Obolenja žolčnika

Dr. Marjan Jerše

Prav gotovo so obolenja žolčnika med najpogostnejšimi težavami, zaradi katerih bolniki iščejo zdravniško pomoč. Žal pa je simptomatika v neredkih primerih dokaj zabrisana, tako da so netipične bolečine — včasih samo neugodje v zgornjem predelu trebuha — že marsikoga zavedle tako daleč, da je na žolčnik skoraj pozabil. In prav zato, ker moramo v praksi večkrat kakor do sedaj pomisliti na morebitno obolenje žolčnika, ki ga je do neke meje še možno zdraviti, a ga je v drugi skrajni meji treba operativno odstraniti — bomo v tem članku spregovorili o teh obolenjih nekoliko podrobneje.

Če pa že govorimo o žolčniku, je prav, da povemo najprej nekaj o njegovi vsebini, o žolču. Verjetno bo marsikoga presenetilo, če povemo, da izločijo jetrne stanice na dan tudi čez pol litra te svojevrstne tekočine. V žolčniku pa se žolč zgosti, tako da ga ostane komaj za tretjino prvotne prostornine. Sestava te važne tekočine je precej komplicirana, ni pa odveč, če povemo, da jo sestavljajo v glavnem žolčne soli, holesterin, žolčna barvila, beljakovine, elektroliti, vitamini in celo hormoni. Ker je že sestava žolča tako komplicirana, so gotovo zamotane tudi njegove funkcije, katerih en del še danes ni popolnoma pojasnjen. Ne da bi se spuščali v doslej znane podrobnosti o načinu delovanja v posameznih stopnjah presnove, naj omenimo, da ima žolč velik pomen pri presnovi maščob in s tem v zvezi tudi pri resorpciji vitaminov (A, D, E, K), ki so topljivi v masteh. Ker smo že omenili presnovo maščob, moramo bežno poklicati v spomin tudi izločevalno funkcijo trebušne slinavke, torej pankreatičnega soka, ker deluje ta skupaj z žolčem. Tako nam bo razumljivo, da gre neredko za obolenje, pri katerem sta prizadeta oba: žolčnik in trebušna slinavka. Ne sicer preveč točna diagnoza — cholecystopancreatopathia — ki jo radi ugotavljajo nekateri starejši zdravniki, torej le ni tako brez podlage.

Preden pa si ogledamo že v naslovu napovedana obolenja, se na kratko ozrimo še v laboratorij, kjer pregledujejo žolč. Ne bo odveč, če ob tej priliki opozorimo na napake pri odvzemanju žolča. Te napake namreč lahko motijo jasnejše analize, še večkrat pa bolnike samo utrujajo in končni uspeh je, da žolča niti ne dobimo. Z veliko pozornostjo moramo uvajati sondo, tako da jo sploh spravimo do dvanajstnika, kamor se izliva žolč in kjer ga »lovimo«. Zgolj površen pouk bolnika pred uvajanjem sonde ima za posledico, da se prične sonda sukati v želodcu in da izteka samo želodčni sok. Ponovno in ponovno moramo sondo delno izvleči, zaradi česar nastanejo lahko tudi manjše krvavitve, ki seveda popolnoma spremenijo končno vrednost analize. Pri tem se moramo spomniti tudi na številne rentgenske preglede, torej na prekomerno obsevanje z rentgenskimi žarki, ker se pač moramo prepričati, ali je sonda res v dvanajstniku. Da čimbolj skrajšamo že tako dovolj dolgi postopek pri odvzemu žolča in da se izognemo nepravilnim rezultatom, ne puščajmo bolnika vnemar, ko potrpežljivo hodi in požira sondo. Večkrat se prepričajmo, če morda niso požirki sonde celo preveč izdatni. Niso namreč osamljeni primeri, ko bolniki v nevednosti dokaj hitro pojedo dolgo cevko, pač v upanju, da bodo tako prej rešeni nadležne preiskave. Če upoštevamo peristaltiko želodca, ki naj sondo ponese v dvanajstnik, nam to opozorilo ne sme biti odveč, na-

