

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра внутренних болезней педиатрического и стоматологического
факультета.

НИР на тему:

**«ЖКБ. Основные клинические синдромы. Диагностика,
принципы консервативного лечения.»**

Выполнила:
студентка 4 курса
педиатрического факультета
7 группы Кучеренкова Н.В.

4 - 

Волгоград 2018

Содержание

Введение.....	3
Этиология.....	4
Клиническая картина.....	9
Диагностика.....	13
Лечение.....	18
Литература.....	24

Введение.

Заболевание, связанное с образованием камней в желчном пузыре (холецистолитиаз) и желчных протоках (холедохолитиаз), приводящих к развитию жизненно опасных осложнений, обозначено в медицинской литературе как желчнокаменная болезнь.

Желчнокаменная болезнь не принадлежит к тем заболеваниям, частота которых снижается с развитием медицинской науки и улучшением благосостояния. Наоборот, увеличение средней продолжительности жизни, улучшение питания способствуют ее развитию.

В России частота желчнокаменной болезни находится на уровне среднеевропейских показателей (около 10%), однако установлено, что во второй половине XX века частота выявления камней в желчном пузыре среди населения страны удваивалась каждое десятилетие. В возрасте старше 60 лет практически каждый второй человек испытывает на себе мучительные приступы желчной колики, и особенно страдают женщины. Часто заболевшие не обращаются за помощью к врачу, не предполагая, какому большому риску они сами себя подвергают. Хирурги повседневно встречаются с осложненными случаями желчнокаменной болезни, и осложнения эти возникают из-за незнания человеком опасностей, которые таит наличие камней в желчном пузыре.

Современные методы лечения желчнокаменной болезни, если их использовать вовремя, позволяют добиться полного выздоровления в 85-95% случаев. При неосложненных вариантах заболевания больные операцию переносят хорошо. Общая летальность после всех подобных операций составляет 0,5-0,8% и, как правило, в случаях развившихся осложнений, увеличивающих тяжесть самой операции, особенно среди пожилых и старых людей.

Этиология.

Поскольку желчный пузырь и желчные протоки являются местом скопления и даже концентрации желчи, именно желчь, ее компоненты при определенных условиях являются источником камнеобразования.

Желчь на 85-95% состоит из воды, в которой находятся желчные кислоты, холестерин, фосфолипиды, билирубин, белки, электролиты. Основные компоненты желчи- липиды (жиры) и пигменты. Главные липиды желчи – холестерин, фосфолипиды и желчные кислоты – это продукт липидного обмена печени. Основной пигмент желчи – билирубин является конечным продуктом распада гемоглобина, освобождающегося при разрушении старых или неполноценных эритроцитов.

Большинство желчных камней смешанные. В их состав входит значительное число органических и неорганических веществ: холестерин, билирубин, желчные кислоты, белки, различные соли, кальций, микроэлементы. Однако по преобладанию компонентов принято различать холестериновые, пигментные и смешанные камни.

Наиболее часто встречаются холестериновые камни, основным компонентом которых является холестерин. Чисто холестериновые имеют круглую или овальную форму, обычно их диаметр от 4-5 до 12-15 миллиметров, располагаются почти всегда в желчном пузыре. Преимущественно холестериновые смешанные камни имеют слоистую структуру или состоят из пигментированной центральной части, окруженной тонким слоем холестерина. Известь и пигмент – основные примеси холестериновых камней – образуют холестерино-пигментно-известковые камни. Они, как правило, множественные, встречаются десятками или даже сотнями.

Чисто пигментные камни малой величины, жесткие, хрупкие. Содержат главным образом билирубин и его полимеры. Различают черные и коричневые пигментные камни. Как правило, множественные, располагаются как в желчном пузыре, так и в желчных протоках.

Очень редко встречаются чисто кальциевые камни, состоящие из карбоната кальция. Форма их обычно причудливая, часто с шипообразными отростками. Цвет камней от светло- до темно-коричневого.

Причины образования холестериновых и пигментных камней желчных путей различны, поскольку они образуются из разных компонентов.

Образование холестериновых камней вызывают три основных фактора: перенасыщение желчи холестерином, осаждение соли холестерина в виде кристаллов и нарушение функции желчного пузыря. Иными словами, когда холестерина в желчи много, а его нормальное выведение нарушено.

Перенасыщение желчи холестерином зависит от возраста, пола, наследственности, наличия ожирения, характера питания, болезней печени, приема некоторых лекарств. Сам по себе холестерин нерастворим в воде, но в желчи он находится в растворенном состоянии благодаря присутствию желчных кислот и лецитина (фосфолипида). Эти липиды желчи образуют мицеллы (многослойные пузырьки), состоящие из холестерина, лецитина и желчных кислот. Основное значение имеет соотношение между липидами. Если количества желчных кислот и лецитина недостаточно для образования мицелл, в которые может быть «упакован» содержащийся в желчи холестерин, то такая желчь считается также пересыщенной, или литогенной, то есть предрасполагающей к образованию камней. Таким образом, литогенной является не только желчь, содержащая избыток холестерина, но и желчь при его нормальном или даже сниженном содержании, когда в ней недостает желчных кислот и лецитина. Отсюда, среди причин повышения литогенности желчи следует выделять те, которые влияют на повышение уровня холестерина (возраст, пол, ожирение, наследственность) или на снижение уровня лецитина и желчных кислот (характер питания, болезни печени, наследственность, прием некоторых лекарственных препаратов). Следует оговориться, что существуют факторы, влияющие на оба механизма пересыщения желчи холестерином.

Пересыщение желчи холестерином – только фон, предрасполагающий к образованию камней. Для их образования необходимо осаждение кристаллов холестерина из многослойных пузырьков (мицелл). Среди фактора, способствующих осаждению холестерина, можно выделить наличие слизи в желчи, избыток белка, инфекцию желчевыводящих путей и некоторые другие. Из вышеперечисленных факторов особенно следует отметить усиленную продукцию слизи в желчном пузыре. Выработку слизи уменьшает аспирин и другие нестероидные противовоспалительные средства. Особое значение для здоровья человека имеет состояние желчного пузыря, его способность полностью выполнять свою функцию. В промежутках между приемом пищи желчный пузырь наполняется желчью из печени, концентрирует ее и во время еды выбрасывает в двенадцатиперстную кишку. В норме желчный пузырь освобождается от желчной замазки и продуктов распада, способных провоцировать образование камней, особенно у людей с пересыщенной желчью и коротким временем осаждения. В случае хорошей сократительной функции и непрерывного обновления желчи в

пузыре образования камней не происходит. Процесс обновления желчи в желчном пузыре замедлен при его заболеваниях, что вызывает застой желчи, осаждение и кристаллизацию холестерина с образованием замазки, предшествующей образованию желчных камней. Желчная замазка, представляющая собой взвесь кристаллов холестерина, гранул билирубината кальция и других его солей, в 20% случаев вызывает развитие желчнокаменной болезни или острого холецистита.

Пигментные камни, содержащие менее 30% холестерина, образуются при нарушениях пигментного обмена. Черные пигментные камни холестерина не содержат. Механизм их образования до конца не изучен, однако известно, что возникают они при заболеваниях, характеризующихся повышенным разрушением (гемолизом) красных кровяных телец (эритроцитов), в результате чего высвобождается большое число пигмента. Пигментные камни могут наблюдаться при циррозах печени, алкогольном поражении печени.

Коричневые пигментные камни относятся к смешанным камням, содержащим пигмент и в меньшем количестве пальмитат и стеарат кальция, холестерин. Образуются пигментные камни на фоне застоя желчи и инфекции желчных путей.

Основным местом образования камней при желчнокаменной болезни является желчный пузырь, в котором существуют наиболее благоприятные условия для осаждения холестерина билирубинового пигмента. Образование холестериновых и черных пигментных камней возможно и в желчных протоках, но в исключительных случаях. Как правило, эти виды камней перемещаются в желчные протоки из желчного пузыря во время приступа желчной колики. Коричневые пигментные камни могут возникать в желчных протоках.

Желчные камни могут образовываться в любом возрасте. Однако у детей они наблюдаются крайне редко, в 600-1000 раз реже, чем у взрослых. Очень редко это заболевание отмечается и в юном возрасте – до 20 лет.

Желчнокаменной болезнью, особенно в возрасте до 50 лет, в два раза чаще болеют женщины. Более детальный анализ показывает, что у женщин чаще, чем у мужчин, встречаются лишь холестериновые камни. Пигментные камни у обоих полов обнаруживаются с одинаковой частотой.

Существенное влияние на образование камней в желчных путях оказывает гормональный фон. Подтверждением этому служит прием контрацептивов, приводящий к усилению камнеобразования. При длительном приеме контрацептивов заболевания желчного пузыря встречаются в два раза чаще, чем у женщин, не пользующихся гормональными противозачаточными средствами.

Прием эстрогенсодержащих препаратов женщинами в постменопаузе увеличивает заболеваемость желчнокаменной болезнью в 2,5 раза. Та же закономерность выявлена среди мужчин, принимающих эстрогены по поводу рака предстательной железы. У них отмечено повышение насыщения желчи холестерином и возникновение желчных камней.

Много рожавшие женщины заболевают чаще, чем не рожавшие. На поздних сроках беременности у них наблюдается неполное опорожнение желчного пузыря, что приводит к увеличению его остаточного объема, накоплению кристаллов холестерина и, как следствие, к образованию желчных камней. Во время беременности чаще обнаруживают желчную замазку, что у 2/3 женщин клинически не проявляется и после родов самостоятельно проходит. В послеродовом периоде желчные камни обнаруживаются в 9 раз чаще, чем обычно. Мелкие камни после беременности самостоятельно исчезают у трети женщин.

Зная предрасполагающие факторы возникновения желчнокаменной болезни, мы можем теперь сказать, что некоторые из них исключить никак невозможно, например наследственность или беременность.

Предупреждает образование камней ограничение животных жиров и высокоочищенных углеводов (глюкоза, сахара). Благоприятным является употребление растительной пищи, богатой клетчаткой, включая растительные жиры. Достаточное количество в пище полиненасыщенных жирных кислот – линолевой и линоленовой – препятствует образованию холестериновых камней.

Медикаментозная профилактика желчнокаменной болезни основывается на применении желчегонных средств, улучшающих отток желчи, и желчных кислот, снижающих литогенность желчи. Существуют препараты, благоприятно влияющие на желчеобразующую функцию печени. Препараты эти чаще всего растительные, многокомпонентные.

