

ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ

Кафедра внутренних болезней педиатрического
и стоматологического факультетов

Научно-исследовательская работа:

«ЖКБ. Основные клинические синдромы. Диагностика,
принципы консервативной терапии»

Выполнила студентка
педиатрического факультета
4 курса 3 группы
Шишковская Т.С.

4 

Оглавление

1. Введение.....	3
2. Эпидемиология.....	3
3. Этиология.....	4
4. Патофизиология.....	5
5. Стадии ЖКБ.....	7
6. Основные группы желчных камней	10
7. Клиническая картина.....	11
8. Диагностика.....	13
9. Дифференциальная диагностика.....	14
10. Лечение.....	15
11. Список литературы.....	20

1. 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 холецистэктомию, 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 легальностью, 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.

2. 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

3. Этиология.

Образование желчных камней происходит в желчном пузыре в результате осаждения плотных частичек желчи. Большая часть камней (70%) состоит из холестерина, билирубина и солей кальция.

Холестериновые камни желчного пузыря: большинство камней пузыря образует холестерин, осаждающийся из перенасыщенной желчи (особенно по ночам, в период максимальной концентрации в пузыре). У женщин риск образования камней в желчном пузыре увеличивают применение пероральных контрацептивов, быстрое снижение массы тела, наличие сахарного диабета, резекция подвздошной кишки. Холестериновые камни бывают крупными, с гладкой поверхностью, желтого цвета, часто легче воды и желчи. При УЗИ выявляют симптом плавающих камней.

- растворимость холестерина в желчи зависит от его концентрации, содержания желчных солей и лецитина. Холестерин и лецитин нерастворимы в водных растворах.
- Повышение концентрации холестерина и снижение концентрации желчных солей или лецитина способствует образованию холестериновых камней.
- Теоретически повышение концентрации лецитина и желчных солей в желчи должно препятствовать образованию холестериновых камней. У 13% больных, принимающих внутрь желчные кислоты (например, хенодесоксихолевую) в течение 2 лет, камни лизируются полностью, в 41% случаев происходит частичное растворение камней.

Пигментные камни желчного пузыря, состоящие преимущественно из билирубината кальция, обнаруживают у больных с хроническим гемолизом (например, при серповидно-клеточной анемии или сфероцитозе). Инфицирование желчи микроорганизмами, синтезирующими бета-глюкоро니다зу, также способствует образованию пигментных камней, так как приводит к увеличению содержания в желчи

прямого (несвязанного) билирубина. Пигментные камни имеют гладкую поверхность, зеленый или черный цвет.

Солевые смешанные камни (состоящие из билирубината кальция) чаще образуются на фоне воспаления желчевыводящих путей.

- инфекционный процесс повышает в желчи содержание кальция и бета-глюкуронидазы (фермент, превращающий связанные билирубин в свободный).
- Кальций, соединившись с свободным билирубином, оседает в виде камней (кальциевой соли билирубина)
- В норме желчь содержит антагонист глюкуронидазы, препятствующий образованию конкрементов.

При сокращении желчного пузыря конкременты мигрируют. Обтурацию камнем пузырного протока ведет к выключению желчного пузыря и возникновению обтурационного холецистита, водянки желчного пузыря.

4. Патофизиология.

В основе заболевания лежат нарушения общего обмена веществ, изменение свойств желчи (уменьшение содержания желчных кислот, повышение уровня холестерина и других веществ), инфекционные болезни и застой желчи. Нарушение сократительной функции желчного пузыря (дискинезия желчевыводящих путей) Основное значение имеет нарушение холестеринового обмена с повышенным содержанием холестерина в крови и в желчи (в большинстве камней присутствует холестерин). Подтверждает это и тот факт, что желчнокаменная болезнь часто сочетается с атеросклерозом, сахарным диабетом, ожирением и другими состояниями, которые сопровождаются повышением содержания уровня холестерина в крови.

