

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра и клиника хирургических болезней им. проф. Ю.М. Лубенского

Зав. Кафедрой

д.м.н., доцент Здзитовецкий Д.Э.

РЕФЕРАТ на тему

«Желчнокаменная болезнь»

Выполнил: ординатор 1 года обучения
Дехконбоев Ф.И.

Проверил: д.м.н., профессор кафедры и клиники хирургических
болезней им., проф. Ю.М. Лубенского
Здзитовецкий Д.Э

Красноярск 2021

Оглавление

1. Введение.
2. Строение и функции желчных путей.
3. Этиология.
4. Клиническая картина.
5. Диагностика и исследования.
6. Лечение.
7. Возможные осложнения и последствия оперативного вмешательства.
8. Уход.
9. Профилактика.
10. Список использованной литературы.

1. Введение.

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

Часто заболевшие не обращаются за помощью к врачу, не предполагая, какому большому риску они сами себя подвергают. Хирурги повседневно встречаются с осложненными случаями желчнокаменной болезни, и осложнения эти возникают из-за незнания человеком опасностей, которые таит наличие камней в желчном пузыре.

Современные методы лечения желчнокаменной болезни, если их использовать вовремя, позволяют добиться полного выздоровления в 85-95% случаев. При неосложненных вариантах заболевания больные операцию переносят хорошо.

2. Строение и функции желчных путей.

Желчные пути - это система протоков, обеспечивающих отток желчи из печени в двенадцатиперстную кишку. Химический состав желчи сложен, ее компонентами являются соли желчных кислот, билирубин, холестерин, фосфолипиды, белки, электролиты и вода. Они выделяются в желчные каналы внутри печени ее главными клетками (гепатоцитами). Желчные каналы, сливаясь между собой, образуют протоки. Здесь же, под печенью, располагается грушевидный мешок длиной около 9 сантиметров, способный вмещать около 50 миллилитров жидкости. Своим протоком он соединяется с общим печеночным протоком, образуя общий желчный проток (холедох), впадающий в двенадцатиперстную кишку. Поскольку этот мешок накапливает желчь, его называют желчным пузырем. Именно в желчном пузыре и внепеченочных желчных протоках обнаруживаются камни при желчнокаменной болезни, и именно здесь развиваются все осложнения, связанные с камнеобразованием и нарушением оттока желчи.

Желчь образуется в печени постоянно, правда, более интенсивно во время и после еды. Суммарный ток желчи составляет около 600 миллилитров в сутки.

В составе желчи из организма через кишечник с калом удаляются конечные, ненужные продукты обмена веществ. Желчь необходима для переваривания жиров: только после эмульгирования жира желчью возможно его расщепление специальными ферментами, образующимися в поджелудочной железе.

Внутрипеченочные желчные протоки являются частью печени. Поэтому при заболеваниях печени в процесс вовлекаются и расположенные в ней протоки. Внепеченочные желчные протоки находятся в постоянном контакте с желчью, вырабатываемой печенью. Заболевания печени и болезни обмена веществ, сопровождающиеся нарушением желчеобразования, ее состава, способствуют возникновению камней во внепеченочных желчных путях.

3.Этиология.

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

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

Наиболее часто встречаются холестериновые камни, основным компонентом которых является холестерин. Чисто холестериновые имеют круглую или овальную форму, обычно их диаметр от 4-5 до 12-15 миллиметров, располагаются почти всегда в желчном пузыре. Преимущественно холестериновые смешанные камни имеют слоистую структуру или состоят из пигментированной центральной части, окруженной тонким слоем холестерина. Чисто пигментные камни малой величины, жесткие, хрупкие. Содержат главным образом билирубин и его полимеры. Различают черные и коричневые пигментные камни. Очень редко встречаются чисто кальциевые камни, состоящие из карбоната кальция. Форма их обычно причудливая, часто с шипообразными отростками. Цвет камней от светло- до темно-коричневого.

