

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**

Кафедра хирургических болезней № 3

**Утверждено на заседании кафедры
протокол № ___ от «___» _____ 200_ г.**

МЕХАНИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА

**Учебно-методическая разработка для студентов VI курса
(субординаторов-хирургов)**

Авторы: асс. Пузан А. Е., Лычиков А. А.,

Под редакцией зав. кафедрой доц. Шебушева Н. Г.

ГОМЕЛЬ, 2002 г.

I. ВВЕДЕНИЕ

Большая группа болезней билиарной системы и поджелудочной железы сопровождается развитием механической непроходимости желчных протоков, проявляющейся появлением у больного желтушной окраски кожи и склер, что ошибочно привело к объединению всех этих заболеваний в одно, вошедшее в клиническую практику под названием "механическая желтуха". В настоящее время установлено, что желтуха является лишь симптомом болезни, хотя длительно неустранимая механическая непроходимость желчных путей приводит, как правило, к тому, что желтуха становится желтухой-болезнью. Причиной этому служат изменения в органах, которые развиваются вследствие холестаза. В последнее время значительно увеличилось количество больных, страдающих заболеваниями магистральных желчных путей и поджелудочной железы. Чем раньше выявлен характер патологического процесса и выполнено рациональное пособие для восстановления желчеоттока из печени, тем лучше результат и лечения больного.

II. ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ.

Изучить: вопросы диагностики и дифференциальной диагностики механической желтухи различного происхождения, принципов хирургической тактики.

III. ЗАДАЧИ ЗАНЯТИЯ.

СТУДЕНТ ДОЛЖЕН ЗНАТЬ:

1. Виды желтух, дифференциальную диагностику.
2. Причины, вызывающие механическую желтуху.
3. Варианты клинического течения механической желтухи.
4. Методы лабораторной и инструментальной диагностики.
5. Современные подходы к выбору лечебной тактики при различных видах механической желтухи, особенности предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных.

СТУДЕНТ ДОЛЖЕН УМЕТЬ:

1. Составить алгоритм обследования больных с желтухой.
2. Проводить дифференциальную диагностику механической желтухи с другими видами.
3. Интерпретировать данные лабораторных и инструментальных методов исследования в соответствии с клинической картиной заболевания.
4. Определить лечебную тактику при механической желтухе.

ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ:

1. Пальпация печени и желчного пузыря, определение границ печени по Курлову.
2. Пальпация и определение размеров селезенки.
3. Чтение рентгенограмм, интерпретация данных УЗИ.
4. Техника блокады круглой связки печени, паранефральной блокады.

5. Ассистенция на операциях

IV. ОСНОВНЫЕ УЧЕБНЫЕ ВОПРОСЫ.

1. Понятие желтухи, ее виды.
2. Обмен билирубина в организме человека в норме и при патологии.
3. Причины механической желтухи, классификация.
4. Патогенез патологических расстройств при механической желтухе.
5. Дифференциальная диагностика различных видов желтух.
6. Клиника механической желтухи.
7. Методы лабораторной и инструментальной диагностики механической желтухе.
8. Хирургическая тактика при механической желтухе. Виды операций, особенности предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных. Прогноз.

V. ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ПО ТЕМЕ.

Желтуха — ярко выраженный клинический симптом многих заболеваний, вызываемых различными факторами, но отчетливо проявляющихся пожелтением кожи, слизистых оболочек и глазных склер. В желтый цвет окрашиваются все ткани, экссудаты и трансудаты. Не меняют свой цвет только слюна, слезы и желудочный сок. Желтое окрашивание связано с накоплением в коже, слизистых оболочках и других тканях пигмента билирубина вследствие его повышенного содержания в крови.

Обмен билирубина в организме — сложный и непрерывно происходящий процесс. В интересах клинической практики он может быть представлен схематически в следующем виде. Источник билирубина гемоглобин (белок + 4 молекулы железосодержащего гема). Распад эритроцитов и дальнейшее преобразование гемоглобина происходят в ретикулоэндотелиальной системе (селезенка, печень, костный мозг). В части случаев (15%) билирубин образуется при неэффективном эритропоэзе и из геминов клетки (15%). За сутки распадается 1% циркулирующих в организме эритроцитов и образуется 100–250 мг билирубина. Продолжительность жизни эритроцитов 100–130 дней. Окислительно-восстановительная реакция с участием разных ферментов преобразует гемоглобин в холеглобин, вердоглобин, биливердин и билирубин. Появляется свободный, не связанный билирубин. Этот билирубин транспортируется в крови с помощью белка альбумина. Он может быть определен с помощью реакции Иендрашика–Ванден-Берга, но перед этим белок должен быть осажден путем прибавления чистого спирта и поэтому реакция обозначается как непрямая. Суть реакции во взаимодействии сульфаниловой кислоты с нитритом натрия, что ведет к образованию диазофенилсульфоновой кислоты, которая дает с билирубином розово-фиолетовое окрашивание. О содержании билирубина судят по интенсивности окраски.

