

ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ (ЖКБ)

ЖКБ является распространенным заболеванием. Чаще страдают лица старше 40 лет. Старше 70 лет — 30–40%, 10–25% всего населения страдают, чаще женщины.

Причины образования камней, основных 3:

1. Застой желчи.

2. Инфекция (восходящая — из двенадцатиперстной кишки, или нисходящая — гематогенным и лимфогенным путем) — у большинства больных желчь инфицирована, вследствие воспаления повреждается слизистая желчного пузыря, эпителий слушивается, что является основой для камней.

3. Нарушение обмена веществ — чаще при сахарном диабете, гемолитической анемии. В желчи составные части (холестерин, желчные кислоты) находятся в коллоидном состоянии, при нарушении обмена веществ составные части желчи выпадают в осадок.

Размеры камней — 1–2 см, 3–5 см — от мелких до крупных.

Состав — разный: билирубин, холестерин, кальций, может быть их сочетание или может что-то из них превалировать.

Форма — самая разная: круглые, продолговатые и т. д.

ЖКБ может протекать бессимптомно и может обнаруживаться случайно на операции или на вскрытии.

Чаще ЖКБ проявляется **печеночной коликой**.

Клиника печеночной колики

Ее причины:

1. Боли возникают после погрешности в пище, чаще жирной, острой пищи.
2. Физическая работа.
3. Трясая езда.
4. Психоэмоциональное напряжение.

Характер — боль носит интенсивный, постоянный, колющий, режущий, раздирающий характер.

Локализация боли — в правом подреберье.

Иррадиация боли — чаще в правую лопатку, в правое надплечье, в правую половину шеи.

Тошнота, частая рвота с желчью, не приносит облегчения.

Больные беспокойные, часто меняют положение тела, стараются найти удобное положение, при котором уменьшается боль, температура в норме, пульс 100 уд. в мин.

Язык влажный.

Живот:

1. Правая половина живота отстает в акте дыхания.
2. При пальпации болезненность в правом подреберье, но живот мягкий.
3. Симптомов раздражения брюшины нет.
4. Симптомы Мюсси — Георгиевского и Ортнера — Грекого положительные (см. «Острый холецистит»).

5. Лейкоциты в норме или незначительно повышены. Лечение: спазмолитики, паранефральная блокада. Продолжительность от нескольких минут до нескольких часов. После приступа больные здоровы, но ЖКБ может дать осложнения.

Осложнения:

1. Холедохолитиаз (камни в холедохе, чаще мелкие камни).
2. Холангит (воспаление общего желчного протока).
3. Холецистопанкреатит.
4. Водянка желчного пузыря.
5. Эмпиема желчного пузыря.
6. Острый холецистит.

Острый холецистит — воспаление желчного пузыря. Чаще страдают тучные женщины среднего и пожилого возраста, но и среди молодых встречается.

Причины:

1. Инфекция — восходящая (из двенадцатиперстной кишки) и нисходящая (гематогенным и лимфогенным путями).
2. Застой желчи — причины: камни желчного пузыря или в пузырном протоке; перегибы протока.
3. Нарушение кровообращения (при атеросклерозе).
4. Панкреатический сок — при рефлюксе — заброс в желчный пузырь.

Классификация:

1. **Калькулезный (каменный) и бескаменный**, причина бескаменных — чаще лямблии.
2. **По течению** — острый и хронический.
3. **Клинико-анатомическая классификация:**
 - катаральный;
 - флегмонозный;
 - перфоративный (прободной);
 - гангренозный.

Клиника — выделяют общие и местные симптомы.

Общие симптомы: боль появляется чаще после погрешности в пище, после жирной, острой, обильной пищи, чаще у тучных женщин.

Локализация — в правом подреберье.

Иррадиация — в правую лопатку, в правое надплечье, в правую половину шеи.

Характер боли — постоянный, колющий, усиливается при движениях.

Тошнота, рвота — многократная, не приносит облегчения, в начале заболевания желудочным содержимым, потом желчью.

Температура — 39–40°C, озноб, пульс 100–120 уд. в мин. **Лейкоцитов** — 10–22·10⁹/л, увеличение СОЭ, сдвиг формулы влево.

