

15. ТЕМА: "БОЛЕЗНИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ"

Желчно-каменная болезнь (ЖКБ) — полиэтиологическое заболевание, характеризующееся образованием камней в желчевыводящих путях (холецистолитиаз, холедохолитиаз).

Клиника.

В клинике ЖКБ выделяют латентную, диспепсическую, болевую торпидную и болевую приступообразную форму.

Латентная форма ЖКБ не сопровождается клиническими проявлениями, то есть холелитиаз протекает бессимптомно. Течение ее продолжительно.

Диспепсическая форма ЖКБ характеризуется диспепсическими расстройствами (чувство тяжести в эпигастрии и правом подреберье, изжога, отрыжка воздухом, неустойчивый стул, вздутие живота, непереносимость острой и жирной пищи, ощущение горечи во рту), которые могут отмечаться периодически. Иногда обнаруживаются болевые точки в правом подреберье.

Болевая торпидная форма ЖКБ протекает без интенсивных болевых приступов. Отмечаются ноющие тупые боли в эпигастрии, правом и левом подреберье, чувство тяжести у правого реберного края..

Болевая приступообразная форма ЖКБ (желчная колика). Характеризуется развитием тяжелых приступов желчной колики. Возникает интенсивная боль колющего, режущего или раздирающего характера в правом подреберье, в области проекции желчного пузыря (точка Кера). Провоцируют приступ погрешности в диете, алкоголь, физический и эмоциональный стресс. Боли иррадиируют под правую лопатку, в надключичную область и ключицу, в правое плечо, область шеи, челюсть, за грудину, имитируя приступ стенокардии. Нередко приступ сопровождается тошнотой, рвотой, вздутием живота.

Физикальные симптомы: пальпаторно выявляются болевые точки в области правого подреберья, плечевой зоне, в области лопаточного угла, в паравертебральных точках справа от VIII-IX грудного позвонка, вздутие живота, напряжение мышц брюшной стенки; положительный симптом Ортнера; Кера, Мюсси, Мерфи; субфебрильная температура, субиктеричность и иктеричность слизистых оболочек, склер и кожных покровов, потемнение мочи.

Осложнения ЖКБ:

- закупорка шейки желчного пузыря и пузырного протока;
- водянка желчного пузыря;
- эмпиема желчного пузыря (появляется озноб, сильная лихорадка, боли в правом подреберье, нейтрофильный лейкоцитоз, повышение СОЭ);
- сморщивание и атрофия желчного пузыря (при закупорке входа в желчный пузырь);
- закупорка общего желчного протока (сопровождается резчайшим приступом желчной колики и развитием механической желтухи, гепатомегалии, холангита, холангиогепатита, билиарного цирроза печени, печеночно-почечной недостаточности);
- перфорация желчного пузыря, желчный перитонит, панкреонекроз;
- холангит;
- рак желчного пузыря;

Лечение больных с ЖКБ.

Проводится фармакологическая терапия, направленная на растворение камней, а также дробление камней, оперативное лечение путем лапаротомии и через лапароскоп.

ЖКБ при наличии рецидивирующих приступов желчной колики, острого холецистита и их осложнений подлежит хирургическому лечению.

Купирование желчной колики:

- спазмолитические и наркотические средства: 0,5-1 мл 0,1% раствора атропина сульфата или 1 мл 0,2% раствора платифиллина подкожно; 2 мл 2% раствора папаверина; 2-4 мл раствора но-шпы; 1-5мл баралгина; 1-2 мл 1% раствора промедола или 1 мл 2% раствора пантопона внутримышечно или внутривенно;
- холод или умеренное тепло на живот;
- внутривенное капельное введение смеси: 2 мл 50% раствора но-шпы; 2 мл 50% раствора анальгина; 1 мл 0,2% раствора платифиллина; 1 мл 1% раствора димедрола; 5 мл 0,25% раствора новокаина; 2 мл дроперидола; 0,5 мл 0,1% раствора атропина, 100 мл изотонического раствора натрия хлорида;
- двусторонняя паранефральная блокада.

