

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

Научно-исследовательская работа
ЖКБ. Основные клинические синдромы.
Диагностика, принципы консервативного лечения.

Выполнил: студентка
педиатрического факультета
Муслимова Заира Абдулазизовна
1 группа 4 курс

3 

2018 г.

Содержание

Ведение.....	1
Анатомия желчного пузыря.....	2
Этиология и патогенез ЖКБ.....	5
Клиническая картина.....	9
Диагностика.....	13
Лечение.....	16
Список литературы.....	18

Введение.

Желчекаменная болезнь (камни в желчном пузыре) известна с глубокой древности. Упоминания о ней встречаются в трудах врачей эпохи Возрождения. Развитие анатомии в XVI--XVII веках способствовало изучению заболеваний печени и желчного пузыря.

С тех пор, как в 1882 году Лангенбух впервые в мире, а в 1886 г. Ю.Ф.Косинский впервые в России произвели холецистэктомия, операции по поводу калькулезного холецистита стали одними из наиболее частых в плановой и неотложной хирургии брюшной полости.

Диагностике и хирургическому лечению калькулезного холецистита и его осложнений в последние годы уделяется особое внимание. С этим связано постоянное совершенствование средств дооперационного обследования больных и методов интраоперационной ревизии внепеченочных желчных протоков.

Повышенный интерес к данной патологии связан: со значительным ростом числа больных с калькулезным холециститом, относительно высокой послеоперационной летальностью, возрастающим числом повторных и реконструктивных операций на желчных протоках, предпринимаемых из-за неполноценности первичных хирургических вмешательств.

По самым скромным подсчётам, каждый десятый житель Земли испытывает мучения от желчекаменной болезни. Это одно из наиболее распространённых заболеваний, участившихся за последнее время во всех регионах Мира, среди лиц обоего пола, во всех возрастных группах. С одной стороны это связано с улучшением методов диагностики, с другой стороны - изменением характера питания и увеличения нервно-психических нагрузок.

Эпидемиология.

Эпидемиология: в Европе и Америке встречается у 20-30% взрослых женщин и несколько более 10% у мужчин. С возрастом заболеваемость желчнокаменной болезнью сильно возрастает. Из всех заболеваний желчного пузыря и желчных путей на долю холелитиаза приходится примерно 50-60%, а на долю хронического некалькулезного холецистита приблизительно 30%, дискинезия встречается свыше чем у 10%.

Факторами риска развития желчекаменной болезни являются: · переизбыток и чрезмерное употребление жиров (насыщенные жиры, холестерин) · ожирение · сахарный диабет · различные заболевания обмена веществ · заболевания печени · болезни тонкого и толстого кишечника · повышенное содержание женских половых гормонов.

Желчный пузырь человека в системе желчевыводящих путей — это непарный полый орган грушевидной формы, размерами приблизительно 7-10 x 2-3 см, вместимостью 40-70 мл. Однако он легко растягивается и может свободно, без повреждений, вмещать до 200 мл жидкости.

Функции желчного пузыря, находящегося в организме человека заключаются в:

- накоплении в полости органа жёлчной жидкости;
 - сгущении и сохранении печеночной секрета;
 - выведении по протокам жёлчи в тонкий кишечник;
 - защите организма от раздражающих компонентов.
- Выработка желчи выполняется клетками печени и не прекращается ни днем, ни ночью.

Выработка желчи в организме – бесперебойный процесс и образуется ее во много раз больше, чем позволяет вместить объем грушевидного органа. Поэтому внутри полости происходит расщепление желчи, удаление воды и некоторых веществ, необходимых в других физиологических процессах. Таким образом, она становится более концентрированной, а ее объем значительно уменьшается.

Количество, которое выбросит пузырь, не зависит от того, сколько его произведет самая крупная железа – печень, отвечающая за выработку желчи. Значение в данном случае играет количество потребляемой пищи и ее питательный состав. Прохождение едой пищевода служит сигналом к началу работы. Для переваривания жирной и тяжелой пищи потребуется большее количество секрета, поэтому орган будет сокращаться сильнее. Если количество желчи в пузыре оказывается недостаточным, то в процесс напрямую включается печень, где секреция желчи никогда не прекращается.

Желчный пузырь имеет характерную темно-зеленую окраску и находится на внутренней поверхности печени в ямке желчного пузыря. Расположение его зависит от пола, возраста и телосложения человека. У мужчин он находится на линии, проведенной от правого соска до пупка, у женщин — определяется линией, соединяющей правое плечо с пупком. В некоторых случаях желчный пузырь может частично или полностью располагаться внутри ткани печени (внутрипеченочное расположение) либо же, наоборот, быть как бы полностью подвешенным на своей брыжейке, что иногда обуславливает заворот его вокруг брыжейки.

