

ГБОУ ВПО ВолгГМУ Минздрава России

Кафедра внутренних болезней педиатрического и стоматологического
факультетов

Научно-исследовательская работа на тему

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

Выполнил:

Студент 4 курса 7 группы
Педиатрического факультета
Новиков Никита Владимирович

4 

Волгоград 2018 г.

Содержание

Введение	3
Этиология.....	4
Клиническая картина и основные синдромы.....	4
Диагностика ЖКБ.....	8
Принципы консервативного лечения.....	12
Прогноз.....	14
Литература.....	15

Введение

Желчнокаменная болезнь (холелитиаз, ЖКБ) - многофакторное заболевание, характеризующееся образованием камней в желчевыводящих путях: желчном пузыре (холецистолитиаз), в протоках (холедохолитиаз).

Среди болезней органов пищеварения желчнокаменная болезнь встречается очень часто; в последние годы число больных желчнокаменной болезнью увеличивается в драматических пределах.

По данным многочисленных публикаций на протяжении XX века, в особенности второй его половины, происходило быстрое увеличение распространенности ЖКБ, преимущественно в промышленно развитых странах, в том числе и в России. Так, по данным ряда авторов, заболеваемость холелитиазом в бывшем СССР увеличивалась почти вдвое каждые 10 лет, а камни в желчных путях выявлялись на вскрытиях у каждого десятого умершего независимо от причины смерти. В конце XX века в ФРГ было зарегистрировано более 5, а в США более 15 млн больных ЖКБ, причем заболеванием страдало около 10 % взрослого населения. По данным всех статистик, холелитиаз встречается у женщин в несколько раз чаще, чем у мужчин (соотношение от 3:1 до 8:1), причем с возрастом число больных существенно увеличивается и после 70 лет достигает 30 % и более в популяции. Возрастающая хирургическая активность в отношении холелитиаза, наблюдавшаяся на протяжении второй половины XX века, привела к тому, что операции на желчных путях количественно превзошли любые другие абдоминальные операции (включая аппендэктомию) во многих странах.

Этиология

Этиологическими факторами ЖКБ могут служить:

- гиперсекреция желчи с повышенным содержанием холестерина, который легко кристаллизуется и выпадает в осадок;
- высококалорийное питание с большим содержанием жира, холестерина, сахарозы в пище;
- нерациональное питание - потребление рафинированной пищи, содержащей мало клетчатки, которая выводит излишки холестерина;
- дисгормональные расстройства;
- малоподвижный образ жизни, что ведет к гипотонии желчного пузыря и застою желчи;
- длительный прием лекарственных средств, способствующих сгущению желчи;
- воспалительные заболевания желчного пузыря.

Причин чрезмерного насыщения желчи холестерином несколько: ожирение, неправильное питание, злоупотребление пищей, содержащей повышенный уровень холестерина (масло, яйца, жирные сорта мяса, икра, другие животные жиры). Холестериновые камни - это приобретение населения высокоразвитых стран, особенно страдающих переизбытком. При вегетарианском рационе желчнокаменная болезнь встречается редко.

Развитию камней способствует и инфекция: часто это условно-патогенная флора - кишечная палочка, стрептококк, стафилококк, брюшно-тифозная палочка, простейшие микроорганизмы (лямблии).

Клиническая картина, основные синдромы

Желчнокаменная болезнь может протекать медленно или характеризоваться быстрым прогрессирующим течением с различными осложнениями.

Выделяют 3 стадии желчнокаменной болезни (ЖКБ):

o Первая стадия ЖКБ - физико-химическая.

Может протекать бессимптомно в течение многих лет, проявляется только при исследовании желчи, в которой обнаруживаются «холестериновые хлопья», кристаллы солей, а концентрация желчных кислот и фосфолипидов снижена. Такая желчь называется литогенной. Камней в желчном пузыре нет.

о Вторая стадия ЖКБ - латентное бессимптомное камненосительство.