Причины образования холестериновых и пигментных камней желчных путей различны, поскольку они образуются из разных компонентов. Образование холестериновых камней вызывают три основных фактора: перенасыщение желчи холестерином, осаждение соли холестерина в виде кристаллов и нарушение функции желчного пузыря. Иными словами, когда холестерина в желчи много, а его нормальное выведение нарушено.

Перенасыщение желчи холестерином зависит от возраста, пола, наследственности, наличия ожирения, характера питания, болезней печени, приема некоторых лекарств. При этом литогенной является не только желчь, содержащая избыток холестерина, но и желчь при его нормальном или даже сниженном содержании, когда в ней недостает желчных кислот и лецитина.

Отсюда, среди причин повышения литогенности желчи следует выделять те, которые влияют на повышение уровня холестерина (возраст, пол, ожирение, наследственность) или на снижение уровня лецитина и желчных кислот (характер питания, болезни печени, наследственность, прием некоторых лекарственных препаратов).

Пересыщение желчи холестерином – только фон, предрасполагающий к образованию камней. Для их образования необходимо осаждение кристаллов холестерина из многослойных пузырьков (мицелл). Среди факторов, способствующих осаждению холестерина, можно выделить наличие слизи в желчи, избыток белка, инфекцию желчевыводящих путей и некоторые другие. Особенно следует отметить усиленную продукцию слизи в желчном пузыре. Выработку слизи уменьшает аспирин и другие нестероидные противовоспалительные средства. Огромную роль для здоровья человека играет состояние желчного пузыря, его способность полностью выполнять свою функцию. Процесс обновления желчи в желчном пузыре замедлен при его заболеваниях, что вызывает застой желчи, осаждение и кристаллизацию холестерина с образованием замазки, предшествующей образованию желчных камней.

Пигментные камни, содержащие менее 30% холестерина, образуются при нарушениях пигментного обмена. Черные пигментные камни холестерина не содержат. Пигментные камни могут наблюдаться при циррозах печени, алкогольном поражении печени. Коричневые пигментные камни относятся к смешанным камням, содержащим пигмент и в меньшем количестве пальмитат и стеарат кальция, холестерин. Образуются пигментные камни на фоне застоя желчи и инфекции желчных путей.

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

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

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

Существенное влияние на образование камней в желчных путях оказывает гормональный фон. Подтверждением этому служит прием контрацептивов, приводящий к усилению камнеобразования. При длительном приеме контрацептивов заболевания желчного пузыря встречаются в два раза чаще, чем у женщин, не пользующихся гормональными противозачаточными средствами. Та же закономерность выявлена среди мужчин, принимающих эстрогены по поводу рака предстательной железы. У них отмечено повышение насыщения желчи холестерином и возникновение желчных камней.

Много рожавшие женщины заболевают чаще, чем не рожавшие. На поздних сроках беременности у них наблюдается неполное опорожнение

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

Зная предрасполагающие фактор возникновения желчнокаменной болезни, можно сказать, что некоторые из них исключить никак невозможно, например наследственность или беременность.

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

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

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

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

Другим видом осложнений является холангит, или воспаление желчных протоков.

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

В случаях, когда механическая желтуха не исчезает в течение длительного времени, даже если желчь частично или периодически поступает в двенадцатиперстную кишку, может развиваться вторичный билиарный цирроз

печени. И тогда из-за перерождения ткани печени в соединительную ткань развивается печеночная недостаточность. В результате организм сам себя отравляет конечными токсическими продуктами обмена веществ, поскольку главная «химическая лаборатория» по утилизации этих отходов - печень – свою функцию не выполняет.

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

4. Клиническая картина.

Существует латентная (скрытая) форма заболевания, когда наличие камней в желчевыделительной системе никак человека не беспокоит. Чаще всего подобное течение наблюдается при наличии одного конкремента, находящегося в «немой зоне» желчного пузыря. Такой зоной обычно является дно желчного пузыря. Однако существуют и другие формы неосложненного течения болезни: диспепсическая, болевая торпедная и болевая приступообразная (желчная колика) формы.

