

Федеральное государственное образовательное медицинское учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет им проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра госпитальной хирургии им проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого с курсом ПО

РЕФЕРАТ

Тема: Желчнокаменная болезнь

Выполнил:
ординатор Ефремов Б.И.

Проверил:
д.м.н., проф. Первова О.В.

г. Красноярск, 2020г

Желчнокаменная болезнь

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) — заболевание, обусловленное образованием камней в желчном пузыре или желчных протоках, а также возможным нарушением проходимости протоков вследствие закупорки камнем. По данным Л.Глоуцала, в Европе и Америке в возрасте старше 50 лет ЖКБ страдают около $\frac{1}{3}$ женщин и около $\frac{1}{4}$ мужчин. Вырисовывается явная связь распространенности с полом. Существуют до сих пор необъяснимые различия частоты ЖКБ: в Ирландии ЖКБ в среднем имеется у 5%, а в Швеции - у 38% жителей.

Этиология

Застой желчи, рост концентрации солей желчи. Застою желчи способствуют беременность, сидячий образ жизни, гипомоторная дискинезия желчных путей, бедная жирами пища. Важным фактором является воспаление, воспалительный экссудат содержит большое количество белка и соли кальция. Белок может стать ядром камня а кальций, соединяясь билирубином, формирует окончательный вид камня,

Патогенез

Различают 4 типа конкрементов:

- 1) холестериновые камни, содержащие около 95% холестерина и немного билирубиновой извести;
- 2) пигментные конкременты, состоящие в основном из билирубиновой извести, холестерина в них менее 30%;
- 3) смешанные, холестерино-пигментно-известко-ые камни,
- 4) известковые камни, содержащие до 50% карбоната кальция и немного других составных частей.

ЖКБ - симптомокомплекс, включающий не только образование камней, сколько наличие типичной желчной колики, то патогенез последней — это продвижение камня, спазм и обтурация желчных путей. Камни, расположенные в области дна и тела желчного пузыря, обычно клинически не проявляются, т.е. являются «немыми»-25—35% лиц обоего пола после 65 лет являются такими «носителями».

Клиническая картина

Желчная колика - синдром, характеризующийся внезапно возникшими острыми болями в правом подреберье, иррадиирующими в правую ключицу, в правую руку, в спину, сопровождающиеся тошнотой, рвотой. В рвотных массах может быть желчь, отсюда ощущение резчайшей горечи во рту. При продолжительных болях и при обструкции развивается зуд кожи и несколько позже появляется желтушность. Возможны симптомы раздражения брюшины.

При закупорке пузырного протока возможно формирование воспалительного процесса, водянки желчного пузыря. При наличии воспаления могут развиваться холангит, холангиогепатит, при неполной обтурации — вторичный билиарный цирроз печени. При задержке камня в общем желчном протоке возможна обструкция и панкреатического протока с формированием острого панкреатита, в том числе связанного и с забросом желчи в ПЖ.

При обследовании больного можно обнаружить увеличенный желчный пузырь, но он может быть и сморщенным, содержимого в нем может практически не быть. Как правило, у таких больных увеличена печень, она мягкая, болезненная при пальпации.

Характерны ряд симптомов. *Симптом Ортнера*: болезненность при поколачивании по краю правой реберной дуги. *Симптом Мерфи*: усиление болей при надавливании на брюшную стенку в проекции желчного пузыря во время глубокого вдоха. *Симптом Кера*: то же при пальпации в точке желчного пузыря (в углу, образованном реберной дугой и краем прямой мышцы живота.). *Симптом Захарьина*: то же при поколачивании в точке пересечения правой прямой мышцы живота с реберной дугой. *Симптом Мюсси*: болезненность при надавливании между ножками правой грудиноключично-сосцевидной мышцы (френикус-симптом обусловлен иррадиацией болей по диафрагмальному нерву, участвующему в иннервации капсулы печени и желчного пузыря). *Симптом Бекмана*: болезненность в правой надорбитальной зоне. *Симптом Йоша*: то же в затылочной точке справа. *Симптом Мэйо - Робсона*: болезненность при надавливании в области костовертебрального угла.

Диагностика

Камни выявляются рентгенологическим и ультразвуковым методами исследования. Используются холецистография, внутривенная холеграфия, радионуклидное сканирование желчного пузыря.

