

Тұжырым
ӨТ ТАСТЫ ІШЕК ӨТІМСІЗДІГІНІҢ КЛИНИКАСЫ ЖӘНЕ ЕМІ
М.М. Гладинец, А.Ф. Хожаева, М.М. Дарыбаева, Р.А. Ковылина, Ч.Д. Санденбеков
Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті,
Факультативті хирургия мен травматология кафедрасы

Өт тасты ішек өтімсіздігінің клиникалық көрінісінің әр түрлілігі, ол холелитиаз асқынуы ретінде дамуына, сырқат барысында дамитын өт тасының ішек қуысында орналасуына, фиксация дәрежесіне және ішек қабырғасындағы морфологиялық өзгеріске байланысты.

Өт тасты ішек өтімсіздігі кезінде энтеротомия, ал ішек қабырғасының айқын морфологиялық өзгерісі кезінде - оның резекциясы. Емінің алғашқы этапы - өт тасты өтімсіздікті жою. Екіншісі одегистивті жыланкөзді ликвидациялау.

Холицистит және өт тас ауруымен сырқаттанған науқастарға уақытымен оперативті ем жүргізу өт тасты ішек өтімсіздігінің профилактикасы болып табылады.

Негізгі сөздер: ЖКБ, илеус, билиодигестивный свищ, фистулография.

Summary
CLINIC AND TREATMENT GALLSTONE ILEUS
M.M. Gladinets, A.F. Hoghaeva, M.M. Daribaeva, R.A. Covilina, Ch.D. Sandenbecov
Semey State Medical University,
Department of faculty surgery and traumatology

The diversity of the clinical picture of cholelithic intestinal obstruction is determined by the fact that it is a complication of cholelithiasis and depends on the site of the gall stone in the intestinal lumen (obstruction level), the degree of its fixation and the morphological changes occurring in the intestinal wall. En-terotomy is the operation of choice; in destructive changes in the intestinal wall its resection together with the fixated stone is recommended. Removal of the biliodigestive fistule is the second stage of surgical management. Operative treatment of patients with cholelithiasis performed in good time is the measure for preventing cholelithic obstruction.

Key words: GCB, ileus, билиодигестивный свищ, fistulographiya.

УДК 016.366-003-826

М.М. Гладинец, М.Н. Байзакова, Д.Б. Темирбекова, А.А. Оразаева, Б.К. Канатова, А.Т. Балтабеков

Государственный медицинский университет города Семей,
 Кафедра хирургии и травматологии.

ХОЛЕСТЕРОЗ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ У БОЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Аннотация

Выявлен следующий симптомокомплекс заболевания, именуемый холестероз желчного пузыря: это периодически повторяющиеся тупые болевые синдромы в эпигастральной области, в правом подреберье при отсутствии иррадиации, болезненность при пальпации в правом подреберье в проекции желчного пузыря, положительные симптомы Пиковского, покалывание ладонью по реберной дуге, Кера, умеренная гипербилирубинемия, часто за счет прямого билирубина, дискинезия желчного пузыря, узкий, извилистый пузырный проток. Информативными методами исследований, являются гематологические, биохимические лабораторные исследования крови, УЗИ - желчного пузыря. Результаты хорошие после операции отмечены у 77% пациентов, удовлетворительные - 18,2%, худшие - 4,6% наблюдались при сочетании у больных холестероза желчного пузыря в сочетании с заболеваниями панкреатобилиарной системы, в частности острого гнойного панкреатита. Необходимо отметить, что ни при одном заболевании желчевыводящих путей не переплетается такое множество проблемных вопросов, как бывает при бескаменном холестерозе желчного пузыря.

Ключевые слова: Холестероз, холецистэктомия, билирубинемия, дискинезия, аутопсия.

Актуальность. Ежегодно в мире выполняют более 1 млн. оперативных вмешательств при желчнокаменной болезни, холецистэктомия самая частая абдоминальная операция в хирургической практике. Острый холецистит на сегодняшнее время наиболее распространенное заболевание органов брюшной полости. Высокую заболеваемость связывают с ростом частоты желчнокаменной болезни, увеличением продолжительности жизни людей. Чаще болеют женщины -1:5. В пожилом возрасте составляют более - 50%. Развитие острого холецистита связано с 2-3 основными факторами, инфицирование желчи, стенки желчного пузыря, холестаза желчи, желчная гипертензия. Появление застоя желчи в результате обтурации камнем шейки желчного пузыря, пузырного протока. У 70% пациентов обтурация камнем

