

Механическая желтуха



Кафедра факультетской хирургии
Медицинский институт ЯГУ

Желтуха – синдром, характеризующийся желтушным окрашиванием кожных покровов, слизистых оболочек и склер, обусловленный повышенным накоплением билирубина в сыворотке крови, а также в других жидкостях и тканях организма.

Гемолитическая желтуха -

ускоренный распад эритроцитов с избыточным образованием и накоплением непрямого билирубина в сыворотке крови, когда ферментные системы печени не способны обеспечить дальнейшее превращение и выделение избыточного количества пигмента.

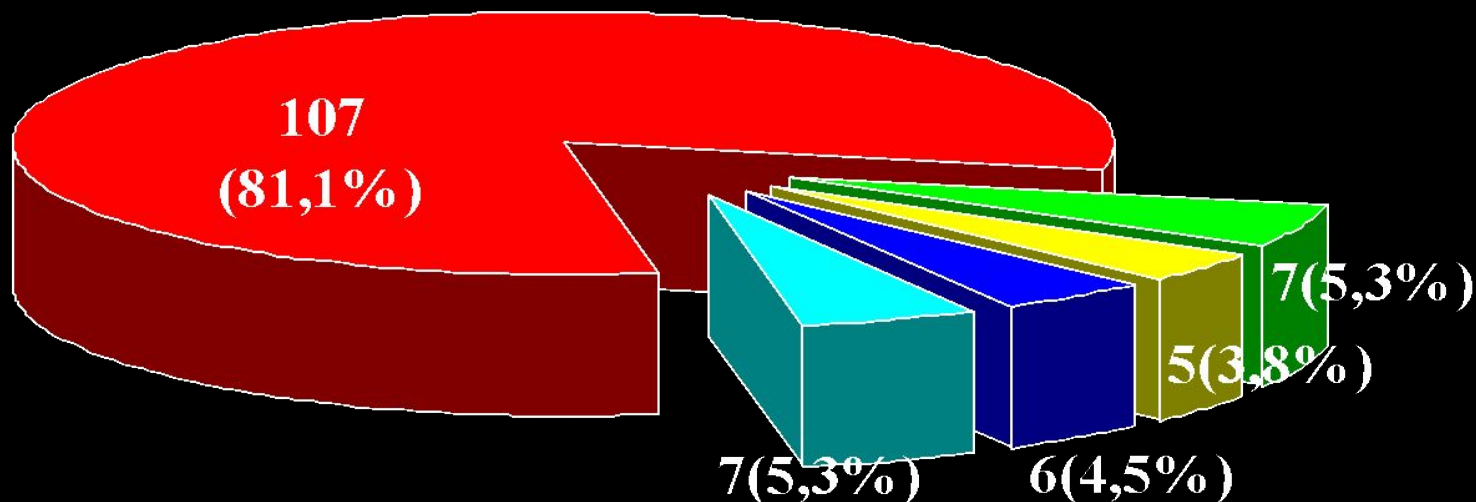
- Интоксикации;
- Отравления;
- Крупные гематомы и т.д.

ПАРЕНХИМАТОЗНАЯ ЖЕЛТУХА – поражение печеночных клеток, ведущее к нарушению биохимических превращений билирубина и проникновению его из крови в желчные капилляры.

- Вирусный гепатит А.
- Вирусный гепатит В.
- Гепатиты ни А, ни В. Выделены в самостоятельные группы (гепатиты С и Е).
- Гепатит D (дельта-инфекция), гепатит-спутник, сателлит). Является микст-инфекцией.
- Острый алкогольный гепатит.
- Цирроз печени.
- Гепатоз.
- Лептоспироз.
- Инфекционный мононуклеоз.

Механическая желтуха –
осложнение патологических
процессов, нарушающих отток желчи
на различных уровнях
желчевыводящих протоков.

Причины обтурационной желтухи



- литиаз желчных протоков
- стриктура Фатерова соска
- хронический панкреатит
- опухоль pancreas
- другая патология

Холедохолитиаз



Камнеобразование, происходящее непосредственно в желчных протоках (встречается относительно редко, в 2-5%), или миграция конкрементов желчного пузыря по ходу оттока желчи приводят к развитию холедохолитиаза, отмечающегося при желчнокаменной болезни в 20-30% случаев.



Чаще всего камни в желчных протоках находятся в местах физиологических или патологических сужений гепатикохоледоха и по локализации могут быть разделены на три основные группы:

- 1) внутриспеченочные камни;



- 2) камни магистральных протоков



- 3) камни Фатерова соска



- Наличие конкрементов в желчных протоках может приводить к развитию холангита с последующим локальным стенозом просвета протока и нарушениям оттока желчи с развитием билиарного цирроза.

