

Жихорева Я. Ю., Степанова А. А.
ХРОНИЧЕСКИЙ КАЛЬКУЛЁЗНЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ
Научный руководитель: канд. мед. наук, асс. Соломонова Г. А.
2-я кафедра хирургических болезней
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Хронический калькулёзный холецистит (ХКХ) – одно из самых распространённых заболеваний в современном мире. С середины XX века число пациентов с этой болезнью увеличивается в два раза каждые 10 лет. Среди лиц старше 45 лет хронический калькулёзный холецистит встречается у каждого третьего.

Основными факторами риска заболеваемости ХКХ считаются: возраст; беременность и роды; избыток и недостаток массы тела; голодание, при котором выводится холестерин; прием некоторых лекарственных средств; сахарный диабет; цирроз печени; инфекции билиарной системы; дуоденальные дивертикулы.

В основе камнеобразования при ХКХ лежит неспособность желчи при длительном её застое удерживать в себе холестерин в растворённом состоянии. Он оседает в желчном пузыре и протоках в виде кристалликов, или «песка». Кристаллы склеиваются между собой и образуют камни, а на них налипают разные составляющие желчи (соли, пигменты).

Клиника ХКХ неоднозначна и разнообразна. Однако главными симптомами являются: отрыжка и неприятные ощущения в правом подреберье после еды; горечь во рту по утрам; возможно повышение температуры тела.

Диагностику хронического калькулёзного холецистита проводят с помощью УЗИ. КТ, МРТ брюшной полости; холецистографии.

Лечение хронического калькулёзного холецистита преимущественно хирургическое: с помощью холецистэктомии (удаление желчного пузыря) и холецистостомии. Холецистостомию производят редко, обычно у пациентов пожилого возраста в тяжелом состоянии, когда холецистэктомия опасна для жизни. При неустраняемых препятствиях в общем желчном протоке или в области большого сосочка двенадцатиперстной кишки используется билиодигестивный анастомоз для восстановления оттока желчи. Чаще всего накладывают анастомоз между желчным пузырём и двенадцатиперстной кишкой (холецистодуоденостомия), а также желчным пузырём и тонкой кишкой (холецистоэнтеростомия). Реже - анастомоз между желчным пузырём и желудком (холецистогастростомия). Холецистэктомия может быть проведена несколькими способами: открытым (стандартным) и лапароскопическим. В обоих случаях для пациента применяется общий наркоз. Каждая операция имеет свои достоинства и недостатки. Для выполнения открытой холецистэктомии делается разрез под правой рёберной дугой, что даёт широкий доступ к желчному пузырю и протокам. Однако здесь имеет место обширная травма брюшной стенки; после данной операции остаются рубцы. Выделяют несколько подвидов лапароскопической холецистэктомии: трансвагинальная (доступ осуществляется через задний свод влагалища прямой мышцы живота), после которой не остаётся разрезов на брюшной стенке, и однопортовая лапароскопическая холецистэктомия через прокол в околопупочной области. При лапароскопии в брюшной стенке производится четыре прокола: два – по 5 мм и два – по 10 мм. Через них вводят троакары - полые трубки, необходимые для введения и извлечения инструментов в ходе операции. Преимуществами лапароскопического метода является отсутствие заметных рубцов после вмешательства и меньший риск развития послеоперационных грыж, но возможны повреждения стенок желчных протоков, кровеносных сосудов и кишечника. Важно отметить, что при таких сопутствующих заболеваниях, как перитонит, острый панкреатит, тяжелые заболевания сердца и легких проведение холецистэктомии лапароскопическим методом запрещено.