Свободный (непрямой) билирубин переносится в печень, где он освобождается от альбумина и связывается с глюкуроновой кислотой. Так получается свя-

занный, или как его еще обозначают, прямой билирубин, так как для проведения реакции Иендрашика–Ванден-Берга не нужно добавлять в кровь спирт.

Связанный (прямой) билирубин становится водорастворимым, что облегчает его экскрецию из печеночных клеток в желчь. В желчи билирубин входит в состав макромолекулярных агрегатов (мицелл), состоящих из холестерина, фосфолипидов, желчных кислот, солей протеина. Попадая в кишечник, билирубиновая часть желчи восстанавливается под воздействием бактериальных дегидрогеназ в бесцветные уробилиногеновые тела (хромогены). Значительная часть преобразованного билирубина (85–90%) возвращается в печень и другие ткани ретикулоэпителиальной системы, часть выделяется с калом, окрашивая его в коричневый цвет (стеркобилин). Другая часть попадает в почки и выделяется в виде уробилина, придавая моче желто-оранжевое окрашивание. При желтухах неизменно повышается уровень билирубина в крови (гипербилирубинемия). В норме уровень общего билирубина составляет от 6 до 20 мкмоль/л, а в старых единицах — до 1 мг%.

Различают три вида желтух:

1. механическая,
2. паренхиматозная,
3. гемолитическая.

Механическая (хирургическая) желтуха вызывается нарушением оттока желчи из печени в двенадцатиперстную кишку. На всем пути оттока желчи может возникнуть препятствие в связи с закупоркой изнутри или сдавлением снаружи. Чаще всего причиной механической желтухи бывают камни в желчных протоках холелитиаз (50%) и новообразования (40%) в протоках, большом дуоденальном соске, поджелудочной железе, желчном пузыре. Механическая желтуха может быть вызвана и другими причинами (10%) — стенозом БДС, стриктурой протоков, атрезией желчевыводящих путей, холангитом, панкреатитом, опухолями печени, инородными телами желчевыводящих путей.

Паренхиматозная желтуха вызывается острым и хроническим гепатитом, гепатозом, медикаментозным и токсическим гепатитом.

Гемолитическая желтуха бывает врожденной, а также связанной с аутоиммунной или В₁₂ (фолиево-) дефицитной анемией, а также разного рода интоксикациями, связана с нарушением (снижением) осмотической стойкости эритроцитов.

Клинические проявления желтухи при **механической и паренхиматозной** формах ее обуславливаются **холестаазом**, который развивается симптомами накопления составных частей желчи в крови (холемия). Причинами холестаза могут быть различные патологические процессы в самых проксимальных отделах формирования билиарного русла, а также и дистальных отделах общего желчного протока или БДС.

При дифференциальной диагностике желтух нужно помнить о так называемых **функциональных гипербилирубинемиях**, развивающихся в связи с врожденной энзимопатией и нарушением сложного процесса метаболизма гемоглоби-

на, что ведет к постоянному повышенному содержанию в крови несвязанного билирубина, что известно как синдром Жильбера.

Клинические проявления механической желтухи обуславливаются теми изменениями в организме, которые вызываются **холестаазом и холемией**. Постепенно повышается давление в желчных капиллярах. Они расширяются, разрываются, что ведет к частичной гибели печеночных клеток, и желчь поступает в лимфатические капилляры и затем в кровь. Отсутствие желчи в кишечнике приводит к нарушению пищеварения, всасывания жира и липотропных витаминов А, Д, Е, К. Особенно значительны последствия в недостатке витамина “К”, что приводит к нарушению синтеза протромбина в печени и как следствие этого понижение свертываемости крови, кровоточивости тканей. Структурные нарушения в печени и холемия ведут к образованию в организме токсических веществ и накоплению аммиака, фенолов, ацетона, ацетальдегида, этанола, триметиламина, индола, скатола и др. Нарушается антитоксическая функция печени и токсические вещества проявляют свое вредное воздействие на все органы и системы, что выражается в **синдроме эндотоксемии**. Развивается микрососудистый тромбоз в почках с констрикцией их резистивных сосудов и нарастанием функциональных нарушений. В крови нарастает уровень мочевины и креатинина, усиливаются нарушения антитоксической функции печени и энтерогепатической циркуляции желчи. Гепатоциты истощаются и дегенерируют.

