**Желчекаменная болезнь**

Желчекаменная болезнь - заболевание, характеризующееся образованием камней в желчном пузыре или желчных протоках. Известно также как холелитиаз, желчные конкременты.

Камнеобразование — стадийный процесс с периодами активного роста и Причин возикновенияжелчекаменной болезни несколько:

* избыточная секреция холестерина в желчь
* сниженная секреция фосфолипидов и желчных кислот в желчь
* застой желчи
* инфекция желчных путей
* гемолитические болезни.

Большинство желчных камней – смешанные. В их состав входят холестерин, билирубин, желчные 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 желчном пузыре.

Холестерино-пигментно-известковые камни – множественные, имеют грани, форма различна. Значительно варьируют по количеству – десятки, сотни и даже тысячи.

Пигментные камни – малые размеры, множественны, жесткие, хрупкие, совершенно гомогенные, черного цвета с металлическим оттенком, расположены как в желчном пузыре, так и в желчных протоках.

Кальциевые камни состоят из различных солей кальция, форма причудливая, имеют шипообразные отростки, светло- или темно-коричневого цвета.

Условно выделяют несколько форм заболевания.

**Латентная форма желчекаменной болезни.**
Следует рассматривать скорее как одну из фаз течения желчнокаменной болезни. Может длиться весьма долго при отсутствии проявлений.

**Диспептическая хроническая форма заболевания.**
Ее проявления:

* чувство тяжести в подложечной и правой подреберной областях,
* изжога,
* [метеоризм](https://yandex.ru/turbo?utm_source=turbo_turbo&text=https%3A//health.yandex.ru/diseases/jekat/meteorism&parent-reqid=1561706574552351-529220454404620102478305-man1-5671),
* неустойчивый стул.

Появление болей провоцирует употребление жирных, жареных, острых блюд, слишком больших порций пищи.

**Болевая хроническая форма желчекаменной болезни.**
У этой формы выраженные болевые приступы отсутствуют. Боли носят ноющий характер, локализуются в подложечной и правой подреберной областях, распространяются в область правой лопатки. Присутствуют слабость, недомогание, раздражительность.

**Желчная колика и хроническая рецидивирующая форма.**
Это внезапно возникающий приступ интенсивных болей в правом подреберье и подложечной области. Провоцируется употреблением в пищу жиров, пряностей, отрицательными эмоциями, физическим напряжением, беременностью, менструациями.

* Биохимический анализ крови
* УЗИ
* Доуденальное зондирование
* Рентген.

Одни и те же симптомы могут быть признаками разных заболеваний, а болезнь может протекать не по учебнику. Не пытайтесь лечиться сами — [посоветуйтесь с врачом.](https://health.yandex.ru)

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

1. 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 обеспечивает у 95 % больных полное выздоровление. У 10% больных отсрочка операции приводит к ухудшению течения заболевания.

2. Растворение 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, которая формируется путем искрового разряда или возбуждения пьезокристаллов и с помощью параболического рефлектора 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 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 %.

3. 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.

Контактное растворение камней осуществляется при помощи метилбутилового эфира: посредством введения препарата в просвет желчного пузыря.

4. Диета: пища, содержащая большое количество растительной клетчатки, витамина С, уменьшенное количество белков и жиров. Пищу следует принимать небольшими порциями 5–6 раз в день.

 Причин возикновения желчекаменной болезни несколько:

* избыточная секреция холестерина в желчь
* сниженная секреция фосфолипидов и желчных кислот в желчь
* застой желчи
* инфекция желчных путей
* гемолитические болезни.

Большинство желчных камней – смешанные. В их состав входят холестерин, билирубин, желчные 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 желчном пузыре.

Холестерино-пигментно-известковые камни – множественные, имеют грани, форма различна. Значительно варьируют по количеству – десятки, сотни и даже тысячи.

Пигментные камни – малые размеры, множественны, жесткие, хрупкие, совершенно гомогенные, черного цвета с металлическим оттенком, расположены как в желчном пузыре, так и в желчных протоках.

Кальциевые камни состоят из различных солей кальция, форма причудливая, имеют шипообразные отростки, светло- или темно-коричневого цвета.

Условно выделяют несколько форм заболевания.

**Латентная форма желчекаменной болезни.**
Следует рассматривать скорее как одну из фаз течения желчнокаменной болезни. Может длиться весьма долго при отсутствии проявлений.

**Диспептическая хроническая форма заболевания.**
Ее проявления:

* увство тяжести в подложечной и правой подреберной областях,
* изжога,
* [метеоризм](https://yandex.ru/turbo?utm_source=turbo_turbo&text=https%3A//health.yandex.ru/diseases/jekat/meteorism&parent-reqid=1561706574552351-529220454404620102478305-man1-5671),
* неустойчивый стул.

Появление болей провоцирует употребление жирных, жареных, острых блюд, слишком больших порций пищи.

**Болевая хроническая форма желчекаменной болезни.**
У этой формы выраженные болевые приступы отсутствуют. Боли носят ноющий характер, локализуются в подложечной и правой подреберной областях, распространяются в область правой лопатки. Присутствуют слабость, недомогание, раздражительность.

**Желчная колика и хроническая рецидивирующая форма.**
Это внезапно возникающий приступ интенсивных болей в правом подреберье и подложечной области. Провоцируется употреблением в пищу жиров, пряностей, отрицательными эмоциями, физическим напряжением, беременностью, менструациями.

* Биохимический анализ крови
* УЗИ
* Доуденальное зондирование
* Рентген.

Одни и те же симптомы могут быть признаками разных заболеваний, а болезнь может протекать не по учебнику. Не пытайтесь лечиться сами — [посоветуйтесь с врачом.](https://health.yandex.ru)

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

1. 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 обеспечивает у 95 % больных полное выздоровление. У 10% больных отсрочка операции приводит к ухудшению течения заболевания.

2. Растворение 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, которая формируется путем искрового разряда или возбуждения пьезокристаллов и с помощью параболического рефлектора 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 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 %.

3. 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.

Контактное растворение камней осуществляется при помощи метилбутилового эфира: посредством введения препарата в просвет желчного пузыря.

4. Диета: пища, содержащая большое количество растительной клетчатки, витамина С, уменьшенное количество белков и жиров. Пищу следует принимать небольшими порциями 5–6 раз в день.