

Калькулезный холецистит

Под калькулёзным холециститом понимают форму хронического холецистита, которая характеризуется наличием в желчном пузыре наличием конкрементов (камней). Болезнь может носить длительный латентный характер.

Классическими проявлениями данного патологического состояния можно назвать наличие болезненности и тяжести в правом подреберье, тошнота, горечь во рту, приступы желчно-пузырной колики. Диагностика проводится с учётом ультразвуковых, радионуклидных, рентгенологических методов исследования желчного пузыря. Лечение обычно включает литолитические методы либо оперативное вмешательство – холецистэктомия.

Калькулёзный хронический холецистит в большинстве случаев служит проявлением желчнокаменной болезни (жёлчно-каменная и желчно-каменная болезнь, ЖКБ). Он диагностируется у десяти процентов взрослого населения, при этом у женщин он встречается в три-пять раз чаще, чем у мужчин.

Обычно данный диагноз выставляется людям старше сорока лет, однако в редких случаях может встречаться у детей. Конкременты при данном патологическом состоянии могут располагаться в просвете желчного пузыря либо в желчном протоке. Камни, которые располагаются в протоках, затрудняют либо полностью перекрывают отток желчи, что проявляется появлением приступов желчной колики.

Формы и стадии

По клиническому течению принято выделять острую и хроническую форму данного заболевания, каждая из них может иметь неосложнённое и осложнённое течение.

Калькулёзный холецистит может протекать в гнойной, катаральной, гангренозной или флегмонозной форме. В зависимости от клинических проявлений патологический процесс может принимать атипичный, типичный, эзофалгический, кардиалгический либо кишечный вариант течения.

Выделяют четыре стадии в соответствии с ультразвуковыми признаками:
предкаменная или начальная стадия характеризуется наличием густой желчи, желчного стаза и микролитов в просвете желчного пузыря. В половине случаев она является обратимой;
стадия образования конкрементов;
стадия развития хронического калькулёзного холецистита;
стадия появления осложнений калькулёзного холецистита.

Чаще всего отмечаются желчные камни, смешанные по составу (холестерино-пигментно-известковые), реже билирубиновые (чисто пигментные) либо холестериновые. Величина подобных образований варьирует от просыаного зёрнышка до размеров куриного яйца, количество – от единиц до нескольких сотен, форма может быть разнообразной (овоидной, круглой, ветвистой, многогранной).

Причины

Согласно признанной теории камнеобразования, ведущими условиями формирования желчных камней можно назвать: застой желчи (холестаз), изменение ее состава (дисхолия) и наличие воспалительных компонентов (холецистита).

В нормальном состоянии основные компоненты желчи (пигменты, желчные кислоты, минеральные вещества, липиды), находятся в своеобразном коллоидном состоянии. При изменении холато-холестеринового соотношения – отношения концентрации желчных кислот к уровню холестерина, последний выпадает в осадок с дальнейшей кристаллизацией.

Подобным сдвигам могут способствовать:

сахарный диабет,
систематические погрешности в питании (избыток холестерина, калорий, жиров, наличие авитаминоза),
гепатит,
ожирение
и иные заболевания инфекционной природы.

Дисхолия приводит к застою и сгущению желчи, что способствует лимфогенному, гематогенному, реже – восходящему (непосредственно из двенадцатиперстной кишки) инфицированию желчного пузыря патогенными агентами, преимущественно бактероидами и кишечной палочкой. Часто развитию данного заболевания предшествует бескаменный холецистит. При нём нарушаются показатели нормальной динамики опорожнения желчного пузыря.

Среди факторов, которые предрасполагают развитию калькулёзного холецистита, также можно выделить хронический гастрит, дискинезию желчевыводящих путей, панкреатит, дуоденит, цирроз печени, гельминтозы, болезнь Крона.

На повышение показателей литогенности желчи влияют разнообразные ятрогенные причины:

ограничение двигательного режима,
диета с высоким содержанием жиров животного происхождения,
нерегулярное питание (переедание, голодание),
длительное применение гормональной контрацепции,
наследственность.