В строение желчного пузыря входят 3 части — дно, тело и шейка:

- **Дно** направляется к нижнему отделу печени и выступает из-под нее, являясь видимой спереди частью, которая может быть обследована с помощью методов ультразвуковой диагностики.
- **Тело** — это самая длинная и расширенная часть. На месте перехода тела в его шейку (самую узкую часть) обычно образуется изгиб, поэтому шейка находится под углом к телу желчного пузыря и направляется к воротам печени.
- **Шейка** продолжается в пузырный проток, просвет которого в среднем равен 3 мм, а длина составляет от 3 до 7 см. Пузырный и печеночный протоки образуют общий желчный проток, имеющий просвет 6 мм и длину до 8 см. При закупорке устья просвет общего желчного протока может увеличиваться до 2 см в поперечнике без какой-либо патологии.

Стенка желчного пузыря состоит из слизистой, мышечной и соединительнотканной оболочек, а нижняя поверхность покрыта серозной оболочкой:

- **Слизистая оболочка** представлена рыхлой сетью эластических волокон и содержит слизеобразующие железы, которые преимущественно расположены в шеечном отделе желчного пузыря. На слизистой оболочке имеются многочисленные мелкие складки, придающие ей бархатистый вид. В области шейки 1-2 поперечные складки отличаются значительной высотой и вместе со складками в пузырном протоке образуют клапанную систему, называемую Гейстеровой заслонкой.
- **Мышечная оболочка** желчного пузыря образована пучками гладкомышечных и эластических волокон. В области шейки мышечные волокна расположены преимущественно циркулярно (по кругу), формируя подобие жома — сфинктер Люткенса, который регулирует поступление желчи из желчного пузыря в пузырный желчный проток и обратно. Между пучками мышечных волокон в стенке желчного пузыря имеются множественные щели — ходы Ашоффа. Плохо дренируемые, они могут быть местом застоя желчи, образования камней, очагами хронической инфекции.
- **Соединительнотканная оболочка** состоит из эластических и коллагеновых волокон. В области тела желчного пузыря мышечная и соединительнотканная оболочки не имеют четкого разграничения. Порой, пройдя до серозной оболочки, волокна образуют узкие трубчатые ходы со слепо заканчивающимися концами — ходы Лушки, которые играют определенную роль в возникновении микроабсцессов в стенке желчного пузыря.

- Кровоснабжение желчного пузыря осуществляется при помощи пузырной артерии, которая отходит от правой печеночной артерии. Венозная кровь оттекает от желчного пузыря по нескольким венозным стволам через основную ткань печени в воротную вену и частично — в правую ветвь воротной вены по внепеченочным сосудам.
- Отток лимфы происходит как в лимфатическую _сосудистую сеть печени, так и во внепеченочные лимфатические сосуды.
- Иннервация (снабжение органов и тканей нервами, что обеспечивает их связь с центральной нервной системой) желчного пузыря осуществляется через солнечное сплетение, блуждающий нерв и правосторонний диафрагмальный нервный пучок. Эти нервные окончания регулируют сокращение желчного пузыря, расслабление соответствующих сфинктеров и провоцируют болевой синдром при заболеваниях.

Желчнокаменной болезнью (ЖКБ) называется обменное заболевание гепатобилиарной системы, характеризующееся образованием желчных камней в печеночных желчных протоках, общем желчном протоке, желчном пузыре.

ЖКБ характеризуется достаточно высокой распространенностью в странах с западным стилем жизни (Европа, Северная Америка, Россия): это заболевание регистрируют с частотой приблизительно 10–15%. Столь высокую частоту, помимо вклада генетических факторов, объясняют особенностями питания — потреблением повышенного количества простых углеводов. В Африке, странах Азии и Японии распространенность ЖКБ 3,5–5%. В эпидемиологическом исследовании NANESH III отмечены значительные расовые различия в частоте развития ЖКБ, что подчеркивает важный вклад генетических факторов в патогенез болезни. Среди некоторых народностей частота развития ЖКБ чрезвычайно высока: у мексиканцев и чилийских индейцев вероятность образования жёлчных камней в течение жизни достигает 45–80%. Основные факторы риска развития ЖКБ:

- возраст. Заболеваемость ЖКБ четко коррелирует с возрастом. В странах с западным стилем жизни частота выявления ЖКБ в пожилом возрасте достигает 30%, однако максимальную частоту клинических проявлений ЖКБ регистрируют в возрасте 40–69 лет;
- женский пол. Риск развития ЖКБ у женщин выше примерно в 2–3 раза, что связывают с влиянием эстрогенов на литогенный потенциал. Однако с возрастом различия в заболеваемости мужчин и женщин сглаживаются: в

возрастной группе 30–39 лет соотношение риска развития ЖКБ у женщин и мужчин составляет 2,9:1, в возрасте 40–49 лет — 1,6:1, в возрасте 50–59 лет — 1,2:1;