Большая часть находящегося в человеческом организме холестерина синтезируется из уксусной кислоты главным образом в печени и кишечнике. Синтезированный холестерин выделяется в желчь исключительно в составе мицелл, образуемых желчными кислотами и фосфолипидами. При перенасыщении холестерином и уменьшении содержания в желчи желчных кислот и фосфолипидов образуется литогенная желчь, нарушаются ее свойства, образуются холестериновые "хлопья" и кристаллы. Всасывание поступающего с пищей холестерина у человека происходит по всей длине тонкой кишки, но главным образом в двенадцатиперстной и верхней части тощей кишки. В норме у человека всасывается примерно 40 % поступающего с пищей холестерина, который угнетает его синтез в печени. Так происходит регуляция метаболизма холестерина.

Известно, что холестерин в норме благодаря желчным кислотам и фосфолипидам сохраняется в растворенном состоянии. Если количество этих двух холестеринудерживающих факторов снижается ниже критического уровня, создаются благоприятные условия для выпадения холестерина в осадок. Обычно при высоких темпах секреции желчных кислот желчь недонасыщена холестерином, а когда темп секреции желчных кислот снижается, процент насыщения желчи холестерином возрастает. Так, установлено, что во время еды секреция желчных кислот повышается и желчь становится недонасыщенной холестерином. В межпищеварительном периоде, особенно после ночного голодания, содержание холестерина в желчи возрастает, а желчных кислот -- снижается.

В ряде случаев образование литогенной желчи может быть связано с усиленной секрецией холестерина, что нередко наблюдается при ожирении. Предпосылкой к изменению физико-химических свойств желчи, при котором желчь становится литогенной, т. е. способной к образованию холестериновых камней, является взаимоотношение таких факторов, как генетическая предрасположенность, нерациональное питание, нарушения обмена веществ и регулярной печеночно-кишечной циркуляции основных составных частей желчи. Концентрация холестерина в желчи повышается при ожирении, гипотиреозе, сахарном диабете и беременности, т. е. при гормональных изменениях в организме.

Значение инфекционного фактора состоит в том, что при воспалении желчного пузыря нарушается коллоидный и химический состав желчи, вследствие чего происходят выпадение билирубина, холестерина, кальция и образование смешанных камней, типичных для инфекционного поражения желчного пузыря.

Застой желчи в желчном пузыре также создает предпосылки к образованию камней, так как способствует большему концентрированию ее и повышению концентрации в ней холестерина и билирубина (в 10--12 раз), а постепенное всасывание желчных кислот приводит к уменьшению их содержания в желчи. Кроме того, застой желчи может быть благоприятной почвой для вспышки инфекции. Существенными факторами, приводящими к застою желчи, являются нарушения нейрогуморальной регуляции сократительной функции желчного пузыря и протоков (дискинезия), анатомические изменения желчных ходов (перегибы, спайки, рубцы), а также различные причины, нарушающие опорожнение желчного пузыря: повышение внутрибрюшного давления (во время беременности и др.), опущение внутренних органов, упорные запоры, малоподвижный образ жизни, редкие приемы пищи и др.

Несомненное значение имеет и наследственная предрасположенность: нередко в нескольких поколениях одной семьи, особенно по женской линии, отмечаются желчные камни.

Варианты течения желчнокаменной болезни.

1. Бессимптомный холелитиаз.
2. Хронический калькулезный холецистит (болевая форма).
3. Острый холецистит.
4. Осложнения холецистита.
5. Холедохолитиаз (камни общего желчного протока).

Стадии желчнокаменной болезни

Желчеокаменная болезнь в настоящее время относится как к хирургической, так и к терапевтической патологии. Большинство больных обращается за медицинской помощью к терапевтам. Выделяют три стадии желчекаменной болезни.

Химическая стадия желчнокаменной болезни

В этой стадии печень продуцирует желчь, перенасыщенную холестерином, с уменьшенным содержанием в ней желчных кислот и фосфолипидов (литогенная желчь). На этом этапе у больных отсутствуют клинические симптомы болезни, диагноз основывается на результатах исследования дуоденального содержимого при дуоденальном зондировании, в частности пузырной желчи (порция В). При исследовании желчи выявляют нарушения мицеллярных свойств ее, обнаруживают холестериновые "хлопья", кристаллы и их преципитаты. Камни в желчном пузыре при холецистографии в этой стадии не определяются. Первая стадия может продолжаться в течение многих лет.