Самым частым осложнением приступа желчной колики является развитие острого воспаления желчного пузыря (острого холецистита) с разрушением (деструкцией) его стенок, угрозой возникновения перфорации (нарушения) стенки и перитонита. Это наиболее грозная цепь осложнений, которая, если не оказать своевременную помощь, может привести к смерти больного. Однако процесс воспаления может и не распространиться далее стенки желчного пузыря и прилежащих органов. После стихания воспаления остаются спайки, то есть сращения желчного пузыря с соседними органами, и, прежде всего с желудком и двенадцатиперстной кишкой, поперечно-ободочной кишкой, сальником. Эти сращения могут постоянно проявлять себя клинически, досажая больному желчнокаменной болезнью.

Вследствие воспаления желчного пузыря или возникших на его стенке от камней последние могут мигрировать (перемещаться) в соседние органы. При этом возникают сообщения желчного пузыря, с соседними органами (внутренние желчные свищи), в некоторых случаях приводящие к тяжелым нарушениям пищеварения, истощению и гибели больных.

Другим видом осложнений является холангит, или воспаление желчных протоков.

Одним из опасных осложнений желчнокаменной болезни является закупорка камнем желчевыводящих протоков. В результате нарушается нормальный отток желчи из печени в двенадцатиперстную кишку (холестаз), что приводит к повышению в крови уровня желчного пигмента – билирубина, желчных кислот, холестерина, фосфолипидов. Такое состояние называется механической, или обтурационной, желтухой. Длительно (более 3-4 недель) существующий холестаз сопровождается выраженным нарушением функции печени с опасностью развития кровотечений из любого органа.

В случаях, когда механическая желтуха не исчезает в течение длительного времени, даже если желчь частично или периодически поступает в двенадцатиперстную кишку, может развиваться вторичный билиарный цирроз печени. И тогда из-за перерождения ткани печени в соединительную ткань развивается печеночная недостаточность. В результате организм сам себя отравляет конечными токсическими продуктами обмена веществ, поскольку главная «химическая лаборатория» по утилизации этих отходов - печень – свою функцию не выполняет.

Механическая желтуха может сопровождаться острым панкреатитом, то есть воспалением поджелудочной железы. Происходит это, когда камень закрывает проток у места впадения его двенадцатиперстную кишку, и тогда нарушается отток панкреатического сока из поджелудочной железы. Опасность подобной ситуации заключается в том, что панкреатический сок способен вызывать разрушение и само переваривание поджелудочной железы. Такое заболевание называется панкреонекрозом, оно часто имеет летальный исход, а в случае сохранения жизни больному и переходом процесса в хроническую форму – серьезными страданиями, связанными с ограничениями в питании и частыми обострениями. Все перечисленные осложнения при естественном течении желчнокаменной болезни.

Клиническая картина.

Существует латентная (скрытая) форма заболевания, когда наличие камней в желчевыделительной системе никак человека не беспокоит. Чаще всего подобное течение наблюдается при наличии одного конкремента, находящегося в «немой зоне» желчного пузыря. Такой зоной обычно является дно желчного пузыря.

Специальные исследования, проведенные в 60-70-х годах, показали, что частота бессимптомного течения заболевания достигает порой 75%. В 80-х годах, когда удалось соотнести «возраст» камней с временем появления первых клинических симптомов, было доказано, что от момента образования камней до проявления заболевания проходит довольно длительное время – от 2 до 11 лет. Это подтверждают и многолетние клинические наблюдения за больными со скрытой формой желчнокаменной болезни. Так, за четырехлетний срок наблюдения только у 10% больных появлялись симптомы болезни, оперированы были лишь 7% пациентов.

Однако кроме латентной (скрытой) существуют и другие формы не осложненного течения желчнокаменной болезни: диспепсическая, болевая торпидная и болевая приступообразная (желчная колика) формы.

Диспепсическая форма желчнокаменной болезни сопровождается общими расстройствами, характерными для заболеваний желудочно-кишечного тракта. К ним относятся тяжесть в животе после еды, отрыжка, изжога, горечь во рту, которые выражены у больных достаточно отчетливо, но могут носить периодический характер.

Болевая торпидная форма заболевания протекает без острых болевых приступов. Тупые, ноющие боли и чувство тяжести в правом подреберье и «под ложечкой» возникают периодически, они провоцируются нарушениями диеты, физическими и эмоциональными нагрузками, о чем уже говорилось выше. После соблюдения диеты и приема лекарств боли стихают и длительный период могут отсутствовать, но стоит больному проявить неосторожность – и симптомы возвращаются.

Болевая торпидная форма холелитиаза может сохраняться десятилетиями, и у не лечащихся больных выливается в приступы желчной колики, а к 10-15% заканчивается приступом острого холецистита.

Болевая приступообразная форма (желчная колика) имеет типичные проявления: внезапно возникают приступы острых болей в правом подреберье – они связаны, как правило, с передвижением камней в желчном пузыре или протоках. Больные во время приступа мечутся, стонут, кричат. Причина желчной колики – спазм

мускулатуры желчного пузыря и вызванное им повышение внутрипузырного давления. Если повышение внутрипузырного давления сопровождается воспалительным процессом в желчном пузыре, то следует предполагать развивающееся осложнение желчнокаменной болезни.

