



ПЕЧЕНОЧНАЯ КОЛИКА

Печеночная (желчная) колика —

приступообразные, обычно сильные боли в правом подреберье являются проявлением различных заболеваний желчевыводящих путей в результате нарушения оттока желчи из желчного пузыря или по общему желчному протоку.

ПРИЧИНЫ:

- ❖ Заклинившийся в желчных путях камень или его перемещение;
- ❖ Перемещение желчного «песка»;
- ❖ *Дискинезия желчевыводящих путей* – функциональное заболевание, характеризующееся нарушением тонуса и сокращений стенок желчного пузыря и желчевыводящих путей.
- ❖ *Холестаз* – застой желчи, обусловленный теми или иными причинами.
- ❖ *Холангит* – воспаление желчных протоков.
- ❖ Печеночная колика может возникать как осложнение брюшного тифа.
- ❖ *Лямблиоз*. Лямблия – одноклеточный паразит, который обитает в двенадцатиперстной кишке, и из нее может проникать в желчевыводящие пути. Желчная колика возникает в результате действия токсина, выделяемого возбудителем, на стенки желчных протоков.
- ❖ Врожденные сужения желчевыводящих путей.

ФАКТОРЫ РИСКА:

- ❖ **Возраст** - риск заболевания резко повышается после 40-50 лет.
- ❖ **Женский пол** - женщины страдают желчекаменной болезнью в 3-8 раз чаще, чем мужчины.



- ❖ Отягощенный семейный анамнез. Люди, родственники которых испытывали печеночную колику, имеют более высокий риск.
- ❖ Гепатит и цирроз печени.



❖ **Беременность.** Желчекаменная болезнь и печеночная колика часто возникают у много рожавших женщин

❖ **Применение оральных контрацептивов**



- ❖ Ожирение, склонность к полноте.
- ❖ Употребление в пищу большого количества животных жиров и белков. Именно этим ученые объясняют рост уровня заболеваемости в развитых странах.



- ❖ **Голодание в течение длительного времени.**
- ❖ **Быстрая потеря веса.**
- ❖ **Парентеральное питание** («кормление через капельницу» у человека, который не может принимать пищу самостоятельно).



- ❖ *Сахарный диабет.*
- ❖ *Гемолитическая анемия* и другие заболевания, сопровождающиеся массивным распадом эритроцитов. При этом образуются пигментные камни.

СИМПТОМЫ:

Боль.

Острая колющая приступообразная боль в правой верхней части живота. У большинства больных она нарастает в течение 15-60 минут и сохраняется в течение 2-6 часов. Если болевые ощущения сохраняются дольше, то это дает повод предположить наличие острого холецистита.



Иррадиация.

Болевые ощущения могут распространяться в правое плечо, руку, под лопатку, за грудину.



Тошнота, рвота

после которой не наступает облегчения. В рвотных массах присутствует желчь зеленого цвета. Метеоризм, задержка стула.



Учащение пульса

возникает рефлeкторно, в ответ на боль



Желтушность кожи



Повышение температуры тела.

Температура тела может подниматься до $37-37,5^{\circ}$ или остается нормальной.



ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО:

УЗИ печени и желчного пузыря

«Золотой стандарт» диагностики желчной колики.

Преимущества **ультразвукового исследования** перед другими методами:

- **Высокая информативность.** УЗИ помогает сразу обнаружить камни у 95% больных.
- **Безопасность.** Ультразвук не оказывает вредного влияния на организм.
- **Доступность.** Аппараты для ультразвуковой диагностики есть практически во всех, даже небольших, городах.
- **Исследование можно провести быстро.** Оно занимает около 15 минут.
- **При помощи УЗИ можно выявить не только желчекаменную болезнь, но и многие другие заболевания печени, желчного пузыря, желчевыводящих путей.**



Лабораторные исследования.

У трети пациентов выявляется лейкоцитоз, у половины – увеличенная СОЭ.