УЗИ. Инфильтрат головки ПЖ

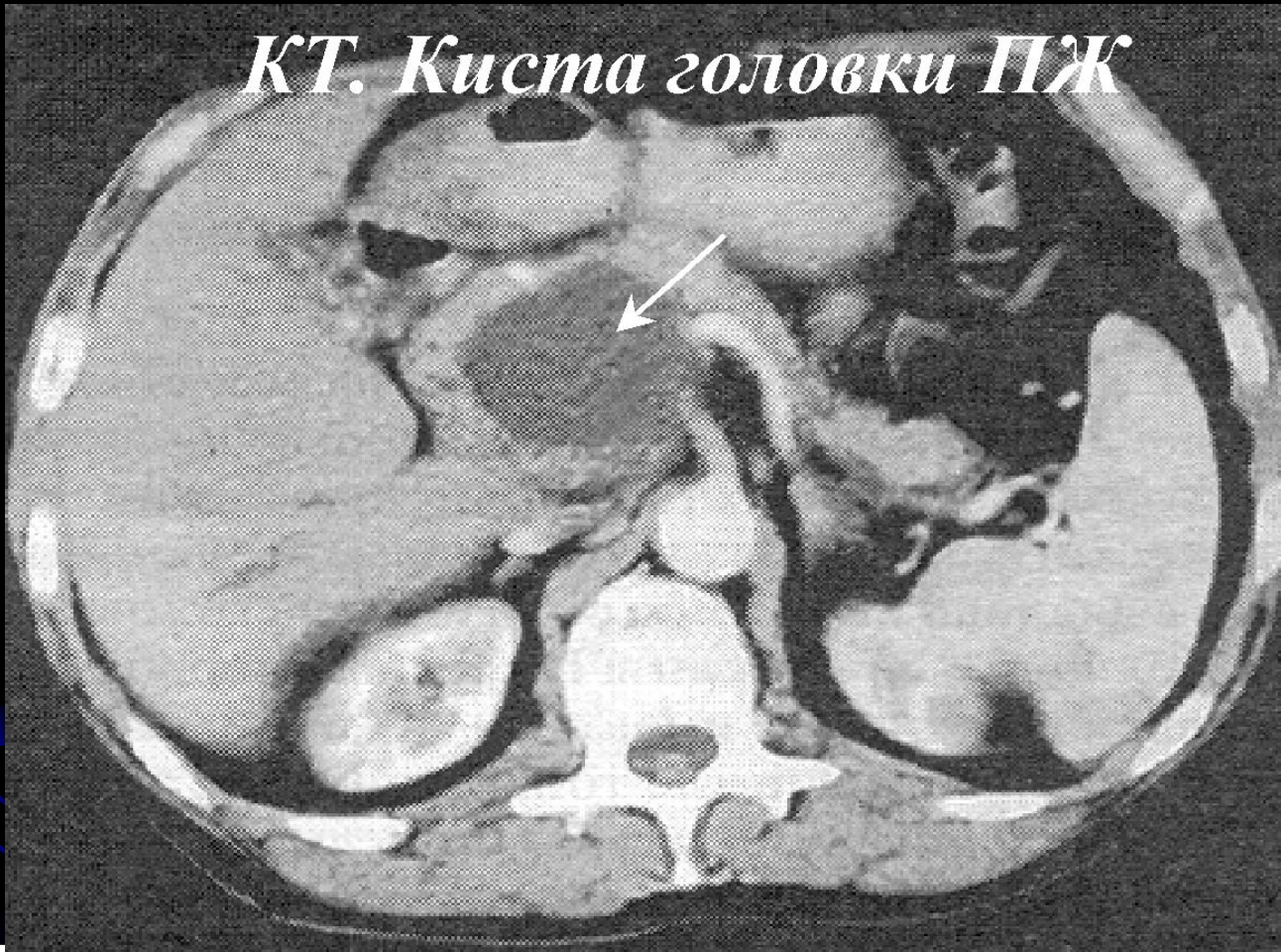


- Острый и хронический панкреатит

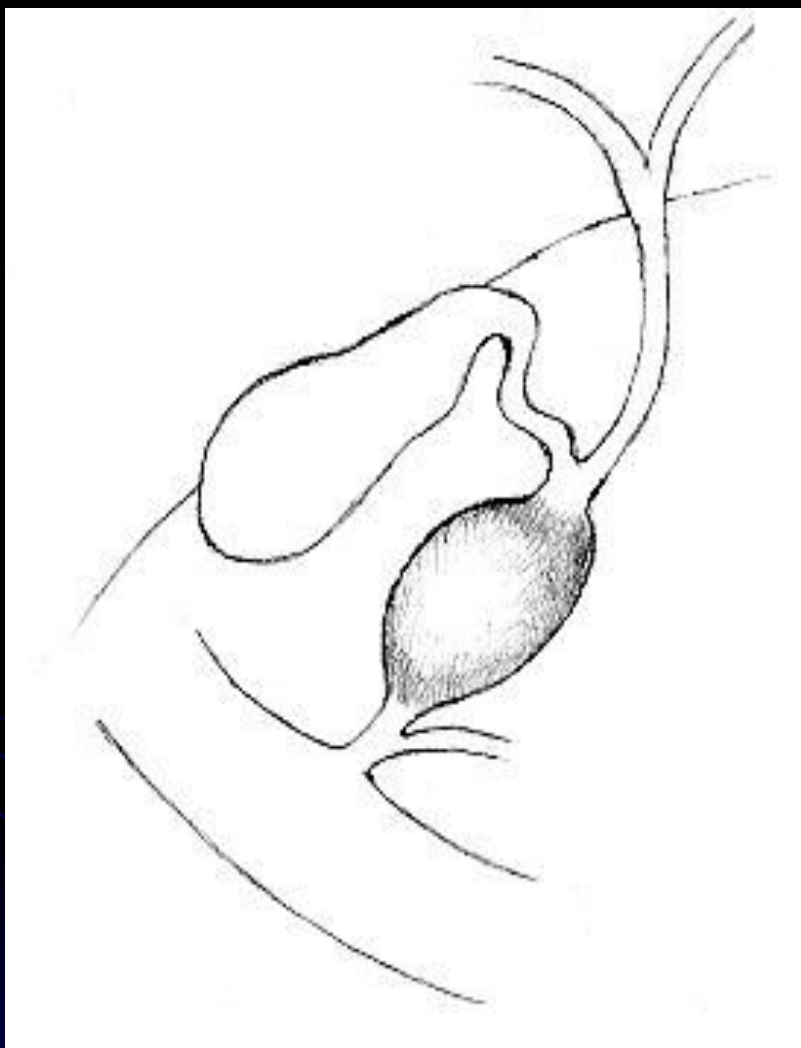
Рубцовая
стриктура
желче-
выводящих
протоков