Лечебно-профилактические мероприятия в химической стадии желчекаменной болезни

Лечебно-профилактические мероприятия в этой стадии желчекаменной болезни включают: общий гигиенический режим, систематическую физическую нагрузку, рациональное дробное питание, предупреждение ожирения и нарушения функций желудочно-кишечного тракта, устранение застоя желчи. Возможна медикаментозная коррекция печеночно-клеточной и желчнопузырной дисхолии. Рекомендуют физиологическую, строго сбалансированную диету № 5 с исключением

алиментарных излишеств, жирной, высококалорийной и богатой холестерином пищи, особенно при наследственной предрасположенности.

Прием пищи при диете № 5 дробный (5 раз в день). Исключают жареные продукты, пищу дают в теплом виде, холодные блюда исключают. Разрешают вегетарианские супы (1/2 тарелки) с овощами или крупами, молочный суп. Нежирные сорта мяса в виде паровых котлет, курицу можно давать куском, но в отварном виде. Рыба разрешается нежирных сортов в отварном виде, творог не кислый (лучше домашнего приготовления), белковые омлеты, молоко, неострые сорта сыров, сливочное масло. Овощи назначают в сыром протертом виде. Рекомендуются спелые и сладкие фрукты и блюда из них. Хлеб только белый, подсушенный. Исключают из рациона бобовые (горох, чечевица, фасоль), овощи и зелень, богатые эфирными маслами (чеснок, лук, редис, редька). Суточное количество жидкости доводят до 2--2,5 л.

Можно давать фруктовые и ягодные соки, отвар шиповника, минеральную воду, некрепкий сладкий чай с вареньем или медом, чай с молоком, компоты, морсы и др.

Жареные продукты исключают. Можно готовить блюда из тушеных продуктов, и также в запеченном виде (после предварительного отваривания). Количество жиров в диете доводят до физиологической нормы, 1/3 жиров дают в виде растительного масла. Растительное масло (оливковое, подсолнечное, кукурузное) добавляют в салаты, в овощные и крупяные гарниры. Яйца являются ценным пищевым продуктом, обладают активным желчегонным действием, усиливают моторную функцию желчного пузыря. В то же время наличие этих свойств провоцирует у ряда больных при употреблении яиц возникновение болей, что заставляет в таких случаях ограничивать их введение в диету.

Рекомендуется употребление до еды 100--150 г сырых овощей и фруктов (морковь, кислая капуста, сельдерей, несладкие и не кислые сорта фруктов) 3--4 раза в день. Диета должна быть насыщена пищевой клетчаткой с добавлением пшеничных отрубей (по 15 г 2 раза в день), что нередко устраняет литогенность желчи и нормализует перистальтику кишечника.

Медикаментозная терапия на первой стадии желчнокаменной болезни должна быть направлена на стимуляцию синтеза или секреции желчных кислот, а также на подавление синтеза или секреции холестерина. После курса лечения у больных снижается уровень общего билирубина и холестерина, нормализуется спектр желчных кислот.

Вторая стадия желчекаменной болезни -- латентная, бессимптомная

Вторая стадия желчекаменной болезни -- латентная, бессимптомная, камненосительство характеризуется теми же физико-химическими изменениями в составе желчи, что и в первой стадии с формированием камней в желчном пузыре. Однако ярких клинических проявлений заболевания в этой стадии еще нет. Процесс камнеобразования на этом этапе связан с застоем желчи, повреждением слизистой оболочки, воспалением стенки желчного пузыря.

Бессимптомное течение холецистолитиаза может продолжаться довольно длительно, что подтверждается обнаружением "немых" желчных камней при рентгенологическом и ультразвуковом исследовании желчного пузыря и желчных путей у достаточно большого контингента лиц. Клинические симптомы появляются через 5--11 лет от момента образования желчных камней.

Ведущая роль в диагностике желчнокаменной болезни, несомненно, принадлежит рентгенологическим методам исследования. Весьма информативным является ультразвуковое исследование. С его помощью удастся определить размеры и форму желчного пузыря, толщину его стенки, наличие в нем конкрементов, их количество и величину.

Лечение в латентной стадии желчекаменной болезни предполагает соблюдение режима питания, отдавая предпочтение вегетарианской пище, богатой клетчаткой, избегать малоподвижности, ожирения.