- беременность. Риск развития ЖКБ повышается на фоне беременности, особенно при повторных беременностях (вероятность камнеобразования увеличивается в 10–11 раз). Билиарный сладж образуется у 20–30% беременных, камни — у 5–12%, однако зарегистрированы случаи спонтанного растворения камней после родов;
- заместительная гормональная терапия в период постменопаузы (риск развития ЖКБ возрастает в 3,7 раза);
- прием эстрогенов — у лиц обоих полов;
- отягощенная наследственность по ЖКБ (риск повышен в 4–5 раз);
- ожирение, гипертриглицеридемия. ЖКБ выявляют примерно у 20% больных с метаболическим синдромом;
- сахарный диабет (риск повышен в 3 раза);
- цирроз печени (риск повышен в 10 раз);
- применение лекарственных средств, влияющих на концентрацию холестерина (ХС) в жёлчи, моторику жёлчных путей или способных к кристаллизации в жёлчи (соматостатин, фибраты, цефтриаксон);
- быстрое похудание, бариатрические вмешательства (вероятность развития ЖКБ более 30%);
- поражение терминальных отделов подвздошной кишки;
- достаточно продолжительное полное парентеральное питание. В последние десятилетия отмечается увеличение частоты развития ЖКБ у детей и подростков, наиболее вероятная причина которого — «эпидемия избыточной массы тела».

Этиология и патогенез

Причиной образования камней служит избыточная концентрация жёлчи. Различают камни двух основных видов — холестериновые и пигментные. Холестериновые. Содержание ХС в них более 50% (и даже более 90% в так называемых чисто холестериновых камнях). В состав этих камней входят также жёлчные пигменты и соли кальция, матрикс состоит из гликопротеинов слизи. Чисто холестериновые камни обычно более крупные, единичные,

желтовато-белые. На их поверхности может образоваться кальциевая раковина. Пигментные. Содержание ХС в них менее 20%, камни состоят преимущественно из кальция билирубината, полимероподобных комплексов кальция и гликопротеинов слизи. Различают два подтипа пигментных камней:

- черные, состоящие преимущественно из кальция билирубината, обычно множественные, легко крошащиеся, размером менее 5 мм, рентгенопозитивные в 50–75% случаев. Образование черных камней наиболее характерно для гемолиза и цирроза печени;
- коричневые, состоящие из кальциевых солей неконъюгированного билирубина, муциновых гликопротеинов, ХС, пальмитата и стеарата кальция, мягкие, слоистые, рентгенонегативные. Образование коричневых камней свойственно хроническому воспалительному процессу во внутри- и внепеченочных жёлчных путях. В ядре камня могут быть обнаружены включения бактериальных компонентов, что указывает на возможную связь образования этих камней с инфекцией.

Камни размером до 1 см условно обозначают как мелкие, 1–2 см — средние и более 2 см — крупные, хотя при проведении инструментальной диагностики возможны ошибки в оценке размера камней.

Образование холестериновых камней По современным представлениям, первой ступенью образования холестериновых камней служит билиарный сладж. ХС — один из основных компонентов жёлчи; в водной фазе он находится во взвешенном состоянии — в виде смешанных мицелл или пузырьков, включающих ХС, ФЛ, ЖК. ХС и ФЛ секретируются гепатоцитами в жёлчь в виде однослойных пузырьков, которые затем превращаются в смешанные мицеллы. В условиях относительного избытка ХС («литогенная жёлчь») образуются нестабильные, обогащенные ХС пузырьки, которые сливаются в более крупные многопластинчатые структуры — преципитаты кристаллов. Образование литогенной жёлчи — важнейший этап камнеобразования. Непосредственные причины образования литогенной жёлчи:

- увеличенный синтез ХС: — вследствие повышенной активности гидроксиметилглутарил-коэнзима А (HMG-CoA) -редуктазы — фермента, определяющего скорость синтеза ХС в печени, — вследствие повышенного захвата ХС клетками печени из кровотока и его переноса в жёлчь (в частности, на фоне потребления высококалорийной пищи, богатой углеводами и ХС);
- измененное соотношение ХС, ФЛ, ЖК в жёлчи: — вследствие наследственных особенностей активности ферментов, контролирующих синтез и перенос этих составляющих, — вследствие уменьшения синтеза ЖК в печени и нарушения их энтерогепатической циркуляции. Главным фактором, определяющим

скорость захвата ЖК из кровотока и их перенос в жёлчь, служит активностью транспортеров ЖК на мембране гепатоцита, обращенной в сторону жёлчного канальца.

Вклад генетических факторов подчеркивают высокая частота выявления жёлчных камней у родственников первой степени родства больных с ЖКБ, а также высокая распространенность ЖКБ у определенных народностей.