КТ. Киста головки ПЖ



- Псевдокиста поджелудочной железы



При кистозных расширениях или кистоподобных расширениях внутри и вне печеночных желчных протоков происходит недоразвитие слизистого и мышечного слоев с их замещением фиброзной тканью и развитием хронического воспаления.

Рак желчных протоков развивается сравнительно медленно и поздно метастазирует, так как в большинстве случаев является высокодифференцированным.

Низкодифференцированные варианты аденокарциномы желчных протоков встречаются реже





- опухоль головки поджелудочной железы

Основополагающие моменты диагностики

- Подтверждение обтурационного характера желтухи;
- Определение конкретной причины нарушения проходимости желчевыводящих путей;
- Оценка степени тяжести печеночной недостаточности.

Дифференциальная диагностика

Показатели	Механическая	Паренхиматозная	Гемолитическая
Анамнез	ЖКБ, операции на желчных путях, похудание	Контакт с больными желтухой, инфекц. заб-я, токсические воздействия	Желтуха в детском возрасте, подобные заб-я у родственников
Окраска	Желтая с зеленоватым оттенком	Желтая с оранжево-красным оттенком	Лимонно-желтая
Интенсивность желтухи	От умеренной до резко выраженной	Умеренно выражена	Умеренно выражена
Кожный зуд	Выражен	Отсутствует	Отсутствуют
Боли в правом подреберье	Частые, носят интенсивный характер	Редкие, выражены слабо	Отсутствуют

Дифференциальная диагностика

Показатели	Механическая	Паренхиматозная	Гемолитическая
Тяжесть в области печени	Не характерна	Часто в начальный период болезни	Отсутствует
Размеры печени	Не изменены	Увеличены	Не изменены
Размеры селезенки	Не изменены	Увеличены	Не изменены
Цвет мочи	Темный	Темный	Не изменен
Цвет кала	Обесцвечен	Обесцвечен	Не изменен или темный

Дифференциальная диагностика

Показатели	Механическая	Паренхиматозная	Гемолитическая
Уробилин в моче	Отсутствует (при полной обтурации)	Отсутствует в начальный период болезни, затем содержание может быть повышено	Содержание резко повышено
Билирубин	Концентрация повышена за счет прямой фракции	Концентрация повышена за счет обеих фракций	Концентрация повышена за счет непрямой фракции
Щелочная фосфатаза	Активность повышена	Активность не изменена	Активность не изменена
АЛАТ, АСАТ	Активность незначительно повышена при длительных сроках желтухи	Активность высокая	Активность не изменена

Ультразвуковое исследование

Выявляет дилатацию
желчных протоков,
позволяет выявить
непосредственную
причину
механической
желтухи (75%)



Ультразвуковое исследование (достоинства метода)

- Скрининговый характер, неинвазивность, отсутствие осложнений;
- Использование при любой степени тяжести больного и во время беременности;
- Одновременная оценка состояния желчных протоков и других анатомических структур;
- Возможность ультразвукового наведения при пункционных методах декомпрессии и биопсии.

Компьютерная томография

В отличие от УЗИ
диагностические
возможности метода
не снижаются при
метеоризме, асците,
ожирении.