sprotno, ves postopek bomo v mnogih primerih časovno le še skrajšali. Ko priteče žolč, pa je naša naloga, da imamo na skrbi pravilen postopek in da res pošljemo v analizo žolč A, B in C. Večkrat namreč opažamo že na prvi pogled, da je v vseh epruvetah žolč skoraj enake barve. Če vbrizgamo raztopino magnezijevega sulfata in ne priteče temnozeleno rumeni žolč B, lahko dražljaj ponovimo ali pa damo bolniku injekcijo pituitrina ali acetilholina oziroma podobnih preparatov. Žolč B, torej vsebina žolčnika, je izredno važna za analizo. In še na nekaj moramo opozoriti! Že marsikje iz neznanih vzrokov ne čakajo več na žolč C. Morda je edina, čeprav ne dovolj utemeljena ugotovitev, da z duodenalno sondo ni mogoče dobiti iz žolčnih vodov čistega žolča, torej žolča C, ki naj bi se razlikoval od žolča A po tem, da v njem ni toliko primesi žolča B in duodenalnega soka. Po vsem tem, ko smo že toliko opozarjali na vestno odvzemanje žolča, pa nastane vprašanje, kaj sploh iščemo v žolču. V žolču ugotavljamo množino urobilinogena, katerega količina je večja pri vnetnih procesih žolčnika in žolčnih poti, zlasti pa pri hemolitičnih obolenjih. V sedimentu žolča nas zanimajo krvni elementi (eritrociti, levkociti) in kristali. Amerikanski avtorji postavljajo že zelo verjetno diagnozo žolčnih kamnov, samo če najdejo v sedimentu žolča kristale holesterina. (Mimogrede: Žolčne soli imajo tudi to nalogo, da vzdržujejo holesterin v žolču v raztopljenem stanju. Če ga ugotovimo v kristalih, je torej že nekaj narobe.) Žolč pošiljamo tudi na bakteriološki pregled. V ta namen je potrebna seveda še povečana pozornost pri odvzemanju.

Po tem nekoliko daljšem uvodu pa si oglejmo najpogostnejša obolenja žolčnika. Ker želimo opisati bolezni nekako po njihovi pogostnosti, kakor jih pač srečujemo, se bomo nekaj več pogovorili o kroničnem vnetju žolčnika, o žolčnih kamnih, o akutnem vnetju žolčnika in o raku na žolčniku. Končno bomo omenili tudi še biliarne diskinezije.

Kronično vnetje žolčnika — Cholecystitis chronica

Sklepali bi lahko, da je kronično vnetje žolčnika posledica ali nadaljevanje akutnega vnetja, vendar v večini primerov ni tako. Bolezen se že od vsega začetka razvija potuhnjeno in z zabrisano jasno sliko. Podlaga za razvoj takega vnetja je oviran odtok žolča, in to iz najrazličnejših vzrokov, med katerimi ni na zadnjem mestu zamaščenost bolnika (v največ primerih ženske). Zato moramo ravno pri debelejših ženah, zlasti če so že večkrat rodile, pomisliti na vnetje žolčnika, če tožijo o težavah v zgornjem delu trebuha. Oviran odtok žolča ima za posledico, da sestavine žolča oškodujejo sluznico žolčnika in tako pripravijo podlago za ugoden razvoj slabo virulentnih bakterij. Ni pa niti nujno, da v celotnem razvoju bolezni sodelujejo bakterije, kajti že same ponovne oškodbe žolčnikove sluznice vodijo do kroničnega vnetja. Bakterialni infekt je torej lahko sekundaren in niti ni nujno potreben. Iz te razlage pa nam je takoj jasno, da se vsak kronični holecistitis lahko naenkrat sprevrže v akutnega. Tako niso osamljeni primeri, ko nam akutna slika razvozla nejasne težave, ki so seveda posledica kroničnega vnetja žočnika.

