты и их соли (холаты) относятся к холестерину как 7:1

Дисхолия - нарушение физико-химических свойств желчи

Дисхолии способствует:

- высокое содержание холестерина (при сахарном диабете, ожирении, семейной гиперхолестеринемии)
- высокое содержание билирубина (при гемолитических анемиях)
- высокое содержание жирных кислот

Клиническая классификация хронического холецистита (Я.С. Циммерман, 1992)

- *По наличию конкрементов:*
 - бескаменный
 - калькулезный
- *По характеру клинических проявлений:*
 - типичный
 - атипичный
- *По фазе течения:*
 - обострение
 - стихающее обострение
 - ремиссия



Клиническая классификация хронического холецистита

- *По степени тяжести:*
 - легкая
 - средней тяжести
 - тяжелая
- *По наличию осложнений:*
 - осложненный
 - неосложненный

Клиника типичного холецистита

Клиника типичного

ХОЛЕЦИСТИТА

- Болевой синдром
- Диспепсический синдром
- Воспалительно-интоксикационный (СОЭ, лейкоцитоз, СРБ)
- Астеновегетативный
- Желтушный (застой желчи)
- Зуд кожи (застой желчи)
- Кардиалгический

Болевой синдром

Хронический холецистит:

- характер болевого синдрома (ноющие, длительные, в правом подреберье)

Гипомоторная

- тупые, распирающие, длительные боли в правом подреберье, без иррадиации

Гипермоторная

- схваткообразные колющие, кратковременные, с типичной иррадиацией

Появляются чаще после приема жирной, жареной, острой пищи, холодной газированной воды, пива

Болевой синдром

при калькулезном холецистите

- резкие нестерпимые боли
- провоцируются тряской, ездой, ношением тяжести, психоэмоциональным напряжением
 - типична иррадиация в лопатку, правое плечо, область шеи справа
 - боли проходят от местного применения тепла, спазмолитиков

Синдром диспепсии

- тошнота**
- рвота с примесью желчи**
- отрыжка горьким**
- горечь во рту**
- снижение аппетита**
- метеоризм**
- диарея**

ОСНОВНЫЕ ФИЗИКАЛЬНЫЕ СИМПТОМЫ ПРИ ХОЛЕЦИСТИТЕ

Симптом Кера	Болезненность на вдохе при глубокой пальпации в области желчного пузыря
Ортнера	Боль при поколачивании правой реберной дуги ребром кисти
Пекарского	Болезненность при надавливании на мечевидный отросток
Мюсси	Болевая точка между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы справа
Мэрфи	Погружение пальцев под правую реберную дугу на выдохе и усиление боли при вдохе

Легкая форма холецистита

- Обострения 1-2 раза в год**
- Боли обычно купируются в течение 5-7 дней**
- Диспепсический синдром умеренный**
- Функция печени не нарушена**
- Осложнений нет**

Холецистит средней тяжести

- **Обострения 3-5 раз в год**
- **Боли выраженные, стойкие**
- **Часто диспепсические явления**
- **Печеночная - тошнота, изжога, металлический привкус во рту**
- **Кишечная – метеоризм, чередование поносов и запоров**
- **Признаки воспалительного синдрома в фазе обострения (повышение температуры, умеренный лейкоцитоз, ускоренная СОЭ)**
- **Раздражительность, бессонница**

Тяжелая форма холецистита

- Обострения выраженные 6 раз в год и чаще
- Выраженные клинические синдромы
- Медикаментозная терапия малоэффективна
- Лихорадка фебрильного типа (при обострении)
- Воспалительные изменения в крови (ускорение СОЭ, лейкоцитоз, СРБ) возможно повышение трансаминаз, билирубина
- Развитие осложнений (перихолецистит, холангит, реактивный гепатит)

Лабораторная диагностика холецистита

- ОАК, ОАМ
- билирубин и его фракции, АСТ, АЛТ, ЩФ, ГГТП, общий белок и протеинограмма
- СРБ
- Холестерин, амилаза и сахар крови
- Копрограмма
- Бактериологическое, биохимическое и цитологическое исследование желчи

Инструментальные методы диагностики холецистита

- УЗИ печени, желчного пузыря ,
поджелудочной железы
- ФГДС
- Дуоденальное зондирование

Результаты исследования желчи

- Наличие воспалительных изменений в пузырной порции - лейкоциты в большом количестве, слизь, клетки эпителия
- Наличие кристаллов холестерина и билирубината кальция (литогенная желчь)
- Оценка тонуса и моторики желчного пузыря (в норме рефлекс наступает через 2-6 мин, длится 20-30 мин и за этот период выделяется от 30 до 60-70 мл желчи)
- Бактериологическое исследование желчи с определением чувствительности к антибиотикам

У ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ

Эпидемиология

За последние 40 лет наблюдается двукратный прирост заболеваемости, что связывают с возрастающим приемом алкоголя и действием вредных факторов окружающей среды

Хронический панкреатит - длительное воспалительное заболевание поджелудочной железы, проявляющееся необратимыми морфологическими изменениями, которые вызывают боль и/или стойкое снижение функции.