При бессимптомной и диспепсической формах ЖКБ, в межприступный период болевой формы проводится консервативное лечение: подвижный образ жизни, ходьба, ЛФК, применение сбалансированной диеты, частый прием пищи (4-5 раз/сут), диета №5, 5а. Вне приступов применяют Эссендуки №4 и №17, Смирновскую, Славянскую, Сульфатный нарзан (Кисловодск), Нафтуся №1 (Трускавец) по 100-200 мл в теплом виде 3 раза в день за 30-60 минут до еды в течение 10-30 дней.

Некоторым больным могут быть рекомендованы желчегонные препараты (кукурузные рыльца, мята, плоды шиповника, семена укропа и другие).

ХРОНИЧЕСКИЙ ХОЛЕЦИСТИТ

ХХ — воспалительное заболевание желчного пузыря (ЖП) преимущественно в области шейки с нарушением циркуляции желчи продолжительностью более 6 месяцев.

ХХ подразделяют на калькулезный и бескаменный. Бескаменный ХХ (20-30%) встречается в молодом возрасте, калькулезный (60-70%) в среднем и пожилом.

ХРОНИЧЕСКИЙ ХОЛЕЦИСТИТ БЕСКАМЕННЫЙ

I. Типичная форма (около 70%).

Характеристика болевого синдрома: монотонная тупая боль в правом подреберье, иррадиирующая в правую лопатку, правый плечевой сустав, правую надключичную область, усиливающаяся после обильной еды, жирной пищи, холодных шипучих напитков, тряской езды, поднятия тяжестей, при длительном положении сидя, сочетающаяся с изжогой, тошнотой, отрыжкой воздухом и пищей монотонного характера.

II. Атипичные формы (около 30%):

кардиалгическая — длительные тупые боли в предсердной области после обильной еды, в положении лежа, сочетающиеся с аритмией (экстрасистолией), усилением и инверсией зубца Т;

эзофагическая — упорная изжога, сочетающаяся с тупой болью за грудиной, ощущение кола за грудиной после еды, легкое затруднение при прохождении пищи по пищеводу (легкая непостоянная дисфагия);

кишечная — вздутие живота, боль по всему животу, склонность к запорам.

Пальпаторно при положении лежа и стоя, а также при поколачивании в области желчного пузыря отмечается (у 70-80%) локальная болезненность, край печени выступает из-под реберной дуги на 1-2 см.

Анализ крови и мочи без особенностей. Дуоденальное зондирование диагностического значения не имеет.

Пероральная холецистография и внутривенная холеграфия выявляет деформации в области шейки пузыря и пузырного протока, изменение конфигурации пузыря (шарообразная форма), увеличение его размеров, приобретение свойств с «большим фруктом на тонкой ножке», а пузырного протока — с «нитью мелкого жемчуга».

УЗИ позволяет описать изменения шеечного отдела пузыря, утолщение и деформацию стенок желчного пузыря.

КАЛЬКУЛЕЗНЫЙ ХРОНИЧЕСКИЙ ХОЛЕЦИСТИТ

Монотонная тупая боль в правом подреберье и эпигастрии (у 50% больных), у другой половины наблюдаются приступы острой боли. У части больных (10-20%) умеренное увеличение СОЭ, количества лейкоцитов. Отсутствие порции В лишь допускает возможность блокады пузыря.

УЗИ — основной диагностический метод в выявлении камней желчного пузыря.

Холецистография и внутривенная холеграфия характеризуются ограниченными диагностическими возможностями и достоверное обнаружение камней колеблется в пределах 30-70%. При холелитиазе исследуют диаметр общего желчного протока (в норме 0,8 см и менее).

Лечение бескаменного ХХ в стадии обострения.