приводит к застою желчи, желчной гипертензии, это основной фактор «ЖКБ», предрасполагающий развитие острого «обтурационного» холецистита. Бескаменные холециститы является следствием развития холестероза желчного пузыря. При прогрессировании воспаления в желчном пузыре, часто возникают структурные изменения в печени. По данным зарубежных и отечественных ученых холестероз желчного пузыря отмечается у пациентов до 30%, на аутопсии более 10-12%, данные больницы скорой медицинской помощи. В 145 больных холестероз желчного пузыря сопровождался камнеобразованием, а у 50 был выявлен «чистый» холестероз. Следует отметить, что ни при одном заболевании желчевыводящих путей не переплетается такое множество проблемных вопросов, как бывает при бескаменном

холестерозе жёлчного пузыря. Нет сомнений, что проблема нарушения обменных изменений в организме больных, воспалительный процесс, застой желчи, дискинезия жёлчных путей, камнеобразование, не изучена достаточно. По настоящее время не существует единой точки зрения в отношении лечебной тактики ведения пациентов с данной патологией. В то же время, отечественные авторы стали придерживаться активной хирургической тактике [1,5,], при холестерозе жёлчного пузыря существует противоположенное мнение [6]. Учитывая активность проблемы и диаметрально противоположные подходы к её решению, была поставлена целесообразность, оценить ранние и отдаленные результаты холецистэктомии у больных по поводу операций при бескаменном холестерозе желчного пузыря. По результатам выполненных операций - 1235 холецистэктомий за 8 лет у 145 пациентов выявлен холестероз. У 22 больных перенесших холецистэктомию по поводу холестероза желчного пузыря, правильный диагноз был поставлен до оперативного вмешательства. Это обстоятельство нам дало основание считать холестероз жёлчного пузыря, как самостоятельное заболевание со свойственным ему этиопатогенезом, клинической картиной заболевания. В результате этого в задачу входило установление симптомокомплексов характерных, для холестероза желчного пузыря. У проанализированных 196 историй болезни было установлено, что в подавляющем большинстве, это заболевание встречалось у женщин. В значительном количестве больные в возрасте от 41 до 60 лет. При оценке анамнестических данных обращали внимание на характер болевого приступа, связь его с погрешностью в диете, иррадиацию болевого синдрома, диспептические проявления, повышения температуры тела, озноба, лейкоцитоза, амлазурии, гипербилирубинемии, гиперферментемии, УЗИ - диагностика, рентгенографии. На основании анализа историй болезни установлено, что картина жёлчной колики наблюдались у 32% больных, в 68% пациентов выявлены периодически появляющиеся тупые боли в правом подреберье, усиливающиеся при погрешности диеты, чувство горечи в ротовой полости, тошнота, реже рвота. Симптомы: Пиковского, Ортнера, Кера в большинстве пациентов, реже напряжение мышц в правом подреберье. У 57% больных лейкоцитоз в крови был высокий от 11210 до 15162, билирубинемия от 45 до 56 ммоль/л, активность трансаминаз в крови повышены 1,4 - 2,3 ммоль/мл. Диагностическая ценность выявления холестероза жёлчного пузыря может быть проявлением острого бескаменного или калькулезного холецистита. Исходя из патоморфологического субстрата при развитии холестероза жёлчного пузыря [8], можно представить гипокинезию жёлчного пузыря, отложения липоидов в стенке пузыря, что делает её регидной, слабо реагирующей на пищевой раздражитель, инфильтрация липоидами шейки пузыря, застой жёлчи в жёлчном пузыре. Можно предположить, что холестероз более сложное заболевание и диагностируется на основании совокупности симптомокомплексов.

Основываясь на упомянутых выше данных, выявлен следующий симптомокомплекс заболевания, именуемый холестероз желчного пузыря: это периодические повторяющиеся тупые болевые синдромы в эпигастриальной области, в правом подреберье при отсутствии иррадиации, болезненность при пальпации в правом подреберье в проекции желчного пузыря, положительные симптомы Пиковского, покалывание ладонью по рёберной дуге, Кера, умеренная гипербилирубинемия, часто за счет непрямого билирубина, дискинезия желчного пузыря, узкий, извилистый пузырный проток.