Že ves čas omenjamo zabrisano sliko bolezni, zato si jo skušajmo opisati nadrobneje. Nekateri bolniki navajajo samo neugodje z napetostjo v zgornjem predelu trebuha. Zopet drugi tožijo, da jih peče zgaga, čeprav skoraj vsem bolnikom s kroničnim vnetjem žolčnika primanjkuje želodčne kisline. Veliko

bolj jasni so tisti primeri, kjer v anamnezi zasledimo bolečine, ki so lokalizirane pod desnim rebrnim lokom, morda celo v obliki krčev, zlasti po mastnih jedeh. Ob naštevanju teh bolj in manj izrazitih znakov opazimo, da ima anamneza zelo velik pomen. Zanimati se moramo ne samo za značaj bolečin in bolnikovih težav, ampak tudi za prehrano, prebavo, časovno nastopanje težav, skratka, podobno kakor pri obolenjih želodca in dvanajstnika, saj se tudi diferencialna diagnostika giblje med temi tremi organi. Najbolj jasni seveda pa so primeri, ko iz bolnikovih ust slišimo spontani opis: imam bolečine v obliki krčev, zlasti po mastni jedi; bolečine izžarevajo med lopatici in v desno ramo. Po nekem hujšem napadu me je tresla tudi mrzlica in sem imel vročino, naslednjega dne pa sem opazil, da so beločnice rumenkaste. Pri takih primerih nimamo kaj pomišljati, kateri organ je bolan, pač pa razmišljamo že naprej, ali se niso morda že razvili žolčni kamni, ali se vnetje ni razširilo na žolčne vode (cholangitis) in še o drugih možnih komplikacijah.

Ko zdravimo kronično vnetje žolčnika, se opiramo na ugotovitve, ki smo jih opisali pri nastanku te bolezni. Če smo rekli, da je eden izmed glavnih vzrokov takega vnetja zastoj žolča, bomo skušali zboljšati odtok. Koliko bomo imeli pri tem uspeha, pa je vprašanje. Enkrat na dan dovolimo bolniku mastno hrano, ker je mast »zdravilo«, ki pomaga izprazniti žolčnik. S holeretiki, t. j. z zdravili, ki pospešujejo izločanje bolj tekočega žolča, bomo dosegli boljšo izpraznitev žolčnih vodov. Prepovedali pa bomo razen že omenjenega obroka masti vse živalske maščobe, kakor tudi mastno meso, orehe, fižol, vse izdelke iz svinjskega mesa, čokolado, ostre začimbe, pa tudi kakršnokoli mrzlo hrano in pijače. Bolniki morajo skrbeti za redno odvajanje, za pogostne, toda majhne obroke hrane in obenem paziti, da se ne zredijo.

Če so pa znaki vnetja izrazitejši, tedaj moramo opustiti tudi edini obrok masti, ker mora žolčnik čimbolj mirovati. Če opazimo tudi znake infekta (mrzlico, temperaturo), so indicirani antibiotiki. Pri tem moramo opozoriti, da ni pametno brez poprejšnje bakteriološke preiskave žolča uporabljati široko spektralne antibiotike (geomycin, achromycin, terramycin, ambramycin itd.), ampak začnimo rajši s kombinacijo penicilin-streptomicina, ki bo največkrat privedla do zadovoljivega uspeha. Za lažje primere se je zelo dobro obnesel tudi bilamid.

Še nekaj o vprašanju spazmolitičnih sredstev! Povsem razumljivo je, da tudi ta sredstva sodijo med zdravila za vnetje žolčnika. Uporabljali jih bomo predvsem takrat, kadar bolnik trpi zaradi krčevitih bolečin in kadar želimo, da ostanejo žolčna izvodila čimbolj prehodna. Zelo se je pri nas v ta namen udomačil buscopan, vendar ga je treba predpisati bolniku v dovolj veliki dozi. Kadar pa hočemo spazmalitični učinek podpreti še z analgetičnim (in veliko je bolnikov, ki tožijo samo o bolečinah), takrat bomo buscopan kombinirali z novalgetolom. Nekoč tako priljubljene preparate morfina danes večina zdravnikov odklanja, ker vodijo samo do navidezne umiritve, v ozadju pa nam lahko prikrivajo komplikacijo. Ti preparati povzročajo tudi zaprtje, kar seveda tudi ni zaželeno.