Основные стимуляторы секреции поджелудочной железы

Гастроинтестинальные гормоны:

Секретин

увеличивает объем секрета с высоким содержанием бикарбонатов калия, натрия
содержание ферментов в секрете небольшое

Холецистокинин

увеличивает концентрацию ферментов,
малый объем секрета и небольшое содержание щелочных компонентов

Причины хронического панкреатита

1. Алкоголизм
2. Заболевания печени и желчевыводящих путей
3. Алиментарный фактор
4. Лекарственные препараты (цитостатики, глюкокортикоиды, сердечные гликозиды)
5. Стрессы

Патогенез

- Отек
- Воспаление
- Очаговые некрозы (самопереваривание)
- Внутрипротоковая гипертония
- Прогрессирование некроза ацинарной ткани с последующей атрофией ацинусов
- Фиброз поджелудочной железы



Острый панкреатит. Макропрепарат поджелудочной железы. Видны темно-коричневые участки кровоизлияний, в основном в области головки железы, а также участки жирового некроза в перипанкреатической клетчатке.

Клиническая картина заболевания складывается в большинстве случаев из 3 основных синдромов:

- **болевым**
- **нарушение процесса пищеварения**
- **сахарный диабет**

Болевой синдром

Локализуется в эпигастрии

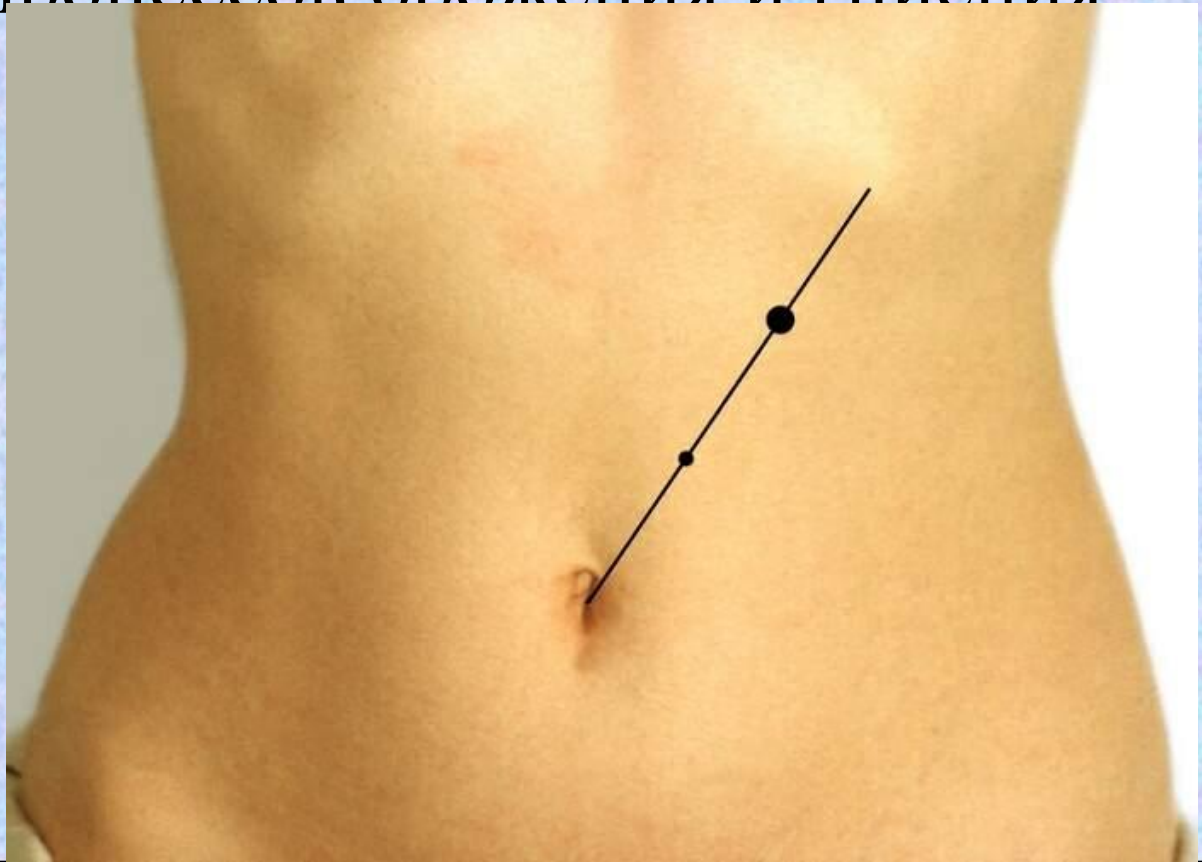
Носит опоясывающий характер

Усиливается после приема жирной пищи

- отек паренхимы, повышение внутритканевого давления
- панкреатический неврит
- повышение давления в билиарной системе (сдавливание общего желчного протока или стеноз большого дуоденального соска)