Диета №5 с нормальным соотношением белков и углеводов, жиров около 80 г, в том числе 30 г растительных. 4-5-разовое питание. При выраженном болевом синдроме и перихолецистите - ампиокс по 0,75 - 4 раза/день, курс 8-12 дней; солкосерил по 2 мл/день, курс 12-20 дней; 50% раствор анальгина по 2 мл внутримышечно; 2 мл 2% раствора но-шпы; холесекретирующие и холецистокинетические средства (фламин по 1 таблетке 3 раза/день, курс 3-4 недели; бисульфат берберина по 1 таблетке 3 раза/день 2-4 недели; никодин по 1-2 таблетке 3 раза/день 2-3 недели).

Оперативное лечение калькулезного ХХ.

Показания: сахарный диабет, гемолитическая анемия, ферментопатическая гипербилирубинемия, размеры камней более 2 см, наличие обызвествлений в стенке пузыря.

Консервативное лечение калькулезного ХХ (стадия обострения).

Тактика терапевта: полупостельный режим, диета та же, лекарственная терапия та же, ис-

ключая холеретические и холецистокинетические средства. Следует своевременно передать больного на лечение хирургуванию пролежня в стенке пузыря.

Литолитическая терапия применяется у больных, которым противопоказано оперативное лечение (ИБС, церебральный атеросклероз, НК, ДН и др.).

ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ (ДЖП)

ДЖП - нарушение тонуса и сократимости желчных протоков с расстройством оттока желчи из желчного пузыря и желчного протока в двенадцатиперстную кишку.

Эпидемиология. ДЖП болеют в основном женщины. Отмечается связь между менструальным циклом и развитием проявлений ДЖП. Болеют лица молодого возраста. Классификация ДЖП

По этиологии: первичные и вторичные.

По характеру нарушения моторики:

- **гипертоническая форма** с гипертонией желчного пузыря, пузырного протока и спазмом сфинктера Одди;

- **гипотоническая форма** с гипотонией желчного пузыря и недостаточностью сфинктера Одди.

Этиология. ДЖП обусловлена нарушением последовательности сокращения и расслабления желчных путей и сфинктеров.

Клиника.

Гипертоническая форма ДЖП характеризуется приступообразными болями в правом подреберье и правой половине живота в результате погрешностей в диете и психоэмоционального напряжения.

Боли появляются через 1 час после еды, могут иррадиировать под правую лопатку, правое плечо и в область сердца. Боли сопровождаются тошнотой, рвотой, запорами, гипотензией, сердцебиением, раздражительностью, нарушением сна, потливостью, головными болями, пилороспазмом, дуоденостазом, дискинезией толстой кишки. Пальпаторно отмечается болезненность в области желчного пузыря. Следует отметить, что у больных отсутствует воспалительный синдром (лихорадка, повышение СОЭ, лейкоцитоз).

Гипотоническая форма ДЖП сопровождается постоянной тупой ноющей болью в правом подреберье, усиливающейся при приеме пищи и стрессе, снижением аппетита, отрыжкой воздухом, тошнотой, горечью во рту, вздутием живота, запором. При пальпации отмечается умеренная болезненность в области желчного пузыря.

УЗИ-диагностика позволяет обнаружить нарушения гомогенности желчи, описать состояние желчного пузыря и крупных желчных протоков, определить функциональную способность желчного пузыря (объем, сократимость после желчегонного завтрака (в норме до 40%), размеры, толщину стенки, форму и его тонус).

Рентгенодиагностика включает: *холецистографию* (пероральное введение холевида, йодогноста, билитраста) и проведение исследования до и после желчегонного завтрака. Для проведения *холангиографии* внутривенно вводят билигност и делают снимки через 15, 30 и 45 мин, что позволяет выявить расширение внутри- и внепеченочных желчных протоков и нарушение сократительной функции желчного пузыря.