При подозрении на опухоль, при механической желтухе неясного генеза, сопутствующем поражении печени - фибродуаденопанкреатохолангиография, лапароскопия и лапароскопическая холецистохолангиография. Лабораторные тесты: высокий уровень билирубина, увеличение содержания желчных кислот, признаки воспалительного процесса в крови. При полной закупорке общего желчного протока уробилина в моче нет, возможно резкое увеличение выделения желчных кислот.

Лечение ЖКБ

Большая часть больных подвергаются хирургическому вмешательству. Консервативное лечение направлено на растворение камней. Для этого используют препараты, содержащие хено - или уродезоксихолевую кислоту. Хе-нодезоксихолевая кислота (хенофалк, хенодиол, хенохол, урзофал). Начальная доза 750 - 1000 - 1500 мг (в зависимости от массы тела) в сутки. Курс лечения колеблется от 4—6 мес. до 2 лет.

Комбинированный препарат - литофальк, 1 таблетка содержит по 250 мг уродезоксихолевой и хенодезоксихолевой кислот,

Назначается по 2-3 таблетки в сутки.

Другие методы. Ровахол, состоящий из 6 циклических мо-нотерпенов (метол, менте л, пинек, бонеол, камфен и цинеол) в оливковом масле. Назначается по 1 капсуле на 10 кг массы тела в день. Длительность лечения такая же, как и желчными кислотами, Лекарственные средства растительного происхождения: препараты бессмертника песчаного, пижмы обыкновенной, мяты перечной, кукурузные рыльца и др. Литогенность желчи уменьшается при приеме фенобарбитала или зиксорина (300— 400 мг/сут. 3—7 нед.).

Для профилактики образования новых камней рекомендуется ограничение энергетической ценности пищи., потребления холестеринсодержащих продуктов (жир, яйца), назначение растительной клетчатки, пшеничных отрубей, овощей.

Лечение

Как показывает многолетний опыт, консервативная терапия, которую практикуют многие поликлинические врачи, неэффективна при ЖКБ. Рекомендуемые ими лечебные мероприятия не только не предупреждают появления желчных колик, но и могут их спровоцировать вследствие

миграции конкрементов и закупорки билиарного тракта. Более того, длительное пребывание камней в желчном пузыре грозит осложнениями и развитием воспалительного процесса, что затрудняет в дальнейшем хирургическое вмешательство и ухудшает его результаты. Поэтому при ЖКБ не следует годами проводить консервативное лечение и ожидать от него эффекта. При установленном диагнозе необходимо своевременное применение эффективных методов лечения, которые избавят больного от камней или желчного пузыря. Наблюдения показывают, что в ранние сроки заболевания существующие методы лечения, будь то литотрипсия или операция, дают лучшие результаты, лечение протекает более успешно с низким риском осложнений и летального исхода. Применение того или иного метода лечения ЖКБ не должно ограничиваться возрастом больного. При выборе способа лечения определяющим фактором должен быть не возраст больного, а его общее физическое состояние и степень операционного риска.

Литолитическая терапия

Идея растворения камней желчного пузыря медикаментозными средствами захватывает исследователей всего мира. Она привлекательна тем, что при успешном применении препаратов отпадает необходимость в операции, при которой всегда существует риск неблагоприятного исхода. В медицинской практике метод медикаментозного растворения желчных камней появился в начале 70-х годов, когда была получена хенодеоксихоловая кислота, а в последующем урсодеоксихоловая кислота (УДХК). Лекарственные препараты этого ряда снижают содержание холестерина в желчи за счет торможения его синтеза в печени и увеличивают пул желчных кислот в желчи. В результате желчь теряет литогенность и наступает растворение камней.

Терапевтический эффект при энтеральном применении литолитических

препаратов достигается у больных с желчными камнями, состоящими преимущественно из холестерина. А, как известно, большинство конкрементов являются смешанными, содержащими также билирубин, белки и различные соли. В этой связи использование литолизиса возможно лишь у 20% больных, страдающих ЖКБ. Применение метода показано тяжелым больным с высоким операционно-анестезиологическим риском и больным, отказывающимся от операции или экстракорпоральной литотрипсии (ЭКЛТ). Метод литолизиса имеет много противопоказаний к назначению, при недоучете которых терапевтический эффект не достигается и возможны осложнения.

Лечебный эффект при приеме литолитических препаратов можно ожидать через 1,5-2 года. Суточная доза препарата УДХК составляет 10-15 мг/кг. Лучшие результаты наблюдают при ограничении употребления жирной пищи, насыщенной холестерином. Основным недостатком метода литолизиса является невысокая эффективность. Даже при строгом отборе больных растворить камни или уменьшить их размеры удастся не более чем у 60% из них, причем этот эффект достигается при мелких чисто холестериновых камнях. После прекращения приема медикаментозных препаратов отмечен высокий процент рецидива заболевания. Недостаточно высокая эффективность ограничивает применение литолитической терапии, как самостоятельного метода лечения ЖКБ. Более широко его применяют в комплексе с другими методами и, в частности, с дистанционным дроблением камней.