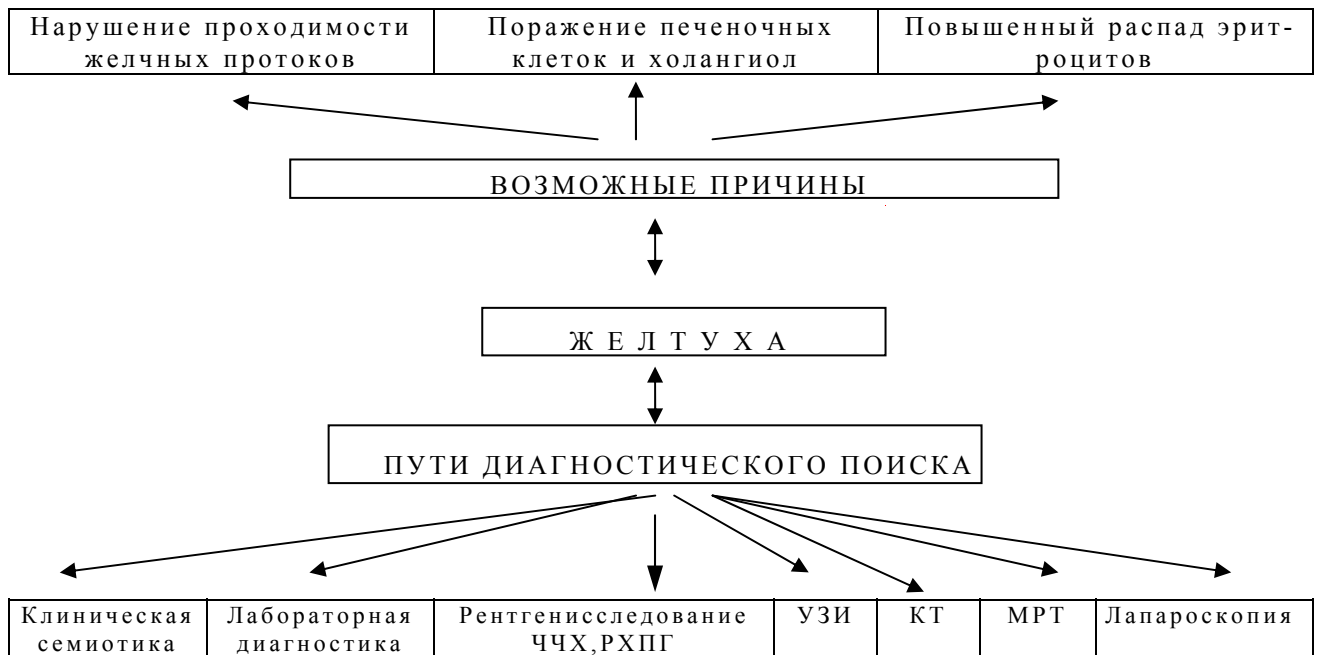
Функция нефрона падает, и все это ведет к развитию **печеночно-почечного синдрома** у больных с механической желтухой. Токсические вещества проникают через гематоэнцефалический барьер, что проявляется печеночной энцефалопатией. Прямые токсические воздействия на нервные волокна ведут к нарушениям нервно-мышечной проводимости, что вызывает брадикардию. Развивается тромбгеморрагические изменения в связи с внутрисосудистой коагуляцией — синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания (**ДВС-синдром**).

Желчные кислоты, как поверхностно активные вещества, изменяют легочной сурфактант (субмикроскопическая выстилка альвеол), что нарушает проницаемость альвеол. Все это ведет к нарушению транспорта кислорода, нарастанию **гипоксии**.

Длительное пребывание в состоянии желтухи приводит к таким изменениям в органах и системах, что восстановление нормального оттока желчи оперативным путем может не прервать порочный круг и прогрессирование **печеночно-почечной недостаточности** — самая частая причина летальных исходов у такой категории больных. В настоящее время большую пользу при высоких уровнях билирубинемии приносит экстракорпоральная детоксикация, в частности плазмаферез.

Диагностический поиск при желтухе проводится с учетом многих возможностей и механическая природа ее должна быть выявлена как можно раньше для проведения соответствующего оперативного вмешательства. Составлению плана обследования может помочь представленная схема диагностического поиска:

МЕХАНИЧЕСКАЯ	ПАРЕНХИМАТОЗНАЯ	ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ
--------------	-----------------	----------------



Клинические признаки механической желтухи — желтизна кожи, слизистых и склер; обесцвеченный кал и темная моча; кожный зуд (иногда не выражен), брадикардия. Аппетит в начале желтухи не нарушен. Диспепсические явления развиваются в более поздних стадиях, в то время как при паренхиматозной желтухе (острый гепатит) эти явления определяются в самом начале заболевания. Общая слабость, вялость, адинамия в начале заболевания не выступает, если нет раковой опухоли поджелудочной железы. Печень обычно увеличена, селезенка без изменений. Болезненность в подпеченочной области может выявиться при желчнокаменной болезни и ее осложнениях.