Характеризуется теми же физико-химическими изменениями в желчи, что и первая фаза, однако с наличием камней в желчном пузыре. Большинство желчных камней, находящихся на дне желчного пузыря остаются бессимптомными, однако продвижение конкрементов и повреждение слизистой оболочки желчного пузыря приводят к прогрессированию заболевания.

о Третья стадия ЖКБ - клиническая.

Обычно возникает при попадании камня в пузырный проток, что приводит к отеку стенки желчного пузыря с кровоизлияниями и возможным изъязвлением. Клинически описывается как "желчная колика" - симптомокомплекс, характеризующийся внезапно возникшими острыми болями в правом подреберье или эпигастриальной области, иррадиирующими в правую ключицу, в правую руку и в спину.

Можно выделить следующие синдромы заболевания:

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).

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 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 грудино-ключично-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 френикус-симптом справа). Перечисленные симптомы характерны для холецистита и желчнокаменной болезни.

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.

Диагностика ЖКБ

В диагностике желчнокаменной болезни наряду с характерной клинической картиной важную роль играют визуализирующие и лабораторные методы диагностики.

· Сбор анамнеза

При сборе анамнеза следует уточнить давность появления подобных симптомов (приступообразные боли в правом подреберье или эпигастрии), их динамику и частоту возникновения. Необходимо выяснить проводилось ли обследование (получить данные предыдущих исследований для сравнения) и лечение данного заболевания ранее.

· Физикальный осмотр

Важную роль играет объективное обследование пациента во время приступа боли. При этом могут определяться симптомы мышечной защиты, усиление боли при пальпации и перкуссии живота в области правого подреберья, а также усиление боли при пальпации области желчного пузыря на высоте вдоха - положительные симптомы Мерфи и Кера.

· Лабораторные методы диагностики

Лабораторные показатели при неосложненном течении желчнокаменной болезни, как правило, не изменены.

После приступа желчной колики в 40% случаев отмечается повышение активности сывороточных aminотрансфераз (АЛТ и АСТ), в 23-25% - щелочной фосфатазы, γ -глутамилтранспептидазы, в 45-50% повышение содержания билирубина. Через неделю после приступа показатели, как правило, приходят к норме.

Если течение заболевания осложняется развитием острого холецистита, то отмечаются лейкоцитоз и ускорение СОЭ.

· Визуализирующие и инструментальные методы диагностики

Ведущую роль в диагностике желчнокаменной болезни играют визуализирующие методы исследования.

· УЗИ брюшной полости

Ультразвуковое исследование является основным методом диагностики желчнокаменной болезни. Трансабдоминальное ультразвуковое сканирование выявляет конкременты в желчном пузыре в 90-98% случаев и холедохолитиаз в 40-70% случаев. С помощью УЗИ определяют размеры камней, их количество, локализацию, подвижность, в определенной мере и структуру.

УЗИ позволяет судить и о двигательной активности желчного пузыря. Для этого изучают объем пузыря натощак и после желчегонного завтрака.

Под контролем УЗИ возможно выполнение различных диагностических и лечебных манипуляций (тонкоигольной пункции стенки желчного пузыря, наложение чрескожной чреспеченочной холецистостомы, холангиостомы, чрескожное чреспеченочное растворение желчных камней).

Ультразвуковые критерии наличия конкрементов в желчном пузыре:

- o Наличие плотных эхоструктур.
- o Формирование ультразвуковой тени позади конкремента (при мягких холестериновых камнях тень может быть слабой или отсутствовать).
- o Изменчивость положения камня.

о Утолщение стенки желчного пузыря - неспецифический признак, определяющийся как при остром, так и при хроническом холецистите.

о Жидкость в околопузырном пространстве, двойной контур пузыря, эмфизематозный пузырь свидетельствуют о развитии острого холецистита.

о Расширение внутри- и внепечёночных желчных протоков предполагает их обтурацию и внутрипротоковую гипертензию, чаще вследствие холедохолитиаза.