Информативными методами исследований, являются гематологические, биохимические лабораторные исследования крови, УЗИ - желчного пузыря. Результаты хорошие после операции отмечены у 77% пациентов, удовлетворительные - 18,2%, худшие - 4,6% наблюдались при сочетании у больных холестероза желчного пузыря в сочетании с заболеваниями панкреатобилиарной системы, в частности острого гнойного панкреатита. Необходимо отметить, что ни при одном заболевании желчевыводящих путей не переплетается такое множество проблемных вопросов, как бывает при бескаменном холестерозе жёлчного пузыря. Это проблема свойственна при нарушении обменных процессов в организме больных. Бескаменный холецистит - один из наиболее трудных вопросов жёлчной патологии. Многие хирурги являются сторонниками активной хирургической тактики ведения больных, некоторые придерживались консервативно-выжидательной тактики. Это обусловилось отсутствием четких клинических симптомокомплексов, поэтому не следует отрицать параклинические критерии показаний к оперативному вмешательству. Бескаменные холециститы, это холецистопатии, которые объединяют острые и хронические бескаменные процессы желчного пузыря. Выявляются бескаменные холециститы часто, не всегда диагностируются своевременно, от общего числа больных, которые оперировались «холецистэктомии» - «Hess - 7,95%, Adams и Foxley - 10%, Arjanff - 13%, Andersson - 1,2%, О.Б. Милов - 20%» [2,4]. По данным «Западноевропейского бюро медицинской статистики», каждый 5-й взрослый пациент страдает заболеваниями жёлчного пузыря, среди которых острый холецистит занимает первое место [3]. При оценке анамнестических данных обращали внимание на характер болевого приступа, связь его с погрешностью в диете, иррадиацию болевого синдрома, наличие диспептических явлений. Нужно отметить, что холестероз жёлчного пузыря, это заболевание, имеющее характерный этиопатогенез, клинику, что дает возможность дооперационной диагностики и выработки тактика ведения этих больных. Обнадеживающие ранние, а так же отдаленные результаты холецистэктомий у пациентов с холестерозом жёлчного пузыря позволяют с позиций доказательной медицины, оперативные пособия показанными при сложной данной патологии. В последнее время утверждена классификация, которая очень является ценной для повседневной практической деятельности хирургов, это:

I. Холециститы: холестероз; дивертикулез жёлчного пузыря, острые и хронические холециститы.

II. Сифонопатии: конгенитальные, воспалительные.

III. Механические препятствия в стенке жёлчного пузыря.

IV. Дискинезии жёлчного пузыря не имеют отношения к воспалительному процессу.

V. В группу дивертикулезов входят единичные и множественные дивертикулы жёлчного пузыря.

VI. В группу холестерозов входят две основные формы, это «клубничный» жёлчный пузырь и полипозная, аденоматоз и «прихоледохиальный лимфоаденит».

В хирургическом отделении БСМП за 8 лет выполнено - 507 операций холецистэктомии, в том числе - 46 или 9,1% по поводу бескаменного и калькулезного холестероза жёлчного пузыря, среди оперированных с бескаменным холециститом отмечено женщин - 35, мужчин - 11. Возраст больных от 29 до 65 лет. По данным анамнеза с длительностью заболевания до одного года было - 11 или 24 больных, от 1 до 5 лет - 20,43%, от 5 до 10 лет - 9,19%, от 10 до 15 лет - 3,7%, свыше 15 лет - 3,7% больных.

Клиника заболевания проявлялась следующими симптомами: желчная колика -20% больных, болевые приступы - 25%, стойкий болевой синдром в правом подреберье - 55%, диспептический синдром -60%, запоры кишечника - 30%. При неясных диагнозах производилось УЗИ – диагностика. В качестве показаний к оперативному вмешательству учитывались ухудшение общего состояния больного на фоне болей, локализованных в правом подреберье, отсутствие эффекта от медикаментозной терапии, УЗИ-диагностики, рентгенологические признаки поражения холестерозного желчного пузыря. При наличии выраженного болевого синдрома и отсутствии изменений со стороны желчевыделительной системы считаем показанным оперативное вмешательство. С подобной клинической картиной было оперировано -11 больных с холестерозом желчного пузыря, у 10 из них выполнена холецистэктомия, а у одного из-за тяжести общего состояния, преклонного возраста и начинающегося острого холецистита – холецистостомия. Как правило, во время лапаротомии обнаруживали явления перихолецистита, извитой S-образный пузырный проток затрудненную эвакуацию содержимого при надавливании на стенки холестерозного желчного пузыря. Не всегда при внешнем осмотре можно установить изменения в желчном пузыре, в этих случаях находим при патолого-анатомическом исследовании удаленного органа. Мы придаем большое значение ультразвуковому исследованию - «УЗИ» диагностике, которая имеет особую ценность для выявления конкрементов и органических изменений в пузырном протоке, холедохе и других органах гепатопанкреатодуоденальной области. У всех больных после операции были получены морфологическая верификация диагноза. Согласно классификаций, у 12 пациентов были холециститы «у 45 – холестероз, у 3 – дивертикулез, у 4 – аденоматоз, 10 – острые и хронические холециститы, у 17 - сифонопатия, у 8 – механические препятствие в пузыре. Послеоперационность летальность составила - 2,2%. Лечение дало хорошие результаты у 21 больного «61,7»,

удовлетворительные – у 9 «26,5%», неудовлетворительные – у 4 больных «11,8%». Эти данные получены при анализе отдаленных результатов операции у 34 пациентов. Наше мнение и наблюдения показывают, что при лечении больных с холестерозом бескаменным холециститом необходимо придерживаться активной хирургической тактики.