Лабораторная диагностика

Позволяет выявить нарушения моторной функции желчевыводящих путей. С этой целью производят **фракционное дуоденальное зондирование.**

Лечение проводится амбулаторно. **Диетический режим** характеризуется:

- прием пищи до 4-х раз/день;

- при снижении массы тела энергетическая емкость пищи должна превышать 3000ккал/сут;

- исключение из пищевого рациона острых, соленых, копченых и жареных блюд;

- при гипертонической форме дискинезии исключают из диеты жареные мясные продукты, растительное масло, пиво, газированные напитки;

- при гипотонической дискинезии рекомендуют стимуляторы сокращения желчного пузыря (морковь, капусту, помидоры, яблоки, растительные и животные жиры, отруби, гречиха и др.).

Лекарственная терапия определяется формой дискинезии.

Гипертоническая форма ДЖП - показано применение следующих средств.

Спазмолитики:

- **платифиллин** 1 мл 0,2% раствора 2 раза в сут. внутримышечно или подкожно;
- **атропин** 0,1% раствор 1 мл 2 раза/сут;
- **но-шпа** - 2 мл раствора внутримышечно или подкожно, или 0,04 г внутрь 2-3 раза/сут.;

Холеретики:

- **аллохол** по 1 таб. 3 раза/день после еды;
- **отвар кукурузных рыльцев** — 10 г на 200 мл воды, принимают по 0,25 стакана 3-4 раза/день за 15 мин до еды;
- **настой мяты** 5 г/200 мл воды по 0,5 стакана 2-3 раза/день;
- **отвар плодов шиповника** 10 г на 200 мл воды, принимают по 1/3 стакана 2-3 раза/день перед едой;
- **отвар и настой зверобоя** 5 г/200 мл воды, принимают по 1/3 стакана 2-3 раза/день за 15 мин до еды.

Гипотоническая дискинезия.

Применяют средства, повышающие тонус и сократимость желчного пузыря и релаксирующие сфинктеры Люблинса и Одди:

- **настойка лимонника** по 20-25 кап. 2-3 раза/день за 30 мин до еды;
- **пантокрин** по 30 кап. 2-3 раза/день за 30 мин до еды;
- **настойка стрихнина** по 5-10 кап. 2-3 раза/день за 30 мин до еды;

Минеральные воды.

При гипертонической дискинезии - нарзан, нафтуса, смирновская, эссендуки № 4, 20 по 1/2 стакана 3-4 раза/день в подогретом виде;

При гипотонической дискинезии - арзни, эссендуки № 17, мор-шинская в холодном виде по 1/2 стакана 3-4 раза/день.

Назначаются дробажи с Карловарской солью (25 г/200 мл воды) 1 раз в неделю, магнием сульфатом, ксилитом, сорбитом.

Физиотерапия

Заболевания органов пищеварения и беременность

Во время беременности многочисленные изменения обмена веществ нейроэндокринной и иммунной систем приводят к особенностям функционирования органов пищеварительной системы. Снижаются двигательная и секреторная активность желудка, кишечника, гепатобилиарной системы. В связи с этим повышаются факторы риска обострения многих хронических процессов в органах пищеварения или возникновения новых заболеваний. Своеобразие клинического течения и само состояние беременности нередко приводят к запоздалой диагностике заболеваний пищеварительной системы и недооценке их негативного влияния на состояние и развитие плода. Диагностика затруднена и по причине ограничений в применении методов исследования у женщин во время беременности. Наибольшую значимость по влиянию на плод, частоте и особенностям клинического течения представляют болезни печени, желудка и кишечника.

Заболевания печени и беременность

Обострение хронических и появление острых заболеваний печени у женщин во время беременности имеют свои особенности, обусловленные изменениями в гепатобилиарной и других системах в этот период.

