

Stjzhkina S.N., Valinurov A.A., Koroljov V.K.

## **CHOLECYSTECTOMY. APPROPRIATENESS OF OTHER METHODS OF TREATMENT OF CHOLECYSTITIS**

**Stjzhkina S.N., Russia, Doctor of Medical Sciences, Professor,  
Izhevsk State Medical Academy**

**Valinurov A.A., Russia, Student, Izhevsk State Medical Academy**

**Koroljov V.K., Russia, Student, Izhevsk State Medical Academy**

### **Abstract**

To date, the cholecystitis is one of the most common pathologies in our country. Among people of working age from 30 to 49 years, which are the basis of socio-economic pool of our country there is a tendency to increase of this disease. The disease can last for years, periodically sharpening and fading, while a steady progression. This pathology is almost in 100% of cases subjected to surgery, after which quite often develop postcholecystectomy syndrome. That is why this topic is so relevant in our time.

**Keywords:** surgery, conservative treatment, choleresis, economic factors

### **Введение**

Многим известное и очень актуальное заболевание, калькулезный холецистит, а конкретно – хроническое его проявление является очень актуальной и острой проблемой современного общества, преимущественно поражая молодое, работоспособное население нашей страны. Данное заболевание лечится главным образом хирургическим путем, такими способами, как: лапароскопическая холецистэктомия – 58,1%, после – лапароскопическая холецистэктомия с дренированием брюшной полости – 24,9%. Процент использования лапаротомии, холецистэктомии с дренированием брюшной полости – 9%, эндоскопической попиллосфинктеротомии, ВЛХЭ, с дренированием брюшной полости – 5,9%, лапароскопии, лапаротомии, холецистэктомии, с дренированием брюшной полости – 2,1%.

### **Материалы и методы исследования**

Хирургический метод является наиболее простым и действенным методом лечения (при данной патологии), с минимальными ярко выявленными осложнениями. [1] Но действительно ли данный способ лечения настолько хорош и действенен, насколько о нем многие говорят? Предлагаем разобраться в этом далее.

Немаловажно отметить, что на фоне такого лечения довольно часто (до 80% случаев) имеется тенденция к развитию постхолецистэктомического синдрома. Среди пациентов 25-45 лет желчнокаменная болезнь встречается у каждого пятого. Следовательно, с течением времени, у каждого пятого развивается такой синдром после оперативных вмешательств. С большой встречаемостью осложнений встает вопрос о выработке показаний к операциям, на счет которых и ведутся дискуссии на данный момент, за счет чего эта тема настолько актуальна в наше время.

Важнейшим секретом, участвующим в пищеварении, является желчь. Она представляет собой продукт деятельности клеток печени – гепатоцитов, имеет сложный состав и способствует нейтрализации кислого желудочного содержимого, поступающего в двенадцатиперстную кишку, эмульгирует жиры, растворяет продукты их гидролиза, активирует панкреатическую липазу.

Желчь стимулирует желчеобразование, желчевыделение, моторную и секреторную деятельность тонкой кишки, обладает бактериостатическими свойствами, способствует всасыванию из кишечника жирорастворимых витаминов, холестерина, аминокислот и других веществ. У человека за сутки образуется до 2 л желчи. Образование желчи происходит путем активной секреции ее компонентов (желчные кислоты) гепатоцитами, активного и пассивного транспорта некоторых веществ из крови (вода, глюкоза, креатинин, электролиты, витамины, гормоны и др.) и обратного всасывания воды и ряда веществ из желчных капилляров, протоков и желчного пузыря. [2]

Процесс образования желчи – желчеотделение (холерез) – идет непрерывно, а поступление желчи в двенадцатиперстную кишку – желчевыделение (холекинез) – периодически, в основном в связи с приемом пищи. Натощак желчь в кишечник почти не поступает, она направляется в желчный пузырь, емкость которого составляет всего 50–60 мл, где концентрируется и несколько изменяет свой состав. Поэтому принято говорить о двух видах желчи – печеночной и пузырной. Желчь является не только секретом, но и экскретом, так как в ее составе выводятся различные эндогенные и экзогенные вещества. Это в большей мере определяет сложность и различия состава печеночной и пузырной желчию.

Качественное своеобразие желчи определяют находящиеся в ней желчные кислоты, пигменты и холестерин. В печени человека образуются

холевая и хенодесоксихолевая кислоты (первичные), которые в кишечнике под влиянием ферментов преобразуются в несколько вторичных желчных кислот. Основное количество желчных кислот и их солей содержится в желчи в виде соединений с гликоколом и таурином. У человека гликохолевых кислот около 80 % и таурохолевых примерно 20 %. Это соотношение изменяется под влиянием ряда факторов. Так, при приеме пищи, богатой углеводами, увеличивается содержание гликохолевых кислот, при высокобелковой диете – таурохолевых. Из тонкой кишки всасывается в кровь около 85–90 % желчных кислот (гликохолевых и таурохолевых), выделившихся в кишку в составе желчи. Затем они приносятся в печень и включаются в состав желчи. Остальные 10–15 % желчных кислот выводятся из организма в основном в составе кала (значительное их количество связано с неперевавленными волокнами пищи). Эта потеря желчных кислот восполняется их синтезом в печени.