Выводы: Следует отметить, что холестероз желчного пузыря, это заболевание, имеющее характерный этиопатогенез и клинику, что дает возможность дооперационной его диагностики и выработки тактики ведения у этой категории больных. Обнадеживающие ранние и отдаленные, результаты после проведенных холецистэктомии у пациентов с холестерозом желчного пузыря позволяют считать оперативные пособия показанными при данной патологии. Диагностика бескаменных холециститов и органических изменений пузырного протока трудна, поэтому необходимо комплексное системное обследование больных в предоперационном периоде и во время операции. При бескаменном холецистите следует придерживаться активно-хирургической тактики. УЗИ – диагностика дает больнице ценности в выставлении правильного диагноза. Мониторинг показывает, что отдаленные результаты лечения больных с бескаменным холециститом достаточно хорошие.

Литература:

1. Пермяков Н.К., Подольский А.Е., Холестероз желчного пузыря, - М., - 1969. - С.239.
2. Савельев В.С., Кириенко А.Н., Клиническая хирургия Национальное руководство, том II.. Москва, ГОЭТАР-Медиа, - 2009. – 423 с.
3. Кузин М.И. Хирургические болезни, Москва - 2002. – С. 390-394.
4. Нурахманов Б.Д. и др., Хирургия. – Алматы. 2009. - С. 135-145
5. Розанов Б.С. и соавт., Холестероз желчного пузыря, - М., - 1973. – 135 с.

Тұжырым

ХИРУРГИЯЛЫҚ САЛАДАҒЫ НАУҚАСТАРДЫҢ ӨТ ҚАБЫНЫҢ ХОЛЕСТЕРОЗЫ

М.М. Гладинец, М.Н. Байзакова, Д.Б. Темирбекова, А.А. Оразаева, Б.К. Канатова, А.Т. Балтабеков

Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті,
Факультативті хирургия мен травматология кафедрасы

Өт қабының холестерозы бұл операцияға дейінгі диагностикалау мен науқастардың осы категориясын кіріспе тәсілін шығаруға мүмкіндік беретін өзіне тән этиопатогенезі және клиникасы бар сырқат. Өт қабы холестерозы мен ауырған науқастарға жүргізілген холецистэктомияның үміт беретін ерте және кеш нәтижелері осы патологияда көрсетілген оперативті жеңілдіктерді санауға мүмкіндік береді. Тассыз холецистит пен өт өзегінің органикалық өзгерістерін диагностикалау қиын, сондықтан науқастарды операция алды кезеңінде және операция үстінде міндетті түрде кешенді жүйелі зерттеуден өткізу керек. Тассыз холецистит кезінде белсенді-хирургиялық тәсілді ұстану керек. УДЗ диагностикасы - ауруханада науқастардың емінің нәтижелерінің жеткілікті түрде жақсы екендігін көрсетеді. дұрыс диагноз қоюда бағалы.

Негізгі сөздер: Холестероз, холецистэктомия, билирубинемия, дискинезия, аутопсия.

Summary

HOLESTEROSIS OF GALL-BLADDER FOR THE PATIENTS OF SURGICAL PROFILE

M.M. Gladinets, M.N. Baizakova, D.B. Temirbekova, A.A. Orazava, B.K. Kanatova, A.T. Baltabecov

Semey State Medical University, Department of faculty surgery and traumatology

Holesterosis of gall-bladder for the patients of surgical profile. It should, be noted that holesterosis of gall-bladder, this disease of characteristic etiopatogenesis and clinic, that gives possibility of preoperated his diagnostics and making of tactics of conduct at this category of patients. Giving hope early and remote results after conducted to for patients with not lithoidal of gall-bladder allow to consider operative manuals shown at this pathology. Diagnostics of cholecystitis and organic changes of cystic channel is difficult; the complex system inspection of patients is therefore needed in a in postoperative period and during an operation. At a cholecystitis it is necessary to the hospital of value in the exposure of correct diagnosis. Monitoring shows that the remote result of treatment of patient with cholecystitis are good enough.

Key words: Holesterosis, cholecystectomy, bilirubinemia, dyskinesia, autopsia.