**БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ**

**РЕФЕРАТ**

**На тему:**

**«Клиника желчнокаменной болезни»**

**МИНСК, 2008**

Принято различать неосложненное и осложненное течение желчнокаменной болезни. Большинство авторов относят к неосложненному течению ситуации, при которых отсутствуют явные признаки инфекционного процесса в желчных путях и затрудне­ния оттока желчи из печени в двенадцатиперстную кишку, а к осложненному - калькулезный холецистит (острый и хрони­ческий), вызывающий клинические проявления холедохолитиаза, холангита, холангиогенных абсцессов печени и сепсиса, а так­же стриктуры общего желчного протока, наружные и внутренние желчные свищи, обтурационную желтуху и другие. Разумеется, все перечисленные осложнения могут комбинироваться в тех или иных сочетаниях.

У очень большого числа носителей желчных камней (по дан­ным некоторых авторов у половины и даже более) неосложненная форма ЖКБ может на протяжении многих лет или даже всей жизни протекать *бессимптомно (латентно).*

Об этом сви­детельствует неожиданное обнаружение камней в желчном пу­зыре во время лапаротомий, предпринимаемых по поводу пато­логии других органов брюшной полости, при рентгенологическом или ультразвуковом исследовании органов брюшной полости, производимых по другому поводу или на аутопсиях у лиц, умер­ших от других заболеваний и никогда не предъявлявших жалоб на болезни желчевыводящей системы. По данным специальных исследований, жалобы возникают у больных, в среднем спустя 5-11 лет после начала камнеобразования, что связывают с посте­пенным увеличением размеров конкрементов, их попаданием из пузыря в общий желчный проток, нарушением проходимости желчных путей и развитием инфекционного процесса. По-види­мому, многие пожилые больные ЖКБ не доживают до клиничес­ких ее проявлений и умирают от другой патологии.

При клинически выраженных формах неосложненной ЖКБ жалобы больных можно объяснить, главным образом, периоди­чески возникающей желчной гипертензией при прохождении кон­крементов через узкие места желчевыводящей системы (пузыр­ной проток, терминальный отдел холедоха) и спастическими сокращениями гладкой мускулатуры пузыря и желчных прото­ков, направленными на преодоление препятствия оттоку желчи. По-видимому, эти явления могут рефлекторно воздействовать не только на другие отделы пищеварительного тракта, но также и на коронарные сосуды (см. ниже).

Больные с так называемой диспептической формой ЖКБ от­мечают чувство тяжести в эпигастрии, отрыжку, изжогу и неус­тойчивый стул. Неприятные ощущения чаще бывают периоди­ческими, реже постоянными и в большей степени выражены после еды, в особенности состоящей из жирной, острой и жареной пищи. Непостоянно определяется умеренная болезненность при паль­пации в области правого подреберья.

Нередко в клинической картине неосложненной ЖКБ преоб­ладают приступы (синдром) так называемой желчной или пече­ночной колики, состоящие в периодически появляющейся острой достаточно интенсивной боли в области правого подреберья, иррадиирующий по направлению кверху: в область правой лопат­ки, реже в правую половину шеи, иногда в область сердца. Боль возникает, как правило, внезапно после нарушений диеты (прием обильной жирной и/или жареной пищи), но нередко и по ночам, во время сна. Болевой приступ может продолжаться от несколь­ких минут до нескольких часов и закончиться самопроизвольно или же после применения спазмолитических средств. Во время приступа может отмечаться провоцируемая болезненность в пра­вом подреберье, симптом Мюсси (болезненность при надавлива­нии указательным пальцем между грудинной и ключичной нож­ками правой кивательной мышцы). При этом данных за острый инфекционный процесс в пузыре и желчных путях, как правило, не выявляется: отсутствует повышение температуры тела, перитонеальные симптомы, острофазовые изменения крови. Впрочем, у части больных при возникновении стойкой непроходимости, например, пузырного протока обострение ЖКБ, начавшееся как печеночная колика, может трансформироваться в острый холе­цистит (см. ниже).

Наиболее частым осложнением, а у многих больных главным и единственным проявлением желчнокаменной болезни, застав­ляющим их обращаться за медицинской помощью, является хо­лецистит, встречающийся в острой и хронической формах, чет­кую границу между которыми, как уже упоминалось, не всегда легко обозначить.

Острый холецистит, относящийся к категории острых хирур­гических заболеваний органов живота, начинается внезапно, ча­сто с синдрома желчной (печеночной) колики, возникающего пос­ле уже упоминавшихся погрешностей в диете. Приблизительно в трети случаев болевой приступ возникает ночью во время сна. В отличие от печеночной колики при неосложненной ЖКБ бо­левой приступ при остром холецистите сопровождается с само­го начала или уже через несколько часов после возникновения признаками острого инфекционного процесса в пораженном органе. Так, у больного повышается температура тела, обычно до субфебрильных или невысоких фебрильных цифр, отмечает­ся усиление боли в правом подреберье на глубине вдоха, веду­щее к уменьшению глубины и учащению дыхания, нередко воз­никают рефлекторная рвота, тахикардия и другие проявления интоксикации.