Важное значение имеет при желтухах определение желчного пузыря. Если у больного с желтухой выявляется увеличенный и безболезненный желчный пузырь, то это расценивается как симптом Курвуазье. Он свидетельствует о постепенном развитии желтухи, дилатации желчных протоков и желчного пузыря, что бывает при опухоли (обычно злокачественной) головки поджелудочной железы, БДС, конечного отдела общего желчного протока. При желчнокаменной болезни желчный пузырь теряет возможность к растяжению в связи с воспалительным процессом в нем и нередко развивающимся перипроцессом, поэтому даже при полной обтурационной желтухе камнем желчный пузырь может не прощупываться.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЖЕЛТУХ
ПО КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ

	ВИД ЖЕЛТУХИ
--	-------------

Клинический признак			
	Механическая	Паренхиматозная	Гемолитическая
Цвет кожи	Зелено-желтый с бронзовым или серым оттенком	Красно-желтый с оранжевым оттенком	Лимонно-желтый
Кожный зуд	Резко выражен	Выражен	Отсутствует
Цвет кала	Обесцвеченный, серобелый, глинистый	На высоте заболевания обесцвеченный	Интенсивно окрашен
Цвет мочи	Темный	Темный	Обычный
Аппетит	Нарушен при длительной желтухе	Понижен или отсутствует	Не нарушен
Диспепсические явления	Да, при длительной желтухе	Да	Отсутствуют
Боли в животе	Могут быть	Нет или несильные	Нет
Слабость, вялость, адинамия	При длительной желтухе	Да	Нет
Желчный пузырь	Увеличен при низкой закупорке	Не увеличен	Не увеличен
Частота пульса	Брадикардия	Брадикардия	Нормальная или тахикардия
Печень	Увеличена при длительной желтухе	Увеличена	Умеренно увеличена
Селезенка	Не увеличена	Иногда увеличена	Часто увеличена
Повышенная кровоточивость	Да	Да	Да

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЖЕЛТУХ
ПО ЛАБОРАТОРНЫМ ДАННЫМ

Лабораторный показатель	ВИД ЖЕЛТУХИ		
	Механическая	Паренхиматозная	Гемолитическая
Билирубин в крови	Содержание повыше- но, реакция прямая	Содержание повышено, реак- ция преимущественно непрямая	Содержание повышено, реакция непрямая
Стеркобилин в кале	Отсутствует	Содержание понижено	Содержание повышено
Уробилин в моче	Отсутствует	Содержание повышено	Содержание резко по- вышено
Желчные пигменты в моче	Много	Содержание повышено	Отсутствуют
Холестерин в крови	Содержание повыше- но	Содержание нормальное или повышено	Без изменений
Белки крови	Без изменений	Снижение альбуминов, повы- шение глобулинов	Без изменений
Осадочные реакции: суле- мовая, тимоловая, формоло- вая	В начальном периоде не изменены, в даль- нейшем повышены	Положительные	Не изменены
Протромбиновый индекс	Снижен	Снижен	Нормальный
Активность альдолазы	Нормальная	Повышена	Нормальная
Щелочная фосфатаза	Содержание повыше- но	Без изменений	Без изменений
Аминотрансферазы	Повышены при дли- тельной желтухе	Повышены	Без изменений
Резистентность эритроцитов	Нормальная	Нормальная	Снижена

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЖЕЛТУХ
С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ
И ДРУГИХ СПЕЦИАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Метод исследования	ВИД ЖЕЛТУХИ		
	Механическая	Паренхиматозная	Гемолитическая
Обзорная рентгенография	Возможно выявление камней в желчном пузыре	Без изменений	Без изменений
Ретроградная холангиопанкреатография	Широкие желчные протоки, камни, опухоль, стриктуры	Без изменений	Без изменений
Чрескожная, чрескожная холангиография (ЧЧХ)	То же	Без изменений	Без изменений
Ультразвуковое исследование (УЗИ)	Широкие желчные протоки, камни	Не широкие желчные протоки	Неширокие желчные протоки
Гастродуоденоскопия	Возможны изменения большого дуоденального соска	Без изменений	Без изменений
Радиоизотопная гепатография	Замедление скорости выведения препарата	Замедление скорости захвата и выведения препарата	Без изменений
Сканирование печени	Могут быть выявлены очаговые поражения	Увеличенная печень с четкими контурами	Без изменений
Компьютерная томография	Широкие желчные протоки, камни, опухоли, увеличение поджелудочной железы	Неширокие желчные протоки, увеличение печени, спленомегалия	Неширокие желчные протоки, возможна спленомегалия
Лапароскопия, лапароскопическая холецистография	Коричнево-зеленый цвет печени, увеличенный желчный пузырь при опухолях дистального отдела протока, БДС или головки поджелудочной железы	Красно-желтый цвет печени, спавшийся желчный пузырь	Печень обычного цвета, пузырь и желчные протоки без изменений, но возможны пигментные камни в пузыре

