

ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ. ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Самокаева А.А.¹, Петрова В.О.², Стяжкина С.Н.³

¹Самокаева Анастасия Андреевна – студент;

²Петрова Вероника Олеговна - студент,
факультет педиатрический;

³Стяжкина Светлана Николаевна - доктор медицинских наук, профессор,
кафедра факультетской хирургии,
Ижевская государственная медицинская академия,
г. Ижевск

Аннотация: статья посвящена желчнокаменной болезни, холецистэктомии. В ней описаны причины, основные симптомы заболевания. В разделе оперативного лечения рассматривается холецистэктомия с интраоперационной холангиографией, дренированием холедоха, холедоходуаденоанастомозом. Статья представлена реальным клиническим случаем.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, причины, клиника, операция, холецистэктомия.

Желчнокаменная болезнь – заболевание, характеризующееся расстройством синтеза и циркуляции желчи в гепатобилиарной системе в результате нарушения холестеринавого или билирубинового обменов, следствии чего формируются камни (конкременты) в желчных протоках и желчном пузыре. Или же по-простому, ЖКБ – это образование камней в желчном пузыре, желчных протоках [1, стр. 12].

Причины образования камней.

Когда происходит нарушение количественного соотношения компонентов желчи, то начинают формироваться твердые образования, похожие на хлопья. Затем эти хлопья склеиваются между собой, в результате чего образуются камни.

Самой распространенной причиной образования камней, является нарушение обмена холестерина, то есть при избыточном содержании его в желчи.

Факторы, способствующие избыточному образованию холестерина:

- Ожирение
- При снижении количества жирных кислот, поступающих в желчь
- При снижении количества фосфолипидов, которые подобно желчным кислотам не дают холестерину и билирубину переходить в твердое состояние и оседать
- При застойных явлениях в системе циркуляции желчи (сгущение желчи вследствие всасывания в желчном пузыре воды и желчных кислот)

Также к развитию желчнокаменной болезни могут вести инфекции, воспаления органов билиарной системы, аллергические реакции, аутоиммунные состояния.

Желчные камни разнообразны по форме, размерам и могут содержаться в разном количестве. Но как правило, выделяют типы камней: холестериновые и пигментные (билирубиновые). Холестериновые состоят из нерастворенного холестерина с различными примесями (минералы, билирубин), по цвету желтые. Пигментные камни темно-коричневого или же черного цвета, формирующиеся при избытке билирубина в печени [2, с. 31].

В данной статье описывается клинический случай желчнокаменной болезни и ее оперативного лечения путем лапароскопии.

Больная Z. (56 лет), 13.11.2016 поступила в хирургическое отделение РКБ № 1 города Ижевска на плановое лечение по поводу желчнокаменной болезни, хронического калькулезного холецистита в стадии обострения.

Считает себя больной с 5 октября 2016 года, когда через полчаса после еды испытала острые боли в эпигастральной области (боль связывает с погрешностями в диете: однообразность рациона, нерегулярность приема пищи, еда всухомятку). В дальнейшем продолжали беспокоить боли большей интенсивности, появилась резкая слабость, недомогание, тошнота 2-3 раза в день через 20 – 30 минут после приема пищи, больная ничем не лечилась. 12 августа 2003 года больная обратилась к врачу, была госпитализирована в ЦРБ, где произвели обследование и поставили диагноз: язвенная болезнь 12-перстной кишки? хронический гастродуоденит? и было проведено лечение: метронидазол, викалин, ранитидин, дротаверин в течение 2 недель, без улучшений. 24 августа больная была выписана, отправлена на лечение в I РКБ 7 гастроэнтерологическом отделении, 13 ноября была переведена в хирургическое отделение для проведения плановой операции по поводу ЖКБ, хронического калькулезного холецистита.

На основании жалоб, анамнеза жизни, объективного исследования, был выставлен диагноз: желчнокаменная болезнь, хронический калькулезный холецистит в стадии обострения.

19.11.2016, с согласия пациентки, была проведена операция: холецистэктомия с интраоперационной холангиографией, дренированием холедоха, холедоходуаденоанастомоз.

Продолжительность операции: 170 минут.

Доступ: разрез в правом подреберье по Федорову.

Ход операции: под общим обезболиванием выделен желчный пузырь от шейки, отдельная перевязка пузырной артерии и пузырного протока. Удален желчный пузырь с последующей перитонизацией остатками брюшинного покрова его ложа. Дренирование марлевым тампоном и резиновой трубкой отверстия Винслова через разрез в правом подреберье. Асептическая повязка на операционную рану [3, стр. 64].

В послеоперационном периоде осложнений нет.

Список литературы

1. *Ильченко А.А.* Желчнокаменная болезнь. М.: Анахарсис, 2004.
2. *Иванченкова Р.А.* Хронические заболевания желчевыводящих путей. М.: Атмосфера, 2006.
3. *Лейшнер У.* Практическое руководство по заболеваниям желчных путей. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001.