Внешнесекреторная недостаточность ПЖ

- 1) Снижение синтеза панкреатических ферментов
- 2) Усиление процессов брожения и гниения



Внешнесекреторная недостаточность ПЖ

- поносы
- стеаторея
- метеоризм
- боли в животе
- отрыжка
- тошнота, эпизодически рвота
- потеря аппетита
- снижение массы тела
- позднее присоединяются симптомы, характерные для гиповитаминоза

Сахарный диабет

- Расстройства углеводного обмена при ХП выявляются примерно у 1/6 больных
- Поражение клеток островкового аппарата ПЖ
- Дефицит не только инсулина, но и глюкагона
- Склонность к гипогликемии, потребность в низких дозах инсулина, редкое развитие кетоацидоза, сосудистых и других осложнений

При поражении поджелудочной железы

Френикус-симптом — болезненность при надавливании между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы слева

точка Дежардена (головка поджелудочной железы) - точка, находящаяся на биссектрисе правого верхнего квадранта на половине расстояния до пупка

точка Мейо-Робсона (точка тела и хвоста поджелудочной железы) - точка, находящейся на биссектрисе левого верхнего квадранта, на $1/3$ не доходя до реберной дуги

Обследование больных хроническим панкреатитом (приказ МЗ РФ № 125 от 17.04.98г.)

- **ОАК, ОАМ,**
- **Общий билирубин и фракции,**
- **АсАТ, АлАТ**
- **ЩФ, ГГТП**
- **Амилаза крови, диастаза мочи**
- **Липаза крови**
- **Сахар крови, сахар крови после приема глюкозы (сахарная кривая)**
- **Кальций крови**
- **Общий белок и фракции**
- **Коагулограмма**
- **Копрограмма**

Инструментальные методы диагностики

- **УЗИ поджелудочной железы**
- **Лапароскопия с прицельной биопсией
поджелудочной железы**
- **КТ поджелудочной железы**

Осложнения ХП

- Холангит
- Абсцедирование
- Сепсис
- Панкреатический асцит и перитонит
- Паранефрит
- Воспалительный стеноз протоков
- Пневмония, экссудативный плеврит

Реактивный панкреатит

- это реакция поджелудочной железы на острую патологию, либо обострение хронической патологии органов, функционально, морфологически связанных с ПЖ
- реактивный панкреатит заканчивается при ликвидации обострения основного заболевания

Выделение групп больных ХП по степени тяжести:

Легкое течение

Редкие (1-2 раза в год) и непродолжительные обострения

Быстро купирующийся болевой синдром

Функции не нарушены

Вне обострения самочувствие

удовлетворительное

Снижение массы тела нет

Показатели копрограммы в пределах нормы

Средней тяжести

- обострения 3-4 раза в год
- выраженный болевой синдром
- феномен панкреатической гиперферментемии
- нарушения внешнесекреторной и инкреторной функции поджелудочной железы (стеаторея, креаторея по данным копрограммы, латентный сахарный диабет)
- ультразвуковые и радиоизотопные признаки поражения поджелудочной железы

Тяжелое течение

- непрерывно рецидивирующее течение
- упорный болевой синдром
- выраженные диспепсические расстройства
- «панкреатические поносы»
- развитие панкреатического сахарного диабета
- прогрессирующее истощение
- полигиповитаминозы
- внепанкреатические осложнения при обострении (панкреатогенный выпотной плеврит, панкреатогенная нефропатия, вторичные дуоденальные язвы)

Копрологическое исследование

Общий клинический анализ дает возможность оценить:

- степень усвоения пищи
- нарушения желчевыделения
- скрытое кровотечение
- воспалительные изменения
- присутствие паразитов

Копрологическое исследование (Плетнева Н.Г., Лещенко В.И., 1998)

Показатели	Нормальное пищеварени е	Снижение желудочной секреции	Снижение секреции поджелудоч ной железы	Нарушени е желчеотде ления	Нарушени е пищеваре ния в тонкой кишке	Нарушение пищеварения в толстой кишке	
						С преоблада нием процессов брожения	С преоблада нием процессов гниения
pH	7-8	9-10	6-8	6	7,5	5-6	9-10
Стеркобилин	+	+	+	-	+	+	+
Мышечные волокна неизмененные	±	+++	+	+	±	±	+
Мышечные волокна измененные	+	+	+++	++	++	+	+
Нейтральный жир	-	-	+++	+	-	-	-
Клетчатка непереваренная	+++	++	++	++	+	+	+
Крахмал внутриклеточный	-	+++	++	++	±	+++	+

Копрологическое исследование

Лейкоциты (нейтрофилы) - при язвенных поражениях толстой кишки (дизентерия, туберкулез, язвенный колит, рак)

Эозинофилы - при гельминтозах

Эритроциты - при венных поражениях толстой кишки, трещинах заднего прохода, геморрое

Клетки злокачественных опухолей - при расположении новообразования в дистальном отделе толстой кишки