Ker smo že dvakrat omenili, da morajo bolniki, ki bolehajo za kroničnim vnetjem žolčnika, skrbeti za redno odvajanje, naj povemo še nekaj o odvajalnih sredstvih. Nikdar ne smemo uporabljati močno delujočih sredstev, ker lahko sprostijo žolčne kolike. Lahko predpišemo grenko sol v blagi raztopini ali pa mlačne klistire s kamiličnim čajem.

Žolčni kamni — cholelithiasis

V intaktnem žolčniku ni kamnov. Ob tej ugotovitvi se nam odpira dvoje vprašanj. Ali je žolčnik bolezensko spremenjen, preden se prično tvoriti kamni, ali pa kamni oškodujejo sluznico žolčnika. Po današnjih gledanjih je oboje. Vnetno spremenjen žolčnik, zastoj v odtoku žolča in infekt so podlaga nastajanju kamnov v žolčniku. Prav gotovo ima poleg omenjenih činiteljev svojo besedo tudi presnova, ki lahko v določenih primerih spremeni sestavo žolča v toliko, da se posamezni elementi žolča prično nabirati okrog nekega jedra. Pri kamnih, kjer je v ospredju vnetje, sestavljajo to jedro celični detritus in bakterije, pri kamnih, kjer je v ospredju spremenjena sestava žolča, pa kristali holesterina. Iz patologije se spominjamo, da so kamni bodisi solitarni (en sam) ali pa multipli, da je različna tudi barva, vse od rumenozelene do temnozelene in skoraj črne, odvisno pač od njihove sestave (holesterinski, pigmentni in kombinacije obeh z različno primesjo kalcija). Na preseku kažejo holesterinski radiarno, pigmentni slojevito zgradbo, možna je pa seveda tudi kombinacija. Velikost kamnov je različna, od drobnega peska pa do kurjega jajca. Manjši kamni so pogosto fasetirani.

Bolezenska slika je lahko zelo tipična, v nekaterih primerih pa je na las podobna težavam, ki smo jih opisali pri kroničnem vnetju žolčnika. Tipična bolezen se pokaže z »žolčnim napadom«, z litiatično koliko. Kmalu po dobrem kosilu ali večerji, ki je bila dokaj mastna, začuti bolnik neprijetno tiščanje pod desnim rebrnim lokom, slabo mu je, pojavljajo se vedno močnejše krčevite bolečine, ki izžarevajo proti desni rami. Napad traja po navadi več ur in ga spremlja bruhanje. Dan po napadu so beločnice obarvane rahlo rumeno. Če imamo priliko opazovati tak napad, je diagnoza jasna in pravtako tudi terapija. Opozoriti pa je treba, da napad lahko sprožijo tudi premočni duševni pretresi, kakor tudi naporno fizično delo in hormonalno neravnovesje. Marsikatera žena dobi napad pred menzesi. Veliko pa je holelitiaz tudi atipičnih in je ugotovitev zato dosti bolj zamotana. Žolčne kamne imajo pretežno debelejše žene in tiste, ki so že rodile. V nosečnosti namreč se znatno dvigne raven holesterina. Običajno obolevajo od 25. leta dalje. Pri mlajših je bolezen redkost.

Zdravljenje je samo eno — operacija. Do danes še ne poznamo zdravila, ki bi topilo in raztopilo kamne. Med ljudmi tako zelo razširjena kura z olivnim oljem je popolnoma brezuspešna. Bolniki sicer opazijo v blatu okrogle zelenkaste »kamne«; to pa je le razmiljeno in skepljeno olje. Če tak »kamen« skušamo streti, se nam to posreči brez kakih težav, ker je mehak, pravi kamni pa so zares trdi kot kamen.