Также имеются данные относительно увеличения частоты возникновения калькулёзного холецистита после перенесенной резекции тонкой кишки, ваготомии, наличия послеоперационных лигатур в общем желчном протоке, травм протоков и желчного пузыря.

Симптомы

Довольно часто болезнь протекает в скрытой, бессимптомной форме. При этом наличие камней никак не беспокоит пациентов.

Острая форма данного заболевания начинается с приступа желчной колики, для которой характерен выраженный болевой симптом в эпигастрии и правом подреберье, отдающий в область поясницы, под лопатку, надплечье, в шею. Может отмечаться рвота сначала желудочным, затем желчным содержимым, подъём температуры до субфебрильных цифр. При закупорке желчного протока камнем появляются признаки обтурационной желтухи,

характерен обесцвеченный, содержащий значительное количество жира кал, тёмный цвет мочи.

Часто приступ провоцирует употребление пряной, жирной, острой пищи, алкоголь, физическое напряжение, эмоциональные переживания.

При деструктивных формах данного заболевания (гангренозной, флегмонозной), развиваются интенсивные боли, фебрильная температура, многократная рвота, тахикардия, выраженная интоксикация, признаки разлитого или местного перитонита, гипотония.

Для хронической формы данного заболевания характерно наличие явлений постоянной либо возникающей под влиянием пищевых факторов болезненности в области правого подреберья. Она носит преимущественно ноющих, тупой характер, однако может временами усиливаться до интенсивности желчной колики. Кроме болевого симптома, при хроническом калькулёзном холецистите отмечается горечь во рту, отрыжка, тошнота.

Диагностика

При диагностике данного заболевания специалист обращает внимание на типичные жалобы, на наличие болезненности при пальпации правого подреберья, положительные симптомы Ортнера-Грекова, Мерфи, Мюсси-Георгиевского, а также результаты инструментальных и лабораторных исследований.

При калькулёзном холецистите большую информативность имеет исследование печёночных проб крови, копрограммы, ферментов поджелудочной железы в моче и крови.

С помощью ультразвукового исследования определяется анатомическая структура органа, выявляется застой желчи и камней, фиброз, холестероз, кальцинаты стенок органов. В большинстве случаев диагноз может быть выставлен с помощью эхографии.

Внутривенная или пероральная хилецистография даёт представление о величине, положении, контурах, форме желчного пузыря, наличии конкрементов и деформаций. При определении признаков закупорки протока может потребоваться проведение чрезкожной, чрезпечёночной холангиографии.

В диагностике заболевания может применяться МРТ, КТ, радионуклидные методы (сцинтиграфия гепатобилиарной системы, холесцинтиграфия).

Для дифференциации кардиалгической формы с инфарктом миокарда проводится ЭКГ. Также необходимо исключить острый панкреатит, острый аппендицит, перфоративную язву двенадцатиперстной кишки и желудка, почечную колику и иные заболевания.

Лечение

Для лечения острого калькулёзного холецистита и обострения хронической формы данного заболевания, пациенты госпитализируются в хирургический стационар. Назначается антибактериальная, спазмолитическая, дезинтоксикационная терапия, противорвотные, холинолитические средства. После достижения стабилизации состояния, проводится хирургическое лечение. Также до этого могут назначаться литолитические медикаментозные средства – препараты солей желчных кислот, которые способствуют растворению конкрементов.

Основным видом оперативного вмешательства при данном заболевании является холецистэктомия – удаление желчного пузыря вместе с камнями. Сегодня предпочтение отдаётся лапароскопической операции, поскольку она является наименее травматичной.

При невозможности проведения подобного вмешательства прибегают к выполнению открытой холецистэктомии. Она показана при осложнённых формах заболевания. В отдельных случаях у пожилых или ослабленных пациентов с наличием осложнений проводится чрезкожная холецистостомия.

Последствия и прогноз

Течение данного заболевания часто осложняется поддиафрагмальным и паравезикальным абсцессом брюшной полости, обтурационной желтухой, холедохолитиазом, билиарным панкреатитом, вторичным билиарным циррозом, септикоемией, гнойным холангитом, водянкой пузыря, септическим гепатитом, перфорацией желчного пузыря, стенозирующим дуоденальным папиллитом, раком желчного пузыря.