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

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

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

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

Желчнокаменная болезнь иногда дает о себе знать ощущением тяжести в эпигастрии («под ложечкой») и правом подреберье, изжогой, отрыжкой воздухом, вздутием живота, неустойчивым стулом, непереносимостью острой и жирной пищи, чувством горечи. Из других симптомов заболевания в первую очередь следует называть повышение температуры тела, сопровождающее приступ желчной колики, возникновение желтухи кожных покровов и склер после приступа, обесцвечивание кала, изменение цвета мочи, приобретающей оттенок заваренного чая.

Нарастание частоты и интенсивности желчной колики, повышение температуры, сухость во рту указывают на развитие воспаления желчного пузыря. Опоясывающая боль, упорная рвота во время приступов свидетельствуют о развитии панкреатита. Желтушность кожи и склер, возникающая после или во время приступа колики, является симптомом закупорки камнями желчных протоков. Это же подтверждает изменение цвета кала и мочи.

Самым частым осложнением приступа желчной колики является развитие острого воспаления желчного пузыря (острого холецистита) с разрушением (деструкцией) его стенок, угрозой возникновения перфорации (нарушения) стенки и перитонита. Это наиболее грозная цепь осложнений, которая, если не оказать своевременную помощь, может привести к смерти больного. Вследствие воспаления желчного пузыря или возникающих на его стенке от камней последние могут мигрировать (перемещаться) в соседние органы. При этом возникают сообщения желчного пузыря с соседними органами (внутренние желчные свищи), в некоторых случаях приводящие к тяжелым нарушениям пищеварения, истощению и гибели больных.

Другим видом осложнений является холангит, или воспаление желчных протоков.

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

В случаях, когда механическая желтуха не исчезает в течение длительного времени, даже если желчь частично или периодически поступает в двенадцатиперстную кишку, может развиваться вторичный билиарный цирроз печени. Механическая желтуха может сопровождаться острым панкреатитом, то есть воспалением поджелудочной железы. Происходит это, когда камень закрывает проток у места впадения его в двенадцатиперстную кишку, и тогда нарушается отток панкреатического сока из поджелудочной железы.

Все перечисленные осложнения возникают при естественном течении болезни.

5. Диагностика и исследования.

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

На ранних стадиях желчнокаменной болезни, при формировании камней, проявления заболевания мало, чем отличается от других болезней печени. Часто обследование больных начинается с предварительного диагноза: дискинезия желчных путей. Только при появлении типичных приступов желчной колики, нехарактерной для других болезней, возникают основания заподозрить желчнокаменную болезнь. Убедительно подтверждает это заболевание разлившаяся после перенесенного стихшего приступа желтуха.

Отличие приступа желчной колики от начала острого панкреатита - опоясывающий характер боли в верхней половине живота, в отличие от боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо, лопатку или ключицу - при холецистите. Для панкреатита характерна многократная рвота, не приносящая облегчение.

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

Существует такое понятие, как сезонные боли. При язвенной болезни обострение процесса, а соответственно, и появление боли отмечается в осенний и весенний периоды года. Указанные признаки, как правило, не наблюдаются при желчнокаменной болезни. Окончательное заключение в таких случаях могут дать только специалисты после проведения ультразвукового исследования (УЗИ) желчных путей и фиброгастродуоденоскопии.

Отличить желчную колику или острый холецистит от прободения язвы желудка или двенадцатиперстной кишки трудно. В любых случаях появления острой боли в животе следует немедленно обращаться за неотложной врачебной помощью. Чаще всего дело заканчивается госпитализацией в хирургическое отделение, где в кратчайший срок устанавливается диагноз и определяется дальнейшая врачебная тактика.

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

Решающая роль в диагностике и определении характера процесса принадлежит ультразвуковым и рентгеноконтрастным методам. Самым распространенным и доступным из них является УЗИ, назначаемое всем больным. Различные рентгенологические методы диагностики выполняются в специализированных хирургических отделениях. Информативные возможности компьютерной томографии могут быть использованы только при осложненных вариантах течения желчнокаменной болезни, по индивидуальным показаниям.