Третья стадия желчекаменной болезни -- клиническая (калькулезный холецистит)

Третья стадия желчекаменной болезни -- клиническая (калькулезный холецистит). Клинические проявления желчекаменной болезни зависят от расположения желчных камней, их размеров, состава и количества, активности воспаления, функционального состояния желчевыделительной системы. Камни желчного пузыря, находящиеся в теле и на дне его ("немая" зона), не дают явных клинических симптомов до тех пор, пока они не попадают в пузырный проток. Камень, попавший в шейку желчного пузыря, обтурирует его выход и тем самым вызывает желчную (печеночную) колику. В дальнейшем обтурация шейки может оказаться временной, камень возвращается в желчный пузырь или проникает в пузырный проток и там останавливается или проходит в общий желчный проток. Если величина камня (до 0,5 см) позволяет, то он может поступить в двенадцатиперстную кишку и появиться в кале.

Наиболее характерным симптомом для желчекаменной болезни является приступ болей в правом подреберье -- так называемая желчная или печеночная колика. Провоцируют приступ жирная пища, пряности, копчености, острые приправы, резкое физическое напряжение, работа в наклонном положении, а также инфекция и отрицательные эмоции. У женщин колика иногда совпадает с менструацией или развивается после родов.

Желчная колика начинается внезапно. В начале приступа боли разлитые и охватывают все правое подреберье, а затем концентрируются в области желчного пузыря или в подложечной области. Боль по интенсивности разнообразна: от сильной, режущей до относительно слабой, ноющей. Иногда боль иррадирует в поясничную область, в область сердца, провоцируя приступ стенокардии. Болевой приступ может продолжаться от нескольких минут до нескольких часов и даже дней, причем боли то утихают, то вновь усиливаются. Усиленные сокращения желчного пузыря способствуют дальнейшему продвижению камня; иногда после расслабления спазма камень выскальзывает обратно в "немую" зону -- дно желчного пузыря. В обоих случаях приступ заканчивается так же внезапно, как и начинается, и состояние больного улучшается. Если приступ колики носит затяжной характер, то в конце его может возникнуть желтуха в результате длительного спазма общего желчного протока, обычно кратковременная (2--3 дня) и не достигающая большой интенсивности.

Желчная колика обычно сопровождается тошнотой и повторной рвотой, больные отмечают чувство тяжести под ложечкой, метеоризм, неустойчивый стул. Повышение температуры тела -- довольно надежный признак воспалительной реакции, присоединившейся к печеночной колике или вызвавшей ее. Высокая температура (более 38 °С) нередко служит признаком гнойного и деструктивного холецистита.

Основные группы желчных камней (камней в желчном пузыре)

Существуют три основные группы желчных камней.

1. Холестериновые камни

Чисто холестериновые камни, белого или желтоватого цвета, встречаются в желчном пузыре; они обычно одиночные, имеют округлую или овальную форму, легкие (не тонут в воде), при сжигании горят ярким пламенем. На разрезе имеют лучистое строение вследствие радиального расположения кристаллов холестерина.

2. Черный пигментный камень

Пигментные камни состоят из билирубина и извести. Они разнообразной формы, чаще очень мелкие и многочисленные, черного цвета с зеленоватым оттенком, плотные, но ломкие. Чисто известковые камни, состоящие из углекислого кальция, встречаются крайне редко.

3. Смешанные холестериново-известково-пигментные камни

Смешанные холестериново-известково-пигментные камни находят наиболее часто: они тонут в воде и плохо горят, на распиле имеют слоистый рисунок. По форме и величине смешанные камни разнообразны, но чаще они мелкие и множественные. Если камни туго набивают желчный пузырь, поверхность их приобретает фасетированный вид от давления одного на другой.

При наличии в желчном пузыре камней может возникнуть воспаление его слизистой оболочки -- холецистит. Длительное нахождение камней при отсутствии воспаления может вызвать атрофию и склероз стенки желчного пузыря, а в очень редких случаях -- пролежни и перфорацию его стенки.

Клиническая картина.