Прогноз при калькулёзном холецистите является условно благоприятным, при адекватно проведённой терапии трудоспособность будет сохранена в полной мере. Наибольшую опасность представляют осложнения, связанные с развитием перитонита вследствие разрыва желчного пузыря. В этом случае даже при адекватной терапии возможен летальный исход.

Также особое внимание необходимо уделять наблюдениям лечащего специалиста, поскольку клиническая динамика имеет свои характерные особенности в каждом конкретном случае.

Народные средства

Для лечения данного заболевания могут применяться средства народной медицины. Однако они должны сочетаться с традиционными способами, поскольку это способствует увеличению эффективности проводимой терапии. Курсы лечения могут продолжаться до восемнадцати месяцев, всё определяется размером конкрементов.

Наиболее эффективными средствами можно назвать настойку из земляники, рассол из квашеной капусты, отвар из свеклы, сбора трав: жостера слабительного, календулы лекарственной, василька синего, ромашки аптечной, донника лекарственного, зверобоя, мяты перечной, крушины ольховидной.

Желчнокаменная болезнь

Желчнокаменная болезнь это - хроническое воспалительное заболевание желчевыводящих путей, сопровождающееся образованием камней (конкрементов) в желчном пузыре и желчных протоках.

Наличие камней в желчном пузыре с периодическим болевым синдромом это калькулезный холецистит - камни в желчном пузыре.

Причины образования желчнокаменной болезни полностью не изучены.

Наиболее частые причины:

Беременность

нерегулярное питание (переедание, голодание)

дискинезия желчных путей

ожирение

прием гормональных контрацептивов

заболевания поджелудочной железы

нарушение иммунного статуса

малоподвижный образ жизни

наследственная предрасположенность

гемолитическая анемия

Основной и самый частый симптом ЖКБ — боль в правом подреберье. Боль чаще всего связана с приемом жирной пищи. Боль относительно постоянная, но интенсивность ее может колебаться, причем слабая боль не говорит о слабом воспалении, и наоборот, сильная боль может бесследно пройти. Боль при желчнокаменной болезни может распространяться в разном направлении и даже имитировать или стимулировать приступ стенокардии.

Повышение температуры тела отмечается при любых формах ЖКБ, в том числе до 37°-38°С — в виде коротких подъемов, сопровождающих болевой синдром; до 38°-40°С — в виде резких приступов с ознобами и короткой нормализацией температуры тела.

Основным методом диагностики ЖКБ это УЗИ брюшной полости, при соответствующей клинической картине, если при УЗИ выявляются конкременты в желчном пузыре это верный признак желчнокаменной болезни. При УЗИ очень важно обратить внимание на печень, толщина и однородность стенок желчного пузыря (это указывает на степень воспаления) и наличие конкрементов в желчных протоках.

Так же важным является выполнение ЭГДС (гастроскопия), для исключения язвенной болезни желудка и 12п.к. которое может быть причиной болей на фоне камне носительства.

Осложнения ЖКБ:

Вторичное воспаление поджелудочной железы (панкреатит)

Механическая желтуха (конкременты в желчных протоках)

Водянка желчного пузыря (отключенный желчный пузырь)

Перфорация желчного пузыря (на фоне острого воспаления прободение стенки пузыря)

Рак желчного пузыря

Лечение ЖКБ. Хронического калькулезного холецистита (наличие камней в желчном пузыре и периодических болевых приступов) оперативное.

В настоящее время основной метод оперативного лечения ЖКБ и удаления желчного пузыря — лапароскопическая холецистэктомия. При редких случаях выполняют холецистэктомию лапаротомным путем. Обе операции проводятся под общим наркозом, по одной и той же принципиальной схеме удаляется весь желчный пузырь с камнями. При традиционной холецистэктомии удаление желчного пузыря у больных проводится через разрез на брюшной стенке длиной 15-20 см. При лапароскопическом методе операции — специальными манипуляторами, лапароскопом и другими аппаратами через миниатюрные сантиметровые разрезы на брюшной стенке.