Может быть **желтуха** — склеры и кожа желтушные, особенно при закупорке холедоха, зуд кожи — на теле расчесы. Ахоличный кал (обесцвеченный кал, как глина), в крови увеличивается билирубин.

Живот:

1. При осмотре — вздутие живота умеренное в правом подреберье за счет пареза кишечника.
2. Щадит в акте дыхания правое подреберье.
3. При пальпации — живот болезнен и напряжен в правом подреберье.
4. Пальпируется инфильтрат или желчный пузырь в правом подреберье.
5. Симптом Щеткина — Блюмберга положительный.
6. Симптом Ортнера положительный (поколачивание ребром кисти по реберной дуге сперва слева, затем справа — боль справа).

7. Симптом Керра положительный (поколачивание одним пальцем в проекции желчного пузыря — болезненно).

8. Симптом Мерфи положительный (на правое подреберье кладем кисть и просим больного сделать глубокий вдох — боль при холецистите).

9. Симптом Мюсси — Георгиевского положительный (пальпируем между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы сперва слева, затем справа — боль справа).

У стариков острый холецистит может протекать стерто.

УЗИ — показывает наличие камней.

Лечение: больные с острым холециститом должны лечиться в хирургическом отделении. Если больной поступает с острым холециститом, осложненным перитонитом, его сразу оперируют. **Подготовка** к операции как экстренного больного. Если больной поступает с острым холециститом без перитонита, назначают консервативное лечение:

1. Покой.

2. Стол первые 2 дня — 0, потом 5а.

3. Спазмолитики — атропин, платифиллин.

4. Можно анальгетики ненаркотические, из наркотических только промедол, так как морфий усиливает спазм.

5. Антибиотики.

6. Дезинтоксикационная терапия — солевые растворы.

7. Паранефральная блокада.

Если в течение 72 ч состояние не улучшается или, наоборот, ухудшается, больного оперируют. Если же состояние улучшается, обследуют, если обнаруживают камни, больных оперируют, так как ЖКБ считается предраковым заболеванием.

Операция — выделяют три вида операции:

1. Традиционная лапаротомная холецистэктомия.

2. Малоинвазивные операции — мини-лапаротомная холецистэктомия (с помощью набора инструментов «ми-ни-ассистент»).

3. Лапароскопическая холецистэктомия.

Обезболивание — общее (наркоз).

Доступ — сейчас при лапаротомной холецистэктомии используют в основном верхнесрединную лапаротомию. При лапароскопической холецистэктомии делают 3–4 прокола передней брюшной стенки с помощью специальных инструментов в условиях пневмоперитонеума (через иглу Вереща накачивают воздух в брюшную полость). Эти операции малотравматичны, в отличие от лапаротомных, хорошие косметические результаты, значительно снижен риск образования послеоперационных грыж. Не требуют после операции сильных наркотических анальгетиков, отсутствуют явления пареза кишечника, к концу 1-х суток больные могут вставать и ходить. На операции удаляют желчный пузырь. Если имеются камни в холедохе (общий желчный проток), вскрывают холедох, камни удаляют, а холедох дренируют. Через этот дренаж должна выделяться желчь. Второй дренаж подводят к месту желчного пузыря в брюшной полости (через него желательно, чтобы отделяемого не было), который удаляют на 2–3 день, из холедоха дренаж удаляют на 14 день после рентгенографии (через трубку в холедох вводят контрастное вещество и смотрят проходимость в двенадцатиперстную кишку). Сестра должна знать, где, какой дренаж стоит, и, что должно выделяться через дренажи.

Послеоперационный период:

1. Наблюдение за температурой, пульсом, АД, стулом, отхождением газов, мочи, за раной и т. д.
2. Стол — голод первый день, на 2 день — 0, на 3 день — 5а и постепенно расширяют, если все нормально.
3. Антибиотики.
4. Парентеральное питание — солевые растворы, раствор глюкозы.
5. Обезболивающие.
6. Витамины С, В.
7. Наблюдение за дренажами — из брюшной полости, как правило, отделяемое незначительное и прекращается на 2–3 день, из холедоха должна выделяться желчь, если же не выделяется — это грозный симптом, так как или трубка выпала из холедоха, или закупорилась чем-то.
8. Все дренажи опускаются в разные емкости.
9. На 9–10 день снимают швы.
10. На 14–15 день выписывают на амбулаторное наблюдение.