УЗИ желчного пузыря. В пузыре определяются конкременты и отходящая от них тень (эхонегативная дорожка).

· Обзорная рентгенография органов брюшной полости

Основная роль обзорной рентгенографии органов грудной клетки заключается в исключении других причин острых болей в животе, таких как кишечная непроходимость, перфорация язвы, камни в почках или хронических панкреатит с наличием кальцификатов.

Выполняется в положении стоя и лёжа на спине.

Чёрные пигментные или смешанные конкременты за счёт содержания в их составе достаточно большого количества кальция могут выявляться на рентгенограммах.

Наличие газа (воздуха) в желчных путях, определяемого при рентгенографии, может указывать на наличие холедохо-кишечного свища или развитие восходящего холангита, вызванного газообразующей флорой.

Кальцификация стенки желчного пузыря ("фарфоровый желчный пузырь") указывает на тяжёлое течение хронического холецистита.

· Компьютерная томография (КТ)

Является менее чувствительным, нежели УЗИ, методом исследования в выявлении камней желчного пузыря. Но КТ позволяет лучше визуализировать конкременты, расположенные в дистальных отделах общего желчного протока.

· Сцинтиграфия желчных путей с ^{99m}Tc -замещенными иминодиуксусными кислотами (HIDA-сцинтиграфия)

Дополнительный информативный метод диагностики острого холецистита с чувствительностью 85%.

Отсутствие на сканограмме метки в желчном пузыре через 90 минут после её внутривенного введения свидетельствует об обтурации пузырного протока. Метод может применяться и для диагностики "отключенного"

желчного пузыря (состояние, при котором из-за обтурации пузырного протока желчь не поступает в желчный пузырь).

· Эндоскопическая панкреатохолангиография (ЭРПХГ)

ЭРПХГ - комбинированное рентгеноэндоскопическое исследование. При этом методе исследования, через эндоскоп, под контролем зрения в фатеров сосок вводится тонкий катетер, а через катетер - рентгеноконтрастный раствор. Различные положения катетера в ампуле общего желчного протока дают возможность (вернее увеличивают вероятность) введения контраста либо в общий желчный, либо в проток поджелудочной железы.

Высокоинформативный эндоскопический метод диагностики состояния желчных протоков и протоков поджелудочной железы, который используют у пациентов с желчнокаменной болезнью для диагностики сопутствующего холедохолитиаза перед холецистэктомией или после неё.

Метод позволяет одновременно произвести экстракцию конкрементов.

Высокая частота осложнений после ЭРПХГ ограничивает возможность применения метода.

· Магнитно-резонансная панкреатохолангиография (МРПХГ)

Является надёжным неинвазивным методом определения желчных камней в билиарном тракте, включая общий желчный проток.

· Эндоскопическая ультрасонография (ЭУС)

Представляет собой введение в ЖКТ эндоскопа, оснащённого ультразвуковым датчиком, с целью визуализации поджелудочной железы и билиарного тракта. Данное исследование позволяет получить более детализированное изображение, чем при трансабдоминальном УЗИ.

Относится к достаточно точным и малоинвазивным методам, позволяющим определить наличие конкрементов в дистальной части общего желчного протока.

· Холецистография (пероральная и внутривенная)

Относится к непрямым рентгенологическим методам диагностики желчнокаменной болезни.

Эффективность метода не превышает 30-60%. Холецистография имеет множество ограничений (более чем 3-х кратное увеличение уровня прямого билирубина, идиосинкразия к йоду, беременность), в связи с чем после появления УЗИ стала использоваться редко.