Zavedati se moramo, da bomo težko dopovedali vsem bolnikom z žolčnimi kamni, da je edino zdravilo operacija. Zato je prav, da si na kratko ogledamo še komplikacije in zdravljenje za tiste, ki operativni poseg odločno odklonijo. Če kamen zapre pot žolču v dvanajstnik, se pojavi zlatenica — Icterus ex obstructione. Včasih pa kamen le zdrkne v dvanajstnik in zlatenica izgine. Toda če zapora ostane, je operacija vsekakor potrebna. Kirurški poseg med zlatenico je pa dosti bolj tvegan kakor prej. Zapora je lahko samo delna ali tudi popolna, če kamen zdaj popolnoma zapre, drugič pa le delno pripre svetlino žolčevoda. S tem v zvezi se menjujejo tudi pojavi zlatenice.

V takih primerih se kaj rado razvije tudi vnetje žolčnih potov — Cholangitis, kar je pa zelo resna komplikacija. Če zapre kamen samo odvod iz

žolčnika v žolčevod, se žolč v žolčniku polagoma resorbira, sluznica pa prične izločati sluzavo brezbarvno tekočino, ki napolni in raztegne žolčnik — Hydrops cholecystae. Ob prisotnosti virulentnih bakterij vodi taka zapora do gnojnega vnetja žolčnika. Žolčnik se napolni z gnojem — Empyema cholecystae. Razumljivo je, da pride lahko do perforacije in s tem do vnetja potrebušnice, do peritonitisa. Če pa gnojni proces napreduje bolj počasi, se okrog žolčnika in dvanajstnika razvijejo zarastline in žolč se lahko ob perforaciji izlije v dvanajstnik ali črevo, pač glede na to, kam je prodrl. V takem primeru, ko nastane tako imenovana biliarna fistula, lahko bolniki najdejo v blatu žolčne kamne. S perforacijo žolčnika v dvanajstnik ali črevo se odpre nova pot, po kateri lahko odidejo tudi kamni. Končno naj omenimo še, da nekateri smatrajo holelitiazo za prekancerozni stadij. Zaradi kroničnega draženja se v žolčniku, ki je poln kamnov, razvije rak.

Kadar pa bolezen poteka mileje, in to velja za večino primerov, tako da ima bolnik samo občasne napade, jo zdravimo takó kakor kronično vnetje žolčnika. Ob napadu so potrebne visoke doze spazmolitikov, izjemoma celo morfin.

Akutno vnetje žolčnika — Cholecystitis acuta

Bakterije, ki povzročijo to obolenje, pridejo v žolčnik na več načinov, najpogosteje pa preko portalne vene. Razumljiva nam je seveda tudi pot iz dvanajstnika preko žolčevoda v žolčnik kakor tudi hematogena infekcija z arterialno krvjo.

Klinično sliko akutnega vnetja žolčnika ni težko prepoznati, ker je v ospredju bolečina pod desnim rebrnim lokom in temperatura z mrzlico, torej vsaj dva izmed petih klasičnih znakov vnetja. Če bi palpirali trebuh, bi našli še tretji znak — tumor, medtem ko sta ostala dva (rubor, functio laesa) našim očem in tipu prikrita. Skratka, bolezen je precej lahko diagnosticirati, če žolčnik ni preveč spuščen in ga ne zamenjamo z akutnim vnetjem slepiča.

Zdravljenje je danes v rokah antibiotikov. Več o tem smo povedali že pri kroničnem vnetju žolčnika. Popolnoma jasno je, da tudi ne varčujemo z analgetiki; če preti perforacija, pa bolnika prepustimo kirurgu.

Rak žolčnika — Carcinoma cholecystae

Morda se zdi čudno, da o tem ne bomo veliko povedali. Vzrok je pač v tem, ker je zgodnja diagnoza tako težka, da se izmuzne tudi dobremu specialistu. Obolenje je dokaj pogosto, saj je med malignimi novinami prebavnega trakta na petem mestu.

Vsi znaki, ki jih lahko zvemo iz anamneze, so zelo podobni znakom pri kroničnem vnetju žolčnika in pri žolčnih kamnih. Nekoliko bolj se približamo diagnozi, če v predelu žolčnika otipljemo trd, slabo premakljiv tumor. Takrat je pa v mnogih primerih že prepozno, ker so se metastaze že razvile tudi v oddaljenih organih. Zaradi karcinoze peritoneja se pojavi ascites, zaradi pritiska tumorja na žolčevode pa obstrukcijski ikterus, ki je iz tedna v teden močnejši. Zdravljenje je seveda le kirurško, kolikor je sploh uspešno. Uspešnejša je pri kroničnem vnetju žolčnika z žolčnimi kamni profilaksa, z drugo besedo pravočasna holecistektomija.

Motnje v mehanizmu duodenalnega sfinktra — Dyskinesis biliaris

Žolč se izteka v dvanajstnik preko duodenalnega sfinktra (Sfincter Oddii). V bistvu gre za pravilno igro med krčenjem žolčnika in raztezanjem sfinktra. Če se ta skladnost poruši, govorimo o biliarni diskineziji. Pod vplivom vagusa se žolčnik krči, sfinkter pa razteza. Simpatikus pa oži sfinkter in relaksira žolčnik, da se lahko napolni z žolčem. Kadar pa se ob prevalenci vagusa krči žolčnik in oži tudi sfinkter, tedaj govorimo o hipertonični diskineziji. Obratno pa pride do atonične diskinezije, če se pojači simpatikotonija, žolčnik se prekomerno relaksira, sfikter pa se spastično zoži. Na ta način je oviran odtok žolča v dvanajstnik, žolčnik se čez mero polni in razteza in posledica je — bolečina. V obeh primerih povzroči težave spazem sfinktra, zato je zdravljenje enako, ker moramo s spazmolitiki ublažiti krče. Ko popusti spazem, dodamo pri atonični obliki še jajčni rumenjak, ki pospeši izpraznjenje distendiranega (raztegnjenega) žolčnika.

Pri biliarnih diskinezijah ne gre torej za organsko okvaro, ampak za funkcionalne motnje pri prevzdraženem živčnem sistemu. Ta vzdražljivost se poveča bodisi zaradi obolenja sosednih organov, kot n. pr. gastro-duodenalnega ulkusa, vnetja trebušne slinavke, črevesja itd., ali pa je posledica čisto drugih — zunanjih faktorjev.

Zdaj nas zanima še dvoje: Kako se bomo najlaže odločili za obliko diskinezije in kako jo bomo ločili od organskih procesov na žolčniku. Povišana želodčna acidnost in driske spremljajo hipertonično diskinezijo, znižana acidnost in obstipacija pa atonično. Biliarne diskinezije težko ločimo od organskih obolenj biliarnega sistema. Kadar izločimo organska obolenja, se odločimo za diskinezijo. Tudi težave, bolečine in krči pri diskinezijah niso tako hudi kakor pri organskih obolenjih žolčnika.

Ob zaključku tega razpravljanja moramo še pripomniti, da so zlasti v uvodu nekatere stvari pojasnjene bolj na široko, tako tudi kronično vnetje žolčnika in diskinezije. Vendar je to potrebno za razumevanje nadaljnjih izvajanj. Namenoma sloni ves sestavek predvsem na anamnestičnih podatkih in na takih objektivnih ugotovitvah, ki jih lahko opazi medicinska sestra. Pri drugih objektivnih ugotovitkih, ki nam jih odkrijejo palpacija in laboratorijske preiskave krvi, urina, blata in žolča, se nismo zadrževali, ker sodijo njih analize v področje zdravnika. Dietalna prehrana pri obolenjih žolčnih potov je omenjena le v obrisih, ker imamo na razpolago že samostojne brošure, ki obravnavajo izključno to poglavje.

Namen članka naj bi bil predvsem v tem, da bodo medicinske sestre večkrat pomislile na opisana obolenja, kadar se bodo razgovarjale z bolniki, ki imajo nejasne težave v zgornjem delu trebuha, in pa v tem, da bodo znale svetovati, kdaj je umestna še konservativna-medikamentozna terapija, kdaj pa je misliti na operacijo. Če pa bodo posvetile še več pozornosti tistim bolnikom, ki se jim zaupajo za črpanje žolča, bo članek v celoti dosegel svoj namen.