Таким образом, образование желчи, как и её накопление и уплотнение в желчном пузыре – является основополагающим физиологическим процессом, с элементами патогенезации. [3] Это означает, что любая желчь, даже обладающая минимальными петрифицирующими свойствами, в любом случае способна к сгущению, преобразованию в камни. В свою очередь, из этого следует, что для любого человека образование камней в желчном пузыре является если не нормой, то возможным развитием нормальной физиологической картины, характерной для человека в целом. Это, безусловно, помогает разобраться в таком тяжелом вопросе, как хирургическое разрешение больных с хроническим или острым калькулезным холециститом. Безусловно, мы не считаем, что такая патология, как «калькулезный холецистит» в любых его проявлениях не является беспрекословным противопоказанием к хирургическому разрешению. Напротив, нами выделены следующие показания к оперативному вмешательству: 1) болевой синдром с воспалительным компонентом (наличие болевого синдрома, не купируемого препаратами, неблагоприятно сказывается на качестве жизни пациента, таким образом, персистирующее воспаление в желчном пузыре, дает дополнительный фактор к петрификации скапливающейся желчи в желчном пузыре, что является прямым показанием к хирургическому вмешательству.

- 2) наличие мелких конкрементов, приводящие к холедехолитиазу,
- 3) утолщение стенок желчного пузыря,
- 4) осложнение в виде желтухи,
- 5) наличие в анамнезе наследственности для данной патологии.

Остальным пациентам не рекомендуется проводить хирургических вмешательств, а стоит ограничиться динамическим диспансерным наблюдением с разработкой индивидуального плана лечения, программы реабилитации и качественной диетотерапией. [4]

Сейчас твердо установлено, что пищевые волокна играют существенную роль в нормализации деятельности желудочнокишечного тракта (особенно тонкой и толстой кишки), увеличивают массу мышечного слоя, влияют на его моторную активность, скорость всасывания пищевых веществ в тонкой кишке, давление в полости органов пищеварительного аппарата, электролитный обмен в организме, массу и электролитный состав фекалий и т. д. Важно, что пищевые волокна обладают способностью связывать воду и желчные кислоты, а также адсорбировать токсические соединения. Способность связывать воду оказывает значительный эффект на скорость транзита содержимого вдоль желудочно-кишечного тракта. В литературе существуют сведения, что пищевые волокна отрубей связывают в 5 раз больше воды, чем их собственный вес, а волокна таких овощей, как морковь и репа, – в 30 раз больше. Наконец, пищевые волокна влияют на среду обитания бактерий в кишечнике и являются для них одним из источников питания. В частности, микроорганизмы используют целлюлозу, гемицеллюлозу и пектин, частично метаболизируя их в уксусную, пропионовую и масляную кислоты. [5]

**Выводы:**

Хронический калькулезный холецистит – широко распространенная патология и много известная среди хирургов и гастроэнтерологов с давних времен. И, казалось бы, что на сегодняшний день решение проблемы поставлено на конвейер и лечебный процесс максимально приближен к идеалу, имеется такая проблема, как осложнения после оперативных вмешательств, выражающиеся преимущественно в виде постхолецистэктомического синдрома, который встречается в 80% случаев после оперативного вмешательства. Нами предложено избирательно подходить к хирургическому вмешательству данной патологии и оставить только следующие группы показаний, нуждающихся в 100% оперативному разрешению болезни: болевой синдром с воспалительным компонентом, наличие мелких конкрементов, приводящие к холедехолитиазу, утолщение стенок желчного пузыря, осложнение в виде желтухи, а также наличие в анамнезе наследственности для данной патологии. Для остальных групп предлагается разработка плана с индивидуальным лечением, программы реабилитации и качественной диетотерапией.

**References**

- [1] Loranskaya I. D. Functional disorders of the biliary tract. M.: Forte print, 2013. - 92 p.

Acute cholecystitis: a textbook for students of medical and pediatric faculties /M. N. The Klimentov, S. N. Styazhkina, V.V. Pronichev–Izhevsk, 2015.- 44

- [2] Gubergrits N. B. Gallstone disease: from classical to modern / N. B. Gubergrits. Gastroenterology.- 2010.- No. 1.- S. 83-95
- [3] History of the surgical Department of hchi UR "the First Republican clinical hospital of the Ministry of health of the Udmurt Republic" for the years 2013 – 2015.
- [4] S. N. Styazhkina, A. S. Maryenko, A. I. Khuzina – the problem of treatment of cancer of the pancreatic head. Log: "student science forum 2014", the link: <http://www.scienceforum.ru/2014/pdf/6571.pdf>
- [5] S. N. Styazhkina, M. L. Cherenkova, I. R. Abdullina, L. M. Mullagulova, L. V. Amelina – Features of acute pancreatitis in pregnant women. The magazine "Modern problems of science and education", №1, 2015 article published on the website: <http://www.science-education.ru>