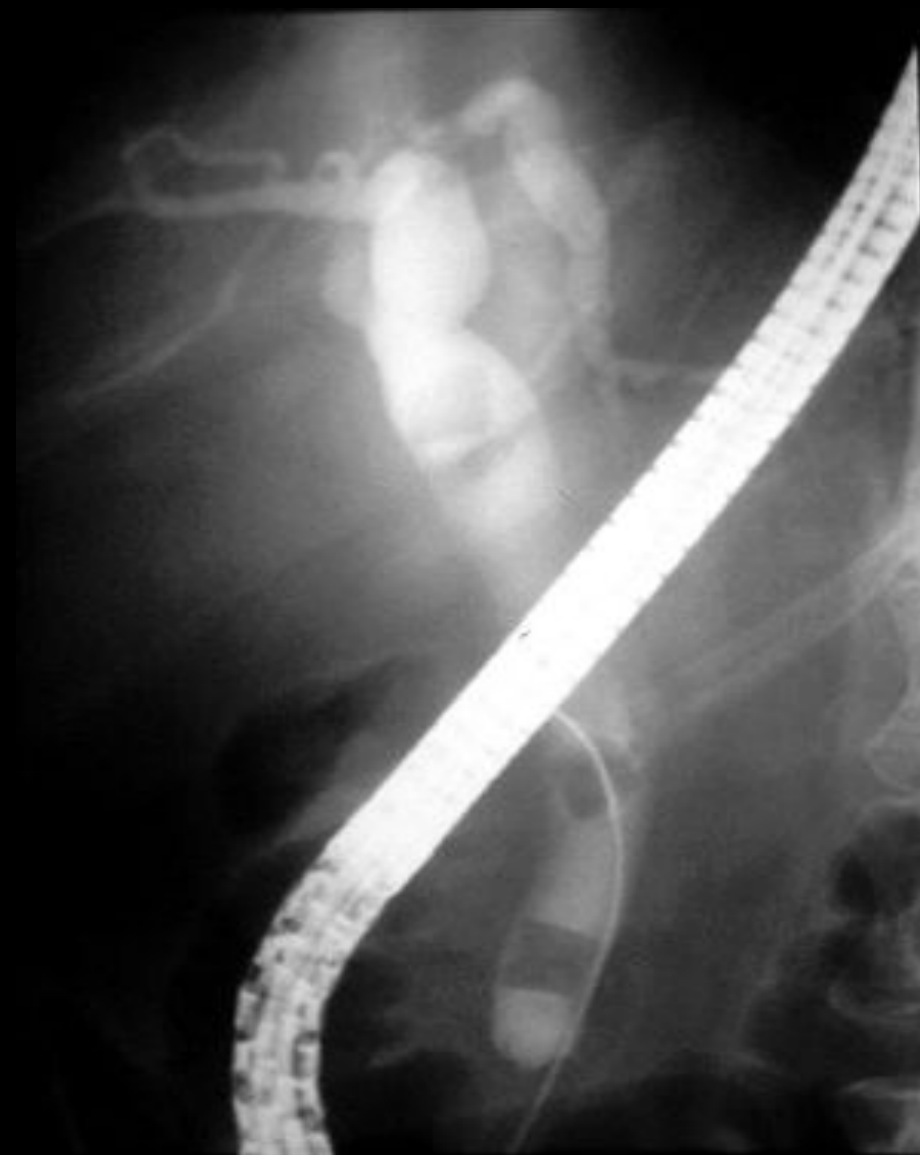
Диагностика

3. Основным
диагностическим
методом для
выявления
холедохолитиаза
считается
рентгеноконтрастная
холангиография



ЭРПХГ

Среди методов
контрастирования
билиарного тракта
доминирующим
является:
эндоскопическая
ретроградная
панкреатохолангио-
графия

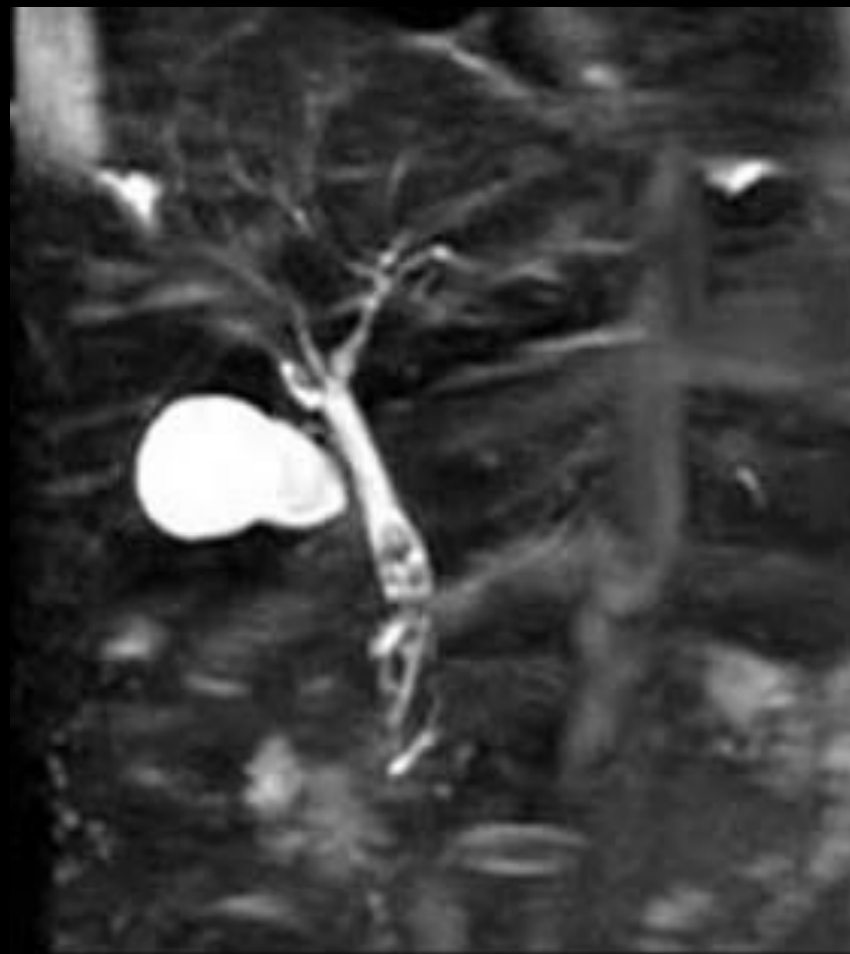


Чрескожная чреспеченочная холангиография (ЧЧХГ)



Магнитно-резонансная холангиопанкреатография

Обладает высокой точностью в диагностике, особенно в оценке характера и протяженности стриктур желчных путей, а также внутрипротоковых образований.