У пациентов с ЖКБ увеличение содержания ХС в пище влечет за собой повышение секреции ХС в жёлчь. При отсутствии ЖКБ секреция ХС не повышается даже на фоне потребления пищи, богатой ХС. Таким образом, генетические факторы в сочетании с потреблением высококалорийной и богатой ХС пищи создают основу для развития ЖКБ. Роль генетических факторов подтверждают результаты обследования близнецов. У монозиготных близнецов вклад генетических факторов в развитие ЖКБ можно оценить в 25%, условий окружающей среды — в 13%, индивидуальных особенностей стиля жизни — в 62%.

Описан полиморфизм гена, кодирующего строение белка ABCG5/G8 — внутрипеченочного переносчика ХС, при котором повышена его секреция в жёлчь.

Высокий риск развития ЖКБ у отдельных народностей связывают с особенностями митохондриальной ДНК, при которых снижена скорость превращения ХС в ЖК и повышено соотношение ХС/ЖК в жёлчи.

По-видимому, в большинстве случаев ЖКБ имеет полигенное происхождение, однако возможны случаи моногенного наследования. Так, при мутации гена CYP7A1 с дефицитом холестерин-7-гидроксилазы, катализирующей первый этап превращения ХС в ЖК, наблюдается относительный дефицит ЖК. У гомозиготных носителей мутантного гена CYP7A1 всегда развиваются гиперхолестеринемия и ЖКБ, у гетерозигот лишь отмечается предрасположенность к ним.

При мутации гена MDR3 (ABCB4), кодирующего экспортную помпу ФЛ на каналикулярной мембране гепатоцитов, замедлен их перенос в жёлчь, в результате чего наблюдаются перенасыщение жёлчи ХС и формирование камней в разных отделах билиарной системы. Таким образом, избыток ХС по отношению к ЖК и ФЛ чаще связан с гиперсекрецией ХС, однако может быть обусловлен и недостаточной секрецией ЖК и ФЛ.

Состояния, при которых нарушается обмен ЖК, служат дополнительным фактором, способствующим перенасыщению жёлчи ХС. Повышенное гидроксирование хелевой кислоты приводит к замещению ее пула возросшим пулом дезоксихелевой кислоты. Чрезмерное поступление

дезоксихолата в жёлчь сопровождается гиперсекрецией ХС. Необходимые условия формирования камней .

- Перенасыщение жёлчи ХС. Это необходимое, но недостаточное условие камнеобразования. В большинстве случаев время нахождения жёлчи в ЖП недостаточно велико для ее осаждения и роста кристаллов ХС.
- Нуклеация кристаллов моногидрата ХС, которая может происходить при наличии провоцирующих факторов и/или недостатке препятствующих факторов. По современным представлениям, нуклеации способствуют муцины и немучиновые гликопротеины (в частности, иммуноглобулины), а препятствуют аполипопротеины А-I, А-II и некоторые другие гликопротеины. По-видимому, нуклеация кристалла моногидрата ХС и его рост происходят в слое муцинового геля. В результате слияния пузырьков образуются жидкие кристаллы, которые затем превращаются в твердые. Дальнейший рост происходит вследствие оседания перенасыщенных ХС пластинчатых структур и пузырьков.
- Снижение моторики ЖП вследствие снижения чувствительности к холецистокинину и/или автономной нейропатии. Если ЖП полностью «выбрасывает» перенасыщенную жёлчь, камни не смогут расти. У многих пациентов с ЖКБ моторика ЖП снижена. Билиарный сладж можно охарактеризовать как образование толстого слоя слизистого материала, состоящего из кристаллов лецитин-ХС, моногидрата ХС, билирубината кальция, муцинового геля. Обычно в наиболее низко расположенной части ЖП образуется слой осадка полулунной формы, который имеет характерный вид при ультразвуковом исследовании (УЗИ). Для формирования билиарного сладжа необходимы нарушение баланса между выработкой и деградацией муцина и нуклеация компонентов жёлчи на фоне перенасыщения ХС и кальция билирубинатом. Образование билиарного сладжа можно рассматривать как ступень, предшествующую формированию холестериновых камней. Согласно наблюдениям, в течение ближайших 2 лет сладж приблизительно в 18% случаев исчезает, в 60% — исчезает и появляется вновь, в 14% — образуются жёлчные камни, в 6% случаев возникают приступы билиарной колики. Формирование сладжа часто происходит при нарушении сократительной функции ЖП и ассоциировано практически с теми же факторами, что и развитие ЖКБ.

Образование пигментных камней

Пигментные камни чаще наблюдаются у лиц азиатского происхождения, сельских жителей, при хроническом гемолизе, бактериальной контаминации жёлчных путей, заболеваниях с поражением подвздошной кишки (в частности, при болезни Крона), наложении анастомозов, муковисцидозе, циррозе печени, синдроме Жильбера.