Экстракорпоральная литотрипсия

Метод неинвазивного дробления конкрементов желчного пузыря вошел в медицинскую практику в 1985 г. Появление этого метода породило у врачей надежду на возможность его широкого использования, что позволило

бы многим больным избежать операции. Однако первые наблюдения показали, что далеко не каждому больному можно рекомендовать эту лечебную процедуру и не во всех случаях достигается положительный результат. Для получения лечебного эффекта необходим строгий отбор больных. Опыт показывает, что эффективность экстракорпоральной литотрипсии (ЭКЛТ) зависит от свойств конкрементов, определяющих успех их фрагментации и элиминации, а также от функционального состояния желчного пузыря, определяющего частоту развития осложнений и побочных эффектов периода элиминации и ранних рецидивов камнеобразования.

Критериями отбора больных с холецистолитиазом (с симптоматической и бессимптомной формами заболевания) для проведения ЭКЛТ являются: единичные и немногочисленные (2-4) конкременты, занимающие менее 1/2 объема желчного пузыря; сохраненная сократительно-эвакуаторная функция желчного пузыря. Успех лечения во многом зависит от наличия в конкрементах солей кальция и степени их кальцификации. Хорошие результаты лечения достигаются у больных с эхопроницаемыми и эхонеплотными (не содержащими солей кальция) рентгенопрозрачными конкрементами, по мере увеличения их эхонепроницаемости и эхоплотности с признаками рентгеноконтрастности эффективность дробления падает.

Противопоказанием к применению ЭКЛТ являются: множественный холецистолитиаз, занимающий более 1/2 объема желчного пузыря; кальцинированные камни; снижение сократительно-эвакуаторной функции желчного пузыря и отключенный желчный пузырь; конкременты желчных протоков и билиарная обструкция; невозможность проведения энтерального литолизиса после дробления конкрементов (гастродуоденальная язва, аллергия); беременность.

О результатах литотрипсии судят через 3-18 мес, когда происходит

освобождение желчного пузыря от фрагментов камней. Для ускорения процесса элиминации и уменьшения размеров фрагментов больным назначают оральную литолитическую терапию. В ближайшем и отдаленном периодах процесс элиминации фрагментов может давать осложнения в виде приступов желчных колик, острого холецистита, обтурационной желтухи и острого панкреатита. Следует отметить, что эти осложнения возникают редко. При строгом отборе больных хорошие результаты лечения (полное освобождение желчного пузыря от конкрементов) наблюдается у 65-70% больных. Неудовлетворительные результаты ЭКЛТ, когда фрагменты не выходят из желчного пузыря или, напротив, увеличиваются в размерах, связаны либо с неправильной оценкой функции желчного пузыря, либо с качественным составом камней. После успешно проведенной литотрипсии возможен рецидив камнеобразования, отмечаемый у 20-23% больных, перенесших эту процедуру (большинство из них имеют нарушения липидного обмена). Мерой профилактики рецидива заболевания у этой категории больных является проведение корригирующей холестеринснижающей терапии.

Неоперативным методам лечения присущ один существенный недостаток непатогенетичность терапии. Ожидать хороших результатов лечения при их применении в отдаленном периоде не приходится, так как при невозможности воздействовать на все звенья патогенеза заболевания еще остается желчный пузырь орган, формирующий конкременты. Вот почему оперативное удаление желчного пузыря рассматривают, как радикальный метод лечения ЖКБ, избавляющий больного от желчных колик и опасных осложнений. В настоящее время в медицинских учреждениях применяют три способа удаления желчного пузыря: лапароскопический, хирургический из минимального операционного доступа и из стандартной лапаротомии.

Лапароскопическая холецистэктомия

Появление в медицинской практике метода лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) явилось новой вехой в развитии хирургии ЖКБ. За чуть более чем 10-летний период существования она завоевала широкое признание и получила дальнейшее совершенствование. Эндоскопическим методом стали производить до 70-80% холецистэктомий.

