**Выполнила: Дейхина А.С.**

**Тема: ЖКБ. Постхолецистэктомический синдром.**

**Клинический случай**

Пациентка, Л, 71 год, была госпитализирована 18.12.2019 в хирургическое отделение с диагнозом «Желчнокаменная болезнь. Хронический калькулезный холецистит» и такими осложнениями, как: холедохолитиаз, механическая желтуха.

Развитие и течение заболевания: диагноз «Желчнокаменная болезнь» был установлен в 2013 году при плановом медицинском осмотре. Первый приступ болей испытала 25.11.2019 года, когда появилась интенсивная боль в правом подреберье, эпигастрии. Тогда же отмечались желтушность кожи и склер. Пациентка обратилась в ГБ, где были купированы болевой и желтушный синдромы, и далее была переведена в хирургическое отделение ККБ для последующего обследования и лечения. При поступлении жалобы на периодические ноющие боли в правом подреберье и эпигастральной области, горечь во рту, изжога. Изменения цвета кала (светло-желтый).

Объективное исследование: при поступлении общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Кожные покровы и склеры физиологической окраски, чистые. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет, частота дыхательных движений 17 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Артериальное давление 130/80 мм.рт.ст., пульс- 72 ударов в минуту. При пальпации живот мягкий, незначительно болезненный в эпигастрии и правом подреберье. Печень из-под края реберной дуги не выступает. Симптомы Ортнера, Мерфи отрицательные. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Перистальтика выслушивается. Опухолевидных образований не пальпируется. Симптом сотрясения отрицательный с обеих сторон. Отеков нет.

Обследование:

УЗИ от 18.12.2019г.: общий желчный проток до 2 см, в просвете гиперэхоструктуры 15 и 17 мм. Желчный пузырь грубо деформирован, поперечный размер- 1,5 см. Заключение: Расширение внутри- и внепеченочных желчных протоков на фоне конкрементов в дистальном отделе холедоха. Билиарная гипертензия.

Был выставлен диагноз: «Желчнокаменная болезнь. Хронический калькулезный холецистит. Холедохолитиаз».

Оперативное лечение:

21.12.2019 была проведена плановая операция: Холецистэктомия. Лапаротомия. Холедохолитотомия, дренирование холедоха по Керу. Ревизия, дренирование брюшной полости. Лапаростома. Предоперационный эпикриз: Наличие клиники холедохолитиаза, механической желтухи является показанием к оперативному лечению. Планируется лапароскопическая холецистэктомия, дренирование желчевыводящих путей под эндотрахеальной анестезией. Согласие на операцию получено.

Клинический диагноз: Желчнокаменная болезнь. Хронический калькулезный холецистит с формированием свища в брыжейку ободочной кишки. Холедохолитиаз. Механическая желтуха.

Описание операции:

Под эндотрахеальной анастезией выполнена лапаротомия по Федорову в брюшной полости в подпеченочном и надпеченочном пространстве справа, до 50 мл крови, печень не увеличена, обычного цвета. Желчный пузырь окутан сальником, интимно припаяна двенадцатиперстная кишка, ободочная кишка. Холедох шириной 2,0 см, в просвете пальпируется камень 2,0\*1,5 см. Спайки разделены тупым и острым путем, при выделении вскрылся свищ в брыжейке ободочной кишки несвязанный с просветом кишечника. Желчный пузырь небольших размером, 2,0\*1,0 см, склерозирован. Пузырный проток облитерирован при впадении в холедох, некроз стенки 0,5\*0,5 см. При ревизии в малом тазу гемолизированная кровь до 150 мл. Выполнена среднесрединная лапаротомия, ревизия брюшной полости. При ревизии в 60 см от связки Трейца участок тонкого кишечника протяженностью 15 см синюшно-серого цвета, стенка утолщена и отечна. Брыжейка отечна с кровоподтеками. На механическое раздражение перистальтика сохранена, участков некроза нет. Решено ограничиться новокаиновой блокадой брыжейки кишечника, дренированием холедоха по Керу, лапаростомой. Выполнена блокада. Желчный пузырь удален. Выделен холедох, вскрыт на конкременте. Из холедоха выделилась желчь, извлечен конкремент размерами 2,0\*1,5 см. Катетер диаметром 0,3 см проведен в 12-ти перстную кишку. Стенка холедоха в месте впадения пузырного протока ушита атравматической иглой (сафил), холедох дренирован Т-образным дренажем, подшит кетгутом. Холедохотомная рана ушита атравматической иглой (сафил). Брюшная полость осушена. Контроль гемостаза - сухо. Дренажи слева в малый таз, справа подпеченочное пространство. Провизорные швы на кожу. Спирт. Асептическая повязка. Лапаростома.