При инфекции жёлчевыводящих путей (*E.coli*) и паразитозе (*Ascaris lumbricoides*, *Opistorchis sinensis*) под влиянием β -глюкуронидазы бактерий происходит деконъюгация билирубина, он становится нерастворимым и включается в состав камней.

При гемолизе возрастает экскреция конъюгированного билирубина в жёлчь, затем он подвергается деконъюгации в жёлчных путях под влиянием эндогенной глюкуронидазы.

Образованию пигментных камней также способствуют нарушения функции эпителия ЖП по поддержанию рН жёлчи и образованию солей билирубина, а также выработка бактериями фосфолипазы А, которая катализирует гидролиз ФЛ жёлчи до лизолецитина и ЖК, участвующих в образовании матрикса пигментных камней.

Клиническая картина

ЖКБ может протекать бессимптомно. Клинические проявления возникают при развитии воспаления или обструкции жёлчных путей вследствие миграции камней в область шейки ЖП, пузырный или общий жёлчный проток.

Основные клинические проявления ЖКБ — приступы жёлчной колики и острого холецистита. Кроме того, могут наблюдаться холангит и атаки острого билиарного панкреатита. Возможность развития хронического билиарного панкреатита остается предметом дискуссий. Жёлчная (билиарная, печеночная) колика — наиболее часто наблюдающееся и характерное проявление ЖКБ. Причиной развития колики служит вклинение камня в шейку ЖП или его попадание в пузырный проток либо общий жёлчный проток. Обструкция и рефлекторный спазм вызывают повышение внутрипросветного давления и появление висцеральной боли. В типичных случаях жёлчная колика развивается через 1–1,5 ч после употребления жирной, жареной пищи или непривычно большого объема пищи после длительного ограничения, интенсивность ее быстро нарастает, достигая «плато», при этом боль выраженная и достаточно постоянная, распирающая. Название «колика», означающее сильную схваткообразную боль, не совсем точно отражает характер жёлчной колики, так как при ней боль не имеет волнообразно усиливающегося характера.

1. Болевой синдром. Наиболее типична для обострения хронического калькулезного холецистита желчная (печеночная) колика. Провоцирует приступ жирная пища, пряности, копчености, острые приправы, резкое физическое напряжение, а также инфекции и отрицательные эмоции. Боль нередко возникает внезапно, часто ночью, локализуется в правом подреберье, в точке проекции желчного пузыря с характерной иррадиацией в правую лопатку и подлопаточную область, шею.

- Иногда боль иррадирует в поясничную область, в область сердца, провоцируя приступ стенокардии.

- Боль по интенсивности разнообразна: от сильной режущей до относительно слабой, ноющей.

Болевой синдром связан:

- 1) механическое раздражение камней СО и воспалением желчного пузыря;
- 2) перерастяжение стенки желчного пузыря, вследствие повышения внутрипузырного давления и спастического сокращения сфинктеров.

Во время болевого приступа живот вздут, брюшная стенка напряжена, более резко в области проекции желчного пузыря.

У многих больных обнаруживаются типичные симптомы:

Симптом Мак-Кензи (описан в 1892 г). – гиперестезия кожи передней брюшной стенки в соответствующей области при остром воспалительном процессе в брюшной полости (аппендицит, перитонит и др.).

С целью выявления локальной болезненности можно также использовать прием мягкого поколачивания согнутым пальцем по различным участкам брюшной стенки (симптом Менделя) (см. симптом Захарьина).

Симптом Ортнера: в положении больного лежа на спине нанесите удары (средней силы) ульнарным ребром правой кисти по правой реберной дуге в зоне желчного пузыря. Если исследуемый ощущает при этом боль, то констатируйте положительный симптом Ортнера.

Симптом Кера – значительное усиление болевой чувствительности на вдохе при пальпации желчного пузыря большим пальцем правой руки. Методика пальпации та же, что и при обычном прощупывании желчного пузыря, но выполняется одним (большим) пальцем. Палец располагают в области проекции желчного пузыря (I момент пальпации), во время вдоха сдвигают кожу вниз (II момент), на выдохе палец глубоко погружают в брюшную полость (III момент), а во время глубокого вдоха, сопротивляясь выталкиванию пальца из брюшной полости, получают усиление болезненности желчного пузыря, который в эту фазу дыхания опускается вместе с печенью вниз, встречаясь с большим пальцем. Положительный симптом Кера выявляется обычно при воспалении желчного пузыря (холецистите).

Симптом Мерфи.

Определение симптома Мерфи:

Положение больного лежа на спине. Положите ладонь правой руки по краю реберной дуги, первый палец отодвиньте кнаружи (под прямым углом к кисти), кончик этого пальца расположите над точкой проекции желчного пузыря. Попросите больного сделать выдох, погрузите большой палец внутрь подреберья, затем больного попросите сделать вдох, палец остается погруженным до конца вдоха. При наличии боли констатируйте положительный симптом Мерфи. Симптом Мерфи аналогичен симптому Кера и чаще всего выявляется при холецистите. По А.В. Струтынскому с.184. Симптом Мерфи – значительное усиление боли на вдохе при глубоком погружении пальцев правой руки врача в области желчного пузыря. При этом больной находится в сидячем положении, а исследующий сзади от пациента.