Принципы консервативного лечения

При бессимптомном течении наиболее целесообразно придерживаться тактики наблюдения пациента без активного лечения. В случае отсутствия симптомов риск их появления или развития осложнений, для устранения которых потребовалось бы хирургическое лечение, низкий (1–2% в год). Образ жизни, питание

Поддержание нормальной массы тела и рациональное питание помогают предотвращать развитие острого холецистита. Калорийность рациона должна быть умеренной, прием пищи — дробным. Целесообразно употреблять продукты, обогащенные пищевыми волокнами, злаками, полезны фасоль и чечевица, из мясных продуктов следует отдавать предпочтение содержащим меньшее количество жира — курице, индейке (без кожи), потребляемая рыба должна быть не слишком жирной. Кисломолочные продукты лучше выбирать с пониженным содержанием жира, а употребление молочных продуктов свести к минимуму. Следует избегать жареных блюд, копченостей, выпечки и пищи, богатой простыми углеводами (последние повышают риск камнеобразования). Регулярная физическая активность помогает предотвратить увеличение массы тела.

При ЖКБ можно применять средства для перорального литолиза — препараты УДХК, однако они эффективны лишь у ограниченного числа пациентов (10% от всех больных с ЖКБ). УДХК снижает насыщение жёлчи ХС и также, по-видимому, создает ламеллярную жидкокристаллическую фазу, которая экстрагирует ХС из камней. Доза УДХК при лечении больных с ЖКБ составляет 10–15 мг на 1 кг массы тела в день. Клиническая эффективность терапии препаратами ЖК отмечена при наличии клинически манифестных (нечастые приступы билиарной боли) рентгенонегативных жёлчных камней размером менее 15 мм при условии сохранения функции ЖП (заполненность конкрементами не более чем на 1/3). Наибольшая частота растворения (более 70%) достигается у пациентов с небольшими (менее 5 мм) флотирующими рентгенонегативными камнями. Рецидивы в ближайшие 5 лет возникают примерно у 25% больных, поэтому наиболее целесообразно назначать УДХК только в тех случаях, если у пациента имеются противопоказания к хирургическому лечению или он не дает согласия на выполнение ХЭ. Лечение УДХК проводят под контролем УЗИ каждые 3–6 мес. Отсутствие признаков уменьшения количества и размеров камней через 6 мес лечения свидетельствует о неэффективности терапии. Пигментные камни не поддаются растворению УДХК.

Для купирования билиарной колики можно применять спазмолитики различных классов, которые для получения быстрого эффекта целесообразно вводить парентерально. Мощным спазмолитическим эффектом даже при приеме внутрь характеризуется гиосцина бутилбромид — спазмолитик селективного N- и M3-холинолитического действия. Доказано

спазмолитическое воздействие гиосцина бутилбромида на сфинктер Одди, заключающееся в уменьшении частоты и амплитуды его сокращений. Эффект после приема гиосцина бутилбромида внутрь наступает уже на 15-й минуте, что важно для быстрого купирования мучительной билиарной боли. Режим дозирования: прием «по требованию» 10–20 мг внутрь или в суппозиториях либо курсовое лечение по 10–20 мг 3 раза в день в течение 10–30 дней.

Одним из хорошо изученных селективных желудочно-кишечных миотропных спазмолитиков является мебеверина гидрохлорид. Препарат обладает антиспастическим эффектом (за счет снижения проницаемости мембран гладкомышечных клеток для ионов натрия и вторично — для ионов кальция), который не сопровождается атонией. Уже через 15 мин после приема мебеверина спастическая боль ослабевает или купируется. Мебеверин характеризуется селективностью действия на гладкомышечные клетки желудочно-кишечного тракта, отсутствием холинергических эффектов, вазодилатирующего и кардиотропного влияния. Режим назначения мебеверина: «по требованию» 200 мг внутрь, либо курсовое лечение по 200 мг 2 раза в день за 20 мин до еды в течение 10–30 дней.

Для купирования диспепсических явлений, часто сопутствующих ЖКБ («плохая переносимость жирной и обильной пищи»), применяют спазмолитики, пеногасители, а также гимекромон, оказывающий холецистокининоподобное действие. Альверин+симетикон благодаря комбинированному составу способствует не только устранению спазма и боли (альверин, селективный спазмолитик), но и за счет наличия в составе оптимальной дозы пеногасителя быстрому купированию метеоризма, часто возникающего у пациентов с заболеваниями жёлчных путей. Режим дозирования: прием «по требованию» 1 табл. (60 мг+300 мг) внутрь при дискомфортных ощущениях и вздутии либо курсовое лечение по 1 табл. 2–3 раза в день до еды в течение 14–30 дней или более длительно.