Начинать исследование при желтухах следует с УЗИ, а затем при необходимости использовать другие методы. Обычно очень эффективной оказывается РХПГ, но всегда к ней должны быть обоснованы показания в связи с возможными осложнениями (острый панкреатит).

Выявив механический характер желтухи и определив причину ее, планируется радикальное или паллиативное оперативное вмешательство. Виды операций в зависимости от патологического процесса разбираются в соответствующих разделах пособия. Они проводятся на печени или желчных путях.

Предоперационная подготовка

Общие мероприятия должны быть комплексными, недлительными и проводимыми одновременно с обследованием больного. Существенно рациональное

питание: полноценное белковое и углеводное, хорошо витаминизированное, легко усвояемое. При выраженной гипопроотеинемии, гипоальбуминемии следует прибегать к внутривенному введению белковых гидролизатов: фибриносол, аминок-пептид, гидролизат казеина, аминоксол, альвезин, аминокон в дозе 400-1000 мл. Для улучшения гликогенообразовательной и дезинтоксикационной функции печени вводят 10% раствор глюкозы с добавлением инсулина, витаминов группы В, аскорбиновую кислоту. Положительное влияние на функцию печени и почек оказывают сорбитол и манитол.

Нарушение всасывания витамина К препятствует синтезу протромбина, влияя на свертываемость крови и способствуя холемическим кровотечениям, что делает обязательным введение викасола. Конечно, с учетом данных коагулограммы. Гипокоагуляция более характерна для длительной ахолии.

Для улучшения микроциркуляции применение внутривенно реополиглюкина с альбумином комплаином желательно. Это снижает гиперкоагуляционные сдвиги гемостаза после операции. Коррекция электролитных расстройств осуществляется введением изотонических растворов, содержащих натрий, калий, кальций, хлор. - Для стимуляции неспецифического иммунитета может быть с успехом применен продигизан. К антибиотикам, активно выделяемым из организма желчью, относятся ампициллин, гентамицин, цефалоспорины, метронидазол, рифамицин, римактан.

Детоксикационная терапия.

Для нейтрализации перед операцией токсических метаболитов: аммиака, билирубина, свободных жирных кислот, мочевины, креатинина и др. существуют методы терапии, которые можно разделить на две группы: 1) естественной детоксикации - трансфузионная терапия, гемодилюция, форсированный диурез;

2) искусственной детоксикации - гемодиализ, лимфосорбция, плазмоферез, экстракорпоральное подключение изолированной печени, экстракорпоральная гемосорбция, гипербарическая оксигенация. Каждый из этих методов имеет свои показания с учетом индивидуальных особенностей больного, имеющего признаки печеночной недостаточности при механической желтухе.

Оперативное лечение механической желтухи.

Оперативное вмешательство проводится после соответствующей предоперационной подготовки, длительность которой зависит от особенностей заболевания, причины желтухи, состояния больного. Операция выполняется не позже 7—10-го дня после установления диагноза. Однако при желтухах опухолевого генеза она нередко производится в более поздние сроки.

Декомпрессия желчных путей.

Для улучшения результатов хирургического лечения, снижения риска послеоперационных осложнений, снятия синдрома холемии и желчной гипертензии при подготовке больного к операции важную роль играют методы дооперационной декомпрессии желчных путей: лапароскопическая холецистостомия, чрескожная чреспеченочная холецистостомия, чрескожная чреспеченочная холангиостомия, эндоскопическое транспапиллярное дренирование желчного протока.

Операция при механической желтухе всегда выполняется по жизненным

показаниям. Она может быть радикальной и паллиативной и этот ее характер зависит не только от патологического процесса, но и от состояния больного. Нередко даже при доброкачественном процессе операция выполняется в два или несколько этапов.