Основным проявлением желчнокаменной болезни является боль, которая может возникать периодически или носить постоянный характер. Чаще людей беспокоят тупые, ноющие боли в эпигастрии, «под ложечкой», правом или левом подреберье, чувство тяжести в правом подреберье. Боль усиливается после нарушения диеты, особенно после приема жирной пищи, а также ее может вызвать физическая нагрузка, тряская езда, отрицательные эмоции. Появление боли иногда провоцирует или усиливает резкая смена погоды. Характерна иррадиация (распространение) боли в правую лопатку, плечо. У женщин отмечается усиление боли в подреберье в период менструации.

Приступ периодической, волнообразной боли, которая при внезапном появлении носит острый характер, называется желчной (печеночной) коликой. Частота их разнообразна, повторный приступ может развиться через несколько дней, недель, месяцев, а иногда и лет. Желчная колика сопровождается резкой, интенсивной болью колющего или режущего характера, чаще в правом подреберье. Кашель, глубокий вдох, тряска усиливают боль, которая бывает столь острой, что человеку трудно найти положение тела, способное хоть как-то облегчить страдание.

Обычно возникновение желчной колики провоцируется нарушением диеты (жирная или жареная пища, пряности, алкоголь), физическими или нервными перенапряжениями. Чаще всего боль распространяется под правую лопатку, надключичную область, в правое плечо, область шеи и челюсть, за грудину; реже боль иррадирует влево, в область сердца, провоцируя приступ стенокардии.

Часто желчная колика сопровождается тошнотой, необильной рвотой желчью, не приносящей облегчения, вздутием живота. Неукротимая рвота в сочетании с болью, иррадиирующей в спину (опоясывающая боль), может быть признаком вовлечения в процесс поджелудочной железы.

Желчнокаменная болезнь иногда дает о себе знать ощущением тяжести в эпигастрии («под ложечкой») и правом подреберье, изжогой, отрыжкой воздухом, вздутием живота, неустойчивым стулом, непереносимостью острой и жирной пищи, чувством горечи во рту.

Из других симптомов заболевания в первую очередь следует называть повышение температуры тела, сопровождающее приступ желчной колики, возникновение

желтухи кожных покровов и склер после приступа, обесцвечивание кала, изменение цвета мочи, приобретающей оттенок заваренного чая.

Признаками прогрессирования желчнокаменной болезни являются нарастание частоты и интенсивности желчной колики, повышение температуры, сухость во рту – они указывают на развитие воспаления желчного пузыря. Опоясывающая боль, упорная рвота во время приступов свидетельствуют о развитии панкреатита.

Грозный предвестник развивающихся опасных для жизни осложнений – желтушность кожи и склер, возникающая после или во время приступа колики, - она является симптомом закупорки камнями желчных протоков. Это же подтверждает изменение цвета кала и мочи. Кал становится белым из-за не поступления в кишечник желчных пигментов, а мочи – темной, из-за их избыточного выведения через почки.

На ранних стадиях заболевания подтверждением его прогрессирования служат также учащение изжоги после еды, постоянная тяжесть в верхних отделах живота, нарастание горечи во рту и отрыжки горечью.

Самым частым осложнением приступа желчной колики является развитие острого воспаления желчного пузыря (острого холецистита) с разрушением (деструкцией) его стенок, угрозой возникновения перфорации (нарушения) стенки и перитонита. Это наиболее грозная цепь осложнений, которая, если не оказать своевременную помощь, может привести к смерти больного. Однако процесс воспаления может и не распространиться далее стенки желчного пузыря и прилежащих органов. После стихания воспаления остаются спайки, то есть сращения желчного пузыря с соседними органами, и прежде всего с желудком и двенадцатиперстной кишкой, поперечно-ободочной кишкой, сальником. Эти сращения могут постоянно проявлять себя клинически, досажая больному желчнокаменной болезнью.

Вследствие воспаления желчного пузыря или возникающих на его стенке от камней последние могут мигрировать (перемещаться) в соседние органы. При этом возникают сообщения желчного пузыря с соседними органами (внутренние желчные свищи), в некоторых случаях приводящие к тяжелым нарушениям пищеварения, истощению и гибели больных.

Другим видом осложнений является холангит, или воспаление желчных протоков.

Одним из опасных осложнений желчнокаменной болезни является закупорка камнем желчевыводящих протоков. В результате нарушается нормальный отток желчи из печени в двенадцатиперстную кишку (холестаз), что приводит к повышению в крови уровня желчного пигмента – билирубина, желчных кислот ,

холестерина, фосфолипидов. Такое состояние называется механической обтурационной желтухой. Длительно (более 3-4 недель) существующий холестаз сопровождается выраженным нарушением функции печени с опасностью развития кровотечений из любого органа.

В случаях, когда механическая желтуха не исчезает в течение длительного времени, даже если желчь частично или периодически поступает в двенадцатиперстную кишку, может развиваться вторичный билиарный цирроз печени. И тогда из-за перерождения ткани печени в соединительную ткань развивается печеночная недостаточность. В результате организм сам себя отравляет конечными токсическими продуктами обмена веществ, поскольку главная „химическая лаборатория,, по утилизации этих отходов – печень - свою функцию не выполняет.