Гимекромон — высокоселективный спазмолитик, синтетический аналог умбеллиферона, содержащегося в плодах аниса и фенхеля, которые издавна применяют как спазмолитические средства. Гимекромон оказывает холецистокининоподобное расслабляющее воздействие на сфинктер Одди. Расслабляя сфинктер Одди и улучшая отток жёлчи в двенадцатиперстную кишку, гимекромон может способствовать снижению литогенности жёлчи. Препарат можно добавить к терапии УДХК с целью растворения жёлчных камней. Режим дозирования: прием «по требованию» 200–400 мг внутрь при дискомфортных ощущениях либо курсовое лечение по 200–400 мг 3 раза в день за полчаса до еды в течение 14–30 дней или более.

Применение прокинетиков (домперидон, итоприд, тримебутин), воздействующих на верхние отделы желудочно-кишечного тракта, при лечении больных с ЖКБ обосновано тем, что у них нередко возникают диспепсические расстройства, а моторика жёлчных путей тесно связана с

моторикой желудка и двенадцатиперстной кишки. Режим дозирования тримексина: курсовое лечение по 200 мг 3 раза в день независимо от приема пищи в течение 30 дней, для профилактики рецидивов — по 100 мг 3 раза в день до 3 месяцев. Больные хорошо переносят препарат.

Прогноз

У мужчин при бессимптомном течении риск появления симптомов или осложнений относительно низкий: 10% в течение 5 лет, 15% — 10 лет, 18% — 15 лет. Если симптомы не появились в течение 15 лет, вероятность их развития при дальнейшем наблюдении невысока. У большинства пациентов, у которых развились осложнения, ранее уже отмечались болевые ощущения; то же можно сказать о больных с сахарным диабетом с «молчащими» камнями. Из накопленного опыта следует, что:

- кумулятивный риск смерти от ЖКБ при выжидательной тактике низкий;
- нет оснований рекомендовать ХЭ с целью профилактики.

При наличии приступов билиарной боли осложнения наблюдаются существенно чаще. При сахарном диабете риск септических осложнений несколько выше, однако он точно не определен. Риск развития рака ЖП у больных с ЖКБ повышен по сравнению с популяцией лиц без желчных камней. Наиболее высок риск (около 20%) при «фарфоровом» ЖП, поэтому при выявлении этого состояния показана профилактическая ХЭ.

Литература

1. Бова А.А. Функциональная диагностика в практике терапевта: руководство для врачей/ А.А. Бова, Ю-Я.С. Денещук, С.С. Горохов. - М.: МИА, 2014.
2. Заболотных И.И. Клинико-экспертная диагностика патологии внутренних органов: руководство для врачей/ И.И. Заболотных, Р.К. Кантемирова. - М.: СпецЛит, 2015.
3. Классификация заболеваний внутренних органов и методики терапевтических исследований: руководство для студентов мед.вузов и практ. врачей/ под ред. В.Ю. Голофеевского. - СПб.: Фолиант, 2016.
4. www.elibrary.ru
5. www.cyberleninka.ru

Рецензия на НИР

студента 4 курса педиатрического факультета __7__ группы

Новиков Никита Владимирович

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

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

Исследуемая проблема имеет высокую актуальность, а также большую теоретическую и практическую значимость.

В целом работа структурна, все части логически связаны между собой и соответствуют теме НИР. Содержание работы отражает хорошее умение и навыки поиска информации. Однако есть некоторые недочеты при обобщении и анализе полученного материала, формулировании выводов студентом. Отдельные пункты теоретической части раскрыты недостаточно полно. Кроме того, в работе присутствуют некоторые стилистические погрешности и неточности в оформлении литературы.

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



(подпись)