Лапароскопия



- Применяется для подтверждения опухолевого процесса в гепатодуоденальной области.
- Цель исследования – определение операбельности злокачественного новообразования и прицельная биопсия.

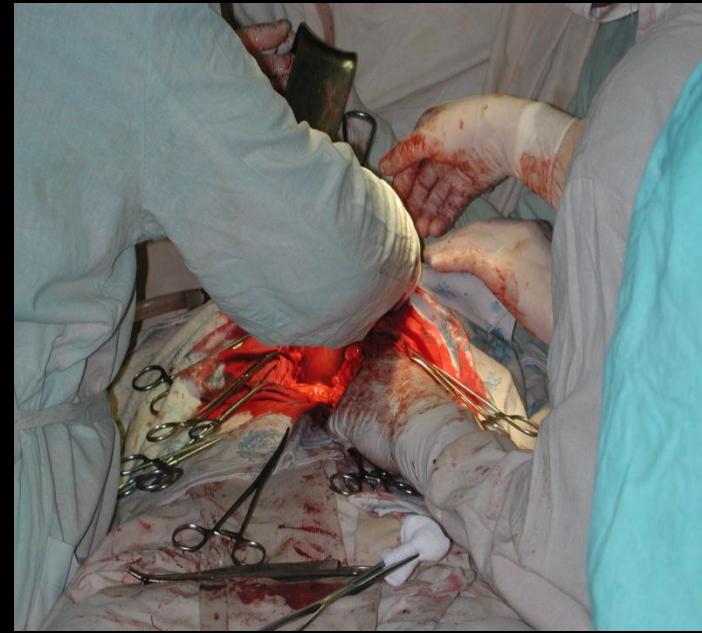
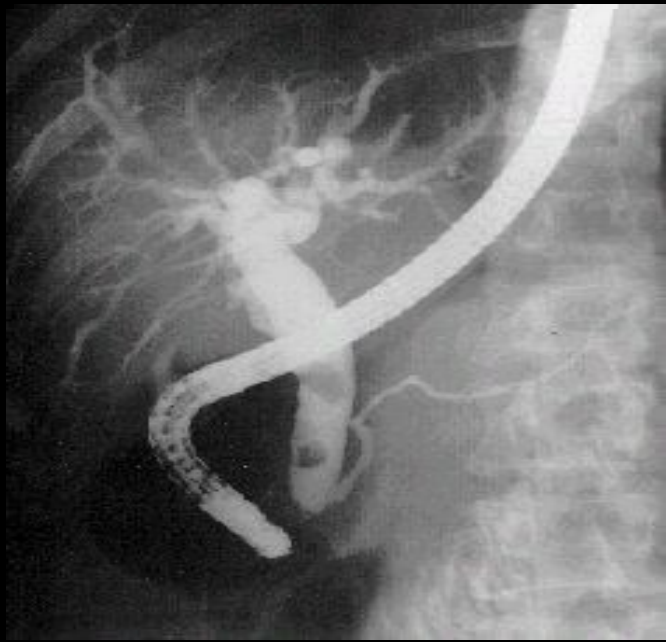
Оценочные критерии степени тяжести печеночной недостаточности

Критерии	Степень печеночной недостаточности		
	I - легкая	II - средняя	III - тяжелая
Длительность желтухи	До 7 дней	7 – 14 дней	Более 14 дней
Энцефалопатия	Нет	Снижение аппетита, адинамия, бессонница.	Отсутствие аппетита, адинамия, инверсия сна, эйфория
Гемодинамика	Стабильная	Стабильная	Артериальная гипотония
Диурез	Достаточный	Достаточный	Снижен

Критерии	Степень печеночной недостаточности		
	I - легкая	II - средняя	III - тяжелая
Билирубин	До 100 мкм/л	100-200 мкм/л	Более 200
Мочевина	Не изменена	Не изменена	Повышена
Альбумино-глобулиновый коэффициент	Более 1,2	1,2 – 0,9	Менее 0,9
Нарушение поглотительно-выделительной функции гепатоцитов	До 50 Норма до 25	50 - 60	Более 60
Снижение печеночного кровотока	На 25-30%	На 30-50%	Более 50%

ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ





Учитывая высокую летальность при операциях на высоте желтухи, общепринят этапный лечебный подход (Савельев В.С. и соавт., 2010).

Задачи первого этапа

- Комплексная консервативная терапия;
- Малоинвазивные методы, направленные на ликвидацию холестаза в желчных протоках.

(Оперативное вмешательство только при неразрешающейся и нарастающей желтухе).

Задача второго этапа

Выполнение отсроченной хирургической операции по мере или после разрешения желтухи
(Савельев В.С. и соавт.,2010)

Преимущества двухэтапной лечебной тактики

- Во первых, устраняется неоперативным путем застой желчи в билиарном тракте и снимается угроза срочного оперативного вмешательства;
- Во-вторых, отсроченная хирургическая операция производится с меньшим риском для больного и в большинстве случаев в меньшем объеме (Савельев В.С. и соавт.,2003).