Непроходимость желчных путей, доброкачественной этиологии чаще всего развивается при осложнениях калькулезного холецистита, а к ним прежде всего относят: холедохолитиаз, стеноз БДС, индуративный панкреатит. Но независимо от способа восстановления проходимости желчных путей обязательным является удаление желчного пузыря - холецистэктомия. Каждому больному во время операции по поводу калькулезного, а тем более осложненного холецистита, особенно в тех случаях, когда в анамнезе отмечалось желтуха, должна быть проведена операционная холеграфия. При холедохолитиазе выбор наиболее рационального метода завершения холедохотомии - это наружный дренаж протока, хотя по показаниям накладываются и билиодигестивные анастомозы и глухой шов холедоха. В последние годы все большее распространение получила при холедохолитиазе особенно у лиц преклонного возраста и у больных с так называемым ПХЭС операция эндоскопическая папиллосфинктеротомия.

Операции при стенозе БДС. Наиболее частым оперативным вмешательством при этой патологии бывает папиллосфинктеротомия. Рассечение папиллы производят соответственно на 11 часах циферблата, что предупреждает повреждение дистального отдела панкреатического протока.

Операции при стриктурах внепеченочных желчных протоков.

Большое значение для выбора способа формирования билиодигестивного соустья имеет локализация и протяженность структуры печечно-желчного протока. При каждом виде (высокая или низкая) структуры требуется выполнение соответствующего ей хирургического вмешательства, восстанавливающего пассаж желчи в желудочно-кишечный тракт. Соустье должно быть не менее 2,5-3 см, а формирование его должно осуществляться атравматическими иглами и применяться тонкий шовный материал. С целью облегчения техники формирования гепатикоэнтероанастомоза, для декомпрессии желчных путей и профилактики сужения просвета анастомоза можно использовать методику наружного дренирования сформированного билиодигестивного анастомоза транспеченочным дренажом по Смитсу или Прадери

Хирургические вмешательства при непроходимости желчных путей опухолевой природы.

Операции при этой патологии однотипны и не зависят от принадлежности опухоли к определенному органу, а определяется, главным образом, уровнем расположения обтурации желчных путей.

Операции при доброкачественных опухолях БДС больному может быть выполнена либо операция ампутации БДС либо папиллэктомия через трансдуоденальный доступ с помощью держалок из атравматических ниток, а затем этими же нитками сшивают стенки протоков со слизистой оболочкой 12-перстной кишки. Операция при злокачественных поражениях БДС, дистального отдела протока и головки поджелудочной железы - это панкреатогастродуоденальная резекция, ко-

торая проводится по абсолютным показаниям и у сравнительно молодых пациентов, не имеющих признаков печеночной недостаточности.

Операции при раке внепеченочных желчных протоков.

Операцией выбора при раке дистального отдела холедоха является панкреатогастроуденальная резекция. При раке средней части протока: резекция пораженной части и анастомоз проксимальной части протока с одним из участков желудочнокишечного тракта. Область проксимальной части гепатохоледоха наименее доступна для выполнения радикальных операций, поэтому выполняются анастомозы между внутривнутрипеченочными протоками и желудком или тонкой кишкой. Радикальная операция при раке желчного пузыря, осложненного желтухой, состоит в выполнении холецистэктомии с резекцией внепеченочных желчных протоков и наложением би-лиодигестивного анастомоза. Однако выполнить такое вмешательство можно крайне редко. Это же касается и рака ворот печени. В таких случаях чаще прибегают к паллиативным операциям. В последние годы разработаны и применяются эндоскопические способы бужирования пораженных опухолью участков желчных протоков с проведением дренажных трубок в качестве каркаса.

Для устранения кожного зуда при холестатической желтухе, который часто бывает очень мучительным, применяются различные препараты: урсодезоксихолиевая кислота, гептрал, холестирамин, фенобарбитал, рифампицин, антагонисты опиатов (налуксон) и др. Нередко даже при несомненно далеко зашедшем злокачественном процессе в печени или желчных путях, исключающем возможность радикальной операции, приходится для снятия желтухи прибегать к паллиативным вмешательствам — билиодигестивным анастомозам или наружному отведению желчи.

Паллиативные операции при непроходимости желчных путей.

Главный принцип этих операций - создать отток желчи из желчных путей, расположенных выше опухолевого процесса. Поэтому в зависимости от препятствия выполняются: холецистодигестивные соустья, холедоходигестивные соустья, холангиостомы, холангиодигестивные анастомозы, реканализация магистральных желчных путей при опухолях их большого лечебного эффекта не имеет, хотя последние годы для этих целей используются катетеры с раздувными резиновыми баллончиками. Используются лапароскопические методы оперирования.

Возможность выполнения радикального оперативного вмешательства зависит не только от характера процесса, его локализации и распространенности. Значение имеет и стадия механической желтухи, которая определяет и степень выраженности печеночной недостаточности.

Таким образом, в проблеме механической желтухи главным является совершенствование методов диагностики и своевременность выполнения операции для восстановления желчеоттока из печени.

V. МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЗА УСВОЕНИЕМ ТЕМЫ.

Вопросы для контроля исходных знаний студентов

Вопросы

1. Назовите наиболее частую причину механической желтухи неопухолевого происхождения.
2. Приведите пример наиболее частой локализации опухоли, приводящей к механической желтухе.
3. Для каждой желтухи характерны высокие показатели трансаминаз в крови?
4. Для какой желтухи характерны высокие показатели прямого билирубина в крови?
5. Укажите наиболее частые осложнения механической желтухи.
6. Назовите 3 основных симптома гнойного холангита.
7. Укажите характерный клинический симптом при раке головки поджелудочной железы.
8. Приведите пример наиболее информативного метода эндоскопического обследования при механической желтухе.
9. Назовите наиболее информативный метод рентгенологического обследования при полной механической желтухе.
10. Укажите основные симптомы механической желтухи калькулезного происхождения;

Эталоны

1. Холедохолитиаз.
2. Рак головки поджелудочной железы.
3. Для паренхиматозной желтухи.
4. Для механической желтухи.
5. Холангит, абсцессы печени, печеночная недостаточность, нарушение свертывающей системы крови.
6. Озноб, проливной пот, гектическая температура.
7. Симптом Курвуазье.
8. ЭРХПГ.
9. Черескожная череспеченочная холангиография.
10. Боля в правом боку, в эпигастрии, озноб, повышение температуры.

Вопросы для контроля усвоения темы

Вопросы

1. Назовите рентгенологические методы обследования при механической желтухе опухолевого происхождения.
2. Перечислите радиоизотопные методы обследования при механической желтухе.
3. Укажите сроки операции при неразрешающейся механической желтухе.
4. Назовите эндоскопические методы обследования при механической желтухе.
5. Назовите основные цели предоперационной подготовки при механической желтухе.
6. Перечислите основные клинические признаки эффективности предоперационной подготовки при механической желтухе.
7. Назовите способы наружного дренирования холедоха при механической желтухе калькулезного происхождения.
8. Перечислите способы внутреннего дренирования при механической желтухе калькулезного происхождения.
9. Перечислите лапароскопические признаки механической желтухи при опухоли головки поджелудочной железы.
10. Назовите операции при раке головки поджелудочной железы.

Эталоны

1. Рентгеноскопия желудка, дуоденография, ЭРХПГ, черескожная череспеченочная холангиография.
2. Сканирование печени, сканирование поджелудочной железы, радиоизотопная гепатография.
3. 5—7 дней.
4. Гастродуоденоскопия, лапароскопия.
5. Дезинтоксикационная терапия, профилактика и лечение осложнений механической желтухи.
6. Уменьшение симптомов интоксикации, улучшение показателей гемодинамики, нормализация почасового диуреза.
7. Дренирование по Вишневскому, по Керу, по Пиковскому.
8. Холедоходуоденоанастомоз, холедохоюноанастомоз, папиллосфинктеропластника, эндоскопическая папиллотомия.
9. Темнозеленый цвет печени, увеличенный напряженный желчный пузырь без признаков воспаления.
10. Холецистоэнтероанастомоз, панкреатодуоденальная резекция.

VI. ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ И УИРС.

Цель работы:

- углубление основных теоретических знаний по данной теме;
- практическая отработка полученных знаний, совершенствование мануальных умений и навыков по диагностике механической желтухи и ее осложнений;
- индивидуальные упражнения в использовании приемов и навыков дифференциальной диагностики и выборе тактики лечения больных с механической желтухой.

Варианты заданий для самоподготовки.

1. Дать экспертную оценку истории болезни стационарного больного с механической желтухой. Для этого:
 - обратить внимание на сроки обращаемости за медицинской помощью, диагноз направившего учреждения, диагноз при поступлении;
 - при поздней госпитализации укажите предполагаемую причину этого;
 - ответьте на вопрос, достаточно ли полно и в какие сроки произведено обследование, обоснуйте свой ответ;
 - обратите внимание на показания и сроки выполнения операции;
 - укажите, соответствует ли операционные находки клинической картине и срокам заболевания, обоснуйте ответ.
2. Составьте план обследования и определите лечебную тактику вновь поступившего больного с подозрением на механическую желтуху. Для этого:
 - обратите внимание на диагноз при поступлении, обоснуйте его, определите тяжесть состояния на момент госпитализации;
 - составьте план обследования с обоснованием каждого назначения;
 - определите тактику лечения больного, при необходимости оперативного лечения укажите объем предоперационной подготовки, сроков и способа операции;
 - составьте план послеоперационного лечения с указанием режима, диеты и медикаментозного лечения.
3. Проведите анализ истории болезни стационарного больного (учебной истории болезни), переведенного из инфекционной больницы в хирургическое отделение с механической желтухой. Для этого:
 - проанализируйте правильность предварительного и окончательного клинического диагноза;
 - обоснуйте причину перевода;
 - оцените лечебную тактику и внесите свои предложения;
 - оцените объем предложенного обследования и внесите свои предложения;
 - обоснуйте показания и сроки выполнения оперативного вмешательства.
4. Осмотрите 2-х больных с диагнозом механическая желтуха. Выделите особенности течения заболевания и лечения больного в зависимости от срока заболевания, клиники и формы желтухи.
5. Проведите анализ истории болезни больного с механической желтухой. Ука-