1. Жалобы:

- на коликообразные боли, возникшие внезапно или которые развились после продолжительных, постепенно увеличивающихся болей в правой надчревной области. Локализация болей: под правой реберной дугой, в подложечной области или в правом верхнем квадранте живота. Боли могут быть опоясывающими и проводится в спину; по мере развития патологического процесса боли становятся более мучительными и постоянными;
- тошнота и однократная рвота;
- повышение температуры до 38-39 градусов

2. Анамнез:

- печеночные колики
- возникновение болей после нарушения диеты - употребление жирной свинины, майонеза, жареных блюд, холодных напитков, иногда болевой синдром возникает после волнений и нервного потрясения. Каждая из этих причин может вызвать сильные сокращения желчного пузыря с ущемлением камня в шейке или в пузырном протоке и их закупоркой.

3. Симптомы:

- при осмотре можно выявить незначительную желтушность кожных покровов, которая может продолжаться после приступа колики до 2 дней. Желтуха имеет обтурационный характер, она развивается чаще всего на почве воспалительной инфильтрации в Ligamentum hepatoduodenale и в воротах печени. Причиной желтухи в некоторых случаях может быть вторичный холангит и холедохолитиаз.
- при осмотре живота больной щадит правую половину при дыхании, при поверхностной пальпации положительные симптомы раздражения брюшины (чаще при флегмонозном или гангренозном остром холецистите);
- при пальпации живота определяются следующие симптомы:
- симптом Мерфи - непроизвольная задержка дыхания на вдохе при надавливании на область правого подреберья;
- симптом Кера - болезненность при пальпации в правом подреберье, резко усиливающаяся на вдохе;
- симптом Ортнера - боль при поколачивании внутренним краем кисти по реберной дуге.
- болезненность при надавливании на точку Мюсси (находится между проекциями на кожу ножек правой грудино-сосцевидной мышцы).
- локальный симптом Щеткина-Блюмберга.

4. Данные лабораторного исследования:

- лейкоцитоз, повышение СОЭ отмечаются на 2-е сутки заболевания, при эмпиеме желчного пузыря отмечается нейтрофильный лейкоцитоз;
- у больных с острым холециститом повышено содержание сывороточной щелочной фосфатазы в 23% случаев, билирубина - в 45%, АСТ - в 40%, АЛТ - в 13%.
- в моче присутствует уробилиноген, а при желтухе - билирубин

5. Данные инструментального исследования:

- Рентгенография малоинформативная. На обзорном рентгеновском снимке иногда удается выявить контрастные камни. Холецистография дает отрицательные результаты так как часто холецистит сопровождается закупоркой пузырного протока.
- УЗИ желчного пузыря выявляет наличие камней, позволяет определить размеры органа и толщину его стенки, наличие околопузырного инфильтрата и консистенцию содержимого желчного пузыря.

- Радиоизотопное сканирование. Отсутствие визуализации желчного пузыря при радиоизотопном сканировании предполагает обструкцию пузырного протока.
- ЭКГ и рентгенография грудной клетки проводится для дифференциальной диагностики.

Диагностика

Диагностический подход к больному, у которого врач подозревает существование проблем, связанных с внепеченочным билиарным трактом или желчным пузырем, должен основываться на клинической симптоматике и предполагаемой природе патологии. Достижения в диагностической радиологии и корректирующей эндоскопии позволили точно идентифицировать сущность и локализацию патологического процесса и обеспечили дорогу для терапевтического вмешательства,

Абдоминальная радиография. Простые рентгенограммы брюшной полости имеют ограниченное значение в диагностике заболеваний, связанных с наличием желчных камней или желтухи. Только у 15-20% больных можно выявить на простых рентгенограммах контрастированные камни, локализованные в правом верхнем квадранте живота. Воздух в пределах билиарного дерева может указывать на присутствие свища, соединяющего желчный пузырь с кишечником.

Оральная холецистография. Оральная холецистография была введена в 1924 г. Функцию желчного пузыря оценивают, учитывая его абсорбирующую способность. Рентгеноконтрастный йодный краситель, принятый per os, всасывается в желудочно-кишечном тракте и поступает в печень, затем экскретируется в систему желчных протоков и концентрируется в желчном пузыре. Камни, замеченные как дефекты наполнения в визуализированном, контрастированном желчном пузыре или невизуализация желчного пузыря не могут означать «положительный» результат. Ложноположительную невизуализацию могут отмечать у больных, которые в связи с предписанным обследованием не выполняют указаний врача, или у тех, кто не способен проглотить таблетки, а также в случаях, когда таблетки не могут быть абсорбированы в желудочно-кишечном тракте или краситель не экскретируется в билиарный тракт вследствие дисфункции печени.