При осмотре больного в тяжелых случаях обращает на себя внимание сухой и обложенный белым налетом язык, субиктеричность склер, связанная с упоминавшимся выше реактивным ге­патитом. При пальпации живота отмечается обычно резкая про­воцируемая болезненность в области правого подреберья и во многих случаях пальпируется напряженный, увеличенный в размерах, болезненный желчный пузырь (точнее, его дно или вер­хушка). Иногда пальпация желчного пузыря затруднена напря­жением мышц брюшной стенки в области правого подреберья, связанным с локальным реактивным перитонитом в окружнос­ти воспаленного пузыря. В большинстве случаев удается опре­делить и другие признаки раздражения брюшины: болезненность при легком поколачивании пальцами в области правого подре­берья (симптом Менделя), при поколачивании ребром ладони по правой реберной дуге (симптом Ортнера), локальный симп­том Щеткина-Блюмберга. Весьма характерен для острого хо­лецистита также и симптом Мэрфи, заключающийся в том, что после глубокого выдоха врач, находящийся слева от больного, нажимает отведенным большим пальцем левой руки на брюш­ную стенку под реберной дугой. При последующем вдохе боль­ной ощущает резкую болезненность из-за того, что край печени вместе с воспаленным желчным пузырем опускается вследствие инспираторного сокращения диафрагмы, выходит из-под ребер­ной дуги и «натыкается» на палец, вдавливающий брюшную стенку.

При исследовании крови больных острым холециститом обыч­но выявляется лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево. Иногда при тяжелых гангренозных формах острого холе­цистита, в особенности у стариков, число лейкоцитов может быть нормальным или даже сниженным при сдвиге лейкоцитарной формулы до юных и миелоцитарных форм. В сыворотке крови нередко отмечается умеренное повышение уровня билирубина (преимущественно непрямого), связанное с реактивным гепати­том.

При вовлечении в патологический процесс поджелудочной железы (острый холецистопанкреатит) к проявлениям острого холецистита присоединяются признаки поражения железы: силь­ные опоясывающие боли в верхней части живота, локальный ме­теоризм за счет вздутия, главным образом, поперечноободочной кишки, брыжейка которой интимно связана с нарапапкреатической клетчаткой, рвота, более выраженная, чем при изолированном остром холецистите, повышение уровня панкреатических фер­ментов в сыворотке крови и в моче.

В случае, когда при деструктивном холецистите происходит перфорация стенки желчного пузыря в отграниченную свежими фибринозными наложениями полость, развивается осумкованный перитонит (подпеченочный или перивезикальный абсцесс). Обычно при этом появляется высокая лихорадка, зачастую при­обретающая гектический характер, а в области правого подребе­рья формируется плотный, болезненный, отчетливо пальпируе­мый инфильтрат. При распространении инфекции на правое поддиафрагмалыюе пространство возникает поддиафрагмальный абсцесс, для которого, помимо лихорадки и явлений гнойной ин­токсикации, характерны боли в нижней части правой половины груди, мешающие сделать глубокий вдох, высокое стояние право­го купола диафрагмы и реактивный выпот в правой плевральной полости.

Если же происходит перфорация желчного пузыря в свобод­ную брюшную полость - наблюдается картина разлитого гной­ного перитонита, в большинстве случаев текущего несколько бо­лее торпидно, чем при перфорации желудка, кишечника или червеобразного отростка.

Течение острого холецистита в случаях, когда больной на вы­соте его развития не подвергается неотложному оперативному вмешательству, может быть относительно благоприятным. Под воздействием консервативного лечения острое инфекционное воспаление стихает, и симптомы исчезают на протяжении одной или двух недель. Однако полное излечение от острого калькулезного холецистита, нередко являющегося первым проявлени­ем ЖКБ, обычно не наблюдается, поскольку камни в желчном пузыре, как правило, остаются и, более того, после перенесенно­го острого процесса в стенках пузыря, в области его шейки и пузырного протока возникают рубцовые изменения, способству­ющие сморщиванию пузыря, стенозированию протока, фиксации имеющихся конкрементов и вторичному камнеобразованию. Все это является патологическим субстратом уже хронического ин­фекционного процесса в пузыре, то есть хронического холеци­стита.

В случае неэффективности или недостаточности консерватив­ного лечения острого холецистита и неблагоприятном его тече­нии может наступить перфорация омертвевшей стенки пузыря с развитием осумкованного или разлитого перитонита, который может закончиться неблагоприятно. Впрочем, по мнению мно­гих авторитетных специалистов, опасность такого исхода при остром холецистите нередко преувеличивается и в этом отно­шении острый холецистит значительно менее опасен, чем острый аппендицит.