Функциональное состояние печени даже при физиологической беременности находится в высоком напряжении. Это связано с обезвреживанием продуктов жизнедеятельности не только матери, но и плода, инактивацией гормонов плаценты и фетоплацентарной системы, концентрация которых во время беременности значительно возрастает. Ряд изменений при беременности возникает и в желчевыводящих путях. Они обусловлены как механическими (повышение внутрибрюшного давления, уменьшение экскурсии диафрагмы), так и нейроэндокринными (снижение тонуса и моторики желчного пузыря и желчевыводящих путей, повышение проницаемости желчных протоков, снижение уровня желчных кислот, фосфолипидов, холестерина и повыше-

ние вязкости желчи) факторами. Все это способствует холестазу и холелитиазу. Поэтому при беременности имеются условия как для развития острых заболеваний гепатобилиарной системы (дискинезия желчевыводящих путей, холецистит, холелитиаз), так и обострения хронических с различными осложнениями (холестатический гепатоз, острый жировой гепатоз, ОПГ-гестоз).

Все заболевания печени, встречающиеся у беременных, можно разделить на ассоциированные с беременностью (встречающиеся только при беременности) и неспецифические для беременности. Последние могли иметь место до беременности или возникнуть впервые в течение беременности. К ним относятся вирусные гепатиты, острый и хронический холециститы, желчнокаменная болезнь, дискинезии желчных путей.

Диспансеризация беременных с хроническим холециститом проводится терапевтом женской консультации и акушером-гинекологом. Профилактика обострения хронического холецистита сводится к выполнению всего комплекса гигиены и диететики беременных, частому и дробному питанию с достаточным количеством белка, витаминов и растительной клетчатки, своевременному лечению заболеваний желудка, кишечника, санации очагов инфекции и глистной инвазии, санаторно-курортному лечению в первой половине беременности в местных санаториях (Криница, Бобруйск, Нарочь).

У 90% беременных **острый холецистит** сочетается с закупоркой пузырного протока камнями. В таких случаях развивается механическая желтуха (желтушность кожи, склер, обесцвечивание кала, темная моча, появление уробилина в моче, увеличение прямого билирубина). Выраженность желтухи зависит от степени обструкции пузырного протока. Живот несколько вздут, болезненный, напряженный в правом подреберье, участие его в акте дыхания ограничено. Отмечаются положительные симптомы Щеткина-Блюмберга, Ортнера, Кера, Мерфи, Георгиевского - Мюсси, пальпируется болезненный напряженный желчный пузырь или образование без четких контуров (инфильтрат), слегка увеличенная печень. К 3-4-му дню заболевания к желчному пузырю могут припаяться кишечник, сальник, образуется воспалительный инфильтрат, который может рассосаться, нагноиться и перфорировать в брюшную полость.

В конце II и III триместре беременная матка прикрывает желчный пузырь, в связи с чем напряжение, вздутие живота, синдром Щеткина - Блюмберга, как и желчнопузырные симптомы, могут быть стертыми, а возможность отграничения воспалительного процесса, образования инфильтрата при деструктивных формах холецистита ограничена. Нарастают лейкоцитоз, нейтрофилез, ускоряется СОЭ. В воспалительный процесс часто вовлекается матка. Вследствие ее воспаления рефлекторно возникают маточные сокращения (схваткообразные боли и повышенный тонус). Это затрудняет постановку диагноза, либо ставится ошибочный диагноз - угрожающие преждевременные роды, выкидыш.

Течение беременности после острого холецистита отягощается невынашиванием, анемией, хронической гипоксией плода.

Диагноз ставится на основании клинической картины, УЗИ, лабораторных данных.

