Желчнокаменная Болезнь

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) — заболевание, обусловленное образованием камней в желчном пузыре или желчных протоках, а также возможным нарушением проходимости протоков вследствие закупорки камнем. По данным Л.Глоуцала, в Европе и Америке в возрасте старше 50 лет ЖКБ страдают около 1/3 женщин и около 1/4 мужчин. Вырисовывается явная связь распространенности с полом. Существуют до сих пор необъяснимые различия частоты ЖКБ: в Ирландии ЖКБ в среднем имеется у 5%, а в Швеции - у 38% жителей.

Этиология. Застой желчи, рост концентрации солей желчи. Застою желчи способствуют беременность, сидячий образ жизни, гипомоторная дискинезия желчных путей, бедная жирами пища. Важным фактором является воспаление, воспалительный экссудат содержит большое количество белка и соли кальция. Белок может стать ядром камня а кальций, соединяясь билирубином, формирует окончательный вид камня,

**Патогенез.**

Различают 4 типа конкрементов:

1. холестериновые камни, содержащие около 95% холестерина и немного билирубиновой извести;
2. пигментные конкременты, состоя-щие в основном из билирубиновой известа, холестерина в них менее 30%;
3. смешанные, холестерино-пигментно-известко-ые камни,

4) известковые камни, содержащие до 50% карбона-та кальция и немного других составных частей.

ЖКБ - симптомо комплекс, включающий не только образование камней, сколько наличие типичной желчной колики, то патогенез последней — это продвижение камня, спазм и обтурация желчных путей. Камни, расположенные в области дна и тела желчного пузыря, обычно клинически не проявляются, т.е. являются «немыми»-25—35% лиц обоего пола после 65лет являются такими «носителями».

**Клиническая картина.**

Желчная колика - синдром, ха-рактеризующийся внезапно возникшими острыми болями в правом подреберье, иррадиирующими в правую ключицу, в правую руку, в спину, сопровождающиеся тошнютой, рвотой. В рвотных массах может быть желчь, отсюда ощущение резчайшей горечи во рту. При продолжительных болях и при обструкции развива-ется зуд кожи и несколько позже появляется желтушность. Возможны симптомы раздражения брюшины.

При закупорке пузырного протока возможно формирование воспалительного процесса, водянки желчного пузыря. При наличии воспаления могут развитьсл холангит, холангиогепатит, при неполной обтурапии — вторичный билиарнкй цирроз печени. При задержке камня в общем желчном протоке возможна обструкция и панкреатического протока с формированием острого панкреатита, в том числе связанного и с забросом желчи в ПЖ.

При обследовании больного можно обнаружить увеличенный желчный пузырь, но он может быть и сморщенным, содержимого в нем может практически »е быть. Как правило, у таких больных увеличена печень, она мягкая, болезненная при пальпации.

Характерны ряд симптомов. *Симптом Ортнера:* болезненность при поколачквании по краю правой реберной дуги. *Симптом Мерфи:* усиление болей при надавливании на брюшную стенку в проекции желчного пузыря во время глубокого вдоха. *Симптом Кера:* то же при пальпации в точке желчного пузыря (в углу, образованном реберной дугой и краем прямой мышцы живота.). *Симптом Захарьина:* то же при поколачивании в точке пересечения правой прямой мышцы живота с реберной дугой. *Симптом* Мюсси: болезненность при надавливании между ножками правой грудиноключично-сосцевидной мышцы (френикус-симптом обусловлен иррадиацией болей по диафрагмальному нерву, участвующему в иннервации капсулы печени и желчного пузыря). *Симптом Бекмана:* болезненность в правой надорбитальной зоне. *Симптом Йоша:* то же в затылочной точке справа. *Симптом Мэйо - Робсона:* болезненность при надавливании в области костовертебрального угла.

**Диагностика.**

ЖКБ. Камни выявляются рентгенологическим и ультразвуковым методами исследования. Используются холецистография, внутривенная холеграфия, радионуклидное сканирование желчного пузыря.

При подозрении на опухоль, при механической желтухе неясного генеза, сопутствующем поражении печени - фибродуаденопанкреатохолангиография, лапароскопия и лапароскопическая холецистохолангиография. Лабораторные тесты: высокий уровень билирубина, увеличение содержания желчных кислот, признаки воспалительного процесса в крови. При полной закупорке общего желчного протока уробилина в моче нет, возможно резкое увеличение выделения желчных кислот.

**Лечение ЖКБ.**

Большая часть больных подвергаются хи-рургическому вмешательству. Консервативное лечение направлено на растворение камней. Для этого используют препараты, содержащие хено - или уродезоксихолевую кислоту. Хе-нодезоксихолевая кислота (хенофалк, хенодиол, хенохол, урзофал). Начальная доза 750 - 1000 - 1500 мт (в зависимости от массы тела) в сутки. Курс лечения колеблется от 4—6 мес. до 2 лет.

Комбиниоованный препарат - литофальк, 1 таблетка содержит по 250 мг уродезоксихолевой и хенодезоксихолевой кислот,

Назначается по 2-3таблетки в сутки.

Другие методы. Ровахол, состоящий из 6 цикличесхих мо-нотерпенов (метол, менте л, пинек, бонеол, камфен и цинеол) в оливковом масле. Назначается по 1 капсуле на 10 кг массы тела в день. Длительность лечения такая же, как и желчными кислотами, Лекарственные средства растительного происхождения: препараты бессмертника песчаного, пижмы обыкновенной, мяты перечной, кукурузные рыльца и др. Литогенность желчи уменьшается при приеме фенобарбитала или зиксорина (300— 400 мг/сут. 3—7 нед.).

Для профилактики образования новых камней рекомендуется ограничение энергетической ценности пищи., потребления холестеринсодержащих продуктов (жир, яйца), назначение растительной клетчатки, пшеничных отрубей, овощей.