Хронический калькулезный холецистит является типичным и чрезвычайно частым осложнением и проявлением желчнока­менной болезни. Клинические признаки могут существенно ва­рьировать как по характеру, так и по тяжести. Главной жалобой больных являются тупые ноющие боли в правом подреберье с иррадиацией преимущественно в правую лопатку, отличающиеся различной степенью интенсивности. Одних больных эти боли беспокоят только после погрешностей в диете, других - более или менее постоянно. По рекомендации гастроэнтерологов или по собственному опыту больные ограничивают прием жирной, жареной, мясной пищи, вынуждены принимать спазмолитические средства типа белладонны, папаверина или эуфиллина, часто не расстаются с грелкой, даже во время работы. Иногда больные многократно, без большого успеха лечатся на курортах минераль­ными водами, хотя во многих случаях такое лечение на несколь­ко месяцев ослабляет проявления болезни и увеличивает про­должительность ремиссий. Обострения хронического холецистита клинически мало отличаются от описанной выше картины остро­го холецистита, а при отсутствии холедохолитиаза и длительном течении заболевания редко сопровождаются перфорацией пузы­ря и разлитым перитонитом из-за резкого утолщения пузырной стенки и образования вокруг пузыря фиброзных сращений с со­седними органами. После применения консервативных мер на­ступает ремиссия, однако в дальнейшем заболевание продолжа­ется, оказывая существенное отрицательное влияние на качество жизни и работоспособность.

При объективном исследовании больных хроническим калькулезным холециститом в фазе ремиссии часто отмечается избы­точная масса тела, а иногда - субиктеричность склер и/или желтоватый цвет кожных покровов. При пальпации живота во многих случаях выявляется провоцируемая болезненность раз­личной интенсивности в правой подреберной области по среднеключичной линии. Желчный пузырь пропальпировать не удает­ся, так как у многих больных он сморщивается и уходит под край печени. Только при двух формах хронического калькулезного холецистита (водянке и эмпиеме) размеры пузыря суще­ственно увеличиваются, и он может отчетливо пальпироваться через переднюю брюшную стенку, причем дно пузыря вследствие увеличения его длины иногда смещается латерально и книзу, до­стигая точки пересечения передней аксиллярной и пупочной ли­ний. При хронической эмпиеме блокированного шеечным кам­нем пузыря последний может быть умеренно болезнен, что, однако, не сопровождается признаками раздражения брюшины. При водянке желчного пузыря его размеры иногда бывают очень большими и даже гигантскими. Хирурги начала XX века описали водянку пузыря с содержанием в его полости 24 литров (!) жид­кости, не окрашенной желчью, что в наше время выглядит почти фантастическим. Увеличенный пузырь, пальпируемый при его водянке, чаще всего безболезнен, а обострения инфекционного процесса наблюдаются редко.

Формирование при хроническом калькулезном холецистите холецисто-энтеральных свищей чаще всего происходит практи­чески бессимптомно. Мелкие камни могут отходить из пузыря в кишечник и выделяться с калом незаметно для больного, более крупные обычно замечаются больным или персоналом. Извест­ны случаи, когда в результате освобождения через свищ от кам­ней блокированного пузыря и его рубцового сморщивания тече­ние ЖКБ становилось более благоприятным и при отсутствии холедохолитиаза наступает нечто вроде самоизлечения. Если формируется свищ между пузырем и печеночным изгибом обо­дочной кишки, а блокада пузырного протока исчезла после отхождения камня, блокировавшего шейку пузыря, через внутрен­ний свищ, то возникает сообщение между толстой кишкой и гепатикохоледохом, что ведет к развитию и поддержанию тяже­лого гнойного холангита.

Осложнение желчнокаменной болезни холедохолитиазом чаще всего характеризуется присоединением к клиническим проявле­ниям хронического холецистита двух синдромов: синдрома на­рушения оттока желчи из печени в двенадцатиперстную кишку и синдрома восходящего холангита, которые часто сочетаются друг с другом. Это означает наступление нового, более тяжелого этапа в течение желчнокаменной болезни.

Основным проявлением нарушения оттока желчи в двенадца­типерстную кишку и возникновения желчной гипертензии явля­ется обтурационная желтуха, связанная с закупоркой конкре­ментом терминального отдела холедоха и/или большого дуоде­нального сосочка. Для того, чтобы возник обтурационный холестаз, нарушение оттока из холедоха должно быть полным или почти полным, поскольку считают, что стабильно функциониру­ющий просвет площадью всего около одного квадратного милли­метра способен обеспечить адекватную эвакуацию желчи в две­надцатиперстную кишку.