Определение симптома Захарьина:

Больной находится в положении лежа на спине. Нанесите указательным пальцем или средним пальцем перкуторные удары по поверхности живота в точке желчного пузыря (точка в месте пересечения края правой реберной дуги и линии, проведенной по наружному краю правой прямой мышцы живота). Если исследуемый ощущает боль при этом, то констатируйте положительный симптом Захарьина.

Определите симптом Василенко:

Данный симптом определяется аналогично предыдущему с той лишь разницей, что перед перкуторными ударами больного просят сделать вдох. При ощущении боли при постукивании в точке желчного пузыря в момент вдоха констатируйте положительный симптом Василенко. Наличие симптомов Захарьина и Василенко характерно для острого холецистита, обострения хронического холецистита, желчнокаменной болезни.

Определение симптома Мюсси-Георгиевского.

Положение больного лежа, сидя или стоя. Слегка согнутый указательный (или средний) палец правой руки поставьте между ножками грудиноключично-сосковой мышцы и погружайте палец отвесно вглубь, затем проделайте эту манипуляцию аналогично с другой стороны, проводя давление с одинаковой силой и на одну глубину. При ощущении больным боли только справа (на правый диафрагмальный нерв) констатируйте положительный симптом Мюсси (положительный френikus-симптом справа). Перечисленные симптомы характерны для холецистита и желчнокаменной болезни.

Симптом Лепене с. 185 Струтынский.

Симптом Лепене – болезненность при легком поколачивании ребром ладони в области правого подреберья. Диагностическое значение этого симптома то же, что и симптома Ортнера.

Болезненность в зонах Захарьина-Геда:

- в области проекции желчного пузыря;
- в эпигастральной области;
- в поджелудочно-желчнопузырной точке;
- в плечевой зоне;
- в точке лопаточного угла;
- в паравертебральных точках справа от VIII до XI грудного позвонка.

2. **Диспептический синдром** – результат висцеро-висцерального рефлекса или поражения др. органов (желудка, поджелудочной железы, кишечника).

Симптомы:

- а) тошнота и рвота не приносят облегчения (часто при желчной колике);
- б) горький вкус во рту (заброс желчи в желудок);
- в) запоры или поносы (из-за нарушения секреторной и эвакуаторной функции ж.п.);
- г) отрыжка.

3. **Астеновегетативный синдром** – результат нарушения вегетативной н.с.; признаки:

- а) слабость;
- б) раздражительность;
- в) бессонница;
- г) снижение работоспособности.

Дифференциальный диагноз

Дифференциальная диагностика боли в правом верхнем квадранте живота, которая характерна для ЖКБ, иногда сопряжена со значительными трудностями. Приступ жёлчной колики необходимо дифференцировать от проявлений нижнего инфаркта миокарда, начинающейся атаки панкреатита, кишечной колики, поэтому важно полноценное физикальное обследование пациента с оценкой состояния всех систем. Для исключения инфаркта миокарда, особенно у лиц, у которых имеются факторы риска развития ишемической болезни сердца, целесообразно проводить регистрацию электрокардиограммы. Атака панкреатита характеризуется присоединением интенсивной опоясывающей боли и повторной рвотой.

При кишечной колике дефекация и отхождение газов, как правило, приводят к уменьшению интенсивности боли. Неотчетливо выраженную распирающую боль (дискомфорт) в эпигастральной области, диспепсические проявления, срыгивание, вздутие живота после приема жирной пищи не следует смешивать с билиарной коликой; эти симптомы часто наблюдаются при ЖКБ, но не являются специфичными для нее. Подобные симптомы нередко обозначают как «плохая переносимость жирной или обильной пищи», они обусловлены нарушенной реакцией на энтерогормоны — холецистокинин и УУ-пептид. При наличии типичной билиарной боли необходимо безотлагательно провести УЗИ органов брюшной полости, специфичность которого в отношении выявления жёлчных камней составляет 99%, это безопасный и достаточно дешевый метод исследования. Однако у небольшой части пациентов, несмотря на наличие типичной билиарной боли, обнаружить камни не удастся. При обоснованном подозрении на наличие именно билиарной боли можно предположить дискинезию жёлчных путей, для которой характерна низкая фракция сокращения ЖП (менее 50%) по данным холецистосцинтиграфии с холецистокинином.