Абдоминальная ультрасонография. Этот способ заменил оральную холецистографию как метод выбора при обследовании больного на присутствие желчных камней. Эффективность абдоминальной ультрасонографии, или ультразвукового исследования, в диагностике острого холецистита не столь

значительна, как в диагностике желчных камней. Ультрасонографию используют для идентификации внутри- и внепеченочной билиарной дилатации.

Компьютерная томография (КТ). Этот тест не принадлежит к высокочувствительным для выявления желчных камней, но обеспечивает хирурга информацией, относящейся к происхождению, размеру и локализации билиарной дилатации, а также к наличию опухолей, расположенных в пределах и вокруг билиарного тракта и поджелудочной железы.

Билиарная сцинтиграфия. Внутривенное введение радиоактивного изотопа, одного из семейства иминодиуксусной кислоты, меченой технеци-ем-99т, обеспечивает специфическую информацию, относящуюся к определению проходимости пузырного протока, и служит чувствительным методом для диагностики острого холецистита. В противоположность ультрасонографии, которая служит анатомическим тестом, билиарная сцинтиграфия представляет собой функциональный тест.

Чрескожная транспеченочная холангиография (ЧТХ). Под флюороскопическим контролем и местной анестезией небольшую иглу вводят через брюшную стенку в желчный проток. Этот метод обеспечивает выполнение холангиограммы и позволяет осуществлять терапевтическую коррекцию при необходимости, основанной на клинической ситуации. Применяют у больных, имеющих комплекс билиарных проблем, включая стриктуры и опухоли.

Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (РХПГ). С использованием эндоскопа, имеющего боковой обзор, билиарный тракт и панкреатический проток могут быть интубированы и визуализированы. Преимущества включают непосредственную визуализацию области ампулы и прямое измерение дистального сегмента желчного протока. Применение указанного метода приносит значительную пользу больным, страдающим заболеванием общего желчного протока (доброкачественной и злокачественной природы).

Холедохоскопия. Несмотря на то что непрямая визуализирующая техника относится к основополагающей в диагностике больных, имеющих заболевания внепеченочного билиарного тракта, прямое исследование и визуализация билиарной системы представляют собой цель, достойную выполнения. Холедохоскопия, произведенная во время операции, может быть эффективной в выявлении у больных стриктур желчного протока или опухолей.

Дифференциальная диагностика.

Дифференциальный диагноз проводят со следующими заболеваниями:

1. Перфоративная или пенетрирующая язва желудка и/или двенадцатиперстной кишки.
2. Инфаркт миокарда.
3. Панкреатит
4. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
5. Правосторонняя нижнедолевая пневмония
6. Аппендицит
7. Гепатит
8. Инфекционные заболевания

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. При развитии воспалительного процесса в желчных путях применяются антибиотики, местно - холод. В лечении хр. холецистита важное место занимают желчегонные средства, диетотерапия и курортное лечение.

Желчегонные делятся на три группы: 1) холецистокинетические - усиливающие мышечные сокращения желчного пузыря; 2) холеретические - возбуждающие секрецию желчи и 3) желчерастворительные разжижающие желчь. К первой группе желчегонных относятся сернокислый магnezий, пептон, оливковое или подсолнечное масло; ко второй - холагон, дехолин, аллохол. холензим; к третьей - минеральные воды, карловарская соль, раствор соляной кислоты, салицилаты и др. Широкое применение получили дехолин, оксафенамид, холосас, кукурузные рыльца, ровахол и холагол. Последние два препарата обладают спазмолитическим, холеретическим и слабым холецистокинетическим свойствами.

Медикаментозная терапия. Применяется для растворения желчных конкрементов. Типичной проблемой, которая досаждала больному, использующему медикаментозные средства, является высокая частота рецидивов и вследствие этого — высокая стоимость лечения. Растворяющие препараты согласно недавним сообщениям, обладают эффектом только в отношении холестериновых конкрементов. Перспективные рандомизированные исследования эффективности хенодезоксихолевой кислоты показали, что растворение и исчезновение желчных

конкрементов возникают приблизительно у 15% больных, а частичный эффект можно ожидать, кроме того, еще у 28% больных. При прекращении приема лекарства вероятность рецидивирования конкремента сохраняется почти у 50% больных. При использовании урсодезоксихолевой кислоты отмечают несколько больший эффект и менее частые побочные действия, чем при применении хенодезоксихолевой кислоты.