Длительность операции: 2 часа 25 минут

22.12.2019г. Была проведена плановая операция: Релапаротомия (повторное вскрытие недавнего лапаротомического разреза). Плановая санация. Ушивание ободочной кишки. Лапаростома.

1. Выставить диагноз.

Основной: Желчнокаменная болезнь. Хронический калькулезный холецистит с формированием свища в брыжейку ободочной кишки. Холедохолитиаз. Холецистэктомия от 21.12.2019. Лапаротомия. Холедохолитотомия,

дренирование холедоха по Керу. Ревизия, дренирование брюшной полости. Лапаростома. Релапаротомия. Ушивание ободочной кишки. Лапаростома.

Осложнения: Механическая желтуха.

1. Написать лечение после холецистэктомии

* Соблюдение режима физической нагрузки.
* Диета. (Рекомендовано исключение алкоголя, легкоусваиваемых углеводов, жирной, острой, жаренной, пряной пищи, регулярное питание 4-6 раз в день)
* Медикаментозное лечение.
* В течение 2-3 дней применение НПВС - кеторолак 1 мл в/м.
* У некоторых пациентов возможно применение спазмолитиков (дротаверин, бускопан) в течение 7-10 дней.
* Прием препаратов урсодезоксихолевой кислоты (урсофальк 12-15 мг/кг/сут, в течение 3–4 недель).

1. Выделить основные факторы риска в развитии ЖКБ

* возраст (40–69 лет)
* женский пол
* беременность
* заместительная гормональная терапия в период постменопаузы (риск развития ЖКБ возрастает в 3,7 раза)
* прием эстрогенов
* отягощенная наследственность по ЖКБ
* ожирение, гипертриглицеридемия
* сахарный диабет (риск повышен в 3 раза)
* цирроз печени (риск повышен в 10 раз)
* применение лекарственных средств, влияющих на концентрацию холестерина

в жёлчи, моторику жёлчных путей или способных к кристаллизации в жёлчи (соматостатин, фибраты, цефтриаксон)

* быстрое похудание
* поражение терминальных отделов подвздошной кишки
* продолжительное полное парентеральное питание

1. Описать сладж синдром и его лечение

Билиарный сладж - ступень, предшествующая формированию холестериновых камней, образование толстого слоя слизистого материала из:

1. Кристаллов холестерина в композиции с муцином.

2. Солей кальция.

3. Билирубин-содержащих пигментов.

В формировании БС выделяют несколько этапов:

• перенасыщение желчи ХС;

• нарушение динамического равновесия между про- и антинуклеирующими факторами;

• нуклеация и преципитация кристаллов ХС;

• агрегация кристаллов в микролиты и их дальнейший рост. Обычно в наиболее низко расположенной части желчного пузыря образуется слой осадка полулунной формы.

Формирование сладжа часто происходит при нарушении сократительной функции желчного пузыря и ассоциировано практически с теми же факторами, что

и развитие ЖКБ.

Лечение билиарного сладжа

Показанием к проведению курсов консервативной терапии при БС, даже не сопровождающемся клинической симптоматикой, является стойкое его выявление, по данным УЗИ, на протяжении 3 месяцев.

В зависимости от особенностей клинического течения билиарного сладжа определяется и тактика ведения больных:

I – не требующие лечения, так как устранение этиологического фактора приводит к регрессу БС.

II – нуждающиеся в терапевтическом лечении, ибо без соответствующего лечения БС трансформируется в желчные камни с вовлечением в патологический процесс других органов и систем.

III – нуждающиеся в хирургическом лечении, без которого возможны осложнения, требующие неотложного хирургического вмешательства, с высоким риском гнойных осложнений и летальности.

При БС в виде взвеси гиперэхогенных частиц хирургическое вмешательство не показано.

Для снижения литогенных свойств желчи за счет уменьшения синтеза холестерина в настоящее время имеется большое количество лекарственных препаратов, в число которых можно отнести современный препарат Резалют Про. Препарат Резалют Про назначают в дозе 2 капсулы 3 раза в сутки. Курс лечения зависит от формы билиарного сладжа. Для элиминации билиарного сладжа в виде взвеси гиперэхогенных частиц обычно достаточно месячного курса лечения. При других формах БС курс лечения более длительный, но, как правило, не превышающий трех месяцев.

Для улучшения оттока желчи традиционно применяются желчегонные препараты и, в частности, урсодеоксихолевая кислота (УДХК) - 12-15 мг/кг/сут, курс лечения до 8 недель.

Для устранения дискинезии желчных путей, спастических болей, улучшения желчеоттока назначают симптоматическую терапию мебеверином (200 мг 2 раза/сут курс 1 месяц). При наличии рефлюкса желчи в желудок рекомендуются антацидные препараты.