Механическая желтуха может сопровождаться острым панкреатитом, то есть воспалением поджелудочной железы. Происходит это, когда камень закрывает проток у места впадения его в двенадцатиперстную кишку, и тогда нарушается отток панкреатического сока из поджелудочной железы. Опасность побочной ситуации заключается в том, что панкреатический сок способен вызывать разрушение и самопереваривание поджелудочной железы. Такое заболевание называется панкреонекрозом, оно часто имеет летальный исход, а в случае сохранения жизни больному и переходом процесса в хроническую форму серьезными страданиями, связанными с ограничениями в питании и частыми обострениями.

Все перечисленные осложнения возникают при естественном течении желчнокаменной болезни.

Положительные симптомы:

- Кера: болезненность при пальпации желчного пузыря в положении стоя;
- на вдохе - Мерфи: то же, но больной сидит;
- Мюсси: болезненность между ножками грудинно-ключично-сосцевидной мышцы;
- Лепене: болезненность при поколачивании по правому подреберью;
- френикус - симптом Лидского: понижение сопротивляемости тканей брюшной стенки при пальпации в правом подреберье.

Диагностика и исследования.

Желчнокаменную болезнь следует отличать от других заболеваний печени и желчных путей, заболеваний поджелудочной железы, желудка, двенадцатиперстной кишки.

На ранних стадиях желчнокаменной болезни, при формировании камней, проявления заболевания мало, чем отличается от других болезней печени: тяжесть в правом подреберье после еды, горечь во рту, чувство вздутия живота после еды могут появляться при многих заболеваниях печени и желчных путей (гепатиты, кисты и опухоли печени, бескаменный холецистит, лямблиоз). Часто обследование больных начинается с предварительного диагноза: дискинезия желчных путей. Под этим диагнозом могут скрываться десятки болезней, вызывающих нарушение функции оттока желчи. Только при появлении типичных приступов желчной колики, нехарактерной для других болезней, возникают основания заподозрить желчнокаменную болезнь. Убедительно подтверждает это заболевание разлившаяся после перенесенного стихшего приступа желтуха.

Отличить приступ желчной колики от начала острого панкреатита самому больному очень сложно. Однако на воспаление поджелудочной железы указывает опоясывающий характер боли в верхней половине живота, в отличие от боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо, лопатку или ключицу - при холецистите. Для панкреатита характерна многократная рвота, не приносящая облегчение. Напомним, что иногда панкреатит развивается на фоне желчнокаменной болезни.

Желчнокаменную болезнь надо отличать от различных заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки, и прежде всего от язвенной болезни. Заподозрить воспаление желудка (гастрит) или двенадцатиперстной кишки (дуоденит), а также язвенную болезнь можно по характеру боли. При заболеваниях этих отделов желудочно-кишечного тракта дают о себе знать боль под ложечкой (в эпигастрии), связанной с приемом пищи. При гастрите или язве желудка боль появляется сразу или через 10-30 минут после еды, не зависит от характера пищи. Для язвы двенадцатиперстной кишки или дуоденита характерна поздняя боль, через 1,5-2 часа после еды, голодные и ночные боли.

В медицине существует такое понятие, как сезонные боли. При язвенной болезни обострение процесса, а соответственно, и появление боли отмечается в осенний и весенний периоды года. Указанные признаки, как правило, не наблюдаются при желчнокаменной болезни. Исключение составляет сочетание желчнокаменной и язвенной болезни. Окончательное заключение в таких случаях могут дать только специалисты после проведения ультразвукового исследования (УЗИ) желчных путей и фиброгастродуоденоскопии. Последнее заключается в осмотре желудка и двенадцатиперстной кишки изнутри с помощью гибкого эндоскопа, проведенного в эти органы через рот.

Отличить желчную колику или острый холецистит от прободения язвы желудка или двенадцатиперстной кишки неспециалисту трудно, а самому больному не стоит пытаться. В любых случаях появления острой боли в животе следует

Немедленно обращаться за неотложной врачебной помощью. Чаще всего дело заканчивается госпитализацией в хирургическое отделение, где в кратчайший срок устанавливается диагноз и определяется дальнейшая врачебная тактика. Каждому человеку необходимо знать: успех лечения зависит от сроков обращения за помощью, начиная с момента возникновения обращения за помощью, начиная с момента возникновения приступа острой боли в животе.

Необычным проявлением желчнокаменной болезни могут быть сердечные приступы боли, по типу стенокардии. Известны случаи, когда больные желчнокаменной болезнью длительно лечили стенокардию, однако приступы боли в области сердца не проходили.

Существуют и другие болезни, от которых следует отличать желчнокаменную болезнь. В этом помогают специальные диагностические исследования.

Решающая роль в диагностике и определении характера процесса принадлежит ультразвуковым и рентгеноконтрастным методам. Самым распространенным и доступным из них является УЗИ, назначаемое всем больным. Различные рентгенологические методы диагностики или менее информативны, или при высокой информативности весьма специальные, выполняются в специализированных хирургических отделениях. Это

объясняет сегодня их более редкое использование в практике по сравнению с УЗИ. Компьютерная томография в диагностике желчнокаменной болезни, как правило, не используется за ненадобностью, поскольку существуют более дешевые и доступные методы. Информативные возможности компьютерной томографии могут быть использованы только при осложненных вариантах течения желчнокаменной болезни, по индивидуальным показаниям.