Первым, хотя и не вполне постоянным клиническим призна­ком холестаза, часто предшествующим изменению цвета склер и кожных покровов, является мучительный кожный зуд, связан­ный, как полагают, с действием на кожу повышенного содержа­ния в крови солей желчных кислот и объективно подтверждае­мый наличием расчесов на теле больного. При нарастании билирубинемии выше 50 мкмоль/л появляется субиктеричность склер и нарастающая желтушность кожных покровов. При про­должающемся нарастании желтухи кожа приобретает зеленова­тую окраску. Следует помнить, что начальное изменение цвета кожи видно лишь при достаточном дневном освещении. Одно­временно нарастает потемнение мочи и кал становится ахоличным, то есть необычно светлым. Характерным для обтурационной желтухи, связанной с Ж КБ, является ее перемежающийся характер. Обычно это связывают с так называемым вентильным камнем, который, меняя свое положение, периодически приотк­рывает просвет протока, хотя возможно и проталкивание камня давлением желчи в двенадцатиперстную кишку и замена его дру­гим обтурирующим камнем, изменение тонуса сфинктера Одди, в области которого располагается место обтурации, изменение вы­раженности воспалительного отека слизистой оболочки протока и фатерова сосочка.

При обтурационной желтухе отмечается застойное увеличе­ние печени, край которой выступает из-под реберной дуги и ста­новится умеренно болезненным. В случае длительной обтурации (более 3 нед) из-за нарушения функции печени, в которой синтезируются основные факторы свертывания крови, может возник­нуть геморрагический синдром.

При биохимическом исследовании сыворотки крови отмеча­ются нарастающая билирубинемия, с преобладанием прямого (конъюгированного) билирубина, повышение уровня щелочной фосфатазы, уменьшение альбумино-глобулинового коэффициен­та, снижение уровня фибриногена и другие изменения. Билиру­бинемия при обтурационной желтухе, связанной с ЖКБ, обычно не достигает предельно высоких цифр, наблюдающихся при опу­холевых обструкциях холедоха, и редко превышает уровень 80-120 мкмоль/л.

Признаками осложняющего холедохолитиаз холангита явля­ются, как правило, гектическая лихорадка, озноб, другие призна­ки гнойной интоксикации; умеренная желтушность кожных по­кровов, связанная преимущественно с развитием билиарного гепатита (желтуха паренхиматозного типа); пальпаторно опре­деляемые увеличение и болезненность печени. В крови выявля­ются лейкоцитоз со сдвигом нейтрофильной формулы влево, зна­чительное увеличение СОЭ и другие острофазовые изменения, умеренная билирубинемия с преобладанием непрямой (неконъюгированной) фракции. Возникновение холангиогенных абсцес­сов печени распознают с помощью УЗИ и/или КТ.

Определенный интерес представляет связь желчнокаменной болезни с коронарными сосудами, на которую обратил внимание еще крупнейший русский терапевт XIX века СП. Боткин, сам страдавший приступами желчной колики и обративший внима­ние на совпадение этих приступов с приступами стенокадии («грудной жабы»), как у себя самого, так и у наблюдавшихся им больных. Сам Боткин скоропостижно умер в возрасте 57 лет, по-видимому, от острой коронарной недостаточности, возможно спро­воцированной обострением ЖКБ. Некоторые авторы и в настоя­щее время выделяют коронарную и сердечную форму ЖКБ, хотя возможно сочетание ЖКБ и атеросклеротических и коронарных окклюзии у пожилых больных или иррадиация острых болей, связанных с желчной коликой, в область сердца. В литературе имеются также сообщения о различных формах аритмий сердца, связанных с желчнокаменной болезнью и имеющих, по всей ве­роятности, рефлекторное происхождение. Все это также можно отнести к осложнениям ЖКБ.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Альперович Б. И. Хирургия печени и желчных путей. —Томск, 1997.
2. Гальперин Э. И., Кузовлев Н. Ф., Карангюлян С. Р. Рубцовые стриктуры желчных протоков. — М.: Медицина,1982.
3. Гепатобилиарная хирургия. Руководство для врачей / Под ред. Н. А. Майстренко, А. И. Нечая. — СПб: Специальная литература, 2002.
4. Королев Б. А., Пиковский Д. Л. Экстренная хирургия желчных путей. — М.: Медицина, 2000.
5. Напалков П. Н., Учваткин В. Г., Артемьева Н. Н. Сви­щи желчных путей. — Л.: Медицина, 1976.
6. Напалков П. Н., Артемьева Н. Н., Качурин В. С. Плас­тика терминального отдела желчного и панкреатического прото­ков. - Д.: Медицина, 1980.
7. Родионов В. В., Филомонов М. И., Могучее В. М. Каль- Кулезный холецистит (осложненный механической желтухой). —М.: Медицина, 2001.