УЗИ относится к безопасному и весьма информативному методу диагностики. Исследование доступно при амбулаторном обследовании в поликлинике или диагностическом центре. Суть метода: эхолокация

внутренних органов ультразвуком с помощью специального аппарата с датчиком, устанавливаемым на поверхности кожи. УЗИ позволяет определить форму и размеры желчного пузыря, толщину его стенок, а также выявить камни в просвете пузыря и желчных протоков. Большинство камней дают ультразвуковую дорожку-акустическую тень, которая на мониторе видна за камнем. Относительной помехой к качественному выполнению исследования являются газы в кишечнике, выраженное ожирение, скопление жидкости в брюшной полости (асцит).

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

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

- Обзорная рентгенография брюшной полости;
- Пероральная холецистография (желчный пузырь хорошо виден вследствие накопления в нем вместе с желчью контрастного вещества);
- Внутривенная холеграфия (после введения контрастного вещества в вену).

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

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

Окончательный диагноз ставится после полного обследования в поликлинических или стационарных условиях. Основанием служит выявление камней в желчном пузыре или протоках одним из перечисленных методов. Как правило, бывает достаточно УЗИ, с которого всегда начинается обследование. На следующем этапе выполняется внутривенная холеграфия, компьютерная томография. При самых сложных случаях используется эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография.

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

6.Лечение.

Распространено мнение, что больные желчнокаменной болезнью при наличии повторяющихся приступов желчной колики, развитии острого холецистита и их осложнений, как правило, подлежат хирургическому лечению, то есть операции. Консервативная терапия проводится при бессимптомном и диспептической формах болезни или в межприступный период болевой формы, а также назначается больным с противопоказаниями к

операции. Медикаментозное лечение направлено на уменьшение воспаления желчного пузыря, улучшение в предоперационную подготовку.

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

Лапароскопическое удаление желчного пузыря – это операция с использованием оптического прибора и инструментов, проведенных в брюшную полость к месту желчного пузыря через проколы в брюшной стенке. Обычно таких проколов 3-4, отдельно для каждого инструмента. Операция проводится под общим наркозом. Предварительно в брюшную полость вводится углекислый газ до определенного давления. Только после этого возможно введение инструментов и выполнение оперативного вмешательства. Удаление желчного пузыря хирурги осуществляют инструментами на расстоянии, при визуальном контроле с помощью монитора, с записью хода операции на видеокассету. Абсолютные противопоказания: тяжелое заболевание сердца, выраженная легочная недостаточность и ожирение высокой степени, когда использование углекислого газа для «раздувания» брюшной полости может усугубить нарушения кровообращения и дыхания.

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

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

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

Физические методы – ультразвук, лазер и т.д.; все они направлены на дробление камня.

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

Существует метод ударно-волновой холелитотрипсии (дробление крупных желчных камней до 3 сантиметров в диаметре, холестериновых по составу). Показания к дроблению камней строгие: количество конкрементов 1-3, функционирующий желчный пузырь, наибольший диаметр одиночного камня не более 30 миллиметров, общий диаметр 2-3 камней не должен превышать 30 миллиметров.

Лечение желчнокаменной болезни без операции включает в себя многие моменты, направленные на уменьшение воспалительных явлений в желчном пузыре и склонности к камнеобразованию, улучшению оттока желчи. Из общих рекомендаций необходимо соблюдение режима труда и отдыха, достаточно подвижный образ жизни, пешие прогулки, свежий воздух, ходьба, ЛФК. Особое место в системе лечебных мероприятий занимает диетическое питание, соблюдаемое больными практически всю жизнь. Медикаментозная терапия, включающая применение антибиотиков, спазмолитиков, желчегонных средств, лекарственных трав и многих других средств, назначается терапевтом.

Если развился приступ желчной колики, то главная задача – в кратчайший период снять его. Чем длительнее приступ, тем больше опасность перехода желчной колики в острый холецистит и больше шансов попасть на операцию по «скорой помощи». Лучший из вариантов - оперирование в плановом порядке, когда нет воспаления желчного пузыря.

Тем не менее, когда приступ желчной колики, развился, следует немедленно вызвать на дом врача. Он окажет помощь и решит вопрос о госпитализации в хирургический стационар. Внутримышечное или внутривенное введение уже дома обезболивающих средств и препаратов, снимающих спазм (платифиллин, папаверин, но-шпа, баралгин), поможет быстро избавиться от колики.