УЗИ относится к безопасному и весьма информативному методу диагностики заболеваний желчного пузыря и внепеченочных желчных путей. Точность метода очень высока и составляет при желчнокаменной болезни около 98%. Исследование может проводиться как в стационарных, так и в поликлинических условиях, что делает его доступным при амбулаторном обследовании в поликлинике или диагностическом центре.

Суть метода-эхолокация внутренних органов ультразвуком с помощью специального аппарата с датчиком, устанавливаемым на поверхности кожи. Исследование не вызывает никаких неприятных ощущений и не оказывает влияния на здоровье человека.

УЗИ позволяет определить форму и размеры желчного пузыря, толщину его стенок, а также выявить камни в просвете пузыря и желчных протоков. Большинство камней дают ультразвуковую дорожку-акустическую тень, которая на мониторе видна за камнем. Кроме того, можно оценить состояние желчных протоков, их ширину, содержание камней.

К достоинствам метода относится сравнительно малая трудоемкость и быстрота выполнения, а также возможность одновременного исследования желчного пузыря, печени, желчных протоков, поджелудочной железы. При необходимости исследуют и другие органы брюшной полости. Метод наиболее эффективен в выявлении камней желчного пузыря.

Относительной помехой к качественному выполнению исследования являются газы в кишечнике, выраженное ожирение, скопление жидкости в брюшной полости (асцит).

Специальная подготовка к УЗИ желчного пузыря и желчных протоков не нужна. Исследования проводят натощак, когда желчный пузырь заполнен желчью. Противопоказаний к УЗИ нет.

Рентгенологические методы исследования разнообразны, но в амбулаторных условиях проводятся только три из них:

Обзорная рентгенография брюшной полости-самый простой, доступный, но малоинформативный метод. На рентгеновских снимках без использования контрастных веществ в 10-20 % случаев могут быть выявлены интенсивно кальцинированные камни. Специальной подготовки к исследованию не требуется. Сегодня это исследование врачами не назначается, поскольку основным методом служит УЗИ, но при выполнении обзорных снимков брюшной полости по другой причине могут обнаружиться камни в желчном пузыре.

Беременным все рентгенологические обследования противопоказаны.

Пероральная холецистография используется только в случаях невозможности выполнения УЗИ. Накануне, за 14 часов до обследования, больной принимает внутрь 4-6 граммов контрастного вещества (холевида, иопагноста, др.), после чего голодает.

Исследование проводится утром натощак как в положении лежа, так и стоя. Желчный пузырь хорошо виден вследствие накопления в нем вместе с желчью контрастного вещества. После применения пробного завтрака (обычно яйцо) пузырь сокращается, что позволяет определить его эвакуаторную функцию. Противопоказана беременным, при непереносимости к контрастному веществу, желтухе.

Внутривенная холеграфия проводится после введения контрастного вещества в вену. Через 30 минут после введения рентгенологически исследуют желчные протоки, через 60 минут – желчный пузырь. Информативность метода невысока. Камни в желчных протоках обнаруживаются лишь в 60 % действительных случаев. Внутривенная холеграфия противопоказана беременным, при желтухе.

Другие методы диагностики осуществляются в специализированном стационаре, по строгим показаниям. Среди них:

- интраперационная, в том числе лапароскопическая, холангиография, выполняемая под наркозом, как этап операции, направленный на выявление и последующее удаление камней из желчных протоков;

- эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография относится к числу наиболее сложных методов, которыми владеют специалисты высокого класса. Назначается она, как правило, больным, ранее перенесшим операции на желчном пузыре и желчных путях. Введение контраста в желчные пути с помощью эндоскопа со стороны просвета двенадцатиперстной кишки позволяет не только определить наличие камней в протоках, но и удалить их с помощью специальных приспособлений. Уникальный метод позволяет больным избежать больших повторных полостных операций. Противопоказания и подготовка индивидуальны.

Окончательный диагноз ставится после полного обследования в поликлинических или стационарных условиях. Основанием служит выявление камней в желчном пузыре или протоках одним из перечисленных методов. Как правило, бывает достаточно УЗИ, с которого всегда начинается обследование. В зависимости от результатов УЗИ, могут дополнительно использоваться другие методы, особенно с целью поиска камней в желчных протоках, когда, по данным УЗИ, они расширены, а камни не обнаружены. Алгоритм поиска в этих случаях строится по принципам «от простого – к сложному» и «не навреди». На следующем этапе выполняется внутривенная холеграфия, компьютерная томография. При самых сложных случаях используется эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография.

В план обязательных исследований кроме перечисленных входят клинические и биохимические анализы крови и мочи, флюорография, электрокардиография. Эти и другие методы исследования позволяют не только определить наличие сопутствующих заболеваний, но и оценить риск возможного оперативного вмешательства, а при необходимости – уменьшить его специальной подготовкой больного.

Лечение.

Еще до недавнего времени существовало только два метода лечения желчнокаменной болезни: операция или консервативная терапия. Большинство специалистов сегодня продолжает считать, что больные желчнокаменной болезнью при наличии повторяющихся приступов желчной колики, развитии острого холецистита и их осложнений, как правило, подлежат хирургическому лечению, то есть операции.

Консервативная терапия проводится при бессимптомном и диспептической формах болезни или в межприступный период болевой формы, а также назначается больным с противопоказаниями к операции. Медикаментозное лечение направлено на уменьшение воспаления желчного пузыря, улучшение в предоперационную подготовку.