Консервативная терапия

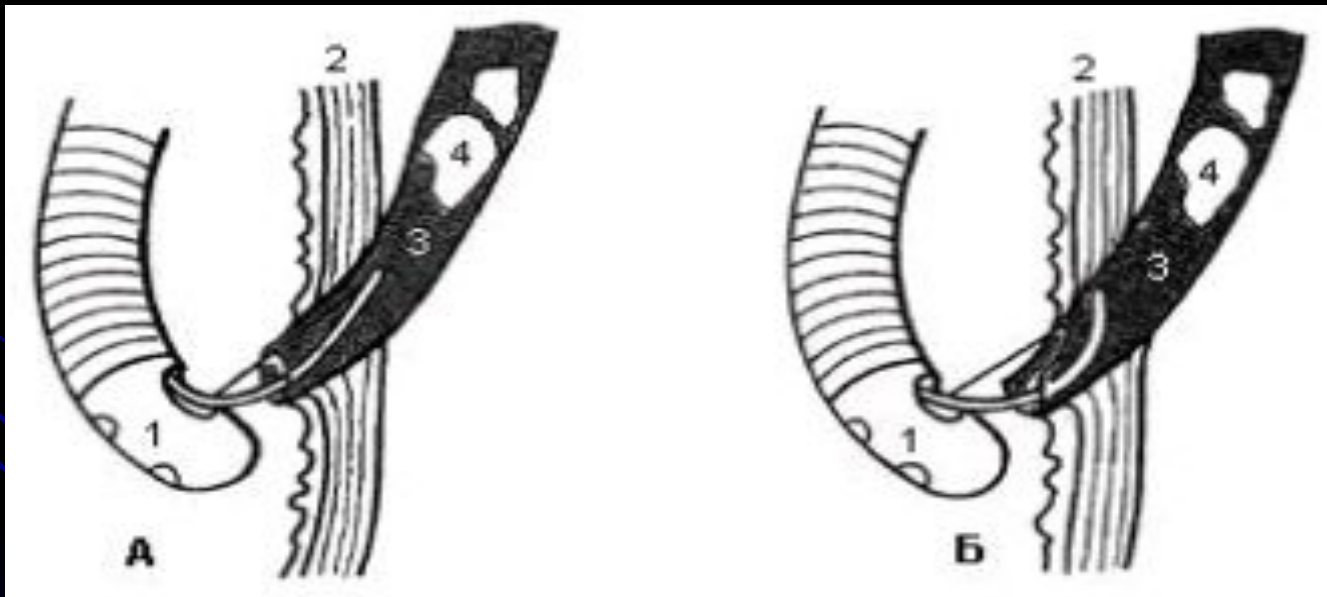
- Массивная инфузионная терапия;
- Форсированный диурез;
- Комплексная витаминотерапия;
- Препараты, улучшающие функцию печени (кокарбоксилаза, сирепар, эсенциале);
- Аминокислоты (глутаминовая кислота, метионин);