Диагностика

Предварительный диагноз ЖКБ основывается на данных анамнеза, результатах опроса и осмотра, выявлении типичных факторов риска развития заболевания. Для подтверждения диагноза необходимо использовать методы лучевой диагностики с целью визуализации камней и определения формы болезни. УЗИ печени и жёлчных путей — метод выбора в диагностике ЖКБ в связи с его высокой чувствительностью в выявлении камней в ЖП, безопасностью и широкой доступностью. УЗИ не обладает достаточной чувствительностью в диагностике холедохолитиаза, что во многом обусловлено глубиной залегания терминального отдела общего жёлчного протока. Косвенный признак холедохолитиаза — расширение протока — наблюдается не всегда. При подозрении на ЖКБ необходимо провести УЗИ (класс С клинических рекомендаций). При УЗИ может быть выявлен так

называемый нефункционирующий ЖП — содержащий минимальное количество жёлчи (сморщенный) или, наоборот, растянутый и не сокращающийся в ответ на прием жёлчегонного завтрака.

Обзорная рентгенография брюшной полости позволяет обнаружить жёлчные камни при достаточном содержании в них кальция (с помощью этого метода выявляют 10–15% холестериновых и около 50% пигментных камней). Рентгенографию также применяют для распознавания эмфизематозного холецистита, «фарфорового» ЖП, известковой жёлчи, пареза ЖП.

Холецистографию с пероральным контрастированием в настоящее время проводят очень редко, обычно для оценки проходимости пузырного протока и сократимости ЖП.

Холангиографию с внутривенным контрастированием также практически не применяют из-за недостаточно четкого контрастирования жёлчных путей.

Чрескожная чреспеченочная холангиография (ЧЧХГ) — альтернативный метод контрастирования билиарного дерева в тех случаях, когда другие методы (МР-ХПГ, ЭРХГ) не применимы. Пункцию билиарного дерева, как правило, проводят в десятом или одиннадцатом межреберье (существует опасность повреждения плевры). При использовании чреспузырного доступа более высок риск утечки жёлчи. Общая частота развития тяжелых осложнений процедуры составляет 2–4%.

Эндоскопическая ретроградная холангиография (ЭРХГ) — инвазивное исследование, в процессе которого проводят канюлирование большого сосочка двенадцатиперстной кишки с контрастированием общего жёлчного протока. При выявлении конкремента(ов) в протоке возможно одновременное проведение эндоскопической папиллосфинктеротомии с литоэкстракцией. ЭРХГ из-за ее технической сложности и травматичности не применяют только с диагностической целью (при подозрении на холедохолитиаз): исследование проводят в ходе плановой эндоскопической папиллосфинктеротомии с целью обеспечения доступа для папиллотомы и визуализации процесса. При рентгенологических исследованиях с контрастным веществом может быть выявлен так называемый «отключенный», т.е. не поддающийся контрастированию, ЖП. Причинами этого могут служить: — тотальное заполнение ЖП камнями,

– непроходимость пузырного протока вследствие закупорки камнем или стеноза, — склероз, сморщивание, кальцификация ЖП.

Магнитно-резонансная холангиопанкреатография (МР-ХПГ) характеризуется высокой эффективностью в распознавании холедохолитиаза (90–95%), однако камни размером менее 3 мм не всегда удается обнаружить. Это исследование

нельзя проводить пациентам с кардиостимуляторами/дефибрилляторами, несовместимыми с проведением МРТ, что служит существенным препятствием для его применения, особенно в когорте больных пожилого возраста.

Эндоскопическое ультразвуковое исследование (эндоУЗИ) панкреатобилиарной зоны обладает даже более высокой ценностью в распознавании холедохолитиаза (98%), чем МР-ХПГ, так как позволяет выявлять очень мелкие камни, сладж, стриктуры терминальной части общего жёлчного протока. Ограничения применения этого метода — его инвазивность и возможность оценить состояние протоковой системы только в области впадения в двенадцатиперстную кишку.

Компьютерная томография не позволяет получить достоверные данные о наличии камней в жёлчных путях, так как при этом исследовании удается обнаружить только камни, содержащие достаточное количество кальция и поглощающие рентгеновские лучи (не более 50%).

Билиосцинтиграфия — радиоизотопное исследование с иминодиуксусными кислотами, мечеными ^{99m}Tc (HIDA, DIDA, DISIDA и др.), — основана на быстром захвате из крови радиофармпрепарата, введенного в высокой концентрации, и его экскреции в жёлчь. Отсутствие достаточной визуализации ЖП при нормальной визуализации дистальной части жёлчных путей может свидетельствовать об обструкции пузырного протока, остром или хроническом холецистите либо перенесенной холецистэктомии.

Лечение.

Хирургическое лечение ЖКБ признается основным методом. Однако консервативной терапии также уделяется большое внимание. Комплекс применяемых средств зависит от клинических проявлений заболевания. При болевом синдроме назначаются седативные и спазмолитические средства, наркотики. Эффективными оказываются новокаиновые блокады, внутривенное введение новокаина и местное применение тепла.