Основной операцией при хирургическом лечении желчнокаменной болезни является удаление желчного пузыря только камнями – холецистэктомия. Сегодня во всем мире основным способом оперативного удаления желчного пузыря является лапароскопическая (из проколов брюшной стенки) холецистэктомия, при которой используется эндовидеохирургическая техника. Но в ряде случаев проводится традиционная операция – через разрез брюшной стенки.

Лапароскопическое удаление желчного пузыря – это операция с использованием оптического прибора и инструментов, проведенных в брюшную полость к месту желчного пузыря через проколы в брюшной стенке. Обычно таких проколов 3-4, отдельно для каждого инструмента. Операция проводится под общим наркозом. Предварительно в брюшную полость вводится углекислый газ до определенного давления. Только после этого возможно введение инструментов и выполнение оперативного вмешательства. Удаление желчного пузыря хирурги осуществляют инструментами на расстоянии, при визуальном контроле с помощью монитора, с записью хода операции на видеокассету.

Достоинства лапароскопической холецистэктомии несомненны:

- небольшая травматичность, щадящая инструментальная техника;
- короткий период госпитализации;

- минимальное число осложнений;
- ранняя реабилитация и восстановление трудоспособности;
- возможность выполнения операции у наиболее тяжелого контингента больных;
- косметический эффект.

Абсолютным противопоказанием считается тяжелое заболевание сердца, выраженная легочная недостаточность и ожирение высокой степени, когда использование углекислого газа для «раздувания» брюшной полости может усугубить нарушения кровообращения и дыхания.

Подводя итог, отметим, что лапароскопическое удаление желчного пузыря наиболее безопасно при неосложненном течении заболевания.. Обычно в каждом случае хирурги индивидуально определяют возможность лапароскопической холецистэктомии. Как правило, намеченная операция выполняется именно этим способом. Но встречаются ситуации, когда с помощью эндовидеохирургической техники операцию не выполнить, что выясняется по ходу вмешательства. Зависит это, как правило, не от квалификации хирурга, а от сложности процесса в зоне заболевания. Чтобы исключить риск осложнений, возникает необходимость перехода к традиционному виду хирургического вмешательства.

Традиционная холецистэктомия, через разрез передней брюшной стенки, выполняется при спаечном процессе в брюшной полости после ранее перенесенных вмешательств или травм. Спайки – это своеобразные сращения внутренних органов как между собой, так и с брюшиной, выстилающей брюшную стенку изнутри. Развиваются спайки после операций или ранений, из-за воспаления или излияния крови в свободную брюшную полость. Спайки не позволяют безопасно провести инструменты к месту операции, расправить брюшную полость углекислым газом. Кроме того, даже проколы брюшной стенки для проведения инструментов могут быть опасны, поскольку существует большая вероятность повреждения какого-либо органа. Устранение спаек лапароскопическим способом порой невозможно из-за травматичности и длительности вмешательства. Поэтому все повторные операции на органах брюшной полости выполняются, как

правило, старым способом. Исключение составляют случаи ограниченного процесса вне зоны операции и проведения инструментов.

Все альтернативные методы лечения желчнокаменной болезни могут быть разделены на механические, физические и медикаментозные.

Механические методы - удаление желчных камней различными приспособлениями через естественные пути или искусственное наружное дренирование желчных ходов. Эти способы обычно используют хирурги для удаления камней из протоков после ранее выполненной операции, в случаях оставшегося или вновь образовавшегося камня в протоке.

Физические методы – ультразвук, лазер, ударно-волновая литотрипсия, пьезоэлектрическая литотрипсия, Все они направлены на дробление камня.

Медикаментозные методы – методы растворения или изгнания камней. В одном случае предпринимаются попытки растворить камни в желчном пузыре, в другом – активно активно изгнать из протоков.

Существует метод ударно-волновой холелитотрипсии . Дроблению подлежат крупные желчные камни до 3 сантиметров в диаметре, холестериновые по составу.

Показания к дроблению камней строгие: количество конкрементов 1-3, функционирующий желчный пузырь, наибольший диаметр одиночного камня не более 30 миллиметров, общий диаметр 2-3 камней не должен превышать 30 миллиметров.

Литотрипсия противопоказана больным с неработающим (отключенным) желчным пузырем, аномалией развития желчевыделительной системы, имеющим кальцинированные, множественные и большие камни, беременным, с аневризмой (расширением) сосудов, нарушениями свертываемости крови и др.

Принцип метода заключается в том, что вызываемые различными способами достаточно сильные ударные волны (подводным искровым разрядом с использованием электромеханического или пьезокерамического преобразователя) передаются через водяную среду (ванна, так называемая водяная подушка).

Пациент находится на специальной кушетке лежа на спине или на животе. Удар фокусируется на теле больного в области расположения желчного пузыря с помощью вогнутого эллипсоидного рефлектора. Лечение проводится при хорошем обезболивании, вплоть до наркоза. Ударная волна большой силы вызывает дробление желчных камней на мелкие части до 4-8 миллиметров. Следует знать, что размеры нормальных желчных протоков 5-6 миллиметров, а возникшие осколки –остроконечны. У трети больных возникают приступы печеночной колики. При таких обстоятельствах, существует большой риск закупорки желчных протоков осколками с развитием механической желтухи, а это осложнение требует уже большой операции.

