

той. При перисклерозе (спаечном процессе в подпеченочном пространстве) тупая боль в правом подреберье возникает при повороте, тряске.

Желчнокаменная болезнь может проявляться **печеночными коликами**. Суть их в кратковременном блоке оттока желчи в момент сокращения желчного пузыря, вызванного очередным приемом жирной пищи. Клинически это проявляется повторяющимися, остро возникающими болями в правом подреберье, часто с иррадиацией в правое плечо и минимальными воспалительными изменениями. Может быть рвота желчью. Обрыв колики происходит режеспонтанно, чаще после применения тепла, спазмолитиков, пищеварительных ферментов.

Следует отметить приоритет клинической диагностики болезни. УЗИ является дополнительным. Его цель и возможности заключаются преимущественно в констатации наличия камней в желчном пузыре. Выраженность процесса характеризуется толщиной стенок желчного пузыря. Важным для определения показаний к операции является функциональный тест с пищевой нагрузкой под контролем УЗИ. Сокращение желчного пузыря после пробного завтрака свидетельствует о сохранности его эвакуаторной функции, степень которой будет пропорциональна уменьшению размеров железы.

Лечение желчнокаменной болезни только хирургическое. Ни так называемый Карлварский способ изгнания, ни растворение препаратами типа хенохол, ни экстракорпоральное дробление не дают результатов, которые могли бы быть использованы в практике. Основной причиной этого является сопутствующая потеря эвакуаторной функции желчным пузырем. По этому же основанию операции типа идеальной холецистостомии, практиковавшейся в недалеком прошлом, также оставлены.

К хирургу для плановой операции при желчнокаменной болезни следует направлять при: 1) частых рецидивирующих приступах печеночной колики и острого холецистита (наиболее благодарное показание); 2) потере эвакуаторной состоятельности желчного пузыря, проявляющаяся тупыми распирающими болями в правом подреберье после еды.

Увлеченность хирургов, владеющих малоинвазивными операциями, привело в последнее время к расширению показаний до бессимптомного холецистолитиаза (каменосительства). Однако те врачи, которые наблюдали у своих пациентов тяжелейшие постхолецистэктомические дискинезии, разделяют наши опасения. Представляется, что не только тяжесть вмешательства, но и степень сохранности эвакуаторной функции желчного пузыря должны приниматься во внимание перед планированием холецистэктомии. Удаление еще функционирующего желчного пузыря будет болезненно восприниматься пациентом, после того, как пройдет эйфория легкости хирургического лечения. Кроме того, послеоперационное отсутствие желчного пузыря часто ведет к дуодено-гастральному рефлюксу и деструктивным изменениям в слизистой желудка.

Не следует забывать правила, переданного нам старыми хирургами: операция по поводу доброкачественных заболеваний при отсутствии или минимальных проявлениях должна выполняться как можно позже, чтобы организм смог постепенно приспособиться к потере органа. Разумеется, что есть исключения из этого