Коррекция питания по системе Певзнера — диета N5. Исключающая жирные, соленые и приторно сладкие, острые и жаренные блюда. Приготовление продуктов производится посредством варки, тушения, запекания. Не рекомендовано употребление холодных напитков и охлажденных блюд. Исключаются из рациона сырые овощи и фрукты, запрещены газированные и алкогольные напитки. Приветствуется частое и дробное питание и увеличение употребления жидкости до 1,5 литров в день. Цель диеты обеспечить организму сбалансированное и правильное питание и по-возможности, в случае необходимости, уменьшить массу тела.

1. Медикаментозное лечение:

- Терапия специфическими препаратами, представляющими собой натуральные желчные кислоты – уродезоксихолевая (Уросан) и хенодезоксихолевая кислоты. Они своим действием уменьшают синтез и увеличивают всасывание в кишечнике холестерина, стимулируют образование и эвакуацию желчи. Вызывают разжижение желчи и гиперсекрецию панкреатических и желудочных ферментов. Снижают содержание сахара в крови. Оказывают иммуномодулирующее и иммунокорректирующее действие, потенцируя увеличение количества лимфоцитов и снижения процентного содержания эозинофилов. Лечение желчными кислотами показано в начальной стадии желчнокаменной болезни при зафиксированном накоплении сладжа на протяжении 3 месяцев, появления характерных симптомов и безуспешности коррекции питанием. Если конкременты не более 20 мм, преимущественно холестериновые. Длительность лечения 1-2 года с контролем каждые 6 месяцев для оценки эффективности лечения. После этого метода лечения не исключены рецидивы ЖКБ, потому рекомендован регулярный мониторинг функции гепато-биллиарной системы в течение 3 лет.
- Прием спазмолитиков направлен на снятие воспалительное контрактуры и расслабления мышечных волокон сфинктера, для улучшения оттока накопившейся густой застойной желчи. Применяются – дюспаталин (мебеверин) и дицетелин (пинаверина бромид).
- Заместительная ферментная терапия назначается при хроническом течении заболевания, наличии признаков дисфункции поджелудочной железы и двенадцатиперстной кишки. Используются такие препараты как: креон, панкреаземин, ликреаз, панцитрат, пензитал.
- Профилактическая антибиотикотерапия – азитромицин(сумамед), ампиокс, ципрофлоксацин, имипинем, метронидазол, фторхинолоны, рифаксимксин.
- Обязательно применяются пробиотики – дуфалак (лактолоза).
- Антацидные препараты – омепразол, гастал, маалокс, реню, фосфолюгель.
- Биоактивные добавки и фитопрепараты для восстановления клеток печени (гепатопротекторы) – гепабене, препараты артишок, шиповник.

2. **Эктракорпоральная ударно-волновая (ультразвуковая) литотрипсия** применяется, если тонус желчного пузыря сохранен и общий суммарный диаметр и количество конкрементов не более 30 мм и 3 штук. Длительность заболевания не превышает 2 лет.

Эффективность этого метода зависит от однородности и качества структуры камней и их состава, потому процент успешности достаточно мал.

3. **Эндоскопическая сфинктеротомия (папиллосфинктеротомия)** – рассечение дуоденального сосочка, для облегчения оттока и улучшения качественной эвакуации желчи из желчного пузыря. Производится посредством введения эндоскопа чрез полость рта и пищевод.

Список литературы

1. Лейшнер У. Практическое руководство по заболеваниям желчных путей. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2014
2. Основы внутренней медицины / Ж. Д. Кобалава, С. В. Моисеев, В. С. Моисеев ; под. ред. В. С. Моисеева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 348 с.
3. Пропедевтика внутренних болезней : учебник. - 2-е изд., доп. и перераб. / Н. А. Мухин, В. С. Моисеев. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 248 с.
4. Хирургические болезни : учебник : в 2 т. / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - Т. 1. - 220 с.
5. Хирургические болезни: учебно-методическое пособие. Кириенко А.И., Шулушко А.М., Семиков В.И. и др. 2015. - 92 с.

Рецензия на НИР

студента 4 курса педиатрического факультета 1 группы

Муслимова Заира Абдулазизовна

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

Представленная научно-исследовательская работа частично соответствует предъявляемым требованиям и выданному заданию.

Студентом недостаточно полно сформулирована актуальность исследуемой проблемы, не отражена теоретическая и практическая значимость. При раскрытии темы отмечается недостаточная глубина исследования, обобщения и анализа материала. Отсутствует четкая структура и логика изложения материала. Есть недочеты при формулировании выводов студентом.

В списке литературы нарушен стандарт научно-библиографического оформления. Кроме того, имеется заимствование материала из интернет-банков готовых работ.

Работа заслуживает оценки «удовлетворительно» (3).



(подпись)