Лечение желчнокаменной болезни без операции включает в себя многие моменты, направленные на уменьшение воспалительных явлений в желчном пузыре и склонности к камнеобразованию, улучшению оттока желчи.

Из общих рекомендаций отметим необходимость соблюдения режима труда и отдыха, достаточно подвижный образ жизни, пешие прогулки, свежий воздух, ходьбу, лечебную физкультуру. Особое место в системе лечебных мероприятий занимает диетическое питание, соблюдаемое больными практически всю жизнь.

Медикаментозная терапия, включающая применение антибиотиков, спазмолитиков, желчегонных средств, лекарственных трав и многих других средств, назначается терапевтом.

Задачами фитотерапии в комплексном лечении больных желчнокаменной болезнью являются: устранение воспалительного процесса и инфекции в желчном пузыре и протоках; улучшение оттока желчи – дренажа желчных протоков и желчного пузыря; снятие спазма и повышенного давления в желчных путях с целью создания условий для отхождения мелких конкрементов и песка. При возникновении тяжелого приступа желчной колики, как и острого холецистита, недостаточно одной фитотерапии, требуется неотложная медицинская помощь. Фитотерапия проводится систематически и длительно после снятия колики и между приступами для предупреждения повторных приступов. Курсы фитотерапии составляют 2-3 месяца.

С обострением желчнокаменной болезни фитотерапия входит в общую схему лечения. При устойчивом болевом симптоме и повторяющихся приступах, не требующих неотложных медицинских мероприятий, рекомендуются следующие сборы:

Сбор №1 Сбор №2

Трава чистотела 1 Трава горца птичьего 2

Корень одуванчика 2 Трава чистотела 2

Трава горца птичьего 1,5 Трава мелиссы 1

Кукурузные рыльца 1,5 Листья мяты 1

Трава зверобоя 2

Трава фиалки трехцветной 1

Плоды аниса 1

Сбор № 1 готовить из расчета 1 ст. ложка сырья на стакан воды, держать на водяной бане 10 минут, настаивать 20 минут. Принимать по $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{2}$ стакана за 30 мин до еды. 1 ст.ложка сбора №2 залить 300 миллилитрами кипятка, настаивать 30 минут. Принимать по 200-300 миллилитров при желчных коликах.

Если развился приступ желчной колики, то главная задача – в кратчайший период снять его. Чем длительнее приступ, тем больше опасность перехода желчной колики в острый холецистит и больше шансов попасть на операцию по «скорой помощи». Это худший из вариантов оказаться на операционном столе, не доводите дело до него. Лучший из вариантов, он же самый безопасный, - оперироваться в плановом порядке, когда нет воспаления желчного пузыря.

Тем не менее, когда приступ желчной колики, развился, следует немедленно вызвать на дом врача. Он окажет помощь и решит вопрос о госпитализации в хирургический стационар. Внутримышечное или внутривенное введение

уже дома обезболивающих средств и препаратов, снимающих спазм (платифиллин, папаверин, но-шпа, баралгин), поможет быстро избавиться от колики.

Если же по какой-то причине врача вызвать невозможно, примите следующие меры. Во-первых, необходимо создать покой для желчевыделительной системы, и прежде всего для желчного пузыря. Не принимайте пищу, чтобы не стимулировать сокращения пузыря и дополнительную выработку желчи. Во-вторых, положите на область правого подреберья холод. Это может быть грелка, заполненная холодной водой, или лед, завернутый в полиэтиленовый пакет и полотенце. Затем выпейте 2-4 таблетки но-шпы с таблеткой баралгина. В случае отсутствия но-шпы ее можно заменить эуфиллином, папаверином в таблетках. Из средств, снимающих спазм желчного пузыря и мышечных жомов, кроме перечисленных, можно использовать любые другие спазмолитики типа спазмалгон, спазмин и т.п.

Список литературы:

1. Болотовский Г.В. Холецистит и другие болезни желчного пузыря: Омега, 2014
2. Кузин М.И., Шкорб О.С., Кузин Н.М. и др. Хирургические болезни. Учебник. Под ред. М.И. Кузина. – 2 изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 2015
3. Кучанская А. В. Желчнокаменная болезнь. Современный взгляд на лечение и профилактику: ИГ "Весь", 2014
4. Лейшнер У. Практическое руководство по заболеваниям желчных путей. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2016
5. Яковенко Э.П., Григорьев П.Я. Хронические заболевания внепеченочных желчевыводящих путей (Диагностика и лечение). Методическое пособие для врачей. М.: Медпрактика, 2014

Рецензия на НИР

студента 4 курса педиатрического факультета 7 группы

Кучеренкова Наталья Васильевна

**(по результатам прохождения производственной клинической практики
помощник врача стационара, научно-исследовательской работа)**

В целом представленная научно-исследовательская работа соответствует предъявляемым требованиям и выданному заданию.

Студентом сформулирована актуальность исследуемой проблемы. Теоретическая и практическая значимость отражена недостаточно полно. При раскрытии темы отмечается недостаточная глубина исследования, обобщения и анализа материала. Отдельные пункты теоретической части раскрыты недостаточно полно. Структура и логика изложения материала сохранена. Есть недочеты при формулировании выводов студентом.

В работе присутствуют некоторые стилистические погрешности и неточности в оформлении литературы.

В целом работа заслуживает оценки «хорошо с недочетами» (4-).



(подпись)