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

7. Возможные осложнения и последствия оперативного вмешательства.

Среди осложнений, возникающих в послеоперационном периоде, до выписки из стационара, чаще всего наблюдаются гнойно-воспалительные процессы, и основной из них – нагноение раны. Частота этого осложнения составляет около 1-2% и зависит от тяжести операции, ее длительности, состояния защитных сил организма. Причина этого осложнения – развитие инфекции в ране. В большинстве случаев виновником инфекции служит сам больной, особенно когда операция выполняется на фоне острого воспаления желчного пузыря или желчных протоков.

Существуют и более грозные, к счастью редкие, гнойно-септические осложнения. Иногда после операции на желчных путях развивается острый панкреатит. Редкий случай образование наружных желчных свищей. Возможное осложнение - развитие пневмонии.

Существует группа опасных осложнений, причиной которых служат сопутствующие заболевания больного. Среди них, инфаркт миокарда, нарушение мозгового кровообращения, тромбоэмболия легочной артерии.

В отношении желчнокаменной болезни принято различать четыре группы исходов:

1. Хорошие результаты – отсутствие у больных после операции жалоб, связанных с заболеваниями желчевыделительной системы.
2. Удовлетворительные результаты – больных беспокоят умеренные или периодически возникающие боли в правом подреберье незначительной интенсивности, проходящие при соблюдении диеты, не требующие обращения за медицинской помощью.
3. Посредственные результаты – боли постоянные ноющие или периодически возникающие, тупые, без выраженных приступов колики, требующие периодического обращения за медицинской помощью.
4. Плохие результаты – больных беспокоят типичные приступы желчной колики, требующие неотложной медицинской помощи, нарушение трудоспособности.

8. Уход.

Прежде всего после операции необходимо соблюдать специальную диету, поддерживающую хорошую функцию печени и поджелудочной железы, оптимальный состав желчи, - это позволит избежать повторного камнеобразования.

Чтобы устранить застой желчи в печени можно проводить тюбаж, являющийся своеобразным промыванием желчных путей. Тюбаж в домашних условиях проводится обычно раз в неделю.

Одним из лечебно-профилактических мероприятий является активная физическая деятельность. Рекомендуются утренняя гимнастика с упражнениями, укрепляющими брюшную стенку, плавание в бассейне или водоемах при комфортной температуре (не ниже 22 С). Полезны прогулки на свежем воздухе.

В некоторых случаях требуется медикаментозное лечение, включающее противовоспалительные, желчегонные, спазмолитические средства. Среди препаратов особое место занимает заместительная ферментная терапия, имеющая целью улучшение пищеварения. Существуют препараты, нормализующие моторную функцию желчных протоков, желудка и двенадцатиперстной кишки.

Главной задачей диспансерного наблюдения за больными после холецистэктомии является своевременное выявление заболеваний печени, поджелудочной железы, желчных протоков, желудка и двенадцатиперстной кишки, других органов. Бывает важно определить характер поражения (функциональное или органическое), взаимосвязь с изменениями во внепеченочных желчных протоках.

В процессе диспансерного наблюдения целесообразно проведение повторного УЗИ печени, желчных протоков и поджелудочной железы. По показаниям выполняется эндоскопическое обследование желудка и двенадцатиперстной кишки. Биохимические исследования крови определяют уровень билирубина, трансаминазы, щелочной фосфатазы, амилазы, липазы.

Наиболее пристальное врачебное наблюдение после операции требуется в первые шесть месяцев, после которых целесообразно санитарно-курортное лечение. Сроки дальнейшего наблюдения индивидуальны.

9.Профилактика.

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

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

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

10.Список использованной литературы.

1. Хирургические болезни (под ред. М.И.Кузина). – М.: Медицина, 2002 год.
2. Хирургические болезни (под ред. В.С.Савельева). – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006 год.
3. Клиническая хирургия. Национальное руководство (Кириенко А.И., Савельев В.С.). – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015 год.