К показаниям для проведения ЛХЭ относят симптоматическую неосложненную ЖКБ, бессимптомно протекающую форму заболевания и холестероз желчного пузыря. Совершенствование технологии эндоскопической операции позволило расширить показания к вмешательству при сочетанных поражениях желчных протоков. Среди противопоказаний к этой операции выделяют плотный воспалительный инфильтрат в области шейки желчного пузыря и гепатодуоденальной связки, беременность, перенесенные лапаротомии, ожирение, цирроз печени, внутрипеченочное расположение желчного пузыря, механическую желтуху и острый панкреатит. Некоторые авторы считают эти противопоказания, за исключением первых двух, относительными и при этом подчеркивают, что успех операции во многом определяется уровнем подготовки хирурга и технической оснащенностью операционной. Однако недооценивать эти противопоказания нельзя, так как при указанных ситуациях существует риск развития интраоперационных осложнений и к тому же возникает необходимость в конверсии (переходе к лапаротомии), что удлинит время операции в 2-3 раза.

Операцию ЛХЭ проводят обычно под общим обезболиванием, добиваясь при этом глубокой релаксации брюшной стенки. Основными этапами эндоскопической операции являются: создание пневмоперитонеума, введение троакаров и инструментов, ревизия брюшной полости, выделение желчного пузыря из сращений, пузырного протока и пузырной артерии с

последующим их клипированием и пересечением; выделение желчного пузыря из ложа печени и извлечение его из брюшной полости (иногда с использованием контейнера) и установка контрольного дренажа в подпеченочном пространстве. Для введения троакаров в брюшную полость производят дугообразный разрез длиной 1,5-2 см над или под пупком и три разреза длиной 56 мм в правом подреберье.

Небольшая травматичность при операции ЛХЭ, щадящая инструментальная техника обеспечивают легкое течение послеоперационного периода, кратковременное нахождение больного в стационаре (3-5 дней) и сокращение сроков восстановления трудоспособности (2,5-3 нед). Этими факторами определяется низкий процент послеоперационных осложнений со стороны операционной раны, брюшной полости и сердечно-легочной системы. Перечисленные достоинства ЛХЭ делают ее социально значимой и перспективной в лечении ЖКБ.

Наряду с неоспоримыми преимуществами операция ЛХЭ таит в себе опасность развития серьезных осложнений: кровотечение в брюшную полость, пересечение холедоха, травма внутренних органов, желчеистечение в брюшную полость, гнойный процессы в зонах вмешательства. Причинами их возникновения чаще всего являются спаечный и воспалительный процесс в гепатодуоденальной зоне; нарушение техники операции и отказ от своевременного перехода к широкой лапаротомии. При операции ЛХЭ послеоперационная летальность невысокая, она колеблется от 0,5 до 1,5%.

Холецистэктомия из мини-лапаротомного доступа

В нашей стране приоритет в разработке технологии холецистэктомии из малого оперативного доступа принадлежит И.Д. Прудкову и его

последователям.

Этот способ операции холецистэктомии состоит из открытого малого оперативного доступа с элементами эндохирургии. Операцию осуществляют с помощью комплекта инструментов, включающего в себя кольцевой ранорасширитель, шарнирные ретракторы-зеркала (изменяющие свою геометрию), осветительный прибор и электрокоагуляторы.

Для выполнения операции из мини-доступа производят вертикальный трансректальный разрез длиной 4-5 см в правом подреберье. Ретракторы-зеркала создают значительное по объему операционное пространство, позволяющее оперировать на глубине 5-20 см, визуальное контролировать ход операции и свободно манипулировать инструментами. Изменяя положение ретракторов-зеркал и увеличивая тем самым операционное пространство в зоне интереса, можно производить не только изолированную холецистэктомию, но и расширить вмешательство: выполнить холедохолитотомию, холедохоскопию, сформировать супрадуоденальный холедоходуоденоанастомоз.

Применение мини-лапаротомного доступа при холецистэктомии целесообразно в тех случаях, когда имеются противопоказания к лапароскопическому вмешательству. Технология этой операции позволяет произвести удаление желчного пузыря при наличии воспалительной инфильтрации и спаечного процесса в зоне гепатодуоденальной связки; при ранее перенесенных лапаротомиях, когда можно ожидать спаивания органов брюшной полости с брюшной стенкой; при ожирении и внутripеченочном расположении желчного пузыря. Мини-доступ предпочтителен у больных с сопутствующими заболеваниями сердечной и легочной систем, у которых нежелательно создавать напряженный пневмоперитонеум.