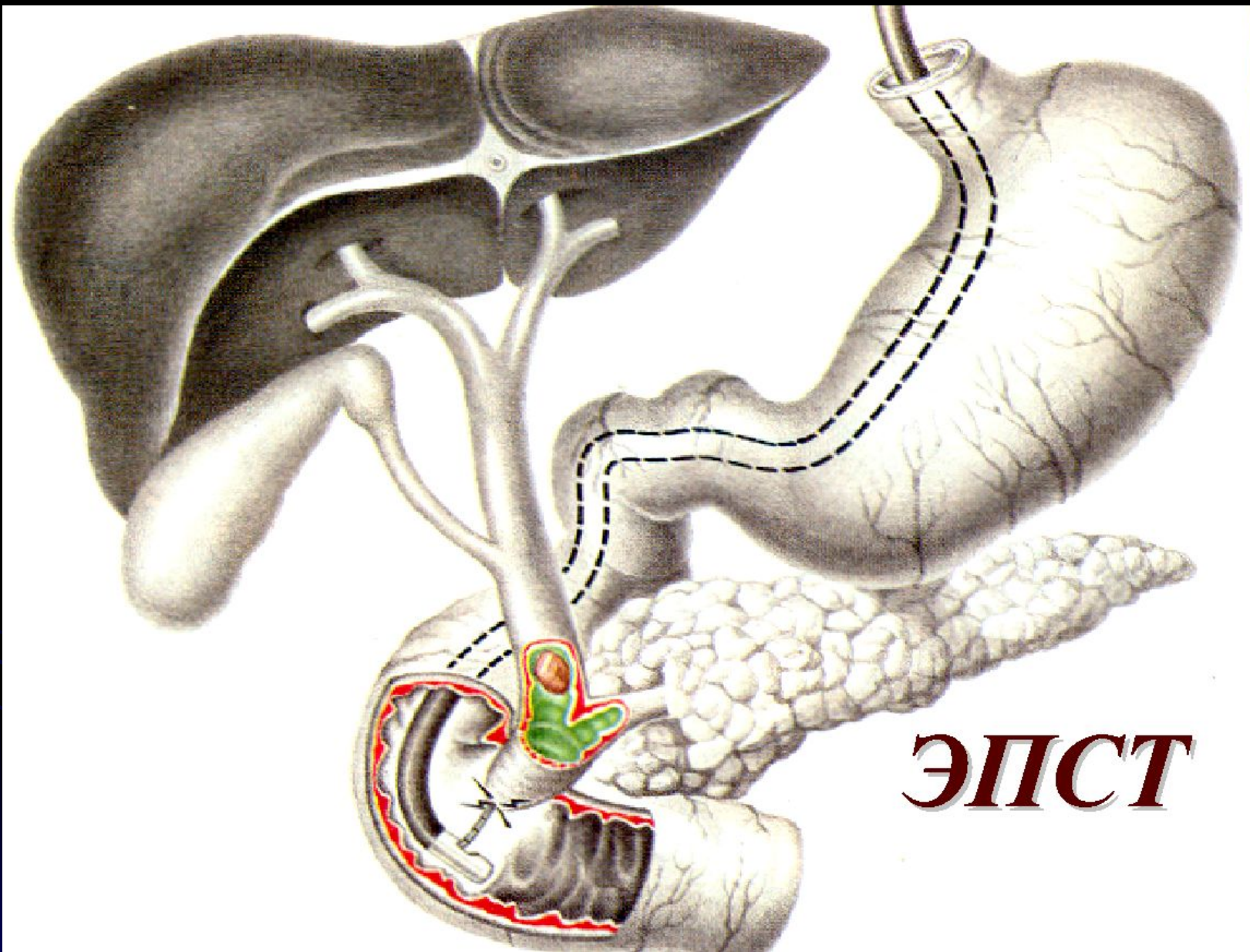
Консервативная терапия

- Стимуляторы метаболизма (метилурацил, пентоксил);
- Стероидные гормоны (преднизолон);
- Антацидные и обволакивающие слизистую желудка препараты (алмагель);
- Экстракорпоральные методы детоксикации (плазмаферез);
- Антибактериальная терапия.

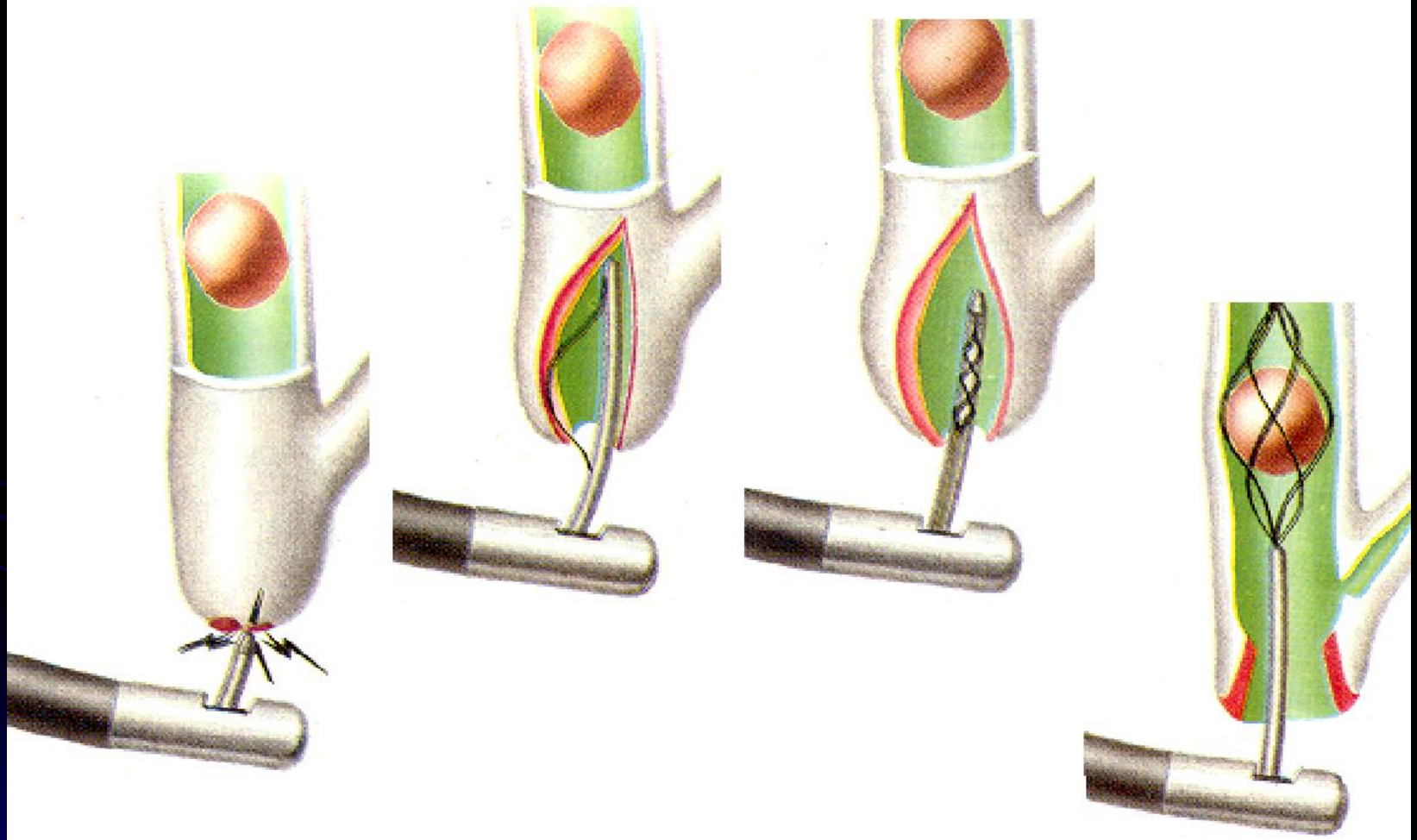
Способы декомпрессии желчевыводящих протоков

Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) и назобилиарное дренирование