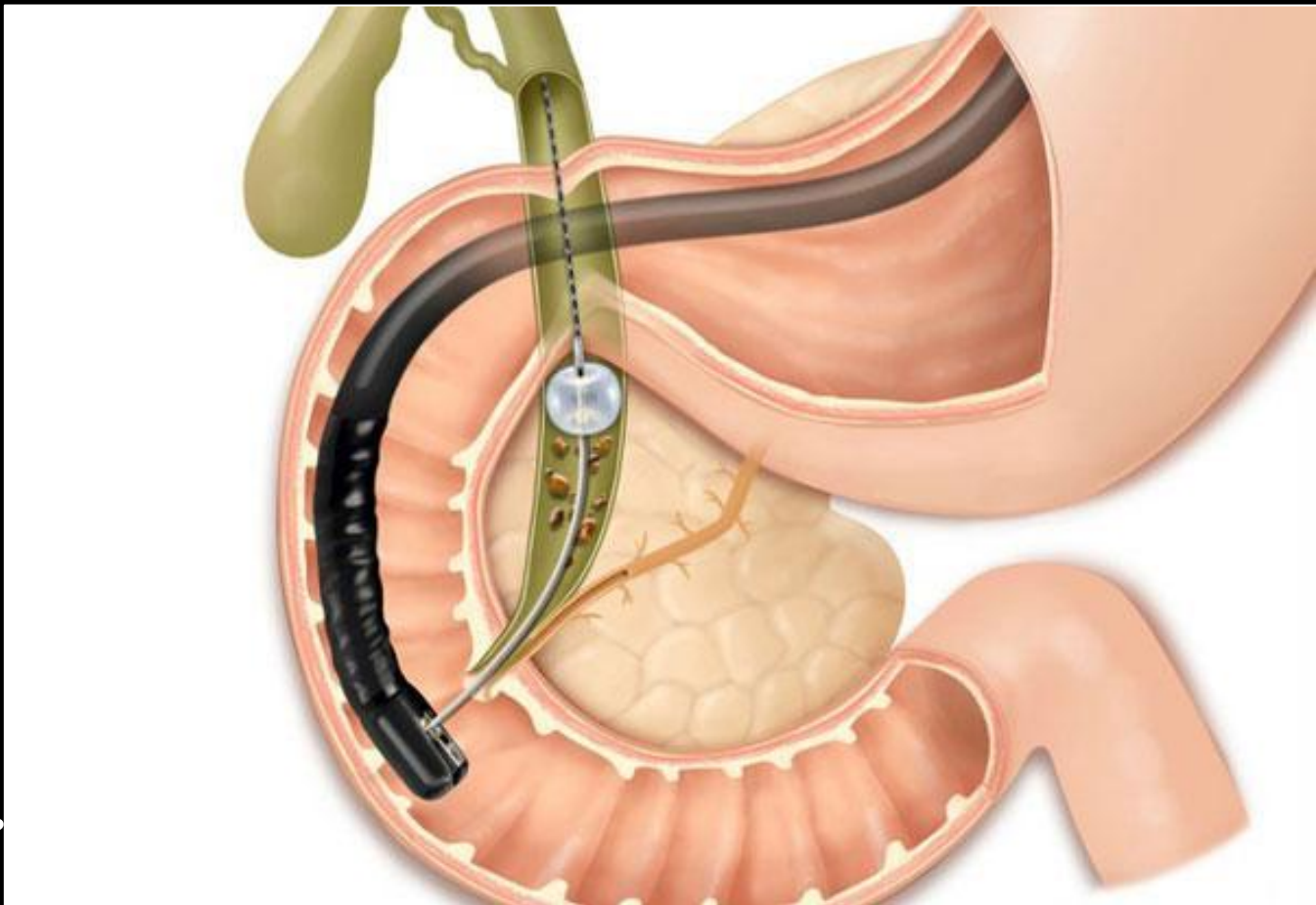
Результаты общего анализа мочи без изменений, после приступа возможно обнаружение желчных пигментов (это является ранним признаком механической желтухи). У 20% пациентов определяется повышение амилазы мочи. Однако лабораторных признаков, подтверждающих печеночную колику без присоединения холецистита, не существует.

В крови обнаруживают повышенное количество билирубина – пигмента, который должен выводиться с желчью.



Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХП)

Исследование, которое сочетает в себе рентгенографию и эндоскопию. Врач вводит в двенадцатиперстную кишку пациента **фиброскоп**, при помощи которого затем вводит контрастный раствор в желчевыводящие протоки. После этого выполняют рентгеновские снимки, на которых, благодаря контрастированию, хорошо видны места расположения камней и сужения протоков. При обнаружении камня диагностическая ЭРХП может перейти в лечебную. Врач извлекает камень при помощи специальных эндоскопических инструментов



НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ:

Если нет сомнения в правильности диагноза, назначают спазмолитики и обезболивающие средства (0,5-1 мл 0,1% раствора атропина, 1-2 мл 2% раствора папаверина, 1 мл 0,2% раствора платифиллина, 1-2 мл 1% раствора промедола или 1 мл 2% раствора пантопона).

При некупирующейся печеночной колике — госпитализация в хирургический стационар.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ЖК КРОВОТЕЧЕНИЕ:

- Больному назначается строгий постельный режим, запрещается прием воды и пищи, на живот рекомендуется положить пузырь со льдом: следует знать, что сосудосуживающего эффекта пузырь со льдом не дает, но оказывает дисциплинирующее влияние на больного.
- Дицинон вводят в/в 2-4 мл 12,5% р-ра, затем через каждые 4-6 ч. по 2 мл. Можно вводить в/в капельно, добавляя к обычным растворам для инфузий.

- 5% р-р эписилон-аминокапроновой кислоты по 100 мл через каждые 4 часа; 5-10% р-р аскорбиновой кислоты по 1-2 мл в/в.
- 10%раствор кальция хлорида до 50-60 мл/сутки в/в.
- 1% или 0,3% р-ра викасола соответственно 1-2 и 3-5 мл.
- Внутривенное введение H₂-блокаторов гистамина (ранитидина) по 50 мг 3-4 раза в сутки, фамотидин (квamatел) по 20 мг 2 раза в сутки, ингибиторы протоновой помпы (омепрозол по 40 мг 1-2 раза в сутки).
- Остальные мероприятия по ведению и лечению этой группы больных находится в компетенции хирургов.



СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