Контактное растворение. Хотя опыт еще ограничен, инфузия сильного растворителя холестерина — метил-(трет)-бутилового эфира (МТБЭ) в желчный пузырь через транскутанно введенный катетер показала его эффективность в отношении растворения желчных конкрементов у специально отобранных больных. Указанный метод относится к инвазивным, основной его недостаток заключается в высокой частоте рецидивов (50% в течение 5 лет).

Литотрипсия с использованием электрошоковой волны. Весьма популярный несколько лет назад, этот метод, как показали недавние исследования, приемлем только для ограниченного контингента больных, которые имеют показания для проведения данного лечения.

Оперативное лечение хронического калькулезного холецистита показано больным, у которых консервативная терапия не дает должного эффекта.

Холецистостомия. Холецистостомия, которая может быть выполнена под местной анестезией при необходимости даже на прикроватном столике, продолжает оставаться полезным методом, особенно для тяжелобольных.

Холецистотомия - метод выбора при лечении соматически тяжелых больных с заболеваниями сердечно-сосудистой и дыхательной систем в стадии декомпенсации. Выполняют при выраженном воспалительном процессе и наличии механической желтухи для декомпрессии желчевыводящих путей. Вскрывают дно желчного пузыря, удаляют желчь и камни. В желчный пузырь вводят зонд для эвакуации инфицированной желчи. При лапароскопической холецистотомии желчный пузырь дренируют пункционно.

Открытая холецистэктомия. Эта операция до недавнего времени была золотым стандартом для лечения больных, имеющих ЖКБ, сопровождаемую симптоматикой. Самое значительное осложнение — повреждение билиарного тракта — отмечают менее чем у 0,2% больных. Согласно недавним сообщениям, показатель смертности при проведении открытой холецистэктомии составляет менее 0,5%. Наиболее типичным показанием для холецистэктомии служит рецидивирующая желчная колика, впоследствии приводящая к острому холециститу. Общепринятая

практика включает проведение неотложной холецистэктомии у больных с острым холециститом в течение первой госпитализации. Если не наблюдается улучшения в состоянии больного через 24 ч с момента оказания медицинской помощи или присутствуют признаки клинического ухудшения, то это служит показанием для неотложной холецистэктомии.

Холецистэктомия.

Доступ: по Федорову - начинают от срединной линии ниже мечевидного отростка, ведут несколько сантиметров вниз, а затем вправо параллельно реберной дуге, на 2-3 см ниже ее. В медиальной части указанных разрезов пересекают прямую мышцу живота, в толще которой перевязывают а. Epigastrica superior. В латеральной части раны последовательно разрезают наружную, внутреннюю и поперечную мышцы живота, поперечную фасцию и брюшину.

После вскрытия брюшной полости правую долю печени приподнимают кверху, а поперечноободочную и двенадцатиперстную кишки отесняют книзу. Печень удерживают специальным прямоугольным зеркалом или непосредственно рукой с помощью марлевой салфетки. Производят осмотр и пальпацию желчного пузыря, желчных путей и окружающих органов.

Удаление желчного пузыря от шейки. Оттянув печень кверху, а двенадцатиперстную кишку книзу, натягивают печеночно-двенадцатиперстную связку. Вдоль ее правого края, от уровня шейки пузыря вниз до двенадцатиперстной кишки, осторожно надсекают передний брюшинный листок связки; раздвигая клетчатку, обнажают общий проток и место впадения в него пузырного протока. Выделяют пузырный проток, обычно образующий несколько изгибов. На выделенный проток накладывают шелковую лигатуру, а к периферии от нее, ближе к шейке пузыря, на проток накладывают изогнутый зажим Бильрота. Чтобы не повредить стенку желчного протока, лигатуру накладывают на расстоянии 1.5 см от места слияния протоков; оставление более длинной культи нежелательно, так как это может привести впоследствии к образованию ампулообразного расширения (новый "желчный пузырь") с камнеобразованием. После наложения лигатуры и зажима пузырный проток между ними пересекают, культю прижигают йодом и прикрывают марлевой салфеткой. В верхнем углу раны находят направляющуюся вправо и несколько кверху пузырную артерию; ее изолируют и тщательно перевязывают двумя шелковыми лигатурами и пересекают; следует остерегаться захватить в лигатуру правую ветвь печеночной артерии от которой пузырная артерия отходит. Затем приступают к выделению желчного пузыря. Если он резко растянут жидким