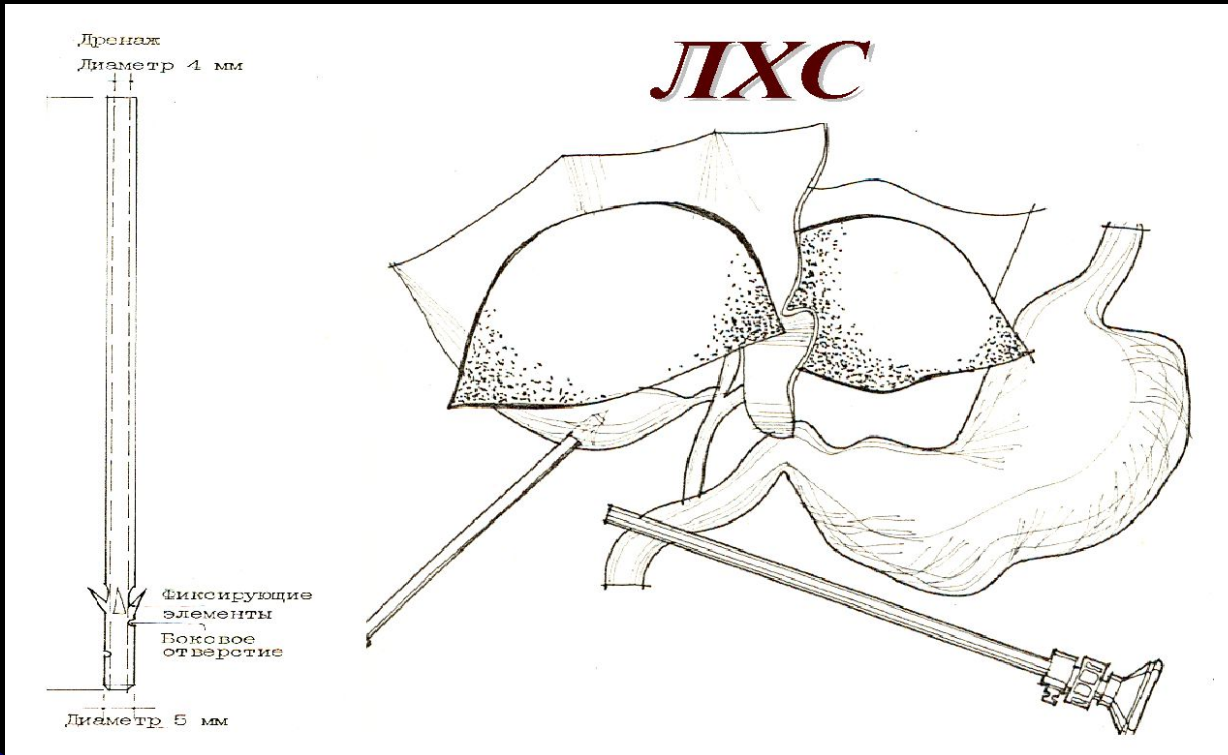
ЭПСТ с литоэкстракцией



Чрескожная чреспеченочная ХОЛАНГИОСТОМИЯ



Холецистостомия



- Как малотравматичная операция, холецистостомия применяется у наиболее тяжелых и ослабленных больных, когда степень операционного риска особенно высока.

Прямые хирургические вмешательства на желчных путях

Доступы

- Косые разрезы в правом подреберье (Федорова, Кохера);
- Верхнесрединный доступ;
- Двухподреберный доступ.

Холедохотомия

- Вскрытие общего желчного протока производят в супрадуоденальном отделе, ближе к ДПК.
- Ревизия желчных протоков.
- Для исключения стеноза большого дуоденального сосочка проверяют его проходимость зондом диаметром 3-4 мм.

Холедохолитотомия

- Удаление конкрементов из желчных протоков.
- Для обнаружения камней в большом дуоденальном сосочке (ущемленных, флотирующих) следует мобилизовать двенадцатиперстную кишку по Кохеру и пальпировать сосочек на зонде.

Выбор способа завершения холедохотомии

Важным этапом операции является правильный выбор способа завершения холедохотомии. Существуют различные пути окончания холедохотомии:

- 1) ушивание раны желчного протока наглухо;
- 2) наружное дренирование желчных протоков;
- 3) внутреннее дренирование желчных протоков.

Наружное дренирование холедоха

- **По Керу** – Т-образным дренажом вводимым через холедохотомическую рану;
- **По Холстеду – Пиковскому** – через культю пузырного протока.

Внутреннее дренирование

- **Холедоходуоденостомия** – применяется при необратимых препятствиях в дистальном отделе холедоха.
- **Билиодигестивные соустья на различных уровнях желчных протоков с петлей тонкой кишки** – при высоких рубцовых стриктурах желчных протоков.

Операция при желтухе опухолевой природы (радикальная)

- Панкреатодуоденальная резекция – предусматривает частичную резекцию желудка, холецистэктомию, удаление ОЖП, головки поджелудочной железы, всей ДПК с начальным отделом тощей кишки, регионарных лимфатических узлов.

Операции при желтухе опухолевого природы (паллиативные)

- Холецистоэнтеростомия по Микуличу;
- Билиодигестивные соустья;
- Эндопротезирование желчных протоков (антеградно, ретроградно).

Прогноз

- При соблюдении этапного подхода летальность при доброкачественной природе обтурации не превышает 5%.
- Вынужденные операции на фоне нарастающей желтухи, холангита, печеночной недостаточности сопровождаются высокой летальностью.

спасибо за внимание

кафедра факультетской хирургии МИ ЯГУ