Для лечения беременная подлежит госпитализации в хирургический стационар. Чаще всего приступы желчной колики при калькулёзном холецистите возникают во II и III триместрах, в ряде случаев при беременности впервые проявляется скрытый холелитиаз. Частота и интенсивность приступов различны. Приступ желчной колики развивается обычно вечером или ночью, после погрешности в диете, волнения, интенсивного шевеления плода. Появляются внезапные сильные боли в правом подреберье (иррадиирующие в правое плечо, лопатку, шею, ключицу), тошнота, иногда рвота, продолжающиеся от нескольких минут до 10-12 ч, сменяющиеся затишьем. Интенсивность и частота приступов различны — от единичных кратковременных до часто повторяющихся и затяжных. Во время приступа живот умеренно вздут, напряженный, болезненный, отмечаются положительные желчнопузырные симптомы. Может пальпироваться увеличенный желчный пузырь. В большие сроки беременности вздутие и напряжение живота могут отсутствовать из-за беременной матки. Иногда приступ сопровождается кратковременной желтухой, потемнением мочи, обесцвечиванием фекалий. При наложении инфекции развивается острый катаральный или деструктивный холецистит, при обтурации пузырного протока — механическая желтуха.

Осложнения беременности при желчнокаменной болезни такие же, как и при хроническом холецистите.

Диагноз холелитиаза у беременных ставится на основании клинических, лабораторных и эхографических данных.

Для лечения беременные подлежат госпитализации в хирургическое отделение. Приступ желчной колики снимается спазмолитическими (*но-шпа, папаверин*) и анальгетическими (*баралгин*) средствами. Назначается диета № 5, пища, обогащенная солями магния, растительной клетчаткой. По показаниям применяют антибиотики. Метод экстракорпоральной ударно-волновой липотрипсии, препараты хенодезоксихолевой и урсо-дезоксихолевой кислот, растворяющих желчные камни, беременным противопоказаны. При повторяющихся тяжелых приступах, вовлечении в процесс поджелудочной железы, обтурационной желтухе необходимо оперативное лечение. В III триместре беременности лучше произвести предварительное родоразрешение.

В межприступный период беременным проводится консервативная терапия: устранение нарушений моторной функции желчных пузыря и протоков, улучшение оттока желчи, купирование воспалительного процесса, лечебное питание, желчегонные (с ограничением холецистокинетиков), спазмолитические, болеутоляющие средства.

16. ТЕМА: "ХРОНИЧЕСКИЕ ГЕПАТИТЫ. ЦИРРОЗЫ ПЕЧЕНИ".

Гепатит хронический — полиэтиологический диффузный воспалительный процесс в печени, который характеризуется поражением ее клеток и разрастанием соединительной ткани без изменения дольковой структуры.

Хронический гепатит — одно из распространенных заболеваний печени у людей молодого трудоспособного возраста.

Классификация хронического гепатита

I. По этиологии:

1. Вирусный (В, ни А ни В).
2. Аутоиммунный.
3. Алкогольный.
4. Токсический.
5. Холестатический (престадия первичного билиарного цирроза).
6. Лекарственный.
7. Гепатит при болезни Вильсона—Коновалова.
8. Гепатит при недостаточности альфа-антитрипсина.
9. Реактивный.

II. По морфологии:

1. Активный (агрессивный); а) с умеренной агрессивностью; б) с резко выраженной агрессивностью; в) некротизирующая форма; г) с внутриспеченочным холестазом.
2. Персистирующий.

III. По фазе:

1. Обострения.
2. Ремиссии,

Причины. Причины развития гепатита самые разнообразные, часть хронических гепатитов развивается после перенесенных острых гепатитов. Так, острый гепатит А переходит в хронический у 1—2% больных, а гепатит В — у 8—9%, острый вирусный гепатит ни А ни В — у 40—60% больных.

хронический гепатит возникает в результате злоупотребления алкоголем, приемом медикаментозных веществ (антибиотики, антимаетаболиты, аминазин, стероиды, контрацептивные вещества), токсических веществ, нерационального питания (нехватка белков, витаминов), дефицита альфа-антитрипсина, генетической обусловленности и др.

Основные симптомы. Больные жалуются на неприятные ощущения в правом подреберье (чувство тяжести, ноющие боли), диспепсические расстройства (снижение аппетита), снижение трудоспособности, повышенную усталость. Иногда отмечаются периоды развития желтухи разной степени выраженности. В анамнезе перенесенный острый гепатит.