жите ее возможную причину.

6. Составьте алгоритм обследования больного с подозрением на механическую желтуху.
7. Составьте алгоритм распознавания механической желтухи по приведенной схеме.

Этапы диагностики	Признаки болезни, теоретически возможные при механической желтухе	Признаки болезни, выявленные у данного больного
Жалобы Анамнез жизни Осмотр Лабораторные данные Данные дополнительных методов исследования		

8. Работа в перевязочной, присутствие и ассистирование на операции.
9. Участие в дежурствах клиники по экстренной хирургии, осмотр больных в приемном отделении, поступающих с подозрением на механическую желтуху.
10. Подготовьте реферативные сообщения на темы:
 - "Дифференциальная диагностика желтух";
 - "Методы диагностики механической желтухи" ;
 - "Способы оперативного лечения механической желтухи".
11. Проведите экспертную оценку истории болезни умершего больного с механической желтухой. Для этого:
 - сопоставьте клинический и патологоанатомический диагнозы;
 - проанализируйте течение заболевания в динамике, сопоставляя изменения клинических проявлений болезни с данными лабораторно-инструментальных исследований;
 - сделайте заключение о проводимой лечебной тактике и своевременности проведения операции;
 - определите, был ли возможен благоприятный исход заболевания, и при каких условиях.
12. Решение ситуационных задач, чтение рентгенограмм.

VII. ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ ТЕСТОВОГО ПРОГРАММИРОВАННОГО КОНТРОЛЯ.

VIII. ЛИТЕРАТУРА К ИЗУЧАЕМОЙ ТЕМЕ.

Балалыкин А.С. Эндоскопическая абдоминальная хирургия.— М.: ИМА-пресс, 1996.—152 с.

Бохан К.Л. Желчнокаменная кишечная непроходимость // Вестн. хирургии.— 1996.— Т.155, № 4.— с.110-112.

Васильев Р.Х. Бескровные методы удаления желчных камней.— М.: Высш. шк., 1989.— 264с.

Виноградов В.В., Нифантьев О.Е., Вишневский В.А. Послеоперационные заболевания желчных путей.— Красноярск: Изд-во. Краснояр.Ун-та, 1989. 175 с.

Гальперин Э.И., Дедерер Ю.М. Нестандартные ситуации при операциях на печени и желчных путях.— М.: Медицина, 1987.— 334 с.

Дедерер Ю.М., Крылова Н.П., Шойхет Я.Н. Патогенез, диагностика и лечение механической желтухи. — Красноярск: Изд-во. Краснояр.Ун-та, 1990. 111 с.

Клиническая хирургия: Справочное руководство для врачей // Под ред. Ю.М.Панцырева.— М.: Медицина, 1988.— 635 с.

Королев Б.А., Пиковский Д.Л. Экстренная хирургия желчных путей.— М.: Медицина, 1990.— 240с.

Кочиашвили В.И. Атлас хирургических вмешательств на желчных путях.— М.: Медицина, 1971.— 208 с.

Кузин Н.М., Кузин М.И. Печень // Хирургические болезни: Учебник. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицина, 1995.— с.492–517.

Лапкин К.В., Пауткин Ю.Ф. Механическая желтуха М.: Медицина, 1990.— 240с.

Лисицын К.Н., Ревской А.К. Неотложная абдоминальная хирургия при инфекционных и паразитарных болезнях.— М.: Медицина, 1988.—335 с.

Ситенко В.М., Нечай А.И. Постхолецистэктомический синдром и повторные операции на желчных путях.Л.: Медицина, 1972.— 240с.

Шалимов А.А., Радзиховский А.П., Полупан В.Н. Атлас операций на печени, желчных путях, поджелудочной железе и кишечнике.— М.: Медицина, 1979.— 367 с.

Шалимов А.А., Шалимов С.А., Нечитайло М.Е., Доманский Б.В. Хирургия печени и желчевыводящих путей.— Киев: Здоровья, 1993.— 508 с.