содержимым, целесообразно предварительно опорожнить его пункцией и закрыть место прокола кисетным швом или наложить на него окончательный зажим Люэра. С помощью зажима шейку пузыря оттягивают от печени так, чтобы было видно место перехода висцеральной брюшины пузыря на печень. По этой линии брюшину осторожно рассекают вдоль одного края пузыря. Когда надрез сделан, пальцем или тупфером тупо отслаивают стенку пузыря от его ложа; отделение пузыря облегчается гидравлической препаративкой 0.25% раствором новокаина. Далее рассекают брюшину вдоль другого края. Выделение можно сделать иначе: разрез переднего листка печеночно-двенадцатиперстной связи продолжают на стенку пузыря в виде двух полуовалов, идущих вблизи оси желчного пузыря и сходящихся у его дна. Каждый из получившихся лоскутов висцеральной брюшины отпрепаровывают от поверхности пузыря к его краям. Когда края пузыря обнажены, он легко вылушивается из своего ложа тупым путем. После удаления пузыря листки брюшины ушивают над печеночным ложем пузыря непрерывным или узловым кетгутовым швом, продолжив его вдоль разреза печеночно-двенадцатиперстной связи; тем самым перитонизируют ложе пузыря и культю протока. Изолирующие салфетки удаляют, к ложу желчного пузыря и к культе подводят 2-3 марлевые полоски-тампоны шириной 3 см каждый; их доводят до дна раны выподят через операционную рану. Удаляют их постепенным вытягиванием начиная с 9-11 дня. Валик убирают; для расслабления брюшной стенки немного приподнимают верхнюю часть туловища и приступают к закрытию операционной раны. Брюшную стенку зашивают послойно: непрерывным кетгутовым швом - брюшину, узловыми шелковыми швами - пересеченные мышцы и стенки влагалища прямой мышцы живота, кожу.

Удаление желчного пузыря от дна производят в обратном порядке: сначала выделяют желчный пузырь, а затем осуществляют приемы выделения и лигирования пузырной артерии и протока. Для этого выделенный пузырь оттягивают; тогда выявляется пузырная артерия, которую изолируют и пересекают между двумя лигатурами описанным выше способом. После этого выделяют, лигируют и пересекают пузырный проток. Дальнейший ход операции такой же, как при выделении пузыря от шейки. Выделение пузыря от дна менее целесообразно, так как при этом мелкие камни из полости пузыря легко загнать в протоки.

Лапароскопическая холецистэктомия. Начальные показания, включали только случаи симптоматической ЖКБ при отсутствии острого холецистита. По мере накопления опыта многие хирурги начали осуществлять эту операцию у больных с острым холециститом и у лиц, имеющих камни, локализованные в общем желчном протоке. Теоретические преимущества этого метода по сравнению с традиционной открытой холецист-эктомией заключаются в уменьшении срока госпитализации и в

связи с этим в снижении стоимости лечения, раннем возвращении на работу
уменьшении боли и отсутствии косметического дефекта. Неразрывная проблема,
которая беспокоит хирурга несмотря на надежность этого вмеша-тельства, связана с
частотой опасных осложнений, таких как повреждения желчных протоков,
вероятность возникновения которых во время лапароскопической холецистэктомии
возрастает. Частота повреждений, вероятно, служит индикатором опыта хирурга и
проявлением кривой обучения, ассоциированной с любым новым методом.

Список литературы:

1. Болотовский Г.В. Холецистит и другие болезни желчного пузыря: Омега, 2014
2. Кучанская А. В. Желчнокаменная болезнь. Современный взгляд на лечение и профилактику: ИГ "Весь", 2015
3. Лейшнер У. Практическое руководство по заболеваниям желчных путей. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2015
4. 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 __3__ группы

Шишковская Татьяна Сергеевна

**(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)