Операция холецистэктомия из мини-доступа не является альтернативой лапароскопического способа. По многим параметрам медицинского характера эти способы операции существенно не отличаются друг от друга. Однако операции из мини-доступа присуща несколько повышенная травматичность из-за длины разреза брюшной стенки, введения инструментов и тампонов в брюшную полость. Несомненными преимуществами операции холецистэктомии из минимального оперативного доступа являются: сходность техники и приемов оперирования с открытой лапаротомией и визуальный контроль за этапами операции, что снижает риск ятрогенных осложнений, позволяет хирургу легко преодолеть психологический барьер и быстро перейти к открытой лапаротомии, если возникают технические трудности. Кроме того, себестоимость операции из мини-доступа в 2,5-3 раза меньше лапароскопической операции. Перечисленные достоинства операции холецистэктомии из мини-доступа с использованием отечественного инструментария делают ее привлекательной для хирургов. В настоящее время во многих лечебных учреждениях нашей страны эта операция вытеснила открытый метод оперативного вмешательства.

Холецистэктомия из открытого лапаротомного доступа

Удаление желчного пузыря из стандартного широкого лапаротомного доступа относится к категории травматичных вмешательств с повышенным риском развития осложнений. Несмотря на этот недостаток широкой лапаротомии, необходимость в ее применении остается при осложненном течении ЖКБ, когда требуется вмешательство на внепеченочных желчных протоках, а также в хирургии острого холецистита. Вынужденный переход на широкую лапаротомию возникает при операциях лапароскопических и из мини-доступа, если в ходе оперативного вмешательства возникают технические трудности или ятрогенные осложнения.

Итак, из существующих способов лечения ЖКБ наиболее эффективным является хирургический удаление желчного пузыря. При плановых операциях у больных с неосложненной ЖКБ послеоперационная летальность не превышает 0,5%. Важно своевременно выявить показания к операции, не дожидаясь развития осложненных форм заболевания.

Литература:

1. Острая абдоминальная патология - ред. Д. М. Клайн, Л. Г. Стед ; пер. с англ. А. Е. Любова ; ред.-пер. А. И. Ковалев М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 201
2. Клинические рекомендации. Колопроктология. - Режим доступа: ред. Ю. А. Шельгин М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017.
3. Абдоминальная хирургия: нац. рук. : крат. изд.. - ред. И. И. Затевахин, А. И. Кириенко, В. А. Кубышкин М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017.
4. Кузин М.И., Шкорб О.С., Кузин Н.М. и др. Хирургические болезни. Учебник. Под ред. М.И. Кузина. - 2 изд., перераб. и доп. - М.: Медицина, 2003
5. Кучанская А. В. Желчнокаменная болезнь. Современный взгляд на лечение и профилактику: ИГ "Весь", 2007
6. Лейшнер У. Практическое руководство по заболеваниям желчных путей. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004
7. Яковенко Э.П., Григорьев П.Я. Хронические заболевания внепеченочных желчевыводящих путей (Диагностика и лечение). Методическое пособие для врачей. М.: Медпрактика, 2003

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
"Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-
Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра госпитальной хирургии им проф А.М. Дыхно с курсом ПО

Рецензия д.м.н. профессора кафедры госпитальной хирургии им проф А.М. Дыхно с курсом ПО
Перовой Ольги Владимировны на реферат ординатора первого года обучения специальности
«Хирургия» Ефремова Борис Ильича по теме: «Желчнокаменная болезнь».

Рецензия на реферат – это критический отзыв о проведенной самостоятельной работе ординатора с литературой по выбранной специальности обучения, включающий анализ степени раскрытия выбранной тематики, перечисление возможных недочётов и рекомендации по оценке. Ознакомившись с рефератом, преподаватель убеждается в том, что ординатор владеет описанным материалом, умеет его анализировать и способен аргументированно защищать свою точку зрения. Написание реферата производится в произвольной форме, однако, автор должен придерживаться определенных негласных требований по содержанию. Для большего удобства, экономии времени и повышения наглядности качества работ, нами были введены стандартизированные критерии оценки рефератов.

Основные оценочные критерии:

Оценочный критерий	Положительный /отрицательный
1. Структурированность	нет
2. Наличие орфографических ошибок	нет
3. Соответствие текста реферата его теме	нет
4. Владение терминологией	нет
5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	нет
6. Логичность доказательной базы	нет
7. Умение аргументировать основные положения и выводы	нет
8. Круг использования известных научных источников	нет
9. Умение сделать общий вывод	нет

Итоговая оценка: положительная / отрицательная
Комментарии рецензента:

Дата: 19.09.20

Подпись рецензента:

Подпись ординатора: