КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ: ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ. ХРОНИЧЕСКИЙ КАЛЬКУЛЕЗНЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ

A CLINICAL EXAMPLE IN SURGICAL PRACTICE: CHOLELITHIASIS. CHRONIC CALCULOUS CHOLECYSTITIS

УДК: 616.366-003.7

Стяжкина Светлана Николаевна, доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской хирургии с курсом урологии, Ижевская государственная медицинская академия, г. Ижевск
Филинова Валерия Сергеевна, студентка 4 курса педиатрического факультета, Ижевская государственная медицинская академия, г. Ижевск
Исмагилова Альмира Альбертовна, студентка 4 курса педиатрического факультета, Ижевская государственная медицинская академия, г. Ижевск
Исмагилова Алсу Данисовна, студентка 4 курса педиатрического факультета, Ижевская государственная медицинская академия, г. Ижевск

Styazhkina S.N. lera_sergeeva_2013@mail.ru
Filinova V.S. lera_sergeeva_2013@mail.ru
Ismagilova A.A. a.ismagilova99@yandex.ru
Ismagilova A.D. danisovna121297rrr@mail.ru

Аннотация

Желчнокаменная болезнь - обменное заболевание гепатобилиарной системы, обусловленное нарушением обмена холестерина и билирубина, характеризуется образованием жёлчных камней в жёлчном пузыре (холецистолитиаз), общем жёлчном протоке (холедохолитиаз) или печёночных жёлчных протоках (внутрипечёночный холелитиаз).

Желчнокаменная болезнь является распространённой патологией. Ежегодно в мире выявляют до 1 млн больных холелитиазом. Чаще болеют люди среднего и пожилого возраста. В зрелом возрасте у мужчин жёлчнокаменная болезнь встречается в 3 раза реже, чем у женщин.

Annotation

Cholelithiasis is a metabolic disease of the hepatobiliary system caused by a violation of the exchange of cholesterol and bilirubin, characterized by the formation of gallstones in the gallbladder (cholecystolithiasis), common bile duct (choledocholithiasis) or hepatic bile ducts (intrahepatic cholelithiasis). Cholelithiasis is a common pathology. Every year, up to 1 million patients with cholelithiasis are detected in the world. Middle-aged and elderly people are more likely to get sick. In adulthood, men have cholelithiasis is 3 times less common than women.

Ключевые слова: хирургия, желчнокаменная болезнь, хирургическое лечение.

Keywords: surgery, cholelithiasis, surgical treatment.

Клинический пример из практики на базе БУЗ УР «1 РКБ» г. Ижевска.

Результаты и их обсуждения. Пациент Д., 68 лет, начало заболевания 1 октября 2019 г., дата поступления в БУЗ УР «1РКБ» 2 октября 2019 года. Жалобы при поступлении на боль в правой подреберной области, характер боли ноющий, средней интенсивности, по продолжительности они периодические, иррадиируют в левую подреберную и надчревную области, возникают в любое время суток, но усиливаются преимущественно с утра («на голодный желудок, вызывая тошноту»). *Анамнез*: болезненность в правом подреберье, также предъявляет жалобы на боли в спине, которые имеют ноющий характер, появляются после небольшой физической нагрузки; боли в пояснице связывает с работой в течение жизни (водитель

трактора). Перенесенные заболевания: ОРВИ, АГ. Такие заболевания, как болезнь Боткина, ВИЧ, туберкулез, венерические заболевания, психические заболевания отрицает. Аллергические реакции на лекарственные препараты, химические вещества, пищевые продукты не отмечает.

Объективное исследование: общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Желтушная окраска кожных покровов. Сыпи, язв, рубцов, пролежней, коллатерального кровообращения нет. Дыхание

везикулярное, хрипов нет. Число дыхательных движений 17 в минуту. Объективных признаков одышки нет. Тоны сердца ритмичные, ясные, пульс-70 ударов в минуту, форма живота обычная, брюшная стенка участвует в акте дыхания свободно. Свободной жидкости в брюшной полости нет. Печень не выступает из-под края реберной дуги, безболезненная. Положительные симптомы Ортнера и Лепене. Желчный пузырь не пальпируется. Перистальтика выслушивается. Отеков нет. Лимфатические узлы безболезненные. *Локальный статус:* при осмотре пораженного участка на момент курации брюшная стенка принимает участие в акте дыхания. Живот мягкий, безболезненный. После проведенного оперативного лечения, а именно, холецистэктамия, дренирование холедоха по Пиковскому, интраоперационная холангиопанкреатография, дренирование брюшной полости, в правой поясничной области находится рана с ровным швом около 7 см, следовательно, заживление происходит по типу первичного натяжения, так как отсутствует процесс нагноения, а также отсутствует повреждение окружающих тканей. Поверх раны наложена асептическая повязка с йодным раствором. И имеется дренаж, который обеспечивает отток светло-желтой жидкости.

Данные лабораторно-инструментальных исследований: Биохимический анализ крови от 02.10.2019: повышение общего билирубина за счет прямой фракции, повышение АЛТ, АСТ. Полный анализ мочи от 02.10.2019: лейкоцитурия, гиперстенурия. Ультразвуковое исследование

02.10.19г.: Печень: расположена типично. В сагиттальной плоскости увеличена. Контуры печени ровные, четкие. Правая доля 156 мм, левая- 62 мм, хвостатая- 21 мм. Углы печени не изменены, закруглены. Угол правой доли >75, угол левой доли >45. Сосудистый рисунок печени обеднен. Печеночные вены не изменены. Диаметр VP 10 мм. Внутрипеченочные желчные протоки расширены. Звукопроводимость снижена. Эхогенность паренхимы не изменена. Структура печени умеренно однородная, мелкозернистая.

Желчный пузырь**:** Размеры увеличены. Контуры стенок четкие, неровные. Стенки утолщены 3 мм, уплотнены. Холедох 4 мм, не расширен. Наличие конкрементов до 5-6 мм, множественные.

Поджелудочная железа: расположена типично. Диффузные изменения поджелудочной железы.

Заключение: ЖКБ. Диффузные изменения печени.

Клинической диагноз:

Основное заболевание: ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит. Реактивный биллиарнозависимый панкреатит. В пользу этого свидетельствуют жалобы на: боль в правом подреберье, озноб, иктеричность склер, общую слабость, а также данные анамнеза заболевания и объективного осмотра: желтушная окраска кожных покровов, желтушность видимых слизистых оболочек, болезненность при пальпации в правом подреберье. Данные дополнительных методов обследования, а именно: повышение общего билирубина за счет прямой фракции, повышение АЛТ, АСТ подтверждают диагноз желчнокаменной болезни.

Проведено хирургическое лечение- Холецистэктамия, дренирование холедоха по Пиковскому, интраоперационная халангиопанкреатография, дренирование брюшной полости.

Предоперационный эпикриз: больной поступил в экстренном порядке, учитывая клинику ЖКБ, хронического калькулезного холецистита, хронического билиарнозависимого панкреатита, явлениями механической

желтухи. Показано оперативное лечение в объеме лапаротомии, холецистоэктомии, холедохолитотомии, восстановление пассажа печени, согласие на оперативное вмешательство получено.

Протокол операции:

Название операции: Холецистэктамия, дренирование холедоха по Пиковскому, интраоперационная холангиопанкреатография, дренирование брюшной полости.

Под ЭТН лапаротомия косым разрезом. Брюшина не изменена. Желчный пузырь 12*6*4 см в спаечном процессе, спайки рассечены электрокоагуляцией. Желчный пузырь выделен субсерозно от дна. Артерия клепирована клипсами в соотношении 2 к 1. Пузырный проток 4 мм, пересечен. Произведено дренирование холедоха по Пиковскому, дренаж свободно проходит в 12-перстную кишку. Холедох диаметром 4мм. Дренаж фиксирован моносином. Произведена интраоперационная холангиография. Контраст поступает в 12-пестную кишку. Корень брыжейки тонкой кишки не изменен. Решено закончить операцию данным объемом. Контроль гемостаза - сухо, контроль холестаза- сухо. Счет тампонов, дренирование подпеченочного пространства трубкой ПВХ и ½ резиновой перчатки. Повязка. Препарат- желчный пузырь на гистологическое исследование, содержит множество конкрементов, стенка 0,4 см.

Прогноз:

При успешном хирургическом удалении желчного пузыря – излечение без выраженных последствий для качества жизни пациентов. Профилактика заключается в избегании факторов, способствующих повышенной холестеринемии и билирубинемии, застою желчи. Правильное сбалансированное питание, нормализация массы тела, активный образ жизни способствуют избеганию от обменных нарушений, а своевременное выявления и лечение патологий билиарной системы позволяет снизить вероятность стаза желчи и выпадения осадка в желчном пузыре.

Литература

1. Вахрушев Я. М. Непосредственное исследование больного. – Ижевск, 2011.

2. Вахрушев Я. М. Внутренние болезни. – Ижевск, 2000.

3. Вахрушев Я. М, Шкатова Е. Ю. Лабораторные методы диагностики. – Ижевск, 2006.

4. Учебник: «Хирургические болезни» под редакцией академика РАМН М.И. Кузина. Издание третье, переработанное и дополненное. Москва, «Медицина», 2006г.

5. Маколкин В.И. Внутренние болезни. Учебник для студентов. 5-е издание. М.: Медицина, 2005.

Literature

1. Vakhrushev Ya. M. Direct investigation of the patient. - Izhevsk, 2011.

2. Vakhrushev Ya. M. Internal diseases. - Izhevsk, 2000.

3. Vakhrushev Ya. M., Shkatova E. Yu. Laboratory methods of diagnostics. - Izhevsk, 2006.

4. Textbook: "Surgical diseases" edited by academician M. I. Kuzin. Third edition, revised and expanded. Moscow, Meditsina, 2006.

5. Makolkin V. I. Internal diseases. Textbook for students. 5th edition. Moscow: Meditsina, 2005.