Желчекаменная болезнь.

Желчнокаменная болезнь (холелитиаз, жёлчные конкременты) — заболевание, характеризующееся образованием камней в жёлчном пузыре или жёлчных протоках.

Камнеобразование — стадийный процесс с периодами активного роста и затихания.

Факторы, приводящие к развитию желчекаменной болезни:

- Избыточная секреция холестерина в жёлчь
- Сниженная секреция фосфолипидов и жёлчных кислот в жёлчь
- Застой желчи
- Инфекция жёлчных путей
- Гемолитические болезни.

Большинство жёлчных камней — смешанные. В их состав входят холестерин, билирубин, жёлчные кислоты, белки, гликопротеиды, различные соли, микроэлементы. Холестериновые камни содержат в основном холестерин, имеют круглую или овальную форму, слоистую структуру, диаметр от 4—5 до 12—15 мм, локализуются в жёлчном пузыре. Холестерино-пигментно-известковые камни - множественные, имеют грани, форма различна. Значительно варьируют по количеству — десятки, сотни и даже тысячи. Пигментные камни - малые размеры, множественны, жёсткие, хрупкие, совершенно гомогенные, чёрного цвета с металлическим оттенком, расположены как в жёлчном пузыре, так и в жёлчных протоках. Кальциевые камни состоят из различных солей кальция, форма причудливая, имеют шипообразные отростки, светло- или тёмно-коричневого цвета.

Формы желчекаменной болезни.

Выделяют несколько форм заболевания (несколько условно):

- Латентная форма желчекаменной болезни. Следует рассматривать скорее как одну из фаз течения желчнокаменной болезни. Может длиться весьма долго при отсутствии проявлений
- Диспептическая хроническая форма желчекаменной болезни: чувство тяжести в родложечной и правой подрёберной областях, изжога, метеоризм, неустойчивый стул. Появление болей провоцирует употребление жирных, жареных, острых блюд, слишком больших порций пищи
- Болевая хроническая форма желчекаменной болезни - выраженные болевые приступы отсутствуют. Боли носят ноющий характер, локализуются в подложечной и правой подрёберной областях, распространяются в область правой лопатки. Присутствуют слабость, недомогание, раздражительность
- Жёлчная колика и хроническая рецидивирующая форма - внезапно возникающий приступ интенсивных болей в правом подреберье и подложечной области. Провоцируется употреблением в пищу жиров, пряностей, отрицательными эмоциями, физическим напряжением, беременностью, менструациями

Диагностика желчекаменной болезни

- биохимический анализ крови
- узи
- дуоденальное зондирование
- рентген

Лечение желчнокаменной болезни

Лечение желчекаменной болезни зависит от формы заболевания и степени операционного риска.

- При единичных камнях желчного пузыря диаметром более 1-2 см, множественных камнях проводится удаление желчного пузыря. Золотым стандартом хирургического лечения является холецистэктомия - удаления желчного пузыря. Радикальная операция при желчнокаменной болезни обспечивает у 95% больных полное выздоровление.У 10% больных отсрочка операции приводит к ухудшению течения заболевания.
- Растворение камней или дробление камней показаны в случаях при мелких камнях (до 1 см) и единичных камнях. Дробление осуществляется с помощью ультразвука или электромагнитных волн. Дробление камней в желчном пузыре происходит вследствие воздействия на камень ударной волны. Ударная волна формируется путем искрового разряда или возбуждения пьезокристаллов, после чего с помощью параболического рефлектора она фокусируется на камень. В точке фокусировки энергия волны достигает максимума. При этом в камне происходит деформация, которая превышает прочность камня. Ударных волн на камень поступает не одна, а очень много - от 1500 до 3500 в зависимости от состава камня. Такие множественные ударные волны, сфокусированные на камне, разрушают его на мелкие фрагменты. Мелкие осколки, размер которых не превышает диаметр пузырного протока, выходят из желчного пузыря через пузырный проток. Далее через общий желчный проток они выходят в кишечник и выводятся из организма. Более крупные фрагменты, которые не могут пройти через пузырный проток, остаются в желчном пузыре. Поэтому для повышения эффективности лечения целесообразно к экстракорпоральной литотрипсии добавлять препараты желчных кислот. Основной недостаток этого метода - высокая вероятность рецидива, то есть повторного появления желчных камней. Через 5 лет частота рецидивов составляет 50%.
- Растворение камней в желчном пузыре возможно только при холестериновых камнях. Для этого применяют урсодезоксихолевую кислоту по 15 мг/кг в сутки в 2-3 приема, принимают около 2 лет. Хенодезоксихолевая кислота по 15 мг/кг в сутки (1/3 дозы утром и 2/3 вечером), принимают в течение года и более. Метилбутиловый эфир: контактное растворение камней - введение препарата в просвет желчного пузыря
- Диета - пища, содержащая большое количество растительной клетчатки, витамина с, уменьшенное количество белков и жиров.Пищу следует принимать небольшими порциями 5-6 раз в день.

В хирургическом отделении УЗ «Речицкая ЦРБ» освоены и широко применяются современные способы лечения желчекаменной болезни.

В 1994 году проведена первая операция лапороскопическим способом. К настоящему времени прооперировано более 900 человек с хорошими результатами. Эти операции проводятся без разреза брюшной стенки, что во много раз снижает травматичность, болевые ощущения в послеоперационном периоде.

Сущность операции заключается в том, что в брюшную полость через несколько проколов вводится специальная оптика и инструменты для манипуляций.

Врач наблюдает за происходящим на телеэкране и координирует свои манипуляции.

Повреждения тканей при операции минимальны. Осложнения очень редки.

Больные, как правило, встают в день операции, выписываются домой на 5-7 сутки, к работе приступают через 10-14 дней в зависимости от условий работы. За счет сокращенного времени пребывания в стационаре и соответственно времени нетрудоспособности весьма значителен и экономический эффект.

В случае появления болей различного характера и особенно приступообразных необходимо пройти ультразвуковое исследование желчного пузыря и печени. Выявлении камней является показанием операции.

До операции проводятся необходимые дополнительные обследования.

При желании пациента прямую консультацию можно получить у заведующего отделением. Телефон: 4-46-40